

Quejas de sueño entre mayores brasileños de municipios con diferentes índices de desarrollo humano¹

Ariene Angelini dos Santos²

Maria Filomena Ceolim³

Anita Liberalesso Neri⁴

Objetivo: comparar la ocurrencia de quejas de sueño en mayores residentes en la comunidad de dos municipios con diferentes Índices de Desarrollo Humano (IDH): Campinas (IDH=0,852) y Parnaíba (IDH=0,674). Método: estudio descriptivo parte integrante del proyecto multicéntrico Fragilidad en Mayores Brasileños (FIBRA). Fueron evaluados 988 de edad, utilizándose cuestionario sociodemográfico, cuestiones sobre quejas de sueño (Perfil de Salud de Nottingham); cuestiones sobre sueños (Minnesota Leisure Activity Questionnaire). Los testes Jue-cuadrado y Mann Whitney fueron utilizados en el análisis de datos, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). Resultados: los mayores de Parnaíba presentaron mayores porcentajes de quejas de sueño se comparados a los mayores de Campinas. Hubo asociación significativa entre municipio y: número de quejas de sueño, sueño no restaurador, despertar precoz, dificultad en mantener y en iniciar el sueño. Conclusión: los enfermeros deben intervenir en la promoción de la salud con acciones que minimicen o precavan esos problemas relativos al sueño.

Descriptorios: Anciano; Enfermería Geriátrica; Vulnerabilidad Social; Sueño.

¹ Artículo parte de la Tesis de Doctorado "Cochilo e fragilidade: um estudo transversal sobre idosos do FIBRA Unicamp" presentada a la Universidade Estadual de Campinas, Brasil. Apoyo financiero de la CAPES.

² Estudiante de doctorado, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Titular, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Correspondencia:

Ariene Angelini dos Santos
Rua Luiz Turri, 47
Jardim Planalto
CEP: 37800-000, Guaxupé, MG, Brasil
E-mail: arieneangelini@yahoo.com.br

Queixas de sono entre idosos brasileiros de municípios com diferentes índices de desenvolvimento humano

Objetivo: comparar a ocorrência de queixas de sono em idosos residentes na comunidade de dois municípios com diferentes índices de desenvolvimento humano (IDH): Campinas, SP, (IDH=0,852) e Parnaíba, PI, (IDH=0,674). Método: estudo descritivo, parte integrante do projeto multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros (Fibra). Foram avaliados 988 idosos, utilizando-se questionário sociodemográfico, questões sobre queixas de sono (Perfil de Saúde de Nottingham); questões sobre cochilo (Minnesota Leisure Activity Questionnaire). Os testes qui-quadrado e Mann-Whitney foram utilizados na análise de dados, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Resultados: os idosos de Parnaíba apresentaram maiores porcentagens de queixas de sono se comparados aos idosos de Campinas. Houve associação significativa entre município e número de queixas de sono, sono não restaurador, despertar precoce, dificuldade para manter e para iniciar o sono. Conclusão: os enfermeiros devem intervir na promoção da saúde com ações que minimizem ou previnam esses problemas relativos ao sono.

Descritores: Idoso; Enfermagem Geriátrica; Vulnerabilidade Social; Sono.

Sleep complaints among Brazilian senior citizens from municipalities with different Human Development Indices

Purpose: To compare the occurrence of sleep complaints among senior citizens resident in the local communities of two municipalities with differing Human Development Indices (HDIs): Campinas, State of São Paulo (IDH = 0.852) and Parnaíba, State of Piauí (IDH = 0.674). Method: Descriptive study as part of the multicentric project going by the name of Frailty among Brazilian Senior Citizens (Fragilidade em Idosos Brasileiros - FIBRA). A total of 988 senior citizens were analysed, making use of a social and demographic questionnaire about sleep problems (Nottingham Health Profile); questions about naps (Minnesota Leisure Activity Questionnaire). The Chi-Square and Mann-Whitney tests were used in the analysis of the data, at a significance level of 5% ($p < 0.05$). Results: The chronologically advantaged individuals in Parnaíba showed a higher incidence of sleep complaints when compared to the senior citizens of Campinas. There was a significant association between municipality and the following variables: number of sleep complaints, non-restoring sleep, precocious awakening, difficulty in falling and staying asleep. Conclusion: The nursing staff must intervene in favour of the promotion of health with actions that either reduce or prevent these sleep-related problems.

Descriptors: Aged; Geriatric Nursing; Social Vulnerability; Sleep.

Introducción

El crecimiento de la población brasileña de mayores es un hecho importante por sus peculiaridades y consecuencias, visto que ocurre rápidamente y en un contexto de desigualdades sociales, economía débil, acceso limitado a los servicios de apoyo especializado y recursos financieros escasos, ausente de cambios estructurales que atiendan la esa banda etaria emergente⁽¹⁾.

El añejamiento es un fenómeno heterogéneo, esto

es, se da de manera diferente entre las personas. Además, puede traer alteraciones en la calidad de sueño habitual⁽²⁾, las cuales encuentran destaque entre las quejas más comunes de los mayores.

Los problemas con el sueño ocurren en más de la mitad de los mayores con 65 años o más⁽³⁾. La vejez puede traer cambios relacionados tanto a la arquitectura en cuanto a la calidad del sueño⁽⁴⁾. Puede haber reducción

del tiempo total de sueño; aumento de los despertares y dificultad para adormecerse nuevamente; aumento de los sueños durante el día; aumento del uso de medicaciones para adormecerse, somnolencia diurna excesiva⁽⁵⁾, problemas de atención y memoria, humor deprimido, caídas y empeoramiento de la calidad de vida⁽⁴⁾.

Los perjuicios que los disturbios del sueño traen a la salud de los mayores apenas empezaron a ser dilucidados. Trabajos recientes sugieren que, con la privación de sueño, puede haber el comprometimiento cognoscitivo, el aumento del tono simpático y la intolerancia a la glucosa. Las personas que tienen sueño de corta duración están sujetas al riesgo aumentado de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes y aumento de la mortalidad⁽⁶⁾. De esa manera, algunos autores reafirman la necesidad de abandonar la concepción de que esos disturbios de sueño serían normales y no perjudiciales a los mayores⁽⁷⁾.

Por constituir un proceso fisiológico indispensable para el adecuado funcionamiento del organismo, la calidad y el impacto del sueño en la vida diaria de las personas se volvió un de los principales focos de atención de los investigadores⁽⁸⁾.

Se cree que personas mayores en contextos de alta vulnerabilidad social parecen ser altamente vulnerables a estresores, poniéndose más expuestas a problemas de salud⁽⁹⁾ y a alteraciones en la calidad de sueño habitual. De esta manera, se espera que los mayores que residen en un municipio con bajo IDH evalúen la propia calidad del sueño de manera más negativa de lo que los mayores inseridos en un municipio con IDH elevado.

Un estudio transversal realizado en Brasil con 158 mayores, cuya edad media era 70,2 años (dp=8,2), siendo 72% de mujeres, tuvo como objetivo observar la relación entre las alteraciones del sueño asociadas a la edad, síntomas de insomnio y síntomas de apnea con variables socioeconómicas y salud auto percibida. La calidad de sueño fue evaluada por el Mini-Sleep Questionary en entrevista domiciliaria. Las mujeres y el grupo con menor escolaridad presentaron mayor frecuencia de síntomas de insomnio. Los mayores y el grupo con mejor percepción de la salud presentaron menor frecuencia de síntomas de apnea del sueño. Mejor percepción de la salud general se asoció la mejor calidad de sueño. Las autoras concluyeron que la calidad del sueño es influenciado por características socioeconómicas como edad, género, escolaridad y salud general percibida⁽³⁾.

La hipótesis de que los disturbios del sueño están asociados de manera independiente con mayor evidencia de la fragilidad en hombres más viejos fue testada en un estudio de cohorte prospectivo, realizado en EEUU. Fueron sujetos 3133 hombres, con edad igual o superior a 67

años. Las quejas de mala calidad del sueño, somnolencia diurna excesiva, sueño de corta duración, latencia de sueño prolongada, fragmentación del sueño fueron más prevalentes en los mayores débiles ($p \leq 0,002$ para todos los parámetros) se comparados a los mayores no débiles. Después del ajuste para potenciales factores de confusión, el auto relato de mala calidad del sueño (OR=1,28, IC 1,09-1,50), eficiencia del sueño inferior a 70% (OR=1,37 IC 1,12-1,67) y latencia del sueño superior a 60 minutos (OR=1,42 IC 1,10-1,82) fueron independientemente asociados con una mayor chance de fragilidad. Los autores concluyeron que las quejas de sueño como la mala calidad del sueño auto-referida, la eficiencia del sueño y la latencia del sueño prolongada están independientemente asociados la mayor evidencia de la fragilidad⁽¹⁰⁾.

La tasa de superioridad de quejas de sueño se mostró elevada también en una investigación realizada en Irán, con 1409 hombres y 1685 mujeres, con edad media de 43,57 años (dp=17,5) a fin de determinar la superioridad de problemas de sueño y la calidad subjetiva del sueño. Mujeres, mayores, viudos y parejas separadas poseían los factores de riesgo más importantes para disturbios de sueño⁽¹¹⁾.

Delante del expuesto, parece importante y pertinente la realización de estudios sobre el sueño de los mayores, visto que los trastornos que los acometen generan insatisfacción, además de afectar la salud física, cognitiva y la calidad de vida de esa banda etaria emergente. De esa manera, los estudios han revelado una elevada superioridad de problemas relacionados al sueño de los mayores, principalmente cuando estos problemas están asociados a la co-mortalidades, implicando negativamente en la salud de ese grupo etario.

Así, los profesionales de salud podrán desarrollar acciones con relación a la mala calidad del sueño, precaviendo, minimizando o resolviendo esos problemas. En esa perspectiva, para que la asistencia de enfermería sea prestada con calidad, el enfermero necesita enterarse de la realidad que lo cerca, de modo consciente, competente, técnico y científico, siendo necesario la ponderación crítica con relación a los problemas de sueño que el cliente presenta.

Mayores que compararon la frecuencia de las quejas de sueño de los mayores en municipios con diferentes índices de desarrollo humano son escasas en nuestro contexto, habiendo una laguna de esos estudios en la literatura brasileña. De esa manera, este trabajo objetivó comparar la ocurrencia de quejas de sueño en mayores residentes en la comunidad de dos municipios con diferentes IDHs.

Método

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, basado en los presupuestos del método cuantitativo de averiguación. Es un recorte del proyecto Fragilidad en Mayores Brasileños (FIBRA), desarrollado en 17 ciudades brasileñas, siendo acarreado por investigadores de cuatro universidades del país. Se trata de un proyecto de carácter multicéntrico y multidisciplinar que investiga las características y la superioridad del síndrome biológico de la fragilidad y variables asociadas, en muestras probabilísticas de mayores de 65 años o más.

Sujetos

Fueron sujetos de esta investigación 988 mayores residentes en la comunidad en dos municipios con diferentes Índices de Desarrollo Humano Municipal (IDH-M): Campinas - SP (IDH=0,852; n=689) y Parnaíba - PI (IDH=0,674; n=299), seleccionadas debido a la disparidad observada entre el IDH de ambas. Esos mayores fueron reclutados en domicilio, en sectores censitarios urbanos, sorteados aleatoriamente. En cada localidad, fue hecha muestreo aleatorio simple de los sectores censitarios urbanos. El número de sectores censitarios sorteados correspondió a la razón entre el número de mayores pretendidos en cada localidad y el número de sectores censitarios urbanos existentes en cada una. El plano de la muestra establecía que el tamaño mínimo de la muestra estimada para Campinas, ciudad con más de 1 millón de habitantes, era de 601 mayores, para un error de la muestra del 4%. Para Parnaíba, municipio con menos de 1 millón de habitantes, la estimativa fue de 385 mayores, para un error de la muestra del 5%. En cada ciudad, fueron pre-establecidas anotaciones de sectores censitarios urbanos que serían visitados por los reclutadores (90 en Campinas y 60 en Parnaíba). En cada sector censitario fue reclutada muestra de tamaño correspondiente a su presencia en la distribución real de la población de mayores en los sectores sorteados, según datos del IBGE. Todas las muestras debían abarcar anotaciones de hombres y mujeres pertenecientes a los grupos de mayores de 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 y 80 años y más, respetándose la proporcionalidad de la distribución de esos segmentos en la población de mayores residente en la zona urbana. Para cada sector censitario fue planeado el reclutamiento de un sobre-muestra 25% mayor de lo que el número de mayores pretendidos, respetándose los criterios de sexo y edad, para compensar eventuales pérdidas por ocasión de la recogida de datos.

Criterios de inclusión y de exclusión

Los participantes atendieron a los siguientes criterios de inclusión: tener edad igual o superior a 65 años, comprender las instrucciones y ser residente permanente en el domicilio y en el sector censitario. Los criterios de exclusión utilizados, mediante observación, fueron los siguientes: a) mayores con déficit cognoscitivo grave sugestivo de demencia, evidenciado por problemas de memoria, atención, orientación espacial y temporal, y comunicación u observados por los reclutadores; b) mayores que estuviesen usando silla de ruedas o que si encontrasen provisoria o concluyentemente acamados; c) portadores de secuelas graves de Accidente Vascular Encefálico, con pérdida localizada de fuerza y/o afasia; d) portadores de Enfermedad de Parkinson en cursillo grave o inestable, con comprometimiento grave de la motricidad, de la elocución o de la afectividad; e) portadores de graves déficits de audición o de visión, que dificultasen fuertemente la comunicación; y f) mayores que estuviesen en cursillo terminal.

Procedimientos e instrumentos para recogida de datos

Después de la lectura y firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, se inició la recogida de datos, por estudiantes de graduación, de posgrado y profesionales del área de la salud entrenados, con duración de septiembre de 2008 a junio de 2009. Los datos fueron colectados en sesión única, en escuelas, iglesias, unidades básicas de salud, centros de conveniencia y clubs. El local era acordado con los mayores por ocasión del reclutamiento. Los mayores fueron evaluados por medio del Mini Examen del Estado Mental (MEEM), prueba de rastreo de alteraciones cognoscitivas. Los participantes que puntuaron arriba de la nota de corte en el instrumento citado, según el nivel de escolaridad, participaron de este estudio.

Los datos sociodemográficos (género, edad, color/raza, estado civil, escolaridad, renta familiar, arreglo familiar, jubilación) fueron colectados en un instrumento desarrollado por los investigadores del Estudio FIBRA.

Para la evaluación de las quejas de sueño fueron utilizados cinco ítems escalar del instrumento denominado Perfil de Salud de Nottingham (PSN), validado para Brasil⁽¹²⁾: 1. ¿Tomó medicinas para dormir? (Uso de medicación para dormir); 2. ¿Acordó de madrugada y no agarró más en el sueño? (Despertar precoz); 3. ¿Se puso despierto la mayor parte de la noche? (Dificultad en mantener el sueño); 4. ¿Llevó mucho tiempo para coger

en el sueño? (Dificultad en iniciar el sueño); 5. ¿Durmió mal por la noche? (Sueño no restaurador). Las respuestas fueron dicotómicas (sí o no) y relativas a los últimos doce meses. Si lo mayores contestase de manera afirmativa a cualquiera una de las cinco cuestiones del PSN, será considerado portador de quejas de sueño, de acuerdo con los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM IV)⁽¹³⁾.

La evaluación de los sueños diurnos fue hecha por medio de auto relato, utilizándose una cuestión de *Minnesota Leisure Equipo Activities Questionnaire*⁽¹⁴⁾ incorporada al instrumento del Estudio FIBRA. Fue preguntado a los mayores si él dormía o sueño durante el día (sí o no) y, en caso afirmativo, cuanto tiempo por día. El relato de sueño diario con 90 minutos o más de duración fue considerado como queja de sueño.

Procedimientos éticos

Todos los principios éticos que rigen mayores con seres humanos fueron observados y respetados, según la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud. La utilización de los datos pertenecientes al Estudio FIBRA fue autorizada por la coordinadora del estudio. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Mayores,

como apéndice al Estudio FIBRA (parecer nº 208/2007), el 27/09/2011.

Análisis de los datos

Los datos fueron analizados con el auxilio del Programa SPSS - Statistical Package for Social Sciences, versión 17.0. Fueron hechas análisis descriptivas de las variables del estudio, conteo de frecuencias simples y porcentuales. La prueba Jue-cuadrado fue empleado para evaluar la asociación entre las variables nominales. Para la estadística inferencial, fue usado la prueba de Mann-Whitney para comparar los dos grupos independientes, haya vista la distribución de los datos no ser normal, según la prueba de Kolmogorov-Smirnov. El nivel de significancia adoptado para los testes estadísticos fue del 5%, o sea, $p < 0,05$.

Resultados

La Tabla 1 presenta las principales características socioeconómicas y demográficas de los mayores de Campinas (n=689) y de Parnaíba (n=299), reclutados para el presente estudio.

Tabla 1 - Análisis comparativo de las características socioeconómicas y demográficas de los mayores participantes del Estudio FIBRA. Campinas, SP; Parnaíba, PI, Brasil, 2008/2009

Características	Campinas/SP		Parnaíba/PI		p-valor*
	n	%	n	%	
Sexo					
Femenino	474	68,8	172	57,5	0,001
Masculino	215	31,2	127	42,5	
Estado civil					
Soltero	37	5,4	26	8,7	0,111
Casado	378	55,1	161	54,0	
Separado	51	7,4	14	4,7	
Viudo	220	32,1	97	32,6	
Edad					
65 a 69 años	253	36,8	114	38,1	0,140
70 a 74 años	228	33,1	82	27,4	
74 a 79 años	136	19,7	59	19,8	
80 años o más	72	10,4	44	14,7	
Escolaridad					
Nunca fue a la escuela	114	16,5	107	35,9	<0,001
Alfabetización de Adultos	17	2,5	8	2,7	
Primario	367	53,3	105	35,2	
Gimnasio	88	12,8	39	13,1	
Científico, normal o clásico	47	6,8	28	9,4	
Superior	54	7,8	11	3,7	
Maestría o doctor	2	0,3	0	0,0	
Color/raza					
Blanca	507	73,9	103	34,8	<0,001

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Características	Campinas/SP		Parnaíba/PI		p-valor*
	n	%	n	%	
Negra	64	9,3	20	6,8	
Mulata, Mestiza, Parda	99	14,4	168	56,7	
Indígena	6	0,9	2	0,7	
Amarilla, Oriental	10	1,5	3	1,0	
Jubilado					
Sí	481	70,0	274	92,2	<0,001
No	206	30,0	23	7,8	
Arreglo de vivienda					
Solo	107	15,6	19	6,4	<0,001
Apenas con cónyuge	187	27,3	29	9,7	
Descendencia	155	22,7	76	25,5	
Cónyuge + Descendencia	166	24,3	117	39,3	
Otros parientes externos	36	5,3	19	6,4	
Otros arreglos misceláneos	33	4,8	38	12,7	
Bandas de renta familiar					
0,0 a 1,0 sueldo mínimo	39	6,5	38	14,4	<0,001
1,1 a 3,0 sueldos mínimos	234	38,8	157	59,7	
3,1 a 5,0 sueldos mínimos	167	27,7	37	14,1	
5,1 a 10,0 sueldos mínimos	116	19,2	16	6,1	
10,0 sueldos mínimos o +	47	7,8	15	5,7	

*p-valor según la prueba de Jue-cuadrado: resultados significativos subrayados.

Se observa en la Tabla 1 que, de acuerdo con la prueba de Jue-Cuadrado, hubo asociación significativa entre el municipio y: sexo, escolaridad, color/raza,

jubilado, arreglo de vivienda y bandas de renta familiar.

La Tabla 2 trae las principales características de la calidad del sueño de los mayores participantes de ese estudio.

Tabla 2 - Análisis comparativo de las características del sueño de los mayores participantes del Estudio FIBRA. Campinas, SP; Parnaíba, PI, Brasil, 2008/2009

Características	Campinas / SP		Parnaíba / PI		p-valor*
	n	%	%	%	
Quejas de sueño					
Sí	406	59,7	223	75,9	<0,001
No	274	40,3	71	24,1	
Sueño diurno					
Ausente o menor 90'	621	90,1	262	87,6	0,240
Mayor o igual a 90'	68	9,9	37	12,4	
Sueño no restaurador					
Sí	191	28,2	102	35,2	0,031
No	486	71,8	188	64,8	
Uso de medicinas para dormir					
Sí	133	19,7	60	20,5	0,782
No	542	80,3	233	79,5	
Despertar precoz					
Sí	234	34,5	143	48,8	<0,001
No	444	65,5	150	51,2	
Dificultad de mantener el sueño					
Sí	141	20,8	106	36,2	<0,001
No	537	79,2	187	63,8	
Dificultad de adormecerse					
Sí	192	28,3	114	39,0	0,001
No	486	71,7	178	61,0	

*p-valor segundo el teste de Jue-cuadrado: resultados significativos subrayados.

El análisis comparativo presentado en la Tabla 2 mostró que, de acuerdo con la prueba de Jue-Cuadrado, hubo asociación significativa entre el municipio y: quejas de sueño, sueño no restaurador, despertar precoz,

dificultad en mantener y en iniciar el sueño.

La Tabla 3 presenta los resultados del análisis comparativo para las variables edad, renta familiar y número de problemas de sueño.

Tabla 3 - Análisis comparativo de las variables edad, renta familiar y número de quejas de sueño de los mayores participantes del Estudio FIBRA. Campinas, SP; Parnaíba, PI, Brasil, 2008/2009

	Media	Mediana	DP*	Mínimo	Máximo	Z	p-valor†
Edad							
Campinas	71,95	71,00	5,2	65	90	- 1,162	0,245
Parnaíba	72,80	72,00	5,5	65	88		
RF‡							
Campinas	2.043,07	1.500,00	2307,4	0	24.000,00	- 7,377	<0,001
Parnaíba	1.378,97	930,00	1911,4	100,00	25.000,00		
QS§							
Campinas	1,4	1,0	1,53	0	6	- 4,783	<0,001
Parnaíba	1,9	2,0	1,62	0	5		

*DP= desvío padrón.

†p-valor segundo el test de Mann-Whitney: resultados significativos subrayados.

‡RF = Renta Familiar.

§QS = Número de quejas de sueño.

De acuerdo con la prueba de Mann-Whitney, hubo diferencia significativa entre los municipios en la renta familiar y en número de quejas de sueño, según está presentado en la Tabla 3.

Discusión

Los datos del presente estudio refuerzan la importancia de la evaluación de la calidad de sueño de los mayores brasileños, principalmente para aquéllos inseridos en regiones bajo índice de desarrollo humano, quienes viven en condiciones precarias y con limitado acceso a los servicios públicos de salud (SUS).

Se trata del primer estudio brasileño con este enfoque, que también no ha sido suficientemente explorado en el escenario internacional. La desigualdad socioeconómica encontrada entre los mayores de estos municipios se muestra favorable a la importancia de ese análisis para las quejas de sueño.

Hubo predominio de mujeres entre los participantes de este estudio, hecho denominado por algunos autores de "feminización de la vejez". La mayor probabilidad de supervivencia entre las mujeres puede ser explicada por la menor exposición a los riesgos ocupacionales, menor tasa de mortalidad a causas externas y actitudes diferenciadas con relación a las enfermedades, pues utilizan los servicios de salud frecuentemente, se comparadas a los hombres, que sufren mayores tasas de mortalidad⁽¹⁵⁾.

Con relación a la escolaridad, los mayores del municipio de menor IDH (Parnaíba) son, en su mayoría, analfabetos y poseen menor escolaridad de lo que los

mayores de Campinas (con IDH elevado). Esos resultados reflejan un de los aspectos de desigualdad social en Brasil y van al encuentro de otros mayores realizados en el escenario de la gerontología⁽¹⁾.

La mayoría de los mayores de esa investigación reciben de 1,1 a 3,0 salarios mínimos, sin embargo la renta media de los mayores de Campinas es superior a la de los mayores de Parnaíba. Generalmente, esa renta es proveniente de jubilación. Investigadores apuntan que la jubilación se transformó en la única fuente de renta de 12 millones de familias brasileñas⁽¹⁶⁾. En familias pobres, muchas veces, los mayores son quien sostienen la familia o cuidan de los nietos mientras sus hijos trabajan fuera del espacio doméstico⁽¹⁷⁾.

En el presente estudio, fue elevado el porcentaje de los mayores de Parnaíba conviviendo con sus hijos bajo el mismo techo. En China, aproximadamente 70% de los mayores viven con los hijos. En nuestro país, hubo un crecimiento del número de mayores que viven con sus hijos, haciendo con que varias generaciones convivan en el mismo lar. La co-residencia puede ser desencadenada por la falta de autonomía económica y/o física de los mayores, sin embargo puede ser benéfica tanto para los mayores como para sus hijos, significando mejora de las condiciones de vida⁽¹⁾.

Con relación a las quejas de sueño, la mayoría de los mayores relató presentarlos. El problema más apuntado fue el sueño no restaurador, seguido de despertar precoz, dificultad en adormecerse, dificultad en mantener el sueño, uso de medicinas para dormir y sueños diurnos.

Esos hallazgos fueron corroborados por otros estudios encontrados en la literatura sobre el sueño de los mayores^(2,5,18).

Los mayores de Parnaíba se presentaron más quejosos con relación a los problemas de sueño se comparados con los mayores de Campinas. Los disturbios de sueño son bastantes incidentes en personas mayores, mujeres y viudos⁽¹¹⁾ principalmente entre aquéllos de baja clase socioeconómica⁽¹⁹⁾, hecho que podría explicar la mayor presencia de disturbios de sueño en los mayores residentes en el municipio con menor IDH. La dificultad financiera puede generar preocupaciones que interfieren en la calidad del sueño⁽²⁰⁾. Además, vivir en condiciones precarias hace con que haya acceso limitado a los servicios públicos como educación y salud, interfiriendo, así, en los comportamientos preventivos de la enfermedad y en su detección precoz, tales como los disturbios del sueño⁽²¹⁾.

En el presente estudio, algunos mayores relataron sueño durante el día por 90 minutos o más. La mala calidad del sueño nocturno puede generar la somnolencia diurna excesiva y el sueño diurno intencional o no. Mayores apuntan que los principales factores relacionados al sueño diurno en mayores son los disturbios del sueño nocturno, alteraciones del ciclo sueño-vigilia relacionado a la edad, co-mortalidades y enfermedades mentales⁽²⁰⁾. Aunque existan pocos estudios sobre las características del sueño en la población de mayores, las investigaciones sugieren que el sueño puede traer beneficios al individuo dependiendo de la hora del día y duración del sueño. Breves sueños pueden ser más benéficos del que no dormir o dormir por largos períodos⁽²²⁾. Estudios revelan que el hábito de sueño por períodos prolongados durante el día se asoció a la salud comprometida, a problemas psicológicos⁽²³⁾ y a un factor de riesgo elevado para comprometimiento cognoscitivo⁽²⁴⁾.

En el presente estudio, no hubo diferencia significativa entre los mayores de Campinas y los de Parnaíba en lo que se refiere al hábito de sueño por períodos largos durante el día. Algunos autores apuntan que la superioridad de sueño diurno depende de la localidad y de la población del estudio, así como del modo como ése sueño fue definido en el protocolo de los mayores⁽²²⁾.

Conclusión

Los mayores de Parnaíba presentaron mayores porcentajes de quejas de sueño se comparados a los mayores de Campinas. Hubo asociación significativa entre municipio y quejas específicas de sueño no restaurador, despertar precoz, dificultad en mantener y en iniciar el sueño, todas más prevalentes en Parnaíba.

Tal conocimiento es importante para el desarrollo de estrategias capaces de asistir a las necesidades crecientes de esa banda etaria emergente, haya vista que un sueño inadecuado puede afectar la salud física y cognoscitiva, además de generar insatisfacción e impacto negativo en la calidad de vida de los mayores. Así, los enfermeros deben intervenir en la promoción de la salud con acciones que minimicen o precavan esos problemas relativos al sueño.

En esa perspectiva, estudios futuros pueden ser desarrollados en el sentido de verificar la existencia de asociación entre quejas de sueño y problemas de salud física, bueno como con la declinación cognoscitiva, debido a que su relevancia y el hecho de no han sido abordados en este estudio.

Referencias

1. Santos AA, Pavarini SCI, Brito TRP. Perfil dos idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Esc Anna Nery*. 2010;14(3):496-503.
2. Costa SV, Ceolim MF, Neri AL. Problemas de sono e suporte social: estudo multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(4):920-7.
3. Oliveira BHD, Yassuda MS, Cupertino APFB, Neri AL. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade: Estudo PENSA. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(3):851-60.
4. Kryger M, Monjan A, Bliwise D, Ancoli-Israel S. Sleep, health and aging: bridging the gap between science and clinical practice. *Geriatrics*. 2004;59(1):24-30.
5. Ancoli-Israel S. Sleep and its disorders in aging populations. *Sleep Medicine*. 2009;10:S7-S11.
6. Al Lawati NM, Patel SR, Ayas NT. Epidemiology, risk factors, and consequences of obstructive sleep apnea and short sleep duration. *Prog Cardiovasc Dis*. 2009;51(4):285-93.
7. Cunha MCB, Zanetti ML, Hass JV. Sleep Quality in Type 2 Diabetics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(5):850-5.
8. Furlani R, Ceolim MF. Sleep quality of women with gynecological and breast cancer. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2006;14(6):872-8.
9. Santos AA, Pavarini SCI. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(1):115-22.
10. Ensrud KE, Blackwell TL, Redline S, Ancoli-Israel S, Paudel ML, Cawthon PM, Dam TT, Barrett-Connor E,

- Leung PC, Stone KL. Sleep disturbances and frailty status in older community-dwelling men. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(11):2085-93.
11. Asghari A, Farhadi M, Kamrava SK, Ghalehbaghi B, Nojomi M. Subjective Sleep Quality in Urban Population. *Arch Iran Med.* 2012; 15(2):95-8.
12. Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC, Souza AC, Lima MC, Magalhães RC, Goulart F. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação de qualidade de vida. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(4):905-14.
13. American Psychiatric Association [internet]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition [acceso 12 fev 2010]. Disponível em: <http://www.psych.org>
14. Taylor HL, Jacobs DR, Schucker B, Knudsen J, Leon AS, Debacker G. A questionnaire for the assessment of leisure time physical activities. *J Chron Dis.* 1978;31:741-55.
15. Souza LM, Morais EP, Barth QCM. Socioeconomic and demographic characteristics and health condition of elderly people from a family health program in Porto Alegre, Brazil. *Rev. Latino-am. Enfermagem.* 2006;14(6):901-6.
16. Areosa SVC, Areosa AL. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. *Texto & Contexto Enferm.* 2008;7(1):138-50.
17. Souza RFS, Skubs T, Brêtas ACP. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(3):263-67.
18. Ancoli-Israel S, Ayalon L, Salzman C. Sleep in the elderly: normal variations and common sleep disorders. *Harv Rev Psychiatry.* 2008;16(5):279-86.
19. Gu D, Sautter J, Pipkin R, Zeng Y. Sociodemographic and health correlates of sleep quality and duration among very old Chinese. *Sleep.* 2010;33(5):601-10.
20. Barichello E, Sawada NO, Sonobe HM, Zago MMF. Quality of Sleep in Postoperative Surgical Oncologic Patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(4):481-8.
21. Guimarães RM, Romanelli G. A inserção de adolescentes no mercado de trabalho através de uma ONG. *Psicol Estudo.* 2002;7(2):117-26.
22. Martin JL, Ancoli-Israel S. Napping in older adults. *Sleep Med Clin.* 2006;177-86.
23. Baker FC, Wolfson AR, Lee KA. Association of sociodemographic, lifestyle and health factors with sleep quality and daytime sleepiness in women: findings from the 2007 National Sleep Foundation "Sleep in America Pool". *J Womens's Health.* 2009;18(6):841-9.
24. Ohayon MM, Vecchierini MR. Daytime sleepiness and cognitive impairment in the elderly population. *Arch Intern Med.* 2002;162:201-8.

Recibido: 25.10.2011

Aceptado: 31.8.2012

Como citar este artículo:

Santos AA, Ceolim MF, Neri AL. Quejas de sueño entre mayores brasileños de municipios con diferentes índices de desarrollo humano. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. sep.-oct. 2012 [acceso: ____];20(5):[09 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día mes abreviado con punto año