

Qualidade subjetiva do sono, sintomas depressivos, sentimentos de solidão e institucionalização em pessoas idosas

Subjective sleep quality, depressive symptoms, feelings of loneliness, and institutionalization in elderly people

Artigo Original | Original Article

Mariana Napoleão, PsyM (1a), Bárbara Monteiro, PsyM (1b), Helena Espírito-Santo, PhD (1c),

(1) Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.

(a) Elaboração do trabalho, recolha e inserção de dados, análise estatística.

(b) Elaboração e revisão do texto.

(c) Coordenação do projeto, elaboração do trabalho, análise estatística e revisão do texto.

Autor para correspondência | Corresponding author: Helena Espírito Santo; Rua Augusta, 46, 3000-061 Coimbra, Portugal; +351 239 483 055; helenium@gmail.com

RESUMO

Palavras-Chave

Idosos
Sono
Depressão
Solidão
Institucionalização

Objetivos: A presente investigação teve como principais objetivos descrever a qualidade subjetiva do sono e as perturbações do sono e analisar a intensidade dos sintomas depressivos e dos sentimentos de solidão em idosos institucionalizados; comparar estes dados com um grupo de idosos não institucionalizados e analisar a relação entre estas variáveis nos dois grupos.

Métodos: Este estudo insere-se no Projeto *Trajétórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social* de onde foi retirada uma amostra de cento e quarenta idosos sem défice cognitivo, com 70 institucionalizados e 70 não institucionalizados emparelhados por idade, sexo, escolaridade e estado civil. A média de idades foi de 76,58 (DP = 6,10), incluindo 104 mulheres e 36 homens. Como instrumentos foram utilizados um Questionário Sociodemográfico, o Questionário sobre o Sono na Terceira Idade, a Escala Geriátrica de depressão e a Escala de Solidão da Universidade da Califórnia, Los Angeles.

Resultados: Verificou-se que os idosos institucionalizados apresentavam mais sentimentos de solidão do que os não institucionalizados. Contudo, não se verificaram diferenças entre os dois grupos em relação aos sintomas depressivos, qualidade subjetiva do sono ou perturbações do sono, com algumas exceções: os idosos residentes na comunidade mostraram ter a perceção de demorar mais tempo a adormecer, de acordar mais cedo e de ter mais pesadelos. Através de uma análise correlacional verificou-se, na amostra global, que quanto pior a qualidade subjetiva do sono mais sintomas depressivos se observavam e quanto mais sintomas depressivos, mais sentimentos de solidão, não havendo, contudo, relação entre o sono e a solidão.

Conclusões: Concluímos que a situação de institucionalização se acompanha de mais sentimentos de solidão, mas não de sintomas depressivos ou de pior qualidade de sono. Por esse motivo, sugere-se que se desenvolvam programas de intervenção dirigidos à solidão em idosos institucionalizados.

ABSTRACT

Keywords

Elderly
Sleep
Depression
Loneliness
Institutionalization

Aims: The main objectives of this investigation were to describe the subjective quality of sleep and sleep disorders and analyze the intensity of depressive and loneliness symptoms in institutionalized elderly people; compare these data against a non-institutionalized elderly people subsample and analyze the relationship between these variables in both subsamples.

Method: This study is part of *Trajectories of Elderly Aging in Social Response* Project from which a sample of one hundred and forty elderly people with no cognitive impairment was taken, with 70 institutionalized and 70 non-institutionalized matched by age, sex, education, and marital status. The average age was 76.58 (SD = 6.10), including 104 women and 36 men. The tools used for this analysis were a sociodemographic questionnaire, the Questionnaire About Sleep in the Older Adults, Geriatric Depression Scale, and the Loneliness Scale of the University of California, Los Angeles.

Results: The study confirmed that institutionalized elderly people had more feelings of loneliness than those non-institutionalized. However, there were no differences between the two subsamples regarding depressive symptoms and subjective sleep quality or sleep disturbances, with some exceptions: Elderly people living in the community showed to have the perception of taking more time to fall asleep, waking up earlier, and having more nightmares. Through a correlational analysis it was found, in both subsamples, that the worse the subjective sleep quality the more depressive symptoms were observed; and the more depressive symptoms, the more feelings of loneliness, despite of not existing a relation between sleep and loneliness.

Conclusions: We concluded that institutionalization is linked to more feelings of loneliness but not to depressive symptoms nor to worse quality of sleep. For this reason, it is suggested that intervention programs are developed with a focus on elderly institutionalized populations.

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento existe uma clara redução da eficiência do sono, sendo frequente ocorrerem diversas alterações dos seus padrões (Ohayon, Carskadon, Guilleminault e Vitiello, 2004; Redline et al., 2004). Estas alterações podem figurar no aumento de acordares noturnos, dificuldade em manter o sono, na não existência de um sono reparador e sonolência diurna (Ancoli-Israel, 2005; Crowley, 2011; Dijk, Groeger, Stanley e Deacon, 2010; Galimi, 2010). Para além destas, ainda são observadas a perturbação do ciclo do sono-vigília, acordares precoces e redução do sono de ondas lentas (sono profundo) (Crowley, 2011; Ohayon et al., 2004). As alterações podem decorrer de distúrbios primários do sono (e.g., apneia obstrutiva, movimentos periódicos durante o sono, síndrome das pernas inquietas) ou serem secundárias a doença médica ou psiquiátrica (Crowley, 2011; Giron et al., 2002). Existem ainda fatores contributivos para o desenvolvimento de alterações do sono, entre eles o aumento da idade (Ohayon et al., 2004) e o sexo (existindo maior vulnerabilidade do sexo feminino) (Crowley, 2011; Giron et al., 2002; Redline et al., 2004). Outros fatores concorrem para estas alterações, nomeadamente o uso de antidepressivos, benzodiazepinas, ansiolíticos e hipnóticos (Armitage, 2000; Giron et al., 2002; Gursky e Krahn, 2000; Krishnan e Hawranik, 2008).

Para além das questões supracitadas, a situação residencial é outro aspeto a ter em consideração. Assim, entre idosos da comunidade (não-institucionalizados), verificam-se mais dificuldades em iniciar ou manter o sono, insónia e a realização de sesta durante o dia, sendo a insónia prevalente em indivíduos do sexo feminino e com mais idade (Foley, Ancoli-Israel, Britz e Walsh, 2004). Em situação de institucionalização, determinados problemas do sono mostram-se prevalentes, tais como, levantar-se para ir ao quarto de banho, acordar no meio da noite ou muito cedo pela manhã, sentir muito calor e sentir dores (Araújo e Ceolim, 2010). A qualidade do sono mostra-se também pior quanto mais elevado o grau de institucionalização (Middelkoop, Kerkhof, Smilde-van den Doel, Ligthart e Kamphuisen, 1994) ou mais “pobre” em pessoas idosas institucionalizadas (Garmendia-Leiza et al., 2013).

As dificuldades de sono em pessoas idosas são comórbidas a outros quadros, sendo o mais frequente a presença de sintomas depressivos (Ancoli-Israel, 2006, 2009; Babar et al., 2000; Cho et al., 2008; Giron et al., 2002). Quanto à relação entre insónia e depressão estas podem funcionar como fatores de risco/precipitantes uma

da outra, ou seja, quando não existe intervenção, a insónia pode resultar em depressão e a presença de depressão pode contribuir para o desenvolvimento de insónia (Cole e Dendukuri, 2003).

A depressão no idoso, por seu turno, associa-se à solidão (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley e Thisted, 2006; Stek et al., 2005; Vaz e Gaspar, 2011; Zebhauser et al., 2014), sendo que esta se constitui igualmente num fator de risco para a depressão, bem como o inverso também se verifica (Holvast et al., 2015; Houtjes et al., 2014; Jacobs, Cohen, Hammerman-Rozenberg e Stessman, 2006). O sexo poderá ainda ser uma variável de relevo tanto na solidão como na depressão. Cacioppo et al. (2006), por exemplo, mostraram que os homens experienciam sintomas mais elevados de solidão do que as mulheres. Em contraste, Zebhauser et al. (2014) verificaram que as mulheres idosas apresentam mais sintomas depressivos do que os homens, mas não encontraram diferenças quanto à solidão. Já Pinquart e Sorensen (2001), no seu estudo de metanálise, mostraram que as mulheres apresentam mais sintomas de solidão. A situação residencial parece ser novamente um fator importante, sendo comum a presença de solidão entre idosos institucionalizados (de Jong Gierveld e Havens, 2004; Pinquart e Sorensen, 2001; Stek et al., 2005; Vaz e Gaspar, 2011), assim como a presença de sintomas depressivos (Cravello, Palmer, de Girolamo, Caltagirone e Spalletta, 2011; Platí, Covre, Lukasova e Macedo, 2006; Szczerbińska, Hirdes e Zyczkowska, 2012). Outros fatores a sublinhar no que respeita à solidão são o avanço na idade, mas somente em idosos ou muito mais velhos (> 80 anos) ou mais novos (< 60 anos) (Pinquart e Sorensen, 2001), a perda do cônjuge e a falta de amigos (Costa et al., 2013; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg e Pitkälä, 2005). Para a depressão, os fatores são similares, incluindo a idade mais avançada (Blazer, 2003) e a situação de ausência de companheiro (Iachina, Jørgensen, McGue e Christensen, 2006). Por fim, a baixa escolaridade parece ser um fator com papel diverso nas duas condições: relevante para a depressão (Goncalves, Espirito-Santo, Matreno, Fermino e Guadalupe, 2012; Pena et al., 2012), mas não para a solidão (Costa et al., 2013).

No entrelaçar dos conceitos apresentados, parece também existir relação entre solidão e a pobre qualidade subjetiva do sono (Cacioppo et al., 2002a, 2002b), aparecendo a solidão como determinante da menor satisfação com o sono (Jacobs et al., 2006).

Em síntese, a revisão da literatura mostra que as perturbações do sono se relacionam com a depressão/sintomas depressivos e que estes se associam

reciprocamente com a solidão. Existem ainda lacunas na compreensão da relação entre o sono e a solidão em pessoas idosas e especialmente em idosos institucionalizados.

Por estes motivos, e na procura de uma maior compreensão dos constructos apresentados, são objetivos desta investigação: a) analisar a qualidade subjetiva do sono, a intensidade dos sintomas depressivos e dos sentimentos de solidão em idosos institucionalizados; b) comparar estas dimensões entre idosos institucionalizados e não-institucionalizados; c) descrever e comparar o tipo de problemas de sono entre os dois grupos; d) analisar o potencial efeito de variáveis sociodemográficas sobre a qualidade subjetiva do sono, sintomas depressivos e sentimentos de solidão; e) verificar se existem relações entre o sono, depressão e solidão e se essas relações são diferentes entre os dois grupos de idosos.

MÉTODO

Procedimentos

No âmbito do *Trajetórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social* (TEIRS) do Instituto Superior Miguel Torga foram contactadas 32 instituições que fornecem resposta social à população idosa nos concelhos de Coimbra e Soure.

A recolha de dados foi realizada por psicólogos com treino e prática na avaliação (neuro)psicológica através de um protocolo amplo que englobou questionários sociodemográficos, entrevista médica e psiquiátrica, questionários emocionais e testes neuropsicológicos administrados aos idosos. Os instrumentos foram administrados oralmente, cabendo ainda ao psicólogo o registo das respostas. Para além da avaliação, a recolha de dados incluiu a informação retirada dos processos individuais dos utentes.

Todos os idosos foram voluntários e assinaram declarações de consentimento informado.

Participantes

A amostra incluiu idosos institucionalizados (Lar e Centro de Noite), semi-institucionalizados (Centro de Dia e Unidade de Cuidados continuados) e não institucionalizados do distrito de Coimbra, Portugal, num total de 140 pessoas. A seleção das pessoas idosas para este estudo foi realizada através dos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 65 anos; sem demência diagnosticada e com pontuações no *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA; Nasreddine et al., 2005) abaixo do

percentil 25 (inferior a 7 pontos); sem afasia sensorial e/ou anterior e ter respondido ao MoCA.

No TEIRS tinham sido avaliadas 1235 pessoas idosas entre novembro de 2010 e março de 2016. Destas foram retiradas das análises 803 pessoas por não cumprirem os critérios de inclusão. Entre os 432 que preenchem os critérios de inclusão, não se verificou associação estatisticamente significativa entre sexo e tipo de situação residencial [$\chi^2(1) = 1,03$; $p = 0,31$]; os idosos institucionalizados eram mais velhos de forma estatisticamente significativa ($M = 80,19$ anos; $DP = 6,48$ anos; $t = 8,88$; $p < 0,001$); havia mais pessoas sem companheiro entre os idosos institucionalizados [76,8%; $\chi^2(1) = 28,90$; $p < 0,001$]; existiam mais pessoas sem escolaridade ou baixa escolaridade entre os idosos institucionalizados [78,4%; $\chi^2(4) = 24,34$; $p < 0,001$] e ainda se verificou que a situação residencial e o número de visitas não se associavam [$\chi^2(1) = 7,68$; $p = 0,06$].

Por fim, entre os 432 foram selecionados 70 idosos institucionalizados e 70 idosos não-institucionalizados resultantes do emparelhamento por idade, sexo, escolaridade e estado civil.

Instrumentos

Da bateria global do TEIRS, foram utilizados quatro questionários e duas entrevistas, de seguida apresentados e descritos.

Através do *Questionário sociodemográfico* foram recolhidas informações sobre a idade, sexo, estado civil, escolaridade, e tipo de resposta social e uma questão acerca da frequência e das pessoas que visitam o idoso (incluindo a ausência de visitas).

O *Questionário Sobre o Sono na Terceira Idade* (QSTI) consiste numa adaptação do Índice de Qualidade de Sono (Gomes, 2005) para pessoas idosas e avalia a qualidade de sono (Marques et al., 2012). O QSTI é constituído por uma primeira parte com sete questões, incluindo a latência do sono, dificuldade em adormecer, número de acordares noturnos, acordar espontaneamente antes da hora desejada, se o acordar mais cedo do que o desejado constitui um problema e dois itens sobre a qualidade subjetiva do sono em geral e a profundidade do sono. Nesta primeira parte, as respostas variam de 0 a 4, e o seu somatório permite obter o *Índice de Qualidade Subjetiva do Sono* (IQSS) que pode oscilar entre 0 (melhor) e 28 (pior). A segunda parte do QSTI, referente aos correlatos do sono, é constituída por 12 questões de resposta dicotómica (Sim/Não) para o idoso (1. sono no último mês com cinco perguntas¹; 2. sonolência diurna; 3. medicação para dormir; 4.

¹ 1.1. Dificuldade em adormecer; 1.2. Acordar muitas vezes durante a noite; 1.3. Acordar muito cedo e não conseguir voltar a adormecer; 1.4. O problema em dormir tem afetado a sua vida; 1.5. Satisfação com o sono.

atividade física; 5. manutenção de horário de sono regular; 6. presença de dores que afetam o sono; 7. doença que afeta o sono com exemplos de algumas dessas doenças; 8. sesta diurna; 9. parceiro de sono ruidoso; 10. doença de sono com listagem de doenças comuns em caso afirmativo²; 11. medicamentos perturbadores do sono e da vigília com listagem respetivas³; 12. questão para um informante (inversão do padrão/ciclo do sono-vigília⁴). O questionário apresenta uma muito boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,81 (Marques et al., 2012), ainda que tenha sido um pouco inferior no estudo presente (0,70), considerando-se ainda aceitável para fins de investigação (Pestana e Gageiro, 2014). Adicionalmente, foi criado um Índice de Insónia baseado nos critérios da DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)⁵: ter respondido “sim” às perguntas 1.1 a 1.4 e “não” às questões 1.6, 2.1 a 2.6, 7.1 a 7.5, 9 e 10.1 a 10.4. Com base nos pontos de corte estabelecidos pela média mais ou menos desvio padrão, criaram-se três grupos: *Bons dormidores*, *Grupo com sintomas de insónia* e *Insones*. O QSTI começou a ser administrado em 2012, pelo que responderam somente 108 idosos (77,1%).

A *Escala Geriátrica da Depressão (Geriatric Depression Scale/GDS)* avalia a presença de sintomas depressivos em pessoas idosas (Yesavage et al., 1983). Tal como na original, a versão portuguesa (Barreto, Leuschner, Santos e Sobral, 2003), consiste em 30 questões referentes à última semana, respondidas de forma dicotómica (Sim/Não). Por cada resposta ‘Sim’ nos itens 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26 e 28 e por cada resposta ‘não’ nos itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 atribui-se um ponto, variando a pontuação total entre 0 e 30 pontos (Barreto et al., 2003; Yesavage et al., 1983). As propriedades psicométricas foram adequadas na versão original (α de Cronbach = 0,94; κ = 0,94) (Yesavage et al., 1983) e no nosso estudo (α de Cronbach = 0,87). A GDS foi respondida por 139 idosos da amostra (99,3%; a resposta em falta correspondeu a desistência da avaliação).

² Apneia do sono, pernas agitadas ou irrequietas, pesadelos, ereção dolorosa (no caso do sexo masculino) ou outra.

³ Entre os fármacos perturbadores da arquitetura do sono, o avaliador deveria verificar o uso de descongestionantes, beta-agonistas, betabloqueador, cafeínico, antidepressivos ativadores, corticosteroides, diuréticos, antiarrítmicos e estatinas. Entre os perturbadores da vigília diurna, o avaliador deveria informar-se sobre o consumo de anti-histamínicos, antidepressivos sedativos, antipsicóticos (1ª geração), antimuscarínicos, agonistas da dopamina e antiepilépticos.

⁴ A questão é explicada da seguinte forma: o idoso revela maior agitação/está mais vigilante durante a noite e dorme sobretudo durante o dia?

⁵ Critérios: A) insatisfação com iniciar sono, manter ou acordar precoce; B) sofrimento significativo; C) dificuldades ≥ 3 noites/semana; D) dificuldades permanecem pelos menos 3 meses; E) oportunidades adequadas para dormir; F) outra perturbação do sono-vigília não explica melhor; G) não atribuível a efeitos de substâncias; H) não melhor explicada por doenças mentais ou físicas. A dimensão temporal não entrou para o Índice de Insónia.

A *Escala da Solidão da Universidade da Califórnia, Los Angeles (LS-UCLA)* foi desenvolvida para avaliar os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social (Russell, Peplau e Ferguson, 1978). Na sua origem era constituída por 20 itens, mas na versão portuguesa da escala (Pocinho, Farate e Dias, 2010), que está validada para a população idosa, é constituída por 16 itens elaborados de forma negativa e cuja resposta varia do “nunca” ao “frequentemente” tal como na escala original. Nesta versão, a pontuação pode variar entre os 16 e os 64 pontos, apresentando um ponto de corte de 32 pontos, correspondendo a pontuação acima deste valor a presença de solidão. As propriedades psicométricas mostraram-se adequadas (κ = entre 0,8 e 1; escala total: α de Cronbach = 0,91), tal como no presente estudo (α de Cronbach = 0,91). Somente sessenta e nove idosos responderam à LS-UCLA, devido também ao momento em que a LS-UCLA foi incluída no projeto TEIRS (49,3%) e a duas recusas em completar a bateria.

A *Entrevista Estruturada de Avaliação da Saúde Física do Idoso* inclui 32 perguntas referentes à saúde física agrupadas em seis categorias e foi desenvolvida no TEIRS. As seis categorias consistem na saúde em geral (aspetos e doenças específicas e eventos graves de saúde), problemas de visão e audição, sintomatologia cardiovascular, geniturinária, respiratória e neurológica. Para este estudo, recorreu-se às perguntas da categoria geral referentes a eventos graves de saúde (e.g., enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, traumatismo cranioencefálico).

A *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. PLUS)*; Sheehan et al., 1997; versão portuguesa: Amorim, 2000) é uma entrevista que acompanha os critérios da DSM-IV para várias perturbações mentais, consistindo em perguntas de resposta dicotómica (sim/não). Esta entrevista foi usada para colmatar informação sobre saúde mental indisponível nos processos individuais dos utentes.

Análise Estatística

Os dados foram analisados através do *Statistical Package for the Science (SPSS)*, versão 24 para Macintosh.

Recorreu-se à estatística descritiva para a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, calculando o qui-quadrado de independência, a associação linear-por-linear ou o V de Cramer consoante a natureza da variável (nominal ou ordinal e número de categorias).

Para a decisão estatística, efetuou-se previamente o estudo da normalidade através do teste de Shapiro-Wilk (Pestana e Gageiro, 2014) que revelou que as distribuições das pontuações do GDS no grupo dos institucionalizados e

da LS-UCLA nos não-institucionalizados não apresentavam uma distribuição normal.

Nesse seguimento, para as análises comparativas, uma vez que os valores de assimetria e curtose do GDS ($Si = 0,80$; $Ku = 1,56$) foram aceitáveis, optou-se pelo teste paramétrico t de Student (Pestana e Gageiro, 2014). Como na LS-UCLA os valores se situaram acima dos limites ($Si = 4,62$; $Ku = 4,71$), decidiu-se então pelo teste U de Mann-Whitney (Pestana e Gageiro, 2014).

Seguindo as indicações de Espirito-Santo e Daniel (2015) recorreu-se ao d de Cohen para análise das magnitudes da diferença, seguindo a classificação seguinte: tamanho do efeito *insignificante* ($< 0,19$), *pequeno* ($0,20 - 0,49$), *médio* ($0,50 - 0,79$), *grande* ($0,80 - 1,29$) e *muito grande* ($> 1,30$).

Para a descrição dos problemas de sono fez-se uso do estudo das frequências, recorrendo à análise de qui-quadrado de independência para determinar a existência ou não de associação entre os problemas de sono e os grupos definidos por algumas variáveis clínicas de relevo e pela situação residencial.

Finalmente, computaram-se as correlações de Pearson para determinar a intensidade das relações entre IQSS, GDS e LS-UCLA, e a correlação ponto-biserial para estudar as relações com o índice de insónia (Marôco, 2011). A interpretação das correlações seguiu a classificação seguinte: correlação *baixa* ($0,10 - 0,29$), *moderada* ($0,30 - 0,49$) e *alta* ($\geq 0,50$) (Pestana e Gageiro, 2014). Para comparar as correlações dos dois grupos, recorreu-se ao seguinte procedimento: a) os valores de r foram convertidos em z ; b) o valor z observado (z_{obs}) fora da região crítica $]-1,96$ a $1,96[$ foi interpretado como

indicativo de correlações significativamente diferentes (Pallant, 2011).

RESULTADOS

Análises preliminares

Do total das 140 pessoas (Tabela 1), a maioria era mulher ($n = 104$; $74,3\%$), casada/união de facto ($n = 73$; $52,1\%$), com escolaridade equivalente ao ensino básico ($n = 73$; $52,1\%$) e com idade média de $76,58$ anos ($DP = 6,10$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das categorias sociodemográficas nos grupos definidos pela situação residencial ($p > 0,05$), excetuando na idade [Tabela 1; $t(138) = 1,97$; $p = 0,05$], mas com um tamanho do efeito pequeno ($d = 0,33$).

A acrescentar que um pequeno número de idosos institucionalizados não recebia visitas ($n = 5$; $12,5\%$), acontecendo o mesmo com idosos não-institucionalizados ($n = 2$; $4,3\%$), não havendo associação estatisticamente significativa entre a situação de residência e o ser-se ou não visitado [$\chi^2(1) = 1,90$; $p > 0,05$].

A frequência de visitas de familiares foi também similar entre os grupos [diária-semanalmente: institucionalizados = $65,0\%$; não-institucionalizados = $66,7\%$; $\chi^2(4) = 1,42$; $p > 0,05$].

Um grande número de idosos de ambos os grupos indicou viver com família (institucionalizados: $54,5\%$; não-institucionalizados: $59,5\%$), reduzindo-se a frequência no residir com outros (institucionalizados: $18,2\%$; não-institucionalizados: $4,8\%$) e, proporcionalmente, sendo mais entre os idosos não-institucionalizados que se vivia sozinho [$35,7\%$; institucionalizados: $27,3\%$; $\chi^2(1) = 1,90$; $p > 0,05$].

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica de uma Amostra de Pessoas Idosas ($N = 140$), Institucionalizadas (PII: $n = 70$) e Não-Institucionalizadas (PNI: $n = 70$)

		Total		PII		PNI		χ^2/V
		n	%	n	%	n	%	
Idade	61-70	25	17,9	12	17,1	13	18,6	0,07 ^{NS}
	71-80	93	66,4	47	67,1	46	65,7	
	PII: $M \pm DP = 77,59 \pm 6,62$	81-90	19	13,6	9	12,9	10	
PNI: $M \pm DP = 75,57 \pm 5,40$	91-100	3	2,1	2	2,9	1	1,4	
Sexo	Masculino	36	25,7	18	25,7	18	25,7	0,00 ^{NS}
	Feminino	104	74,3	52	74,3	52	74,3	
Estado-civil	Solteiro/a	4	2,9	2	2,9	2	2,9	0,04 ^{NS}
	Separado/a ^a	9	6,4	4	5,7	5	7,1	
	Viúvo/a	54	38,6	28	40,0	26	37,1	
	Casado/a ^b	73	52,1	36	51,4	37	52,9	
Escolaridade	S/ escolaridade	24	16,2	12	16,2	12	16,2	0,51 ^{NS}
	1º ciclo	73	52,1	36	51,4	37	52,9	
	2º ciclo	16	11,4	8	11,4	8	11,4	
	Secundário	27	19,3	14	20,0	14	18,6	

Notas: M = média; DP = desvio-padrão; ^a Separado/a ou divorciado/a; ^b Ou em união de facto; n = número de participantes; χ^2 = Qui-Quadrado da independência para o sexo, estado-civil e linear-por-linear idade e escolaridade; V = V de Cramer. ^{NS} = Não significativo.

Dado que as alterações do sono podem ser secundárias a doença médica ou psiquiátrica (Crowley, 2011), segue-se a descrição clínica dos dois grupos (Tabela 2). A análise do qui-quadrado da independência revelou uma associação estatisticamente significativa entre a situação de saúde física/mental e a situação residencial [$\chi^2(3) = 11,12; p = 0,011$], destacando-se o maior número de pessoas idosas razoavelmente saudáveis ou sem doenças com impacto cognitivo na situação de residência na comunidade (não-institucionalizados).

Tabela 2

Caracterização Clínica de uma Amostra de Pessoas Idosas (N = 140), Institucionalizadas (PII: n = 70) e Não-Institucionalizadas (PNI: n = 70)

	Total		PII		PNI		
	n	%	n	%	n	%	
Razoavelmente saudável^a	62	44,3	22	31,4	40	57,1	
Doença com impacto cognitivo	Alzheimer	2	1,4	2	2,9	0	0
	AVC	20	14,3	13	18,6	7	10
	Parkinson	3	2,1	2	2,9	0	0
	Outras ^a	4	2,9	1	5,7	3	4,3
Doença mental	Depressão	10	7,1	5	7,1	5	7,1
Sem informação		39	27,9	25	35,7	14	20

Notas: n = número da amostra. AVC = Acidente vascular cerebral.

^a Epilepsia, tumor cerebral, traumatismo cranioencefálico ou diabetes.

Considerando que vários fármacos têm uma influência potencial sobre o sono (Armitage, 2000; Gursky e Krahn, 2000; Krishnan e Hawranik, 2008), avaliou-se a proporção de pessoas idosas que tomam este tipo de medicação (e.g., antidepressivos, antipsicóticos, agonistas da dopamina, antiepilépticos, anti-histamínicos) pelos grupos definidos pela situação residencial (Tabela 3).

Verificou-se, por meio da análise do qui-quadrado de independência, que não houve associação estatisticamente significativa entre a toma de medicamentos e o tipo de situação residencial [$\chi^2(1) = 0,70; p = 0,404$]. É de destacar, no entanto, que 3 idosos (2,1%) não quiseram responder, 30 idosos (21,4%) não foram questionados e/ou do processo não havia indicação do tipo de fármaco e que 2 (1,4%) não souberam responder à questão “Toma medicamentos para dormir?”. A maior parte destas “não-respostas” ocorreu entre os idosos institucionalizados (20,7%; não-institucionalizados: 4,3%).

Tabela 3

Frequência de Medicação para Dormir por Situação Residencial de uma Amostra de Pessoas Idosas (N = 105), Institucionalizadas (PII: n = 41) e Não-Institucionalizadas (PNI: n = 64)

	Total		PII		PNI		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Toma Medicação	41	39,0	22	53,7	29	45,3	0,70 ^{NS}
Não Toma Medicação	64	61,0	19	46,3	35	54,7	

Notas: n = tamanho das subamostras; χ^2 = qui-quadrado de independência.

^{NS} = não significativo estatisticamente.

Descritivas, comparações e relações

Quanto ao primeiro objetivo, as médias e desvios padrão das variáveis em estudo no grupo de pessoas idosas institucionalizadas estão patentes na Tabela 4.

Na ausência de valores de comparação com amostras diferentes ou de pontuações de corte, acrescenta-se que, para a amostra global, a mediana para o IQSS foi de 18,00, o percentil 25 foi 15,00 e o percentil 75 foi de 21,00. Os valores foram similares no grupo de idosos institucionalizados (P25 = 15,00; Md = 18,00; P75 = 21,3) e não-institucionalizados (P25 = 15,00; Md = 17,00; P75 = 20,8).

Quanto ao segundo objetivo (Tabela 4), a única diferença encontrada verificou-se nos sentimentos de solidão que foram superiores nos idosos institucionalizados [$t(67) = 3,62; p = 0,001$]. Em contraste, as pontuações do IQSS [$t(106) = 0,72; p = 0,473$] e do GDS [$t(137) = 0,68; p = 0,500$] não parecem estar relacionadas com a situação residencial. No entanto, sabendo que o valor do p é sensível ao tamanho da amostra, avaliou-se a magnitude da diferença de médias entre os dois grupos utilizando-se a medida de dimensão de d de Cohen (Espírito-Santo e Daniel, 2015). Assim, verificou-se que o IQSS apresentou uma diferença entre os dois grupos com tamanho de efeito considerado insignificante ($d = 0,14$), o mesmo acontecendo com o GDS ($d = 0,11$). De modo diferente, na LS-UCLA o tamanho do efeito foi grande ($d = 0,87$).

Relativamente ao objetivo 3, as percentagens do tipo de problemas de sono, obtidas através da análise das frequências das respostas a cada item do QSTI por situação residencial, são apresentadas na Tabela 5. Uma vez que havia células com uma frequência esperada inferior a 5 nas tabelas de referência cruzada (Pallant, 2011), procedeu-se à dicotomização dos itens com base na revisão da literatura.

Para o Item 1 considerou-se problema quando o *Tempo que demora a adormecer* ultrapassava os 30 minutos (Maglione et al., 2012), assim as categorias “1-14 minutos” e “15-30 minutos” foram recodificadas em *Latência do adormecer normal* (≤ 30 min.) e “31-45”; “46-60” e “mais de 60 minutos” em *problema na Latência do adormecer* (> 30 minutos).

Para o Item 2 (*Dificuldade em adormecer*), definiu-se como problemático sentir dificuldade em adormecer 3 noites ou mais por semana (Ram, Seirawan, Kumar e Clark, 2010). As categorias “nunca”, “raramente” e “algumas vezes” foram reclassificadas como *Adormecer difícil raro* (\leq algumas vezes) e *Adormecer difícil frequente* (\geq 3 noites-semana).

No Item 3 (*Vezes que acorda*), dada a coorte etária, foi considerado normal acordar até seis vezes (Maglione et al., 2012), mas, como a última categoria de resposta incluía 6 ou mais vezes, reservou-se esta categoria para *Acordares problema* e as restantes para *Acordares normal* (“o vezes”; “1 vez”; “2 a 3 vezes”; “4 a 5 vezes”).

Tabela 4

Comparação do Índice de Qualidade Subjetiva do Sono (IQSS), Sintomas Depressivos (GDS) e Solidão (LS-UCLA) entre Dois Grupos Definidos pela Situação Residencial

	Total			Grupo Institucionalizado			Grupo Não-institucionalizado			t/d
	N	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	
IQSS	108	18,74	5,04	32	18,32	5,40	64	19,03	4,80	0,72 ^{NS} /0,14
GDS	139	11,15	6,36	70	11,51	6,95	69	10,78	5,74	0,68 ^{NS} /0,11
LS-UCLA	69	30,25	10,35	36	34,22	10,03	33	25,91	8,96	3,62 ^{**} /0,87 [†]

Notas: GDS = Geriatric Depression Scale; LS-UCLA = Escala de Solidão da Universidade da Califórnia, Los Angeles; N = total da amostra; M = média; DP = desvio padrão; n = dimensão da subamostra; t = teste t de Student; d = d de Cohen.

** p < 0,01; ^{NS} não significativo; [†] tamanho do efeito grande.

Na ausência de um critério descrito previamente que se aplique ao Item 4 (*Acordar antes da hora*) e uma vez que a literatura mostra que há uma redução no número total de horas de sono (Crowley, 2011; Maglione et al., 2012), tomou-se como critério os quartis. Desse modo, “3 a 4 noites por semana” e “Quase todas as noites” ficaram recategorizadas em *Acordar precoce* (quartil superior) e as restantes “Nunca”, “Raramente” e “Algumas vezes” ficaram incluídas na categoria *Acordar normal*. Para os Itens 5, 6 e 7, seguiu-se o procedimento descrito para o Item 4, devido às mesmas razões.

Assim (Item 5), “Um pouco”, “Muito” e “Muitíssimo” foram incluídas na categoria *Acordar precoce problemático* (quartil superior); “Nada” e “Muito pouco” na categoria *Acordar precoce não-problemático*. No Item 6, a categoria *Qualidade má* incluiu “Muito mau” e “Mau” (quartil superior) e *Qualidade boa* incluiu “Razoável”, “Bom” e “Muito bom”. No Item 7, a categoria *Profundidade má* incluiu “Muito leve”, “Leve” e “Mais ou menos pesado” (quartil superior) e *Profundidade boa* incluiu “Pesado” e “Muito pesado”.

Tabela 5

Frequências das Alterações Subjetivas do Sono (QSTI, Questionário Sobre o Sono na Terceira Idade) por Situação Residencial (Institucionalizados: n = 44 e Não-Institucionalizados: n = 64)

Itens do QSTI	Dicotomização dos Itens	Institucionalização				χ^2	
		Sim		Não			
		n	%	n	%		
Tempo que demora a adormecer	Latência do adormecer	Normal (\leq 30 minutos)	33	75,0	48	75,0	0,00 ^{NS}
		Anormal (\geq 31 minutos)	11	25,0	16	25,0	
Dificuldade em adormecer	Adormecer difícil	Raro (\leq Algumas vezes)	36	81,8	46	71,9	1,4 ^{NS}
		Frequente (\geq 3 noites/semana)	8	18,2	18	28,1	
Vezes que acorda	Acordares	Normal (\leq 4 a 5 vezes)	42	95,5	63	98,4	0,86 ^{NS}
		Problema (\geq 6 vezes)	2	4,5	1	1,6	
Acordar antes da hora	Acordar precoce	Normal (\leq Algumas vezes)	34	77,3	42	65,6	1,70 ^{NS}
		Problema (\geq 3 noites/semana)	10	22,7	22	34,4	
Acordar antes é problema	Acordar precoce problema	Não (\leq Muito pouco)	27	61,4	42	65,6	0,26 ^{NS}
		Sim (\geq Um pouco)	17	38,6	22	34,4	
Qualidade do Sono	Qualidade	Boa (\geq Razoável)	18	40,9	39	60,9	4,20 [*]
		Má (Mau e Muito mau)	26	59,1	25	39,1	
Profundidade do Sono	Profundidade	Boa (Pesado e muito pesado)	24	54,5	27	42,2	1,60 ^{NS}
		Má (\geq Mais ou menos pesado)	20	45,5	37	57,8	

Notas: n = total da subamostra; χ^2 = qui-quadrado de independência. * p < 0,05. QSTI = Questionário Sobre o Sono na Terceira Idade.

Como se pode verificar na Tabela 5, somente a *Qualidade* se associou à situação residencial, tendo os idosos institucionalizados reportado mais sono de boa qualidade [$\chi^2(1) = 4,22; p = 0,04; Fi = 0,20$]. Os restantes problemas de sono não se associaram à situação residencial ($p > 0,05$).

Através da segunda parte do QSTI, verificámos ainda ausência de associação entre a situação residencial e os seguintes parâmetros: sono no último mês, sonolência diurna, medicação para dormir, horário regular, presença de dores, doença que afeta o sono, sesta diurna, parceiro de sono ruidoso, doença de sono, medicamentos perturbadores do sono e da vigília e com a inversão do ciclo de sono (resposta do informante). As exceções disseram respeito ao acordar cedo (institucionalizados: 32,6%; não-institucionalizados: 57,1%; $\chi^2(1) = 1,90; p < 0,05$), aos pesadelos (institucionalizados: 0,0%; não-institucionalizados: 9,8%; $\chi^2(1) = 1,90; p < 0,05$) e à atividade física (institucionalizados: 46,5%; não-institucionalizados: 68,8%; $\chi^2(1) = 5,29; p < 0,05$).

Finalmente, quanto ao *Índice de Insónia* do IQSS, 75,0% ($n = 24$) da amostra global sofriam de insónia, pertencendo a maioria dos insones ao grupo dos não-institucionalizados ($n = 63; 90,0%$; institucionalizados: $n = 42; 60,0%$). Quanto aos restantes, 1,4% ($n = 2$) tinham sintomas de insónia (um sujeito de cada situação residencial) e 23,6% revelaram-se como bons dormidores ($n = 33$), com a maioria a residir em instituição ($n = 27; 38,6%$; não-institucionalizados: $n = 6; 8,6%$).

Na Tabela 6 apresentam-se os dados referentes ao quarto objetivo, com as diferenças das pontuações médias do IQSS, GDS e LS-UCLA entre as categorias das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil e escolaridade). As únicas diferenças estatisticamente diferentes foram encontradas no GDS para o estado civil, apresentando as pessoas idosas sem companheiro mais sintomas depressivos ($p < 0,05$).

Tabela 6

Comparação do Índice de Qualidade Subjetiva do Sono (IQSS), Sintomas depressivos (GDS) e Sentimentos de Solidão (LS-UCLA) entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas

		IQSS		GDS		LS-UCLA	
		M	DP	M	DP	M	DP
Sexo	Masculino	17,97	4,93	10,03	5,87	27,77	9,26
	Feminino	19,07	5,08	11,54	6,51	31,06	10,64
	t de Student; p	t = 1,03; p = 0,304		t = 1,23; p = 0,220		t = 1,14; p = 0,258	
Idade	61-70	17,67	5,65	9,96	6,31	25,75	5,66
	71-80	19,16	4,57	12,05	6,03	32,25	11,18
	81-90	18,06	6,28	8,79	7,43	27,62	9,31
	91-100	17,67	5,65	9,96	6,31	25,75	5,66
	ANOVA (F); p	F = 0,82; p = 0,444		F = 2,02; p = 0,114		F = 2,48; p = 0,091	
Estado-civil	Sem companheiro	18,59	4,85	11,64	7,04	32	11,15
	Com companheiro	18,88	5,25	10,71	5,7	28,54	9,35
	t de Student; p	t = 0,30; p = 0,768		t = 0,85; p = 0,395		t = 1,40; p = 0,167	
Escolaridade	Sem escolaridade	18,5	4,38	12	7,09	32,9	11,79
	Com escolaridade	18,27	5,26	10,88	6,32	29,8	10,13
	t de Student; p	t = 0,13; p = 0,895		t = 0,65; p = 0,519		t = 0,88; p = 0,384	

Notas: p = nível de significância; ANOVA (F) = Análise de Variância; M = média; DP = Desvio padrão; GDS = Inventário Geriátrico da Depressão; LS-UCLA = Escala de Solidão da Universidade da Califórnia, Los Angeles.

Na Tabela 7, e em resposta ao último objetivo, exibem-se as correlações entre o *Índice de Insónia*, o IQSS, o GDS e a LS-UCLA. Verificou-se que o *Índice de Insónia* se relacionou de forma moderada positiva e estatisticamente significativa com o GDS no grupo dos idosos não-institucionalizados. O IQSS relacionou-se de forma positiva

moderada e significativa com o GDS nos dois grupos. Por último, o índice de insónia e o IQSS não se relacionaram com a LS-UCLA em nenhum dos grupos. A subida das correlações do grupo de idosos institucionalizados para o grupo dos não-institucionalizados não se mostrou significativa ($-1,96 < Z_{obs} < 1,96$).

Tabela 7

Correlações de Pearson (Índice de Insónia, Total do IQSS, GDS e LS-UCLA) por Situação Residencial

	Institucionalizados				Não-institucionalizados			
	II	IQSS	GDS	LS-UCLA	II	IQSS	GDS	LS-UCLA
II	—	0,05	-0,21	0,05	—	0,06	-0,01	0,03
IQSS		—	0,39**	0,31		—	0,35**	0,08
GDS			—	0,58**			—	0,58**
LS-UCLA				—				—

Notas: II = Índice de Insónia; IQSS = Índice de Qualidade Subjetiva do Sono; GDS = Inventário Geriátrico da Depressão; LS-UCLA = Escala de Solidão da Universidade da Califórnia, Los Angeles. ** Correlação significativa no nível de significância de 0,01.

DISCUSSÃO

O estudo de conceitos como o sono, a solidão e a depressão pode ser desafiador, principalmente em idosos. Alguns resultados desta investigação contrastam, surpreendentemente, com os obtidos por outras pesquisas.

A exceção ocorre ao nível da solidão, tendo-se verificado que os idosos institucionalizados apresentam mais sentimentos de solidão comparativamente com os idosos não-institucionalizados, o que é corroborado por estudos prévios (de Jong Gierveld e Havens, 2004; Stek et al., 2005), podendo este resultado decorrer do menor número de relações de amizade associado à institucionalização (Kim et al., 2009). Em oposição, o estudo de Almeida e Quintão (Almeida e Quintão, 2012) com idosos portugueses institucionalizados das regiões do Algarve, Alentejo e Grande Lisboa não encontrou diferenças entre os dois grupos ao nível da solidão. No entanto, o seu estudo envolveu somente uma questão neste sentido (“Com que frequência se sente só”), o que pode não refletir o mesmo constructo.

Para além da solidão, e que seja de nosso conhecimento, este é o segundo estudo a mostrar que a intensidade dos sintomas depressivos é semelhante quando se comparam idosos institucionalizados com não-institucionalizados, opondo-se aos resultados de estudos anteriores (Cravello et al., 2011; Plati et al., 2006; Szczerbińska et al., 2012) os quais indicam a presença de sintomatologia ligeira ou grave em idosos institucionalizados. Supunha-se que a necessidade de adaptação a novas regras e rotinas, a quebra de laços e a limitada estimulação implicada na institucionalização (Paúl, 1997) fosse a responsável pelos sintomas depressivos, no entanto podem existir outros aspetos envolvidos. Note-se que o estudo de Almeida e Quintão

(Almeida e Quintão, 2012) mostrou igualmente que os sintomas depressivos não se distinguiam dos registados em idosos residentes na comunidade. Estas autoras concluíram que não seria a institucionalização, mas sim a qualidade do acompanhamento ao idoso a responsável pelos níveis depressivos. De sublinhar que, uma vez que alguns dos estudos do TEIRS mostram que existe associação dos sintomas depressivos com a escolaridade (Goncalves et al., 2012; Pena et al., 2012) e considerando que os nossos dois grupos ficaram emparelhados nesta variável e ambos com nível baixo, removendo o seu efeito, então talvez poder-se-ia deduzir que a depressão não se relaciona com a institucionalização. No entanto, se analisar de novo as investigações acima citadas, verifica-se que no estudo de Plati (2006), os dois grupos foram também emparelhados e que o nível de escolaridade era baixo em ambos [na investigação de Szczerbińska et al. (2012), a escolaridade não é reportada]. Assim, podendo este resultado dever-se a aspetos culturais e sociais portugueses, ele deve ser confirmado em estudos futuros com amostras regionalmente mais amplas.

No que respeita à qualidade do sono medida pelo *Questionário Sobre o Sono na Terceira Idade*, à semelhança de outra investigação (Araújo e Ceolim, 2010), a prevalência de problemas de sono não é muito alta em qualquer um dos grupos, podendo este resultado decorrer da potencial discrepância entre a perceção da qualidade do sono e a existência real de problemas (Araújo e Ceolim, 2010). Segue-se que, a par com a pesquisa de Garmendia-Leiza et al. (2013) e de Middelkoop et al. (1994), este será um dos poucos estudos a comparar a qualidade do sono entre idosos institucionalizados e idosos residentes na comunidade. Na presente investigação não se verificam diferenças na qualidade de sono entre os dois grupos, por contraste, nas pesquisas de Middelkoop et al. (1994) e de Garmendia-Leiza et al. (2013) foram observadas diferenças, mas na última pesquisa as diferenças circunscreveram-se ao período de fim de semana (explicável pela quebra de rotina). Note-se que a investigação de Garmendia-Leiza et al. (2013) recorreu à medição objetiva do sono. Ora, a utilização de métodos objetivos e subjetivos para a medição do sono poderá conduzir a resultados diferentes. De sublinhar que noutra pesquisa, usando métodos objetivos, não foram encontradas diferenças nos padrões do sono, no entanto na medição subjetiva do sono verificaram-se diferenças entre idosos residentes na sua casa versus residentes em casa dos filhos (Johnson, 1986). Uma possível leitura para a ausência de diferenças na qualidade do sono do nosso estudo pode estar na semelhança de rotinas, sendo reconhecida a sua importância para um sono regular e recuperador (Zisberg, Gur-Yaish e Shochat, 2010). Por norma, as rotinas são habituais nas instituições, ocorrendo

ida mais cedo para a cama do que na residência pessoal (Middelkoop et al., 1994), o que pode não ter acontecido no nosso estudo (aspeto não investigado). Outra explicação está na natureza da amostra. Uma vez que foram removidos idosos da nossa amostra com défice cognitivo e com demência, o que levou consequentemente a uma potencial redução de uma grande variabilidade nos padrões do sono (Johnson, 1986), diminuíram provavelmente o número de pessoas com problemas de sono. Em abono da hipótese da semelhança de rotina, temos o achado da ausência de diferença na questão das sesta. De notar que o número de sesta é apresentado na literatura como mais frequente nas situações de institucionalização (Middelkoop et al., 1994). Por fim, outra explicação destes resultados pode residir no uso de medicação: os dados recolhidos mostraram que não há associação significativa entre a medicação e a situação residencial, não esquecendo, porém, que não se obteve informação de um grande número de pessoas. De futuro, gostaríamos de poder debruçar-nos mais sobre a questão da toma da medicação, equacionando recolher estes dados junto do pessoal de enfermagem, por forma a controlar a influência desta variável nos resultados.

Ainda quanto ao sono, as diferenças encontradas no presente estudo incluem uma maior percentagem de relato de acordar cedo, pesadelos e de atividade física entre idosos não-institucionalizados, suportando os dois primeiros a perceção de uma má qualidade subjetiva de sono por parte destes idosos. Ficam por elucidar estes resultados, podendo vir a ser clarificado em estudos futuros com o uso de medidas objetivas.

Um dos objetivos da presente investigação passou por compreender o papel das variáveis sociodemográficas nas pontuações da amostra global. Verificou-se que somente o estado civil influenciou as pontuações de exclusivamente do GDS. Como mostraram outros estudos do TEIRS (Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva e Santo, 2015; Silva et al., 2015; Vicente et al., 2014), na realidade institucional existe um grande número de pessoas viúvas, mas na investigação presente, devido ao emparelhamento dos grupos, removeu-se o seu papel potencial, e, talvez por isso, não se tenham encontrado diferenças entre idosos institucionalizados e idosos da comunidade a nível da sintomatologia depressiva medida através do GDS.

No que concerne ao estudo correlacional, este revelou somente algumas surpresas. Ao contrário de outras pesquisas (Ancoli-Israel, 2006, 2009; Babar et al., 2000; Cho et al., 2008; Cole e Dendukuri, 2003; Giron et al., 2002), a insónia, determinada por um índice desenvolvido para efeitos do presente estudo, não se relacionou significativamente com os sintomas depressivos em nenhum dos grupos. Tal como supracitado, o facto de

haver um número substancial de idosos institucionalizados dos quais não existe informação relativamente à prescrição de fármacos, não nos permite retirar ilações, sugerindo-se que este aspeto seja controlado em pesquisas posteriores. Ainda assim, o emparelhamento das amostras reduziu substancialmente a fonte de variação na sintomatologia, o que poderá justificar o menor número de insones entre os idosos institucionalizados. Outra explicação é a própria natureza do *Índice de Insónia* que pode impedir a devida análise da relação. De facto, já se verifica uma relação moderada positiva e significativa entre a *qualidade subjetiva do sono* e os sintomas depressivos nos dois grupos.

Os índices relativos ao sono não se relacionaram com a solidão em nenhum dos grupos, contrariamente a dois estudos (Cacioppo et al., 2002a, 2002b). Mais uma vez, tendo sido removidas algumas fontes de variação dos padrões do sono, particularmente o défice cognitivo (Johnson, 1986), aspeto não controlado nos referidos estudos (Cacioppo et al., 2002a, 2002b), podemos com essa alteração ter mostrado que a solidão não se relaciona com a qualidade ou alterações do sono. Para testar esta hipótese, dever-se-á replicar a análise com idosos com défice e/ou demência.

Finalmente, à semelhança das investigações revistas (Cacioppo et al., 2006; Houtjes et al., 2014; Stek et al., 2005; Vaz e Gaspar, 2011; Zebhauser et al., 2014), verificou-se que a maior intensidade de sintomatologia depressiva se relaciona com mais sentimentos de solidão. A revisão da literatura permite concluir que a relação é bidirecional: sendo a diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades durante a maior parte dos dias um dos sintomas depressivos, percebe-se que a depressão seja um fator de risco para a solidão (Houtjes et al., 2014) e, inversamente, a solidão é um fator de risco para a depressão (Cacioppo et al., 2006).

As principais limitações do presente estudo já foram apontadas (métodos de avaliação do sono subjetivos, composição da bateria de avaliação utilizada e a ausência de controlo da medicação em todos os participantes), mas há que ter em consideração outros aspetos. Primeiro, a natureza correlacional da análise não permite tirar ilações de natureza causal ou direcional, sendo necessário, para colmatar esta restrição, a realização de pesquisas de natureza prospetiva. Segundo, a amostra desta pesquisa englobou pessoas sem défice/demência e que aceitaram participar voluntariamente, pelo que não se pode generalizar a populações de pessoas idosas com défice/demência e que se recusam a ser avaliadas. A condição de recusa de participação em estudos desta natureza por parte de idosos, pode esconder problemas emocionais, cognitivos ou outros que podem ser origem de variabilidade da qualidade do sono/perturbações do

sono. Em terceiro, grupos mais representativos em termos sociodemográficos e clínicos (e para esse feito, de maior dimensão), poderiam ter suportado achados diferentes. Quarto, o apoio nos auto-relatos de idosos é, potencialmente, origem de enviesamentos, pelo que se recomenda o complemento com informação obtida através de entrevistas de diagnóstico relativas a perturbações do sono e à recolha de informação com informantes. Note-se a este respeito, no entanto, que dois instrumentos previamente estudados no TEIRS dirigidos aos informantes se revelaram insatisfatórios em estruturas residenciais de apoio à terceira idade (Gomes, 2012; Reis, 2011). De referir ainda que, a falta de informação diagnóstica impede-nos de concluir taxativamente que os aspetos relacionados com a sintomatologia depressiva não seriam diferentes daqueles que se associariam aos diferentes tipos de depressão. Por fim, será também importante em estudos futuros, em torno dos constructos analisados, existir uma análise/registo das rotinas de idosos institucionalizados e de idosos da comunidade. Este ponto torna-se importante pois, para além de figurar como uma limitação do presente estudo, dificultando a leitura de resultados e com impacto na qualidade do sono, poderão existir alterações no paradigma das rotinas quer nas instituições quer nas residências individuais.

CONCLUSÃO

Apesar das limitações referidas, há que destacar que este é o primeiro estudo a comparar a qualidade do sono entre idosos institucionalizados e idosos e idosos residentes na comunidade em Portugal e que muitas variáveis de confusão potencial foram controladas. O estudo fornece evidências de que institucionalização se acompanha de mais sentimentos de solidão, destacando a necessidade de não negligenciar a sua avaliação em pessoas idosas. À avaliação impõe-se, em adição, a possibilidade de mudança por meio de intervenções destinadas a prevenir ou reduzir a solidão em pessoas idosas.

Agradecimentos

As autoras agradecem aos colegas do projeto que contribuíram para a recolha da amostra entre 2010 e 2015. As autoras gostariam também de agradecer a Diogo Moreira pelo apoio na tradução do Resumo.

Conflito de interesses | Conflict of interest: nenhum | none.

Fontes de financiamento | Funding sources: nenhuma | none.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. e Quintão, S. (2012). [Depression and suicidal ideation in elderly institutionalized and non-institutionalized in Portugal]. *Acta Médica Portuguesa*, 25(6), 350–358.
- Ancoli-Israel, S. (2005). Sleep and aging: Prevalence of disturbed sleep and treatment considerations in older adults. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(Supl 9), 24–30.
- Ancoli-Israel, S. (2006). The impact and prevalence of chronic insomnia and other sleep disturbances associated with chronic illness. *American Journal of Managed Care*, 12(8), 221-229.
- Ancoli-Israel, S. (2009). Sleep and its disorders in aging populations. *Sleep Medicine*, 10(Supl 1), S7–S11. doi: 10.1016/j.sleep.2009.07.004
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106–115. doi: 0.1590/S1516-44462000000300003
- Araújo, C. L. e Ceolim, M. F. (2010). Sleep quality of elders living in long-term care institutions. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 619–626. doi: 10.1590/S0080-62342010000300010
- Armitage, R. (2000). The effects of antidepressants on sleep in patients with depression. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 45(9), 803–809. doi: 10.1177/070674370004500903
- Babar, S. I., Enright, P. L., Boyle, P., Foley, D., Sharp, D. S., Petrovitch, H. e Quan, S. F. (2000). Sleep disturbances and their correlates in elderly Japanese American men residing in Hawaii. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(7), M406–M411. doi: 10.1093/gerona/55.7.M406
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F. e Sobral, M. (2003). Escala de depressão geriátrica. Em Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (Ed.), *Escalas e testes na demência* (pp. 69–72). Porto Salvo: Novartis.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), 249–265. doi: 10.1093/gerona/58.3.m24
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Berntson, G. G., Ernst, J. M., Gibbs, A. C., Stickgold, R. e Hobson, J. A. (2002a). Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, 13(4), 384–387. doi: 10.1111/1467-9280.00469
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B. ... Berntson, G. G. (2002b). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 407–417. doi: 10.1097/00006842-200205000-00005
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C. e Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. doi: 10.1037/0882-7974.21.1.140
- Cho, H. J., Lavretsky, H., Olmstead, R., Levin, M. J., Oxman, M. N. e Irwin, M. R. (2008). Sleep disturbance and depression recurrence in community-dwelling older adults: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1543–1550. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07121882
- Cole, M. G. e Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147–1156. doi: 10.1176/appi.ajp.160.6.1147
- Costa, M. D., Espirito-Santo, H., Simões, S. C., Correia, A. R., Almeida, R., Ferreira, L. ... Lemos, L. (2013). Correlates of elderly loneliness. *European Psychiatry*, 28(Supl. 1). doi: 10.1016/S0924-9338(13)76559-3
- Cravello, L., Palmer, K., de Girolamo, G., Caltagirone, C. e Spalletta, G. (2011). Neuropsychiatric symptoms and syndromes in institutionalized elderly people without dementia. *International Psychogeriatrics*, 23(3), 425–434. doi: 10.1017/S1041610210001304
- Crowley, K. (2011). Sleep and sleep disorders in older adults.

- Neuropsychology Review*, 21(1), 41–53. doi: 10.1007/s11065-010-9154-6
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A. e Espirito-Santo, H. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário Geriátrico de Ansiedade numa amostra de idosos utentes de estruturas residenciais. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 15–30.
- Dijk, D.-J., Groeger, J. A., Stanley, N. e Deacon, S. (2010). Age-related reduction in daytime sleep propensity and nocturnal slow wave sleep. *Sleep*, 33(2), 211–223. doi: 10.5665/sleep.3776
- Espirito-Santo, H. e Daniel, F. B. (2015). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): as limitações do $p < 0,05$ na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(1), 3–16.
- Foley, D., Ancoli-Israel, S., Britz, P. e Walsh, J. (2004). Sleep disturbances and chronic disease in older adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(5), 497–502. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.02.010
- Galimi, R. (2010). Insomnia in the elderly: An update and future challenges. *Giornale di Gerontologia*, 58(4), 231–247.
- Garmendia Leiza, J., Aguilar García, M., Andres De Llano, J., Martin Martinez, D., Casaseca De La Higuera, P. e Alberola Lopez, C. (2013). Influence of institutionalization on the sleep pattern in elderly population. *Sleep Medicine*, 14, e181–e182. doi: 10.1016/j.sleep.2013.11.427
- Giron, M. S. T., Forsell, Y., Bernsten, C., Thorslund, M., Winblad, B. e Fastbom, J. (2002). Sleep problems in a very old population: Drug use and clinical correlates. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(4), M236–M240. doi: 10.1093/geronol/57.4.M236
- Gomes, A. C. A. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários* [Dissertação doutoral]. Acedido em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/11031/1/2008000122.pdf>
- Gomes, J. S. (2012). *Contribuição para a Validação do IQCODE-Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* [Dissertação de mestrado]. Acedido em <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/114>
- Goncalves, A. R., Espirito-Santo, H., Matreno, J., Fermino, S. e Guadalupe, S. (2012). Declínio cognitivo, sintomas ansiosos e depressivos: estudo em idosos sob resposta social no concelho de coimbra. Em A. Rodrigues e C. Freitas (Eds.), (pp. 119–122). Apresentado em *Problemáticas e desafios. Construção de uma nova realidade. Livro de Resumos do I Congresso do Gerontologia Social dos Açores*. Praia da Vitória, Terceira, Açores.
- Gursky, J. T. e Krahn, L. E. (2000). The effects of antidepressants on sleep: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(6), 298–306. doi: 10.1080/hrp.8.6.298
- Holvast, F., Burger, H., de Waal, M. M. W., van Marwijk, H. W. J., Comijs, H. C. e Verhaak, P. F. M. (2015). Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. *Journal of Affective Disorders*, 185, 1–7. doi: 10.1016/j.jad.2015.06.036
- Houtjes, W., van Meijel, B., van de Ven, P. M., Deeg, D., van Tilburg, T. e Beekman, A. (2014). The impact of an unfavorable depression course on network size and loneliness in older people: A longitudinal study in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 1010–1017. doi:10.1002/gps.4091
- Iachina, M., Jørgensen, B., McGue, M. e Christensen, K. (2006). A longitudinal study of depression symptomatology and widowhood in elderly Danish twins [Research Report] *Sønderborg: University of Southern Denmark*
- Jacobs, J. M., Cohen, A., Hammerman-Rozenberg, R. e Stessman, J. (2006). Global sleep satisfaction of older people: The Jerusalem cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), 325–329. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.00579.x
- Johnson, J. E. (1986). Sleep and bedtime routines of non-institutionalized aged women. *Journal of Community Health Nursing*, 3(3), 117–125. doi: 10.1207/s15327655jchn0303_2
- de Jong Gierveld, J. e Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: introduction and overview. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillessement*, 23(2), 109–113. doi: 10.1353/cja.2004.0021
- Kim, O., Byeon, Y.-S., Kim, J.-H., Endo, E., Akahoshi, M. e Ogasawara, H. (2009). Loneliness, depression and health status of the institutionalized elderly in Korea and Japan. *Asian Nursing Research*, 3(2), 63–70.
- Krishnan, P. e Hawranik, P. (2008). Diagnosis and management of geriatric insomnia: A guide for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), 590–599. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00366.x
- Maglione, J. E., Ancoli-Israel, S., Peters, K. W., Paudel, M. L., Yaffe, K., Ensrud, K. E. e Stone, K. L. (2012). Depressive symptoms and subjective and objective sleep in community-dwelling older women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 635–643. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.03908.x
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics* (5.ª ed.). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Marques, M., Espirito-Santo, H., Matreno, J., Fermino, S., Alves, V., Vigário, V. ... Ferreira, L. (2012). Psychometric properties of a subjective sleep quality index to be used with the elderly: an exploratory study [Resumo P589]. *Journal of Sleep Research*, 21(Supl. 1), S199.
- Middelkoop, H. A. M., Kerkhof, G. A., Smilde-van den Doel, D. A., Ligthart, G. J. e Kamphuisen, H. A. (1994). Sleep and ageing: The effect of institutionalization on subjective and objective characteristics of sleep. *Age and Ageing*, 23(5), 411–417. doi: 10.1093/ageing/23.5.411
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I. ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
- Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C. e Vitiello, M. V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 27(7), 1255–1273.
- Pallant, J. (2011). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (4.ª ed., pp. 1-359). Crows Nest NSW: Allen & Unwin.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pena, I. T., Espirito-Santo, H., Fermino, S., Matreno, J., Lemos, L., Amaro, H., ... Guadalupe, S. (2012). O impacto dos sintomas depressivos no défice cognitivo em idosos institucionalizados. Em V. J. Quevedo-Blasco (Ed.). *Avances en Psicología Clínica, Libro de capítulos del V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica* (pp. 199–202). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPIC).
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinquart, M. e Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245–266. doi: 10.1207/S15324834BASP2304_2
- Plati, M. C. F., Covre, P., Lukasova, K. e Macedo, E. C. de. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: Relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 118–121. doi: 10.1590/S1516-44462006000200008
- Pocinho, M., Farate, C. e Dias, C. A. (2010). Validação psicométrica da escala UCLA-*loneliness* para idosos portugueses. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 10(18), 65–77.
- Ram, S., Seirawan, H., Kumar, S. K. S. e Clark, G. T. (2010). Prevalence and impact of sleep disorders and sleep habits in the United States. *Sleep and Breathing*, 14(1), 63–70. doi: 10.1007/s11325-009-0281-3
- Redline, S., Kirchner, H. L., Quan, S. F., Gottlieb, D. J., Kapur, V. e Newman, A. (2004). The effects of age, sex, ethnicity, and sleep-disordered breathing on sleep architecture. *Archives of Internal Medicine*, 164(4), 406–418. doi: 10.1001/archinte.164.4.406
- Reis, R. D. C. (2011). Sintomas neuropsiquiátricos e declínio cognitivo. Associação

- entre os sintomas neuropsiquiátricos relatados pelos cuidadores informais e o declínio cognitivo avaliado junto dos idosos. Acedido em http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/123/1/TESE_RUI%20-%20versão%20imprimir.pdf
- Russell, D., Peplau, L. A. e Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290–294. doi: 10.1207/s15327752jpa4203_11
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E. e Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(3), 223–233. doi: 10.1016/j.archger.2005.03.002
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A. ... Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232–241. doi: 10.1016/s0924-9338(97)83297-x
- Silva, G. F., Espirito-Santo, H., Costa, M., Cardoso, D., Vicente, F., Martins, S. e Lemos, L. (2015). Reabilitação neuropsicológica grupal de idosos institucionalizados com Défice Cognitivo sem Demência. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 15–30.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekman, A. T. F., van der Mast, R. C. e Westendorp, R. G. J. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *The American Journal of Psychiatry*, 162(1), 178–180. doi: 10.1176/appi.ajp.162.1.178
- Szczerbińska, K., Hirdes, J. P. e Zyczkowska, J. (2012). Good news and bad news: Depressive symptoms decline and undertreatment increases with age in home care and institutional settings. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(12), 1045–1056. doi: 10.1097/JGP.0b013e3182331702
- Vaz, S. F. A. e Gaspar, N. M. S. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 49–58.
- Vicente, F., Espirito-Santo, H., Cardoso, D., Silva, F. D., Costa, M., Martins, S. ... Lemos, L. (2014). Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 308–316. doi: 10.1590/0047-2085000000039
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. e Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Zebhauser, A., Hofmann-Xu, L., Baumert, J., Häfner, S., Lacruz, M. E., Emeny, R. T. ... Ladwig, K. H. (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(3), 245–252. doi: 10.1002/gps.3998
- Zisberg, A., Gur-Yaish, N. e Shochat, T. (2010). Contribution of routine to sleep quality in community elderly. *Sleep*, 33(4), 509–514.