



**Perspetiva de adultos idosos sobre o sono e
envelhecimento: estudo qualitativo**
Versão final após defesa

Filipa Bento Dionísio

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. Doutora Rosa Marina Afonso
Coorientadores: Prof. Doutora Carla Sofia Lucas do Nascimento
Prof. Doutor Luís Miguel da Silva Pires

novembro de 2023

Declaração de Integridade

Eu, Filipa Bento Dionísio, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M11443 de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 27/11/2023

Filipa Bento Dionísio

Agradecimentos

É neste momento que os cinco anos de formação académica terminam. Assim, ao findar mais uma etapa, que culmina na realização desta dissertação – a qual foi bastante desafiante – resta-me agradecer a todas as pessoas que, de alguma forma, fizeram parte deste caminho, estando ao meu lado em todos os momentos, fossem eles bons ou maus, nunca desistindo de mim.

À Professora Rosa Marina Afonso, minha orientadora, pela disponibilidade, orientação e boa disposição. Agradeço-lhe, do fundo do coração, por ter sempre uma palavra de motivação, carinho e conforto a dar nos momentos mais difíceis. Aos Professores Luís Pires e Carla Nascimento, meus coorientadores, por todo o apoio e orientação.

Aos meus pais, avós e restante família mais próxima, por serem a base daquilo que hoje sou, apoiando, fielmente, todas as minhas decisões. Por acreditarem em mim e nas minhas capacidades, torcendo sempre para que a minha vida seja repleta de vitórias.

Ao meu namorado, João, por ser o meu melhor amigo e um dos maiores apoios que a vida me deu a sorte de ter há sete anos. Por me dar a mão em qualquer situação, fazendo com que eu nunca duvidasse daquilo que sou capaz.

Às grandes amigas que ficaram: Cristiana, Constança, Leonor e Bruna, agradeço por terem sido “casa”, as pessoas com quem pude partilhar alegrias, tristezas e também muitas incertezas. Tenho a certeza de que este caminho se traçou mais rico por tê-las ao meu lado.

Às minhas irmãs, não de sangue, mas de coração: Beatriz, Bruna, Margarida e Rita, por fazerem parte da minha vida há muito tempo e, por tal, estarem sempre presentes em todas as etapas que eu alcanço. Todas seguimos trajetórias de vida bastante diferentes, mas todas me inspiram à sua maneira.

À Tânia Augusto, quem ainda não conhecia até ao início deste projeto, mas que agradeço, fortemente, por ter conhecido. Parte daquilo que esta investigação se tornou devo-o à Tânia, por me ter amparado e dado muitos conselhos ao longo destes meses. Formámos, sem margem de dúvidas, uma ótima equipa.

Aos participantes deste estudo que, prontamente, se disponibilizaram a participar, demonstrando sempre muito interesse naquilo que estava a ser feito. Nunca pensei vir a realizar uma dissertação em que os participantes fossem adultos idosos, mas hoje sinto-me bastante grata por isso visto que, para além de ter desempenhado o meu trabalho, pude ter um contacto mais próximo com pessoas que tanto me ensinaram.

Por fim, agradeço à Universidade da Beira Interior, por me ter acolhido ao longo destes cinco anos, vendo entrar uma menina de 18 anos e sair uma mulher de 23.

Resumo

Geralmente, o processo de envelhecimento implica o surgimento de múltiplos fatores de risco (e.g. modificações no ritmo circadiano, doenças físicas e psicológicas, polimedicação, alteração do ambiente em que se insere, isolamento) para o desenvolvimento de problemas de sono. Possuir uma boa qualidade de sono é imprescindível para uma boa qualidade de vida, para nos sentirmos ativos e capazes de enfrentar os desafios do quotidiano. Este estudo pretende caracterizar a perspetiva dos adultos idosos sobre os seus hábitos e rotinas de sono, bem como as estratégias que implementam para lidar com problemas de sono e os fatores que consideram contribuir ou prejudicar uma boa noite de sono, contribuindo para um conhecimento mais amplo nesta temática.

Foi desenvolvido um estudo qualitativo com dois grupos focais: um com adultos idosos a residir na comunidade (n=6) e outro com adultos idosos a residir numa Estrutura Residencial para Adultos Idosos (ERPI) (n=7). Posteriormente, foi realizada análise de conteúdo dos mesmos, extraindo informações sobre os hábitos e rotinas de sono de cada um dos grupos de adultos idosos, bem como as estratégias implementadas para lidar com problemas de sono.

A análise dos dados recolhidos revelou algumas diferenças entre o grupo de adultos idosos a residir na comunidade e o grupo de adultos idosos a residir em ERPI, nomeadamente no que se refere: 1) ao número de horas que precisam de dormir; 2) ao horário de deitar e 3) ao horário de levantar. Contudo, foi possível identificar semelhanças entre os grupos, nomeadamente: 1) o uso da televisão antes de adormecer; 2) as idas à casa de banho como um dos fatores que prejudicam a qualidade do sono; 3) não ter preocupações e controlar os pensamentos maus como uma das estratégias essenciais para uma noite bem dormida; 4) “rezar” e o levantar-se e andar como duas estratégias para combater os problemas de sono e 5) a não concretização das sestas diurnas pela esmagadora maioria dos participantes dos dois grupos.

Este estudo caracteriza hábitos e rotinas de sono de adultos idosos a residir em contextos distintos, alertando para a necessidade de atenção à forma como os problemas de sono são encarados e resolvidos, introduzindo uma abordagem participativa a um tema ainda pouco estudado pela comunidade científica em Portugal. Ademais, salienta-se a necessidade de aumentar a literacia sobre o sono e de promover medidas destinadas à sua qualidade, nomeadamente em contexto de ERPI.

Palavras-chave

Adultos idosos; envelhecimento; sono; bem-estar; problemas de sono; hábitos de sono; estratégias.

Abstract

In general, the aging process involves the emergence of multiple risk factors (e.g. changes in circadian rhythm, physical and psychological illnesses, polymedication, changes in the environment, isolation) for the development of sleep problems. A good quality of sleep is essential for a good quality of life, for feeling active and able to face the challenges of everyday life. This study aims to characterize the perspective of older adults on their sleep habits and routines, as well as the strategies they implement to deal with sleep problems and the factors they consider to contribute to or hinder a good night's sleep, contributing to broader knowledge on this subject.

A qualitative study was carried out with two focus groups: one with older adults living in the community (n=6) and the other with older adults living in a Residential Facility for Older Adults (ERPI) (n=7). Afterwards, a content analysis was carried out, extracting information about the sleep habits and routines of each of the groups of older adults, as well as the strategies implemented to deal with sleep problems.

The analysis of the data collected revealed some differences between the group of older adults living in the community and the group of older adults living in an ERPI, namely with regard to: 1) the number of hours they need to sleep; 2) bedtime and 3) getting up. However, it was possible to identify similarities between the groups, namely: 1) the use of television before falling asleep; 2) going to the bathroom as one of the factors that impair sleep quality; 3) not worrying and controlling bad thoughts as one of the essential strategies for a good night's sleep; 4) "praying" and getting up and walking as two strategies to combat sleep problems and 5) the overwhelming majority of participants in both groups not taking daytime naps.

This study characterizes the sleep habits and routines of older adults living in different contexts, alerting us to the need to pay attention to how sleep problems are faced and solved, introducing a participatory approach to a subject that is still little studied by the scientific community in Portugal. It also highlights the need to increase sleep literacy and promote measures aimed at improving sleep quality, particularly in the context of day care centers.

Keywords

Older adults; aging; sleep; well-being; sleep problems; sleep habits; strategies.

Índice

Introdução.....	1
Capítulo 1: Enquadramento Teórico.....	2
1. Arquitetura intrínseca e ritmo circadiano sono-vigília.....	3
2. Sono e envelhecimento.....	4
3. Perturbações do sono associadas ao envelhecimento.....	6
4. Estratégias para melhorar a eficiência do sono.....	7
Capítulo 2: Parte Empírica.....	9
1.1 Participantes.....	9
1.2 Instrumentos.....	11
1.3 Procedimentos.....	11
1.4 Análise de dados.....	12
Resultados.....	12
Discussão.....	18
Conclusões.....	23
Referências.....	25
Anexos.....	30

Lista de Figuras

Figura 1 – Nuvem de palavras do Grupo Focal dos Adultos Idosos a residir na Comunidade

Figura 2 – Nuvem de palavras do Grupo Focal dos Adultos Idosos a residir em ERPI

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Critérios de inclusão dos 2 grupos focais.

Tabela 2 – Características do Grupo Focal de Adultos Idosos na Comunidade (GC) (n=6)

Tabela 3 – Características do Grupo Focal de Adultos Idosos em ERPI (GL) (n=7)

Lista de Acrónimos

MMSE *Mini Mental State Examination*

GDS *Geriatric Depression Scale*

ERPI *Estrutura Residencial Para Adultos Idosos*

Introdução

O envelhecimento é um processo heterogêneo e dinâmico, sendo uma reflexão das modificações físicas, psicológicas, emocionais e sociais que ocorrem ao longo da vida dos indivíduos, da genética e dos estilos de vida experienciados (Aguiar et al., 2021). Segundo a *Pan American Health Organization* (2021), o envelhecimento saudável corresponde a um processo contínuo de otimização da habilidade funcional e de oportunidades que mantêm e melhoram a saúde física e mental, realçando a independência, autonomia e a qualidade de vida. Existem inúmeros fatores essenciais à qualidade de vida do ser humano, sendo a qualidade do sono um deles.

O sono detém uma enorme importância no que concerne aos processos de restauração necessários à vida e, à medida que o ser humano envelhece, a qualidade do sono pode ser afetada, desencadeando impacto na qualidade de vida dos adultos idosos (Pecoraro et al., 2021). Geralmente, o processo de envelhecimento está associado a diversas alterações no sono, nomeadamente a diminuição global do tempo de sono noturno; o aumento do tempo de latência a adormecer; o avanço no ritmo circadiano sono-vigília; a redução do limiar para despertar; a fragmentação do sono com diversas interrupções e maior sonolência diurna (Chaput et al., 2020). Assim, é imprescindível preservar a qualidade do sono nesta população pelos diversos benefícios que dormir bem acarreta, nomeadamente o equilíbrio físico, psicológico e emocional, o fortalecimento do sistema imunológico, o bem-estar, a autorregulação e a capacidade de concretização de tarefas simples e complexas (Aguiar et al., 2021).

Deste modo, o objetivo desta dissertação é contribuir para um conhecimento mais amplo no que diz respeito aos hábitos e rotinas de sono de adultos idosos, segundo a sua própria perspectiva. Detalhadamente, os objetivos específicos são: 1) analisar a importância e o impacto no bem-estar geral atribuído ao sono; 2) caracterizar hábitos e rotinas de sono; 3) explorar possíveis alterações no sono decorrentes do processo de envelhecimento; 4) identificar problemas relacionados com o sono; 5) caracterizar estratégias utilizadas para enfrentar os problemas de sono; 6) identificar fatores e estratégias que auxiliem na indução do sono; 7) identificar especificidades relacionadas com hábitos e rotinas de sono de adultos idosos a residir em ERPI.

O presente estudo inclui a realização de dois grupos focais, os quais são constituídos por a) adultos idosos a residir na comunidade e b) adultos idosos a residir em ERPI. A utilização da metodologia de grupos focais tem como propósito compreender as perspectivas dos adultos idosos no que diz respeito ao sono, analisando as possíveis diferenças entre os grupos. Em ambos os grupos, os objetivos consistem em: analisar a importância e o impacto no bem-estar geral atribuído ao sono, caracterizando hábitos e rotinas; explorar possíveis alterações no sono atribuídas ao processo de envelhecimento e identificar problemas relacionados com o sono, bem como caracterizar as estratégias adotadas pela população em estudo para lidar com estes e identificar variáveis, condições ambientais e estratégias que potenciem a qualidade do sono. Por fim, apenas no que toca ao grupo de adultos idosos a residir numa Estrutura Residencial para Adultos Idosos (ERPI), pretende-se identificar especificidades relacionadas com os hábitos e rotinas dos mesmos.

Capítulo 1: Enquadramento Teórico

O sono é essencial à sobrevivência, constituindo uma necessidade biológica de extrema significância para o ser humano, na medida em que é um restaurador físico e psicológico fundamental (Cox et al., 2019; Marques et al., 2021; Reyes et al., 2019). Este processo fisiológico natural caracteriza-se, sobretudo, pela diminuição do estado de consciência e da sensibilidade aos estímulos externos, associando-se, habitualmente, a uma postura horizontal típica, à inatividade e à manutenção dos olhos fechados (Adnane et al., 2012; Carskadon & Dement, 2011; Fragoso & Gill, 2007; Geib et al., 2003; Reyes et al., 2019). A existência de um padrão cíclico previsível e a sua reversibilidade são características que o diferenciam de estados de perda de consciência patológicos (Carskadon & Dement, 2011; Fragoso & Gill, 2007; Geib et al., 2003; Gulia & Kumar, 2018).

Sendo tão fundamental quanto ingerir comida e bebida, o ato de dormir ocupa cerca de um terço da vida do ser humano (Carskadon & Dement, 2011; Geib et al., 2003; Marques et al., 2021). Permite que o cérebro se restaure e é o período de maior circulação do líquido cefalorraquidiano, essencial para a limpeza do tecido cerebral (Carskadon & Dement, 2011; Cox et al., 2019; Gulia & Kumar, 2018; Li et al., 2019; Marques et al., 2021; Reyes et al., 2019). Durante o sono, os processos imunológicos são estabilizados, aumentando as defesas do organismo e a consequente resistência às infeções (Colrain, 2011; Li et al., 2019; Gulia & Kumar, 2018; McCarley, 2007; Suzuki & Miyamoto, 2017). Adicionalmente, são fortalecidos diversos processos cognitivos - principalmente aqueles que estão relacionados com a consolidação da memória - e o equilíbrio emocional é restabelecido através dos sonhos (Carskadon & Dement, 2011; Fragoso & Gill, 2007; Geib et al., 2003; Reyes et al., 2019; Wolkove et al., 2007).

O sono é a única necessidade básica do ser humano cuja privação não pode ser mantida durante mais do que cinco ou seis dias, dado que surgem alterações a nível fisiológico e psicológico que podem colocar termo à vida (Colrain, 2011; Li et al., 2019; McCarley, 2007; Neikrug & Ancoli-Israel, 2010; Wolkove et al., 2007). A privação do sono ou a existência de um sono insuficiente podem desencadear perda cognitiva, diminuindo o estado de alerta, a atenção e concentração, a aptidão para a resolução de problemas, o raciocínio e a memória de trabalho (Chaput et al., 2020; Humer et al., 2020; Li et al., 2019; Luca et al., 2015; Neikrug & Ancoli-Israel, 2010; Wolkove et al., 2007). Para além disto, ocorrem alterações ao nível do humor (e.g. diminuição da motivação e aumento da sensibilidade e irritabilidade) e a nível fisiológico (e.g. enfraquecimento do sistema imunitário, cardíaco e endócrino, aumento do índice de massa corporal e probabilidade de desenvolvimento de obesidade e diabetes) (Carskadon & Dement, 2011; Colrain, 2011; Hsiu-Chin et al., 2014; Mander et al., 2017; Rose et al., 2015). Tais mudanças podem aumentar o risco de desenvolvimento de perturbações psicossociais (e.g. depressão, ansiedade, stress e maior consumo de drogas e álcool) (APA, 2010; Hsiu-Chin et al., 2014; Mander et al., 2017; Rose et al., 2015; Wolkove et al., 2007).

A qualidade de sono é algo complexo, tendo uma dimensão quantitativa (e.g. número de horas de sono, tempo de latência e quantidade de despertares noturnos) e subjetiva (e.g. perceção de descanso após uma noite de sono) (Custodio, 2017; Fuller et al., 2006; Geib et al., 2003; Luca

et al., 2015; Mander et al., 2017; Rose et al., 2015). O número de horas de sono considerado fundamental para um adulto situa-se entre as sete e as oito horas (Custodio, 2017; Fuller et al., 2006; Geib et al., 2003; Luca et al., 2015; Mander et al., 2017; McCarley, 2007). Contudo, há grandes diferenças inter individuais e, para um indivíduo, poderá ser suficiente dormir apenas sete horas mesmo que leve tempo a adormecer após se deitar, enquanto para outro é necessário dormir nove horas e não ter um único despertar noturno (Custodio, 2017; Fuller et al., 2006; Geib et al., 2003; Luca et al., 2015; Mander et al., 2017). Assim, considera-se que um sono reparador possibilita a sensação de bem-estar físico e psicológico que fornece condições necessárias para que este se mantenha acordado e capaz de executar as tarefas do seu quotidiano (Colrain, 2011; Fragoso & Gill, 2007; Geib et al., 2003; Gulia & Kumar, 2018; Luca et al., 2015; Reyes et al., 2019; Wolkove et al., 2007).

1. Arquitetura intrínseca e ritmo circadiano sono-vigília

A arquitetura intrínseca do sono corresponde ao padrão organizado de alternância entre as diferentes fases do sono (Adnane et al., 2012; Carskadon & Dement, 2011; Gulia & Kumar, 2018; Suzuki & Miyamoto, 2017). É composta por ciclos que se podem diferenciar em duas fases psicofisiológicas distintas que alteram entre si durante uma noite de sono normativa: a primeira diz respeito ao sono de ondas lentas, comumente designado por sono NREM (*non rapid eye movement*) e a segunda caracteriza-se pelo sono paradoxal, usualmente designado por sono REM (*rapid eye movement*) (Adnane et al., 2012; Carskadon & Dement, 2011; Colrain, 2011; Fragoso & Gill, 2007; Fuller et al., 2006; Geib et al., 2003; Gulia & Kumar, 2018; Li et al., 2019; McCarley, 2007; Suzuki & Miyamoto, 2017; Wolkove et al., 2007).

Na primeira fase, sono de ondas lentas, a atividade cerebral é reduzida e há um baixo tônus muscular, associando-se a um aumento contínuo da profundidade do sono e a um aumento do limiar de ativação para um estado de vigília, ocupando cerca de 75 a 80% da totalidade do sono. Esta fase divide-se em três estádios, cada um com o seu propósito funcional (American Academy of Sleep Medicine, 2014; Carskadon & Dement, 2011; Colrain, 2011; Cox et al., 2019; Wolkove et al., 2007): (1) O primeiro estádio caracteriza-se pelo surgimento de movimentos lentos dos olhos e pela sensação de sonolência; (2) Cerca de quinze minutos depois, inicia-se o segundo estádio, comumente associado a um sono leve e (3) O terceiro estádio é marcado pela diminuição da pressão arterial e da frequência respiratória e cardíaca, sendo que estas se vão intensificando e formando o sono profundo (Carskadon & Dement, 2011; Gulia & Kumar, 2018; Li et al., 2019; McCarley, 2007).

A segunda fase, sono paradoxal, caracteriza-se por uma maior atividade cerebral, produzindo sonhos enquanto o corpo permanece num estado de atonia muscular, correspondendo a 20/25% da totalidade do sono (Carskadon & Dement, 2011; Cox et al., 2019; Fragoso & Gill, 2007; Fuller et al., 2006; Li et al., 2019; McCarley, 2007; Wolkove et al., 2007). Esta fase tem funções fundamentais na aprendizagem, na organização da memória e na estabilidade psicoafectiva, terminando com o despertar ou com a transição para o primeiro ou segundo estádio do sono NREM (Carskadon & Dement, 2011; Gulia & Kumar, 2018; Li et al., 2019; McCarley, 2007; Wolkove et al., 2007).

O ritmos circadianos são ritmos biológicos definido pela sua ocorrência num período de vinte e quatro horas, encarregue pela distribuição das atividades biológicas cíclicas, como é o caso do sono-vigília (Beersma & Gordijn, 2007; Colrain, 2011; Geib et al., 2003; Li et al., 2019; Neikrug & Ancoli-Israel, 2010; Suzuki & Miyamoto, 2017; Wolkove et al., 2007). Este ritmo (de sono-vigília) é controlado por neurónios que constituem o núcleo supraquiasmático, que se encontra localizado no hipotálamo anterior, sendo comumente designado por “relógio biológico” (Fragoso & Gill, 2007; Geib et al., 2003; Li et al., 2019; Suzuki & Miyamoto, 2017). É influenciado por fatores ambientais (e.g. luz e temperatura) e sociais (e.g. higiene do sono) (Beersma & Gordijn, 2007; Fragoso & Gill, 2007; Geib et al., 2003). Para além disto, detém a capacidade de regular a maioria das funções fisiológicas e comportamentais do corpo e do cérebro, sendo fundamental para o equilíbrio homeostático (Beersma & Gordijn, 2007; Colrain, 2011; Fragoso & Gill, 2007; Neikrug & Ancoli-Israel, 2010; Wolkove et al., 2007).

2. Sono e envelhecimento

O processo de envelhecimento é um fenómeno biológico, psicológico, social e cultural que ocorre desde o início ao final da vida (Cruz et al., 2022; Geib et al., 2003; Wolkove et al., 2007). O avanço da idade está fortemente associado a mudanças nos padrões de sono, existindo alterações na sua qualidade e quantidade que afetam cerca de metade dos adultos acima dos 65 anos residentes na própria habitação e, aproximadamente, 70% dos que se encontram a residir em ERPI'S (Geib et al., 2003; Neikrug & Ancoli-Israel, 2010; Soares, 2010; Wolkove et al., 2007).

Geralmente, os adultos idosos tendem a apresentar um tempo total de sono noturno ligeiramente mais reduzido, sendo que indivíduos com mais de 60 anos dormem, em média, entre 6 e 7 horas diárias (Chaput et al., 2020; Cox et al., 2019; Custodio, 2017; Geib et al., 2003; Gulia & Kumar, 2018; Li et al., 2019; Mander et al., 2017). As causas que dão origem a esta mudança são múltiplas, destacando-se a diminuição da capacidade de conseguir um sono suficiente devido ao próprio processo de envelhecimento e a existência de doenças médicas ou psiquiátricas (e.g. depressão, ansiedade, diabetes e problemas cardíacos), bem como a frequente polimedicação (Geib et al., 2003; Mander et al., 2017; Miner & Kryger, 2018; Neikrug & Ancoli-Israel, 2010; Sleep Foundation, 2022; Yu et al., 2018). Além disso, durante o processo de envelhecimento ocorrem, frequentemente, mudanças e perdas (e.g. reforma, mudanças nas dinâmicas familiares, redução da rede social, mudança de residência para ERPI'S) que podem contribuir para a diminuição do número de horas utilizadas para o ato de dormir (Mander et al., 2017; Miner & Kryger, 2018; Neikrug & Ancoli-Israel, 2010; Sleep Foundation, 2022; Yu et al., 2018). A estas mudanças acrescenta-se ainda, frequentemente, o facto de que as condições para dormir não serem, frequentemente, adequadas (e.g. excesso de luminosidade no quarto, ruídos, temperatura desajustada, especificidades do companheiro de quarto/cama) (Mander et al., 2017; Miner & Kryger, 2018; Neikrug & Ancoli-Israel, 2010; Sleep Foundation, 2022; Yu et al., 2018).

Adicionalmente, ocorrem alterações no ritmo circadiano sono-vigília, o que leva a que adultos idosos manifestem tendência para possuir um horário de sono mais avançado, traduzindo-se num deitar na cama pelo fim da tarde e despertar mais cedo pela manhã (Carroll & Prather, 2021; Cox et al., 2019; Custodio, 2017; Geib et al., 2003; Gulia & Kumar, 2018; Li et al.,

2019; Luca et al., 2015; Mander et al., 2017; Miner & Kryger, 2018; Sleep Foundation, 2022). Para além disto, manifestam dessincronização interna entre ritmos de sono-vigília e temperatura corporal, o que conduz a queixas de frio e calor durante o sono, essencialmente na zona dos pés, contribuindo para o aumento de despertares noturnos e fragmentação do sono (Carroll & Prather, 2021; Custodio, 2017; Geib et al., 2003; Gulia & Kumar, 2018; Li et al., 2019; Luca et al., 2015; Mander et al., 2017; Sleep Foundation, 2022). Esta predisposição para a dessincronização interna do ritmo do sono-vigília está essencialmente relacionada com a perda neuronal e diminuição da secreção da melatonina que se acentuam com a idade (Calzada, 2000; Geib et al., 2003; Custodio, 2017; Gulia & Kumar, 2018; Li et al., 2019; Miner & Kryger, 2018). Existe também tendência para dessincronização externa em articulação com menor qualidade e quantidade e quantidade de estímulos ambientais (e.g. luz solar) e capacidade de receção dos mesmos (Carroll & Prather, 2021; Cox et al., 2019; Custodio, 2017; Geib et al., 2003; Gulia & Kumar, 2018; Li et al., 2019; Luca et al., 2015; Mander et al., 2017; Miner & Kryger, 2018; Sleep Foundation, 2022).

A par disto, a união entre a fragmentação do sono e o frequente aumento de sedentarismo leva a que adultos idosos manifestem uma maior tendência a sentir sonolência durante o dia, o que desencadeia o aumento da tendência para a realização de sestas diurnas (Carroll & Prather, 2021; Chaput et al., 2020; Custodio, 2017; Fragoso & Gill, 2007; Gulia & Kumar, 2018; Li et al., 2019; Luca et al., 2015; Neikrug & Ancoli-Israel, 2010; Reyes et al., 2019; Sleep Foundation, 2022; Wolkove et al., 2007). A duração excessiva destas sestas pode conduzir à reversão do ciclo sono-vigília (e.g. o sono não se iniciar antes da madrugada) e ao aumento da fragmentação do sono, provocando declínio no estado de alerta e na performance, pelo que não devem exceder um período de 30 minutos (Carroll & Prather, 2021; Custodio, 2017; Gulia & Kumar, 2018; Li et al., 2019; Sleep Foundation, 2022; Stroe et al., 2010).

No que concerne à arquitetura intrínseca do sono, ocorrem também algumas modificações associadas ao envelhecimento nas duas fases psicofisiológicas que a compõem (Cox et al., 2019; Custodio, 2017; Geib et al., 2003; Fragoso & Gill, 2007; Miner & Kryger, 2018; Neikrug & Israel, 2010; Sleep Foundation, 2022; Wolkove et al., 2007). Relativamente ao sono NREM, verifica-se um aumento da latência do sono, o que se traduz na dificuldade em iniciar o primeiro ciclo NREM, permanecendo acordados na cama (Custodio, 2017; Fragoso & Gill, 2007; Neikrug & Israel, 2010; Wolkove et al., 2007). Em simultâneo, ocorre um aumento dos estádios de sono leve (1 e 2), que representam, respetivamente, cerca de 8 a 15% e 60 a 80% da totalidade do sono, contribuindo para o aumento da probabilidade de ser acordado por estímulos externos (Custodio, 2017; Fragoso & Gill, 2007; Geib et al., 2003; Mander et al., 2017; Wolkove et al., 2007). Já o sono REM, diminui significativamente, correspondendo a, aproximadamente, 20% do sono total (Li et al., 2019; Neikrug & Israel, 2010; Wolkove et al., 2007). Tais modificações na arquitetura intrínseca contribuem também para que adultos idosos manifestem maior tendência a despertar mais vezes durante a noite, conduzindo a um sono fragmentado e menos reparador (Geib et al., 2003; Li et al., 2019; Miner & Kryger, 2018; Sleep Foundation, 2022; Wolkove et al., 2007).

Dadas as alterações no sono que ocorrem com o envelhecimento, salienta-se o seu potencial impacto no enfraquecimento do sistema imunológico, diminuição da capacidade física

e psíquica, quedas frequentes e, problemas de sono, o que, conseqüentemente, culmina na redução da qualidade de vida (Cox et al., 2019; Fragoso & Gill, 2007; Geib et al., 2003).

3. Perturbações do sono associadas ao envelhecimento

A existência de perturbações do sono na população adulta é comum, aumentando a sua prevalência à medida que os indivíduos envelhecem, estimando-se atingir mais de 50% dos adultos idosos (Cruz et al., 2022; Geib et al., 2003; Mander et al., 2017; Neikrug & Ancoli- Israel, 2010; Wolkove et al., 2007). Conseqüentemente, ainda que de forma errônea, tanto por parte de profissionais de saúde, como da população em geral, perpetua-se a ideia de que a ocorrência destes problemas se deve ao envelhecimento, considerando-os como um fenómeno expectável sobre o qual não é necessária intervenção além da farmacológica (Geib et al., 2003; Kryger et al., 2004; Luca et al., 2015; Wolkove et al., 2007).

A 3ª edição da Classificação Internacional das Perturbações do Sono (ICSD-3) divide as perturbações do sono em sete categorias distintas: insónias, perturbações respiratórias do sono, parassónias, hipersónias, perturbações do ritmo circadiano, perturbações do movimento associadas ao sono e outras perturbações do sono (American Academy of Sleep Medicine, 2014). As três perturbações mais frequentes em adultos idosos são a insónia, a apneia do sono e a síndrome das pernas inquietas (Cox et al., 2019; Geib et al., 2003; Mattis & Sehgal, 2016; Wolkove et al., 2007).

A insónia está associada à insatisfação com a quantidade ou qualidade de sono e dificuldade em iniciar ou manter o sono (Geib et al., 2003; Gulia & Kumar, 2018; Mander et al., 2017; Mattis & Sehgal, 2016; Miner & Kryger, 2018; Reyes et al., 2019; Sleep Foundation, 2023; Suzuki & Miyamoto, 2017). Esta pode resultar de uma condição médica subjacente ou efeito colateral de medicação (insónia secundária) ou pode, ainda, surgir de forma independente (insónia primária), podendo manifestar-se em vários horários do período de sono (Crowley, 2011; Geib et al., 2003; Humer et al., 2020; Mander et al., 2017; Mattis & Sehgal, 2016; Miner & Kryger, 2018; Reyes et al., 2019; Sleep Foundation, 2023; Suzuki & Miyamoto, 2017; Wolkove et al., 2007).

Quanto às perturbações respiratórias do sono, a apneia do sono constitui uma condição em que os indivíduos param subitamente de respirar, sendo que estes episódios terminam, habitualmente, após breves despertares, traduzindo-se na fragmentação do sono (Crowley, 2011; Gosselin et al., 2019; Humer et al., 2020; Mattis & Sehgal, 2016; Suzuki & Miyamoto, 2017; Wolkove et al., 2007). Esta patologia pode ser de dois tipos: a apneia obstrutiva do sono e a apneia central do sono, sendo que a primeira representa uma das perturbações do sono mais prevalentes em adultos idosos (Crowley, 2011; Gosselin et al., 2019; Reyes et al., 2019; Suzuki & Miyamoto, 2017; Wolkove et al., 2007). A apneia obstrutiva do sono caracteriza-se pelo frequente, ainda que breve, bloqueio das vias respiratórias, ocorrendo um excessivo relaxamento dos músculos da via aérea superior, levando ao bloqueio da respiração normal (Crowley, 2011; Gosselin et al., 2019; Humer et al., 2020; Miner & Kryger, 2018; Suzuki & Miyamoto, 2017; Wolkove et al., 2007).

A síndrome das pernas inquietas constitui uma das perturbações associadas ao movimento durante o sono e é um distúrbio neurológico sensorio-motor que se caracteriza pela

necessidade de mover as pernas devido a sensações de formigueiro e a câibras muito dolorosas, com o intuito de proporcionar algum alívio (Geib et al., 2003; Reyes et al., 2019; Mattis & Sehgal, 2016; Miner & Kryger, 2018; Suzuki & Miyamoto, 2017; Wolkove et al., 2007). Esta patologia pode dividir-se em dois tipos, sendo mais comum o primário, sem causa aparente e, provavelmente, fruto de um componente genético ou secundário, causado por outra doença, condição médica ou determinados medicamentos (Crowley, 2011; Wolkove et al., 2007).

De modo geral, perante queixas de sono, o tratamento farmacológico corresponde ao tipo de tratamento mais frequentemente utilizado no combate a estes problemas, o qual, a longo prazo, provoca efeitos secundários e elevados custos na saúde (Cruz et al., 2022; Mattis & Sehgal, 2016; Reyes et al., 2019; Wolkove et al., 2007). Salienta-se, ainda, que Portugal é um dos países da Europa com maior consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, revelando-se crucial identificar e divulgar estratégias não farmacológicas que sejam eficazes no tratamento de problemas relacionados com o sono (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2020).

4. Estratégias para melhorar a eficiência do sono

Revelando-se uma ferramenta não farmacológica crucial para a melhoria da eficiência do sono, a adoção de uma boa higiene do sono tem sido apontada como uma estratégia. Deste modo, destaca-se a importância da preparação do espaço de sono, devendo este estar escuro, calmo e a uma temperatura amena, utilizando roupas macias na cama e colchões em bom estado de conservação, bem como colocando relógios fora do campo de visão (Centers for Disease Control and Prevention, 2002; Geib et al., 2003; Sivertsen & Nordhus, 2007; Troen, 2003). Para além disto, devem ser evitados comportamentos que possam comprometer a qualidade do sono (e.g. realização de sestas diurnas, ingerir bebidas alcoólicas e cafeína, fazer refeições pesadas, uso de ecrãs que sobre estimulem o cérebro) (Centers for Disease Control and Prevention, 2022; Geib et al., 2003; Sivertsen & Nordhus, 2007). É ainda recomendada a regularização do horário para deitar e sobretudo de despertar e levantar, de forma que seja criada uma rotina e, quando há dificuldades em adormecer, é essencial levantar-se da cama, ler, ou ouvir música relaxante/calma para a indução do sono (Centers for Disease Control and Prevention, 2022; Geib et al., 2003; Sivertsen & Nordhus, 2007; Troen, 2003).

Auxiliando a existência de uma boa higiene do sono, a terapia cognitivo-comportamental permite a reestruturação cognitiva, identificando sentimentos e pensamentos desadaptados relacionados com o sono (e.g. preocupação em excesso das consequências da insónia) e substituindo-os por informações realistas sobre as necessidades de sono individuais e estratégias a implementar quando esses pensamentos perduram (Bloom et al., 2009; Kamel & Gammack, 2006; McCall, 2005; Roszkowska & Geraci, 2010).

Por fim, a prática de exercício físico tem demonstrado fortes evidências na melhoria do sono (Centers for Disease Control and Prevention, 2022; Reyes et al., 2019; Stefan et al., 2018; Xie et al., 2021). Praticar regularmente exercício físico origina a libertação de neurotransmissores que favorecem a sensação de bem-estar e, conseqüentemente, atenuam o stress e a ansiedade (Stefan et al., 2018; Xie et al., 2021). Assim, a realização de uma caminhada ou atividades físicas executadas ao ar livre, com exposição solar, contribuem para a regulação do relógio biológico e

dos ciclos de sono, reduzindo o risco de desenvolvimento de insónia (Reyes et al.,2019; Stefan et al., 2018; Xie et al., 2021).

Objetivos do Estudo

O objetivo geral desta investigação é contribuir para um conhecimento mais amplo acerca dos hábitos e rotinas de sono de adultos idosos, e estratégias utilizadas para lidar com problemas de sono, segundo a sua própria perspectiva. Quanto aos objetivos específicos, estes passam por: 1) analisar a importância e o impacto no bem-estar geral atribuído ao sono; 2) caracterizar hábitos e rotinas de sono; 3) explorar se são relatadas alterações no sono atribuídas ao processo de envelhecimento; 4) identificar problemas relacionados com o sono; 5) caracterizar estratégias utilizadas por adultos idosos para lidar com problemas de sono; 6) identificar variáveis, condições ambientais e estratégias potenciadoras da qualidade do sono e 7) identificar especificidades relacionadas com hábitos e rotinas dos adultos idosos residentes em Estruturas Residenciais para Adultos Idosos (ERPI's).

Capítulo 2: Parte Empírica

1.1 Participantes

A presente investigação incluiu a realização de dois grupos focais, sendo um concretizado com adultos idosos residentes na comunidade (GC) e outro com adultos idosos residentes numa Estrutura Residencial para adultos Idosos (GL). A Tabela 1 apresenta os critérios de inclusão dos dois grupos focais.

Tabela 1.

Crítérios de inclusão dos 2 grupos focais

Grupo Focal		Crítérios de inclusão	N	
GC	Adultos idosos em comunidade	(i)	Residir na Comunidade;	6
		(ii)	Ter idade igual ou superior a 65 anos;	
		(iii)	Sem défice cognitivo, segundo o resultado do <i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i> ;	
		(iv)	Sem sintomatologia depressiva, segundo o resultado da <i>Geriatric Depression Scale 15 (GDS-15)</i> .	
GL	Adultos idosos em lar	(i)	Residir numa Estrutura Residencial para Adultos Idosos;	7
		(ii)	Ter idade igual ou superior a 65 anos;	
		(iii)	Sem défice cognitivo, segundo o resultado do <i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i> ;	
		(iv)	Sem sintomatologia depressiva, de acordo com o resultado da <i>Geriatric Depression Scale 15 (GDS-15)</i> .	

No que concerne aos participantes adultos idosos inseridos na comunidade, inicialmente, foram abordados 9 participantes, contudo, apenas 7 cumpriram os critérios de inclusão supramencionados (Tabela 1). Apesar de 7 participantes cumprirem os critérios de inclusão estabelecidos, estiveram presentes no momento do grupo focal somente 6. Todos os participantes eram do género feminino, tendo uma média de 73,5 anos e um desvio padrão de 5,78 anos, sendo a idade máxima é de 83 anos e a idade mínima 67 anos (Tabela 2).

Tabela 2.*Características do Grupo Focal de Adultos Idosos na Comunidade (GC) (n=6)*

N	Adultos Idosos (n=6)
Idade	M= 73,5 A [DP= 5,78 ; Amplitude 67-83 A]
Género	Feminino: 6 (100%)
Estado Civil	Casado: 2 (33,3%) Viúvo: 3 (50%) Divorciado: 1 (16,7%)
Escolaridade	Sem escolaridade: 1 (16,7%) Ensino Primário: 3 (50%) Ensino Secundário: 1 (16,7%) Ensino Superior: 1 (16,7%)
Condição atual de vida/habitação	Casa própria: 6 (100%)

Relativamente aos participantes adultos idosos residentes em ERPI, inicialmente, foram abordados 9 participantes, no entanto, apenas 7 cumpriam os critérios de inclusão presentes na Tabela 1. Três participantes eram do sexo masculino (42,9%) e quatro do sexo feminino (57,1%), tendo uma média de 85,1 anos, um desvio padrão de 6,72 anos, sendo que a idade máxima corresponde a 94 anos e a idade mínima é de 76 anos (Tabela 3).

Tabela 3.*Características do Grupo Focal de Adultos Idosos em ERPI (GL) (n=7)*

N	Adultos Idosos (n=7)
Idade	M= 85,1 A [DP= 6,72 ; Amplitude 76-94 A]
Género	Masculino: 3 (42,9%) Feminino: 4 (57,1%)
Estado Civil	Casado: 1 (14,3%) Viúvo: 3 (42,9%) Divorciado: 2 (28,5%) Solteiro: 1 (14,3%)
Escolaridade	Sem Escolaridade: 2 (28,5%)

1.2 Instrumentos

A técnica de recolha de dados levada a cabo no presente estudo foi o desenho participativo de Grupo Focal. Um grupo focal consiste numa técnica de recolha de dados qualitativa, incidindo num grupo de pessoas que participam numa discussão sobre as perguntas levantadas pelo investigador ou moderador (Eaton, 2017).

Assim, no âmbito desta dissertação, foram elaborados um questionário sociodemográfico, bem como um guião de perguntas para a concretização dos grupos focais, com base na revisão de literatura efetuada sobre o sono e as mudanças que ocorrem com o envelhecimento. O guião de perguntas conta com duas versões (anexo 1 e 2), sendo que o guião base é o mesmo, no entanto, foram adicionadas algumas questões a fazer somente a adultos idosos que se encontram a residir em ERPI. Deste modo, o guião é construído por questões com enfoque nos hábitos e rotinas de sono dos adultos idosos, bem como possíveis mudanças ocorridas no sono devido ao processo de envelhecimento e as estratégias implementadas para combater problemas de sono. Adicionalmente, as perguntas elaboradas apenas para adultos idosos a residir em ERPI incidem nas possíveis modificações verificadas no sono após a institucionalização, assim como fatores externos que prejudicam o sono ou, contrariamente, melhoram a qualidade do mesmo.

1.3 Procedimentos

A implementação dos grupos focais ocorreu entre os meses de fevereiro e abril de 2023. Os grupos focais foram realizados presencialmente. Ambos os grupos focais, adultos idosos a residir na comunidade e adultos idosos a residir em ERPI, tiveram a duração de cerca de uma hora. O grupo focal de idosos a residir na comunidade, ocorreu no Centro de Atividades da Covilhã. Deste modo, dois dias antes de ser efetuado, no local foram realizadas duas provas de rastreio – MMSE e GDS – aos voluntários a participar no estudo, com o intuito de avaliar se os participantes cumpriam os critérios delineados. No que concerne ao grupo focal de idosos a residir em ERPI, foi realizado no Lar de São José na Covilhã, sendo que dois dias antes da concretização do grupo focal, foram aplicadas as duas provas anteriormente mencionadas aos voluntários, tendo o propósito de perceber se os participantes cumpriam os requisitos. O Centro de Atividades concentra num só espaço um largo conjunto de valências e serviços que visam o convívio e a partilha de experiências entre os adultos idosos através da concretização de atividades que permitem ocupar o tempo livre e contribuir para um envelhecimento saudável. Já o Lar de São José conta com mais de um século de existência e tem como principal missão a promoção da prestação de serviços à população adulta idosa pautados pelo rigor e qualidade.

Anteriormente à concretização de cada um dos grupos focais, após uma explicação dos objetivos do presente estudo, os participantes deram o seu Consentimento Livre Informado e

Esclarecido para participar no estudo e para a sessão ser gravada em áudio, sendo garantida a confidencialidade dos dados. Todos os participantes responderam a um questionário sociodemográfico. De seguida, deu-se início aos grupos focais, nos quais os participantes responderam a um conjunto de questões da entrevista semiestruturada, de acordo com os princípios do desenho participativo (Krueger, 2002), com uma discussão semi-dirigida em torno das questões. A presente investigação insere-se no Estudo: “Dormir bem, envelhecer melhor: Estudos sobre o sono” e foi aprovada pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior n.º CE-UBI-Pj-2022-078.

1.4 Análise de Dados

Após a concretização das sessões dos grupos focais, os respetivos conteúdos gravados em áudio foram transcritos integralmente e, posteriormente, codificados com letras e números, visando a distinção entre os grupos e, conseqüentemente, entre os participantes. Os participantes do grupo focal de Adultos residentes na Comunidade foram codificados da seguinte forma: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8 e C9. Já os participantes do grupo focal de Adultos Idosos a residir em ERPI foram codificados como: L1, L2, L3, L4, L5, L6, L7, L8 e L9. Apesar de terem participado somente 6 pessoas no primeiro grupo e 7 no segundo grupo, aos participantes excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão supramencionados também lhes foi atribuído um código.

A análise foi realizada em Português Europeu. Foi realizada uma análise de conteúdo da transcrição das entrevistas, conforme definido por Bardin (2011), onde é, primeiramente, feita uma pré-análise dos dados, seguindo-se da exploração do material e terminando com o tratamento dos resultados. A análise dos dados ocorreu da seguinte forma: FD leu as transcrições dos conteúdos dos grupos focais, realizadas por FD e TA, mapeando todos os trechos significativos ao objetivo do presente estudo. Este mapeamento preliminar foi compartilhado com RMA e TA. Seguidamente, três investigadores (FD, RMA e TA) reuniram com o intuito de discutir o mapeamento dos temas emergentes e, através de um processo de refinamento sucessivo, chegaram a consenso. Após a codificação temática manual, foram integrados esses elementos de codificação no software *Atlas. ti 23*, no sentido de fazer uma análise preliminar às transcrições integrais, extraíndo nuvens de palavras.

Resultados

A análise integral das transcrições revelou que as palavras mais referidas nos dois grupos focais são “cama”, “noite” e “sono”. No grupo focal de adultos idosos a residir na comunidade (Figura 1), foi também mencionada “manhã”, “dia” e “meio”. No grupo de adultos idosos a residir em ERPI (Figura 2), foram ditas com frequência as palavras “casar” e “bocado”.

Dormir mal

Para 2 participantes do grupo de adultos idosos a residir na comunidade, dormir mal está relacionado com **andar às voltas na cama**: “...é dar muita volta na cama!” (C5, 75 anos); **não ter sono profundo** é destacado por 2 participantes: “...é estar toda a noite acordada, ou acordar assim por qualquer coisa que me sobressalta.” (C3, 76 anos); 2 participantes realçam **sonhar** muito: “O que eu tenho muito é sonhado.” (C7, 75 anos) e 1 participante afirma estar relacionado com **ter preocupações**: “...quando estou preocupada para me levantar cedo ou alguma coisa que tenha para fazer ao outro dia de manhã...” (C2, 67 anos). No grupo de adultos idosos a residir em ERPI não foram encontrados resultados pertencentes à categoria “dormir mal”.

Fatores que contribuem para um pior sono

No grupo de adultos idosos a residir na comunidade foi possível identificar três fatores que contribuem para um pior sono, existindo 1 participante a realçar o facto de se **levantar para ir à casa de banho**: “...se tiver de me levantar para ir à casa de banho também é chato.” (C2, 67 anos); 1 participante destaca as **particularidades do cônjuge**: “...de há um tempo para cá, não estou a dormir com o meu marido, porque ele está com aparelho para respirar e, porque eu, quando chegava às quatro/cinco da manhã, tinha de mudar de cama!” (C2, 67 anos) e 1 participante salienta o **ingerir bebidas alcoólicas**: “Beber qualquer coisa alcoólica, antes de deitar!” (C7, 75 anos).

Por sua vez, os adultos idosos residentes em ERPI destacaram três fatores que desencadeiam um pior sono, nomeadamente a **partilha de quarto** mencionada por 1 participante: “...como o quarto era a cama dela e a minha, eu quando a começava a ouvir ela a queixar-se...eu acordava e tinha de a levar à casa de banho e tratar do assunto. E depois, quando me deitava, com certeza que já me custava...” (L9, 84 anos); **levantar-se para ir à casa de banho** destacado por 1 participante: “...eu acordo e tenho de ir à casa de banho, mas depois há dias em que venho da casa de banho e pego logo no sono e há outras vezes que não.” (L6, 87 anos) e 3 participantes realçam os **pensamentos e preocupações**: “É por causa disso que não durmo mais, fico ali deitado e não penso mais nisto ou naquilo; só a minha preocupação é quando se chegar àquela hora de irmos para baixo...” (L1, 91 anos).

Causas de um mau sono

Os adultos idosos a residir em ERPI referem três causas às quais atribuem a um mau sono: existindo 1 participante a destacar as **insónias**: “Insónias.” (L3, 76 anos); 4 participantes a realçar os **problemas e preocupações**: “para mim é uma preocupação: se tiver que ir a algum lado, ou tiver alguma coisa para fazer, já é uma preocupação para mim e já não durmo.” (L5, 94 anos) e 1 participante a mencionar os **pesadelos**: “E acordo, por vezes, com pesadelos.” (L3, 76 anos). No grupo de adultos idosos a residir na comunidade não foram encontrados dados relativos à categoria “causas de um mau sono”.

Consequências de dormir mal

Relativamente às consequências de dormir mal, no grupo de adultos idosos residentes em ERPI 1 participante reconhece os **problemas de memória** como uma consequência de dormir mal: “*A gente, não dormindo bem, também se esquece mais das coisas.*” (L2, 87 anos). No grupo de adultos idosos a residir na comunidade não existem dados relativos à categoria “consequências de dormir mal”.

Dormir bem

Relativamente a dormir bem, no grupo de adultos idosos a residir na comunidade 1 participante mencionou que “dormir bem” é **dormir sem interrupções**: “*...se me deitar e não me levantar nem à casa de banho. Isso, para mim, já é uma noite formidável!*” (C6, 83 anos) e 5 realçaram **dormir as horas necessárias para um bom sono**: “*No mínimo, 6 horas.*” (C2, 67 anos). À semelhança deste grupo, 2 participantes no grupo de adultos idosos residentes em ERPI afirmaram que “dormir bem” está associado a **dormir as horas necessárias para um bom sono**: “*Para mim, para andar bem, é 7 horas.*” (L2, 87 anos).

Importância do sono para o bem-estar

Para o grupo de adultos idosos a residir na comunidade, o sono revelou-se um fator de extrema importância para o bem-estar: “*Como a gente anda de dia, o que conta é durante a noite.*” (C1, 71 anos), “*Acho que há uma grande relação de bem-estar quando se dorme bem.*” (C7, 75 anos). No que concerne aos adultos idosos a residir em ERPI, estes reconheceram a necessidade de dormir bem para se sentirem bem-dispostos: “*A gente, dormindo bem, já anda bem-disposta todo o dia.*” (L5, 94 anos).

Hábitos de sono

No grupo de adultos idosos a residir na comunidade, 1 participante mencionou que os seus hábitos de sono passam por **deitar tarde**: “*mas eu tenho um hábito mau, que é deitar-me muito tarde.*” (C7, 75 anos). Contudo, regista-se uma variabilidade quanto à hora de deitar: 4 participantes relatam um horário de **deitar às onze/meia-noite**: “*...eu deitar-me às onze horas/meia-noite...*” (C6, 83 anos) e 2 participantes mencionam um horário de **deitar ou adormecer depois de ver televisão**: “*Depois das novelas.*” (C3, 76 anos). Para além disto, 2 participantes constatarem **preparar a temperatura do quarto**: “*...tenho sempre de ligar o radiador...*” (C3, 76 anos); 3 participantes possuem um horário de **levantar entre as 8:30h e as 9:30h**: “*...é sempre oito e meia/nove horas quando me levanto...*” (C2, 67 anos) e 1 participante tem um horário de **levantar pelas 7h ou antes**: “*...o hábito de acordar é sempre sete da manhã ou antes das sete.*” (C6, 83 anos).

Por sua vez, o grupo de adultos idosos a residir em ERPI referiu o **horário de deitar**, encontrando-se diferenças comparativamente ao horário de deitar dos adultos idosos a residir na comunidade, “*Eu costumo deitar-me: nove e meia, dez horas.*” (L6, 87 anos); **horário de levantar**: “*Eu levanto-me às 8 horas.*” (L5, 94 anos); “*Às seis e meia.*” (L2, 87 anos); “*...mas, de*

manhã, às 7 horas tenho de me levantar.” (L6, 87 anos); 3 participantes afirmam **ver televisão antes de dormir**: “Às nove horas apago a televisão e pronto, fico na cama a dormir.” (L5, 94 anos); 2 participantes revelam preocupação em **colocar o quarto escuro**: “Para dormir, quero escuro.” (L3, 76 anos) e 1 participante destaca a importância do **silêncio**: “E com silêncio...” (L6, 87 anos).

Sesta

No grupo de adultos idosos a residir na comunidade, 2 participantes revelaram ser **apologista da sesta**: “*No fim de almoço, dormir só que sejam 10 minutinhos.*” (C7, 75 anos), mas também foram colocadas **objeções à sesta** por parte de 3 participantes: “*Eu, às vezes, fazia, mas agora não faço porque depois de noite não durmo.*” (C2, 67 anos). Já o grupo de adultos idosos a residir em ERPI mencionou três opiniões distintas: 4 participantes afirmam **não fazer a sesta**: “Eu nunca dormi a sesta na minha vida.” (L1, 91 anos); 2 participantes relatam **descansar mas não dormir**: “Acontece-me, quando eu durmo assim mal...Que eu, muitas vezes, não durmo o suficiente e, às vezes, de dia, dá-me o sono e eu deito-me, mas não consigo dormir.” (L6, 87 anos) e 1 participante menciona fazer **sestas pontuais**: “Eu, uma vez por outra, vou.” (L2, 87 anos).

Cronotipo

No grupo de adultos idosos a residir na comunidade foi possível encontrar dois resultados bastante distintos, existindo duas participantes que revelam ser **pessoas matutinas**: “*...de manhã, acordo bem-disposta e vou logo para a cozinha...*” (C3, 76 anos) e uma participante que revela ser uma **pessoa vespertina**: “*Eu sou morcega e gosto da night.*” (C7, 75 anos). No grupo de adultos idosos a residir em ERPI não existem resultados acerca desta categoria, contudo, espera-se que, atualmente, os participantes desse grupo tenham tendência para serem pessoas matutinas pela sua idade e devido aos horários impostos pela instituição.

Precisar de dormir mais devido ao envelhecimento

Relativamente às mudanças no sono devido ao envelhecimento, no grupo de adultos idosos a residir na comunidade, 1 participante manifestou a **necessidade de dormir mais devido ao processo de envelhecimento**: “*Eu precisava era de dormir mais.*” (C1, 71 anos). O grupo de adultos idosos a residir em ERPI não mencionou informação relativa a esta subcategoria.

Estratégias para um melhor sono

O grupo de adultos idosos a residir na comunidade relatou três estratégias que contribuem para um melhor sono, sendo então mencionado por 1 participante a importância de **não ter preocupações**: “*Sem ter preocupações! Se a gente não tiver nenhuma preocupação já dorme melhor.*” (C1, 71 anos); 2 participantes relatam **não jantar/comer à noite**: “*Eu, à noite, não posso jantar! Os dias em que janto já não durmo.*” (C2, 67 anos) e 1 participante realça a

atividade durante o dia: “...tenho um quintalito, ando lá sempre a jardinar, ando lá sempre a esgravatar e a sachar e tudo mais...à noite ando toda rota, toda estourada.” (C7, 75 anos). Já no grupo de adultos idosos a residir em ERPI também foi possível identificar três estratégias que os participantes consideram ser benéficas para um melhor sono, existindo 1 participante a mencionar **fazer a sesta:** “Era dormirmos um bocadinho de tarde...” (L6, 87 anos); 2 participantes destacam a necessidade de **controlar os pensamentos negativos:** “Não pensar em coisas más antes de dormir, não ver televisão antes de dormir e nem ter pensamentos maus.” (L3, 76 anos) e 1 participante realça a importância de **estar saciado:** “Temos de ir com a barriguinha cheia, se não, não durmo.” (L5, 94 anos).

Estratégias para lidar com os problemas de sono

O grupo de adultos idosos a residir na comunidade manifestou cinco estratégias para combater os problemas de sono, referindo **rezar** por 1 participante: “...às vezes, ponho-me a rezar até me vir o sono.” (C2, 67 anos); 1 participante menciona **usar dispositivos: rádio, telemóvel:** “Outras vezes, ligo o telemóvel para não acordar o meu marido e ponho o auscultador.” (C3, 76 anos); 1 participante destaca **ler:** “...eu gosto muito de ler, antes de ir para a cama...pego num livro e adormeço logo!” (C7, 75 anos); 2 participantes afirmam **levantar-se:** “Eu vou e atravesso o corredor.” (C2, 67 anos) e 1 participante faz **uso de medicação:** “Eu, para dormir 6 a 8 horas, tenho de tomar um comprimido já de um miligrama e outro a acompanhar.” (C2, 67 anos). Por sua vez, no grupo de adultos idosos a residir em ERPI foi possível identificar quatro estratégias que colocam em prática para lidar com os problemas de sono, mencionando 1 participante **levantar-se e andar:** “Quando não consigo dormir, venho ali para o corredor principal e ando para trás e para adiante, até me dar o sono outra vez.” (L4, 77 anos); 1 participante afirma **rezar:** “Já tenho rezado.” (L6, 87 anos); outro **ler:** “Ler, ler!” (L3, 76 anos) e 4 participantes relatam **ficar a dar voltas na cama:** “Fico ali assim. Às voltas para aqui, às voltas para acolá.” (L6, 87 anos).

Utilização da medicação para um melhor sono

No grupo de adultos idosos a residir em ERPI, verificaram-se dois resultados no que diz respeito à utilização da medicação para melhorar a qualidade do sono, existindo 3 participantes que fazem **uso da medicação:** “Eu até tenho de tomar um comprimido para dormir.” (L1, 91 anos), mas também existem 4 pessoas que **não tomam medicamentos:** “Não é preciso tomar medicação, eu nunca tomei medicação para isso...” (L9, 84 anos).

Temas específicos abordados apenas com o Grupo Focal de adultos idosos a residir em ERPI

Na sequência das questões colocadas somente a adultos idosos a residir em ERPI, surgiram duas categorias: “mudanças no sono associadas à entrada no Lar” e “medidas da instituição para os utentes terem um melhor sono”, as quais serão apresentadas em seguida.

Mudanças no sono associadas à entrada na ERPI

O grupo de adultos idosos a residir em ERPI relatou duas mudanças no sono: 2 participantes afirmam **dormir mal após a admissão na ERPI**: “...eu notei uma diferença muito grande. A minha maneira de dormir em casa e da maneira que estou aqui a dormir. Portanto, eu até digo que há muitas noites aqui que eu não durmo.” (L9, 84 anos) e 3 participantes relatam **dormir mal devido aos horários padronizados de deitar e levantar da ERPI**: “...mas depois que deixei de trabalhar, gostava de estar mais um bocadinho na cama...não me levantava assim cedo, mas aqui tenho de me levantar mesmo cedo, porque é assim mesmo.” (L6, 87 anos).

Medidas da instituição para os utentes terem um melhor sono

Ainda na sequência das questões colocadas apenas aos adultos idosos a residir em lar, surgiu a categoria Medidas da instituição para os utentes terem um melhor sono, aparecendo como subcategoria **ter atividades** mencionada por 2 participantes: “*Ginástica, cantamos, dançamos. Já fizemos teatro.*” (L6, 87 anos) e **dar autonomia** mencionado por 1 participante: “*E cada um faz o que quer.*” (L1, 91 anos).

Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar a perspetiva de adultos idosos a residir na comunidade e em ERPI sobre os seus hábitos, rotinas e possíveis alterações no sono devido ao processo de envelhecimento, bem como as estratégias adotadas para lidar com problemas de sono. Apesar da temática do sono, em geral, ser amplamente investigada, as investigações tendem a focar-se, sobretudo, nos fatores fisiológicos, sendo mais escassa a informação sobre fatores psicológicos, sociais e ambientais que associados à qualidade do sono. Assim, esta dissertação pretende contribuir para o aumento do conhecimento acerca dos hábitos e rotinas de sono de adultos idosos, bem como os fatores psicossociais e ambientais essenciais ao sono e à sua qualidade através da concretização de dois grupos focais.

A análise das nuvens de palavras realizadas (Figura 1 e Figura 2) revelou algumas semelhanças entre o grupo focal de adultos idosos a residir na comunidade e o grupo focal de adultos idosos a residir em ERPI, surgindo, com frequência, em ambos os grupos, as palavras “cama”, “noite” e “sono”. No grupo de adultos idosos a residir na comunidade, destacam-se palavras como “preocupação”, “casar”, “problema” e “coisa”, o que poderá indicar que este grupo está mais centrado nos motivos que vivenciam e que prejudicam uma boa noite de sono, como algumas adversidades e particularidades do cônjuge. Esta perspetiva reflete a importância que este grupo atribui aos fatores que comprometem a eficiência do sono. Já no grupo de adultos idosos a residir em ERPI, salientam-se palavras como “hábito”, “bocado”, “risos”, “pessoa” e, à semelhança do outro grupo, “casar”, o que poderá sugerir que este grupo está mais centrado nas rotinas que possuíam anteriormente à entrada na ERPI, evidenciando os seus hábitos antigos (e.g. profissões que exerciam e os horários de trabalho), as pessoas que os rodeavam e a vida com os respetivos cônjuges. Esta perspetiva reflete a importância que este grupo de adultos idosos atribui

às suas vivências passadas – enquanto ainda residiam nas suas próprias habitações - e em como isso interfere nos seus dias de hoje na sua qualidade de vida e, por conseguinte, na qualidade do sono. As diferenças nas nuvens de palavras transmitem as perspetivas e ênfases distintas de cada grupo em relação ao sono, existindo um grupo que se foca, maioritariamente, nos fatores que prejudicam uma boa noite de sono; e um grupo que se centra, essencialmente, nas suas vivências e hábitos passados, diferenciando-os daquilo que experienciam no contexto em que estão inseridos atualmente. Deste modo, quando se pretende intervir com a população em estudo, no sentido de melhorar a sua qualidade de sono, é de extrema relevância adotar uma abordagem centrada na pessoa, identificando, não só a forma como ela percebe o sono nos dias de hoje, mas também hábitos que possuía quando era mais jovem ou anteriormente à entrada numa ERPI, visando intervenções mais adequadas e eficazes.

Os resultados relativos a “dormir bem” indicam que para os adultos idosos a residir na comunidade são necessárias, no mínimo, 6 horas a dormir, enquanto para os adultos idosos a residir em ERPI são necessárias 7 horas. Estes resultados corroboram o referido por Chaput (2020), que menciona que o número de horas que um adulto acima dos 60 anos dorme se encontra entre as 6 e as 7 horas. Neste sentido, os resultados indicam que os adultos idosos a residir na comunidade necessitam de dormir menos horas, comparativamente aos adultos idosos a residir em ERPI, o que poderá ser justificado pelo facto de que adultos idosos a residir na comunidade, no global, estão rodeados de mais atividades a desempenhar no dia a dia, como por exemplo, as tarefas domésticas, existindo uma maior tendência para despertar para ir concretizá-las. Para além disto, os adultos idosos a residir na comunidade não possuem um horário padronizado de deitar - como é o caso dos adultos idosos a residir em ERPI - possuindo a total autonomia na decisão do horário em que adormecem.

Relativamente aos fatores que, segundo os adultos idosos a residir na comunidade, contribuem para um pior sono, destacam-se as idas à casa de banho, o consumo de bebidas alcoólicas e as particularidades do cônjuge. À semelhança deste grupo, os adultos idosos a residir em ERPI apontam as idas à casa de banho como um dos fatores que contribui para uma pior qualidade do sono. Contudo, neste último grupo emerge um facto especificamente relacionado com o contexto que se inserem: a partilha de quarto como um dos fatores para dormir mal. Para além disto, destacam também os pensamentos e preocupações. Mander et al. (2017), num estudo sobre sono e envelhecimento, constatou que as condições dos quartos em que alguns adultos idosos dormem não são adequadas, mencionando as especificidades do companheiro e a partilha de quarto como fatores que prejudicam a qualidade do sono, tendo estes sido relatados pelos dois grupos focais. Uma vez que os adultos idosos a residir em ERPI estão inseridos num contexto em que a partilha de quarto é inevitável, seria importante estas instituições terem em consideração as particularidades de cada adulto idoso no que concerne ao sono, podendo agrupar no mesmo quarto aqueles que possuíssem especificidades semelhantes, evitando prejudicar o sono destes. Os pensamentos e preocupações foram destacados apenas por este último grupo focal como um fator que desencadeia um pior sono, o que poderá ser justificado pelo facto de não se encontrarem a residir nas suas próprias habitações e, conseqüentemente, afastados das pessoas com as quais estariam habituadas a conviver no quotidiano, podendo provocar alguma angústia. Deste modo,

seria fundamental que as ERPI's se debruçassem sobre a possibilidade de acompanhar psicologicamente os idosos que relatam estes problemas, acabando por melhorar a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, a qualidade do sono.

No que concerne aos hábitos de sono, os resultados obtidos com o grupo de adultos idosos a residir na comunidade, indicam um horário de adormecer entre as onze e a meia-noite, remetendo para um afastamento daquilo que, por exemplo, é mencionado por Carroll & Prather (2021), afirmando que as alterações que ocorrem no ritmo circadiano sono-vigília levam a que adultos idosos manifestem uma tendência para ter sono mais cedo, nomeadamente ao fim da tarde. Tal poderá ser justificado pelo facto do grupo focal em questão frequentar o Centro de Atividades e estar ocupado com a concretização das mesmas durante o período da tarde, o que impossibilita adormecer no horário mencionado pela literatura. Adicionalmente, o grupo é composto por participantes que possuem o hábito de ver televisão até tarde o que, por consequência, adia a hora de adormecer. Já o grupo de adultos idosos a residir em ERPI apresenta um horário de adormecer relativamente mais cedo, situando-se entre as nove e meia e as dez horas, contudo, estes resultados também não vão ao encontro daquilo que é referido por Carroll & Prather (2021). Esta diferença nos horários de adormecer entre grupos poderá estar relacionada com o facto de que, o grupo de adultos idosos a residir em ERPI possui um horário fixo para deitar e para ir tomar o pequeno-almoço o que, por tal, poderá desencadear a necessidade de adormecer mais cedo, com o intuito de não se atrasarem pela manhã. A existência de um horário de deitar e de estar pronto para tomar o pequeno-almoço estabelecido pela ERPI poderá não estar de acordo com os horários que os adultos idosos possuíam anteriormente, podendo desencadear dificuldades à sua adaptação e possíveis problemas de sono. Contudo, reconhece-se que devido ao elevado número de adultos idosos a residir em ERPI é complicado identificar horários que sejam compatíveis com as individualidades de cada residente.

Ainda relativamente aos hábitos de sono, no que diz respeito ao horário de levantar, o grupo de adultos idosos a residir na comunidade divide-se em dois horários: 3 participantes entre as oito e meia/nove e meia e 1 participante pelas sete horas ou antes. O grupo de adultos idosos a residir em ERPI mencionou um horário entre as seis e meia e as oito horas da manhã. Neste sentido, é possível identificar que 3 participantes do grupo de adultos idosos a residir na comunidade possuem um horário de levantar ligeiramente mais tarde do que os participantes do grupo de adultos idosos a residir em ERPI, o que poderá dever-se ao facto de não terem a obrigatoriedade de estarem prontos para tomar o pequeno-almoço a determinada hora, como acontece com o grupo de adultos idosos a residir em ERPI. No que diz respeito ao grupo de adultos idosos a residir em ERPI, estes resultados poderão ir ao encontro daquilo que já foi supramencionado: possuem um horário de levantar mais cedo para conseguirem tratar da sua higiene, vestirem-se e apresentarem-se no horário estabelecido para a primeira refeição do dia. Neste sentido, os resultados relativos ao horário de levantar de um participante no grupo de adultos idosos a residir na comunidade e de todos os participantes do grupo focal de adultos idosos a residir em ERPI apoia o referido por Carroll & Prather (2021), afirmando que adultos idosos possuem tendência para se levantar mais cedo. Importa ainda salientar que, em relação ao participante do grupo de adultos idosos a residir na comunidade que apresenta um horário de

levantar mais cedo comparativamente com os restantes elementos do grupo, não é possível identificar uma causa para tal, uma vez que esse assunto não foi explorado durante a concretização do grupo focal. Deste modo, reforça-se a necessidade de, em estudos futuros, averiguar se a existência de horários de levantar cedo por parte dos participantes é um hábito adquirido há muitos anos ou se existiram mudanças que o impulsionaram.

O deitar ou adormecer depois de ver televisão é um hábito referido pelos participantes dos dois grupos focais de adultos idosos, o que não vai de acordo com aquilo que é recomendado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (2022), que indica que, para uma boa noite de sono, é necessário evitar o uso de ecrãs que sobre estimulem o cérebro, visto que a luz azul desse dispositivo inibe a produção de melatonina, a hormona que regula o sono, provocando dificuldade em adormecer e aumentando o risco de insónias. A falta de conhecimento sobre os malefícios da utilização destes dispositivos antes de dormir por parte dos participantes de ambos os grupos poderá justificar o seu uso. Assim sendo, seria importante instruir a população em estudo, transmitindo-lhes informação, não somente sobre os prejuízos que o uso destes dispositivos provocam na qualidade do sono, mas também acerca de atividades que auxiliam uma boa noite de sono, como é o caso da leitura. Por fim, no que diz respeito aos hábitos de sono, o grupo de adultos idosos a residir na comunidade mencionou a preparação da temperatura do quarto para dormir e o grupo de adultos idosos a residir em ERPI constatou a preocupação em colocar o quarto escuro e a necessidade de silêncio, o que vai ao encontro daquilo que é defendido pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (2022) para possuir uma boa qualidade do sono.

Relativamente à realização da sesta diurna, o grupo de adultos idosos a residir na comunidade revelou que 1 participante é apologista da sesta e 3 participantes colocaram-lhe objeções – afirmando que, depois de realizar uma sesta, é mais difícil dormir à noite – enquanto o grupo de adultos idosos a residir em ERPI manifestou três opiniões distintas: 4 participantes dizem não fazer sesta, 2 participantes afirmam descansar, mas não dormir e 1 participante menciona realizar sestras pontuais. A realização de sestras diurnas, segundo Custodio (2017) deve-se ao facto de a fragmentação do sono desencadear uma maior sonolência durante o dia, existindo a necessidade de fazer uma sesta. Contudo, as objeções que o grupo de adultos idosos a residir na comunidade colocou à sesta diurna, revelaram conhecimento de que a realização da mesma prejudica a qualidade do sono à noite, tal como é defendido por Giulia & Kumar (2018). Os resultados obtidos revelam-se surpreendentes, visto que seria esperado que adultos idosos que residem em ERPI manifestassem tendência para apresentar mais sonolência e, conseqüentemente, realizar mais sestras diurnas, sendo que, geralmente, se encontram inseridos em ambientes que não estão rodeados de tantas atividades a realizar. Tal não se verificou nos resultados deste estudo, o que poderá ser explicado pelas inúmeras atividades que a ERPI programa ao longo do dia para manter os adultos idosos ocupados, sobretudo para o tipo de participantes desta investigação: sem défice cognitivo, nem sintomatologia depressiva.

No que se refere às estratégias para um melhor sono, foi mencionado, tanto no grupo de adultos idosos a residir na comunidade, como no grupo de adultos idosos a residir em ERPI, que não ter preocupações e controlar os pensamentos negativos são estratégias fundamentais para uma boa noite de sono. Miner & Kryger (2018) afirmam que o processo de envelhecimento está,

frequentemente, associado a algumas mudanças e perdas (e.g. alterações na dinâmica familiar). Desta forma, as modificações pelas quais os adultos idosos passam poderão despoletar preocupações (e.g. com os filhos e netos) e pensamentos negativos (e.g. relacionados com alguma possível doença) que acabam por interferir na qualidade do sono. Contudo, ainda no que diz respeito às estratégias para um melhor sono, as opiniões divergiram no que se refere à ingestão de alimentos antes de deitar, uma vez que no grupo de adultos idosos a residir na comunidade, 2 participantes destacaram o facto de não jantar/comer à noite, enquanto no grupo de adultos idosos a residir em ERPI, 1 participante mencionou que estar saciado é essencial para dormir bem. Este último resultado não vai ao encontro daquilo que é sugerido pela literatura, visto que, segundo Sivertsen & Nordhus (2007), fazer refeições pesadas/ir para a cama cheio é um dos comportamentos que compromete a eficiência do sono. Para além disto, o grupo de adultos idosos a residir na comunidade destaca ainda a atividade durante o dia como uma ferramenta crucial para dormir bem, corroborando o que é defendido por Reyes et al. (2019), os quais afirmam que a execução de atividades ao ar livre contribui para a diminuição do risco de insónia. Assim, os resultados destacam a importância de instruir a população em estudo para os comportamentos que prejudicam a qualidade do sono e, contrariamente, promover a continuação da execução de atividades no exterior como uma estratégia que auxilia a sua eficiência.

Como estratégias para lidar com os problemas de sono, no grupo de adultos idosos a residir na comunidade, 1 participante menciona “rezar”, 1 participante destaca o uso de dispositivos como o rádio e telemóvel para ouvir música, 2 participantes afirmam levantar-se e 1 participante recorre à medicação. As primeiras quatro estratégias coincidem com aquilo que é defendido pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (2022) para auxiliar a indução do sono. Relativamente à última estratégia apontada – uso de medicação – sabe-se que o tratamento farmacológico é o mais comum para problemas de sono, tal como menciona Cruz et al. (2022), Suzuki & Miyamoto (2021) e Wolkove et al. (2007). Deste modo, os resultados alertam para a necessidade de instruir a população em questão das consequências a longo prazo da utilização da medicação para dormir, contraponto com estratégias que não sejam prejudiciais à saúde. À semelhança deste grupo, como estratégias para lidar com os problemas de sono, no grupo de adultos idosos a residir em ERPI, 1 participante afirma levantar-se e andar, 1 participante menciona “rezar”, 1 participante relata ler e 4 participantes dizem que ficam a dar voltas na cama. Apesar de o uso de medicação não ser apontado como uma estratégia para dormir pelo grupo de adultos idosos a residir em ERPI, os resultados na categoria “uso da medicação para um melhor sono” apontaram para a divisão de perspetivas neste grupo, existindo 3 participantes que tomam medicamentos para dormir e 4 participantes que dizem não tomar. Segundo Kroll et al. (2016), as benzodiazepinas – fármacos que atuam como depressores do sistema nervoso central, sendo responsáveis por efeitos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos - são uma das classes de medicamentos mais prescritas na população adulta idosa. Assim, é importante referir que os dados relativos à toma de medicação para indução do sono deveriam ter sido recolhidos com maior precisão, visto que os adultos idosos a residir em ERPI não fazem gestão da sua medicação e, por tal, poderão não ter conhecimento da toma destes fármacos.

Por fim, segundo Ornelas & Vilar (2011), a mudança de residência para uma ERPI faz com que os adultos idosos vivenciem algumas perdas, tais como o espaço habitacional onde viviam e a mudança no espaço geográfico a que, por vezes, são sujeitos, o que, conseqüentemente, origina a perda de contacto com familiares e outras pessoas significativas, como vizinhos e amigos de longa data. Adicionalmente, os adultos idosos que passam a residir em ERPI têm de se habituar a regras que podem condicionar a sua autonomia, intimidade e privacidade (e.g. luzes, ruídos, cuidados de higiene durante a noite). Estas alterações, de acordo com Mander et al. (2017), poderão ter conseqüências negativas para a qualidade do sono. Os resultados obtidos neste estudo através das questões colocadas somente a idosos a residir em ERPI corroboram essa afirmação, visto que no grupo em questão, 2 participantes mencionam dormir mal após a admissão no lar e 3 participantes afirmam que dormem mal devido aos horários padronizados de deitar e levantar impostos pela instituição. Contudo, este grupo reconhece duas medidas da instituição que auxiliam um bom sono: ter atividades durante o dia e dar autonomia, possibilitando cada adulto idoso de escolher o que deseja fazer.

Conclusões

Este estudo permitiu descrever a perspectiva de adultos idosos a residir em dois contextos distintos sobre as suas rotinas e os hábitos de sono, bem como os fatores que, segundo estes, contribuem para um bom e mau sono e as estratégias que implementam para induzir o sono quando não conseguem dormir, revelando-se este conhecimento crucial para a criação de formas de intervenção no sono com esta população, com o intuito de melhorar a qualidade de vida.

O presente estudo apresenta um conjunto de limitações que importa salientar, nomeadamente as características da amostra do grupo focal de adultos idosos a residir na comunidade, uma vez que os participantes são todos do género feminino. Deste modo, em estudos futuros será importante incluir mais participantes do género masculino, tornando a amostra mais heterogénea, podendo analisar e comparar possíveis diferenças entre géneros, com o objetivo de compreender, de forma mais profunda, se os hábitos e rotinas de sono são distintos entre indivíduos do género masculino e indivíduos do género feminino. Ainda no que diz respeito aos participantes, a amostra do grupo focal de adultos idosos a residir em ERPI também não é representativa, visto que os participantes não apresentam défice cognitivo, nem sintomatologia depressiva, o que não corresponde à realidade de grande parte dos residentes deste tipo de instituições. Para além destas limitações, destaca-se a ausência da perspectiva de dois grupos focais de profissionais que trabalham com adultos idosos – um grupo fora do contexto de ERPI (e.g. hospitais, centros de saúde, clínicas) e outro grupo que exercesse funções no contexto de ERPI – como se tinha inicialmente delineado. Por fim, realça-se que algumas questões deveriam ter sido aprofundadas de melhor forma, de modo a recolher informações mais ricas.

No que diz respeito à revisão de literatura realizada sobre a temática em estudo, foi possível verificar que o sono, no seu global, é uma temática bastante estudada, contudo, as investigações realizadas anteriormente focam-se, essencialmente, em fatores fisiológicos do sono, descartando a importância dos fatores psicológicos, sociais e ambientais que este requer,

existindo, portanto uma escassez de informação relativamente a estes fatores. Adicionalmente, a esmagadora maioria dos estudos desta temática são de natureza quantitativa e não incidem sobre a população idosa. Tais limitações acabaram por limitar a discussão dos resultados.

Destacam-se como potencialidades deste estudo, o facto de se debruçar sobre a temática do sono e envelhecimento, a qual parece menos investigada segundo a pesquisa realizada no âmbito desta dissertação. Para além disto, a escolha de uma metodologia de recolha de dados qualitativa possibilitou uma recolha de informação diversa, dando voz aos adultos idosos contactando diretamente com eles, o que não seria possível no âmbito de um estudo de natureza quantitativa. O facto de se ter optado pela concretização de grupos focais poderá ter sido um benefício na promoção do interesse dos participantes que fizeram parte do estudo, os quais revelaram bastante envolvimento na discussão. Ademais, a realização de dois grupos focais com especificidades tão distintas – a residir na comunidade ou a residir em ERPI – contribuiu para a comparação entre duas realidades diferentes no que diz respeito ao sono. O carácter inovador desta pesquisa permitiu levantar algumas questões àquilo que é referido pela literatura, uma vez que a não realização de sesta diurnas, pela esmagadora maioria dos participantes, e o horário de deitar e de levantar não correspondem ao que é mencionado por investigações anteriores.

Assim, as implicações desta investigação passam pela perspetiva de continuidade que os dados obtidos permitem para um estudo mais amplo sobre os hábitos e rotinas de sono de adultos idosos. Este estudo ao permitir identificar estratégias implementadas por esta população para combater os problemas de sono, contribui para um conhecimento mais amplo nesta temática, visando criar formas de intervenção na qualidade do sono com adultos idosos que não sejam prejudiciais à saúde, como é o caso do uso de fármacos a longo prazo. Neste sentido, seria interessante, em estudos futuros, a exploração e análise de diferenças no sono entre adultos idosos que usam medicação para a indução do sono e adultos idosos que recorrem a estratégias não farmacológicas, podendo contribuir para a promoção destas últimas.

Por último, importa realçar que a existência de uma boa qualidade do sono é um elemento essencial para um envelhecimento saudável e, por tal, merece a mesma relevância que outros fatores relacionados com a saúde. Deste modo, a instrução nesta temática de profissionais que trabalhem com adultos idosos é crucial, visando intervenções mais adequadas e desmistificando a crença de que, com o envelhecimento, a existência de perturbações do sono é normal.

Referências

- Adnane, M., Zhongweij, J., & Zhonghong, Y. (2012). Sleep-wake stages classification and sleep efficiency estimation using single-lead electrocardiogram. *Expert Systems with Applications*, 39 (1), 1401-1413. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2011.08.022>
- Aguiar, A., Beltrão, E., Cró, I. M., Pereira, J. L., & Faria, A. L. (2021). O sono nos mais velhos. *Olhares sobre o Envelhecimento*, 129-136. <https://doi.org/10.34640/universidademadeira2021aguiarbeltraocro>
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). International classification of sleep disorders, 3rd ed: Diagnostic and coding manual. Rochester: AASM.
- American Psychological Association (2010). *Dicionário de Psicologia APA*. Artmed.
- Beersma, D. G. M., & Gordijn, M. C. M. (2007). Circadian control of the sleep – wake cycle. *Physiology & Behavior*, 90 (2), 190-195. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2006.09.010>
- Bloom, H. G., Ahmed, I., Alessi, C. A., Ancoli-Israel, S., Buysse, D. J., Kryger, M. H., Phillips, B. A., Thorpy, M. J., Vitiello, M. V., & Zee, P. C. (2009). Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (5), 761-789. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02220.x>
- Calzada-Álvarez, M. J. D. (2000). Modificaciones del sueño en el envejecimiento. *Revista de Neurologia*, 30 (6), 577-580. <https://doi.org/10.33588/rn.3006.99586>
- Carroll, J. E., & Prather, A. A. (2021). Sleep and biological aging: A short review. *Endocrine and Metabolic Research*, 18, 159-164. <https://doi.org/10.1016/j.coemr.2021.03.021>
- Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2011). Chapter 2 – Normal Human Sleep: An Overview. *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 5, 16-26. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4160-6645-3.00002-5>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Tips for Better Sleep*. https://www.cdc.gov/sleep/about_sleep/sleep_hygiene.html
- Chaput, J.P., Dutil, C., Featherstone R., Ross, R., Giangregorio, L., Saunders, T. J., Janssen, I., Poitras, V. J., Kho, M. E., Ross-White, A., Zankar, S., & Carrier, J. (2020). Sleep timing, sleep consistency and health in adults: A systematic review. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 45, 232-247. <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0032>
- Colrain, I. (2011). Sleep and the brain. *Neuropsychology Review*, 21(1), 1-4. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12046>

- Cox, S. R., Ritchie, S. J., Allerhand, M., Hagenaars, S. P., Rdakovic, R., Breen, D. P., Davies, G., Riha, R. L., Harris, S. E., Starr, J. M., & Deary, I. J., (2019). Sleep and cognitive aging in the eight decade of life. *Sleep Research Society*, 42(4). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz019>
- Crowley, K. (2011). Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychology Review*, 21, 41-53. <https://doi.org/10.1007/s11065-010-9154-6>
- Cruz, T., García, L., Álvarez, M. A., & Manzano, L. A. (2022). Calidad del sueño y déficit de memoria en el envejecimiento sano. *Neurología*, 37(1), 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.10.001>
- Custodio, N. (2017). Alteraciones del sueño, envejecimiento anormal y enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neuropsiquiatría*, 80,(4). <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v80i4.3236>
- Eaton, S. E. (2017). Research assistant training manual: Focus groups. University of Calgary. <http://hdl.handle.net/1880/51811>
- Fragoso, C. A. V., & Gill, T. M. (2007). Sleep complaints in community-living older persons: A multifactorial geriatric syndrome. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (11), 1853-1866. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01399.x>
- Fuller, P. M., Gooley, J. J., & Saper, C. B. (2006). Neurobiology of the sleep-wake cycle: sleep architecture, circadian regulation, and regulatory feedback. *Journal of Biological Rhythms*, 21 (6) 482-93. <https://doi.org/10.1177/0748730406294627>
- Geib, L. T. C., Neto A. C., Wainberg, A. C., & Nunes, M. L. (2003). Sono e envelhecimento. *Revista Psiquiátrica*, 25 (3), 453-465. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000300007>
- Gosselin, N., Baril, A. A., Osorio, R. S., Kaminska, M., & Carrier, J. (2019). Obstructive sleep apnea and the risk of cognitive decline in older adults. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 199 (2), 142-146. <https://doi.org/10.1164/rccm.201801-0204PP>
- Gulia, K. K., & Kumar, V. M. (2018). Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. *Psychogeriatrics*, 18 (3), 155-165. <https://doi.org/10.1111/psyg.12319>
- Humer, E., Pieh, C., & Brandmayr, G. (2020). Metabolomics in sleep, insomnia and sleep apnea. *International Journal of Molecular Sciences*, 21 (19), 7244. <https://doi.org/10.3390/ijms21197244>
- Hsiu-Chin, H., Ting-En, C., Chia-Hsuan, L., Whei-Mei, J. S., & Mei-Hsiang, L. (2014). Exploring the relationship between quality of sleep and learning satisfactions on the nursing college students. *Health*, 14 (6), 1738-1748. <https://dx.doi.org/10.4236/health.2014.614206>

- Kamel, N. S., & Gammack, J. K. (2006). Insomnia in the elderly: Cause, approach, and treatment. *The American Journal of Medicine*, 119 (6), 463-9. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.10.051>
- Kroll, D. S., Nieva, H. R., Barsky, A., & Linder, J. A. (2016). Benzodiazepines are prescribed more frequently to patients already at risk for benzodiazepine – related adverse events in primary care. *The Journal of General Internal Medicine*, 31 (9), 1027-34. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3740-0>
- Krueger, R. A. (2002). *Designing and Conducting Focus Group Interviews*.
- Li, J., Vitiello, M., & Gooneratne, N. (2019). Sleep in normal aging. *Sleep Medicine Clinics*, 13 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.09.001>
- Luca, G., Rubio, J. H., Andries, D., Tobback, N., Vollenweider, P., Waeber, G., Vidal, P. M., Preisig, M., Heinzer, R., & Tafti, M. (2015). Age and gender variations of sleep in subjects without sleep disorders. *Annals of Medicine*, 47 (6), 482-491. <https://doi.org/10.3109/07853890.2015.1074271>
- Mander, B. A., Winer, J. R., & Walker, M. P. (2017). *Sleep and human aging*. *Neuron*, 94 (1), 19-36. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2017.02.004>
- Mattis, J., & Sehgal, A. (2016). Circadian rhythms, sleep, and disorders of aging. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 27 (4), 192-203. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2016.02.003>
- McCall, W. V. (2005). Diagnosis and management of Insomnia in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 7, 272-7. <https://doi.org/10.1111/j.532-5415.2005.53393.x>
- McCarley, W. R. (2007). Neurobiology of REM and NREM sleep. *Sleep Medicine*, 8(4) 302-330. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2007.03.005>
- Miner, B., & Kryger, M. H. (2018). Sleep in the aging population. *Sleep Medicine Clinics* 12 (1), 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2016.10.008>
- Neikrug, A. B., & Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disorders in older adult – A Mini-Review. *Gerontology*, 56 (2), 181-189. <https://doi.org/10.1159/000236900>
- Ornelas, A. M. & Vilar, D. (2011). O processo de institucionalização da pessoa idosa: A influência de fatores pessoais e da rede social. *Universidades Lusíada*, 125-144. <https://doi.org/10.34628/kohz-hq33>
- Pan American Health Organization. (2021). *Envelhecimento Saudável*. <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>

- Pecoraro, L. M., Maia, A. M., Farias, M. A., Oliveira Neto, H., Carvalho, P. P., & Sousa, M. N. (2021). Principais fatores desencadeadores dos distúrbios do sono no envelhecimento. *Envelhecimento humano: Desafios contemporâneos*, 2 (21), 270-282. <https://doi.org/10.37885/201202388>
- Reyes, P. M., Gutiérrez, C. M., Mena, R. P., & Torres S. J. (2019). Efectos del ejercicio físico sobre la calidad del sueño, insomnio y somnolencia diurna en personas mayores: Revisión de la literatura. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 55, 42-49. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.07.003>
- Rose, D., Gelaye, B., Sanchez, S., Castañeda, B., Sanchez, E., Yanez, N. D., & Williams, M. A. (2015). Morningness/eveningness chronotype, poor sleep quality, and daytime sleepiness in relation to common mental disorders among Peruvian college students. *Psychology, Health & Medicine*, 20 (3), 345-352. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.951367>
- Roszkowska, J., & Geraci, S. A. (2010). Management of Insomnia in the Geriatric patient. *The American Journal of Medicine* 123 (12), 1087-90. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2010.04.006>
- Sivertsen, B., & Nordhus, I. H. (2007). Management of insomnia in older adults. *The British Journal of Psychiatry*, 190 (4), 285-286. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.031278>
- Sleep Foundation. (2022). *Aging and Sleep*. <https://www.sleepfoundation.org/aging-and-sleep>
- Sleep Foundation. (2023). *Insomnia*. <https://www.sleepfoundation.org/insomnia>
- Stefan, L., Vrgoc, G., Rupcic, T., Sporis, G., & Sekulic, D. (2018). Sleep duration and sleep quality are associated with physical activity in elderly people living in nursing homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (10), 2512. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112512>
- Stroe, A. F., Roth, T., Jefferson, C., Hudgel, D. W., Roehrs, T., Moss, K., & Drake, C. L. (2010). Comparative levels of excessive daytime sleepiness in common medical disorders. *Sleep Medicine*, 11 (9), 890-896. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.010>
- Suzuki, K., & Miyamoto, M. (2017). Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *Journal of General and Family Medicine*, 18 (2), 61-71. <https://doi.org/10.1002/jgf2.27>
- Troen, B. R. (2003). The biology of aging. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 70 (1), 3-22.
- Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M., & Palayew, M. (2007). Sleep and aging: Sleep disorders commonly found in older people. *Canadian Medical Association Journal*, 176 (9), 1299-1304. <https://doi.org/10.1503/cmaj.060792>

- Xie, Y., Liu, S., Chen, X. J., Yu, H. H., Yang, Y., & Wang, W. (2021). Effects of exercise on sleep quality and insomnia in adults: A systematic review and meta-Analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychiatry, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.664499>
- Yu, B., Steptoe, A., Niu, K., Ku, P. W., & Chen, L. J. (2018). Prospective associations of social isolation and loneliness with poor sleep quality in older adults. *Quality of Life Research, 27*, 683-691. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1752-9>

ANEXOS

ANEXO 1

Anexo 1. Guião para ambos os Grupos Focais de Adultos Idosos

Questões

- 1.** O que consideram que é dormir bem? *(por exemplo, dormir a noite inteira, acordar poucas vezes, dormir quantas horas?)*
 - 2.** E dormir mal?
 - 3.** Quais são os hábitos de sono que possuem? *(por exemplo, o horário de deitar e levantar, ambiente em que dorme, luz, temperatura?)*
 - 4.** Têm por hábito fazer sestas durante o dia? Depois delas, sentem-se mais ativos?
 - 5.** Consideram-se pessoas matutinas *(acordam mais cedo pela manhã, sendo também mais ativas nesse período)*, vespertinas *(acordam mais tarde pela manhã e são mais ativas pela noite)* ou intermédias?
 - 6.** Consideram que, agora, nesta fase da vossa vida, as necessidades e os hábitos de sono são diferentes daqueles que tinham quando eram mais jovens? O que mudou? *(por exemplo, levantam-se e deita-se à mesma hora, ou houve alterações? Agora passaram a fazer sestas ou não? Dormem menos tempo? Precisam de dormir mais ou menos? Precisam de se deitar mais cedo ou mais tarde?)*
 - 7.** Consideram ou não que existe uma relação entre o sono e a forma como se sentem durante o dia? *(por exemplo, mais ou menos cansados, enérgicos, ativos?)*
 - 8.** O que acham que contribui para que tenham um sono melhor?
 - 9.** Possuem algum problema relacionado com o sono? *(por exemplo, não conseguir adormecer, acordar a meio da noite)*
 - 10.** O que fazem em relação aos problemas de sono? *(por exemplo, quando à noite vão para a cama e não conseguem adormecer, o que costumam fazer? E quando acordam durante a noite, o que costumam fazer?)*
 - 11.** Caso tenham problemas de sono, o que acham que os ajuda a combater esse problema? Tomam algum tipo de medicação?
 - 12.** O que é que consideram que pode contribuir para que durmam mal e/ou tenham problemas de sono?
 - 13.** Quando dormem mal durante a noite, sentem que isso os afeta no vosso humor/disposição no dia seguinte? Como?
 - 14.** Querem acrescentar algo que ainda não tenha sido dito em relação à temática do sono?
-

ANEXO 2

Anexo 2. Questionário Sociodemográfico para Grupos Focais

Questionário Sociodemográfico

- 1.** Idade
 - 2.** Género
 - 3.** Estado Civil
 - 4.** Escolaridade
 - 5.** Condição atual de vida/habitação
 - 6.** Doenças
-

ANEXO 3

Anexo 3. Questões do Guião apenas para Grupo Focal com Adultos Idosos em ERPI

Questões a colocar somente a Adultos Idosos em ERPI

- 1.** Sentiram alterações no sono após passarem a residir na instituição? Quais?
 - 2.** O que acham que contribuiu para a existência dessas alterações no sono?
 - 3.** Quais os aspetos da instituição (rotinas, ambiente) que contribuem para que tenham um bom sono? E para um mau sono?
-

ANEXO 4

Anexo 4. Análise de conteúdo dos dois Grupos Focais – Comunidade e ERPI

Grupo Focal de Adultos Idosos a residir na Comunidade

Categoria	Subcategoria	Citações
Dormir mal	Andar às voltas na cama	<p>“É andar às voltas na cama!” (C8)</p> <p>“...é dar muita volta na cama...” (C7)</p> <p>“Agora, quando me deito a essa hora, e à uma, uma e meia começo a acordar, já passo a noite: volta para um lado, volta para o outro!” (C8)</p>
	Não ter sono profundo	<p>“...não ter aquele sono profundo.” (C7)</p> <p>“...é estar toda a noite acordada, ou acordar assim por qualquer coisa que me sobressalta.” (C3)</p>
	Sonhar muito	<p>“O que eu tenho muito é sonhado.” (C7)</p> <p>“Eu também considero que sonhar muito, não se dorme.” (C8)</p>
	Ter preocupações	<p>“...quando estou preocupada para me levantar cedo ou alguma coisa que tenha para fazer ao outro dia de manhã...” (C2)</p> <p>“Se houver alguma preocupação, já não durmo.” (C2)</p> <p>“...essa preocupação, enquanto não chegar ao fim, é que não descanso...” (C2)</p>
Dormir bem	Dormir sem interrupções	<p>“...se me deitar e não me levantar nem à casa de banho. Isso, para mim, já é uma noite formidável!” (C6)</p>
	Dormir as horas necessárias para um bom sono	<p>“Dormir 6 horas, pelo menos.” (C1)</p> <p>“No mínimo, 6 horas.” (C2)</p> <p>“Eu, para dormir 8 horas...” (C2)</p> <p>“As seis/sete horas é o ideal.” (C7)</p>

		<p>“...é, por exemplo: eu deitar-me às onze horas/meia-noite e acordar aí às cinco da manhã!” (C6)</p> <p>“Eu, desde que me deite meia-noite, meia-noite e meia, que me deite a essa hora e que durma até aí às cinco, seis da manhã, ótimo!” (C8)</p>
Hábitos de sono	Deitar tarde	“mas eu tenho um hábito mau, que é deitar-me muito tarde.” (C7)
	Deitar às onze/meia-noite	<p>“...eu deitar-me às onze horas/meia-noite...” (C6)</p> <p>“...se me deitar às onze e meia/meia-noite...” (C2)</p> <p>“...desde que me deite à meia-noite e meia...” (C7)</p> <p>“A minha hora de apagar a televisão é à meia-noite.” (C1)</p>
	Deitar ou adormecer depois de ver televisão	<p>“Depois das novelas.” (C3)</p> <p>“É, depois das novelas.” (C1)</p>
	Preparar a temperatura do quarto	<p>“...tenho sempre de ligar o radiador...” (C3)</p> <p>“Não! É na altura, porque a minha casa também não é muito quente nem muito fria...” (C2)</p>
	Levantar entre as 8:30h e as 9:30h	<p>“...é sempre oito e meia/nove horas quando me levanto...” (C2)</p> <p>“...levanto-me às oito ou sete e meia...” (C7)</p> <p>“Levanto-me por volta das oito/nove/nove e meia quando está muito frio.” (C8)</p>
	Levantar pelas 7h ou antes	“...o hábito de acordar é sempre sete da manhã ou antes das sete.” (C6)
Sesta	Apologistas da sesta	<p>“...adoro fazer a sesta!” (C7)</p> <p>“No fim de almoço, dormir só que sejam 10 minutinhos.” (C7)</p> <p>“Eu, às vezes, no verão, fazia.” (C2)</p>
	Objeções à sesta	<p>“Quem me dera!” (C1)</p> <p>“Eu não consigo.” (C3)</p> <p>“Eu, às vezes, fazia, mas agora não faço porque depois de noite não durmo.” (C2)</p>

		“Eu não consigo dormir de tarde, nem pensar!” (C3)
Cronotipo	Pessoas matutinas	“De manhã, levanto-me, tomo banho e vou até ao café.” (C2) “...de manhã, acordo bem-disposta e vou logo para a cozinha...” (C3)
	Pessoas vespertinas	“...eu sou é mais morcega!” (C7) “Eu sou morcega e gosto da night.” (C7) “Eu gosto da night, de noite, de dia eu tenho para fazer tudo.” (C7)
Precisar de dormir mais devido ao envelhecimento		“Eu precisava era de dormir mais.” (C1)
Importância do sono para o bem-estar		“Como a gente anda de dia, o que conta é durante a noite.” (C1) “Quando a gente dorme bem, anda bem durante o dia.” (C8) “Acho que há uma grande relação de bem-estar quando se dorme bem.” (C7) “...provérbio popular que diz: quem dorme bem, tem mais longa vida.” (C1) “É uma relação de bem-estar e de atividade, quando se dorme bem!” (C7)
Estratégias para um melhor sono	Não ter preocupações	“Sem ter preocupações! Se a gente não tiver nenhuma preocupação já dorme melhor.” (C1)
	Não jantar/comer à noite	“Eu, à noite, não posso jantar! Os dias em que janto já não durmo.” (C2) “Nos dias em que janto demais também já não durmo bem.” (C3)
	Atividade durante o dia	“...tenho um quintalito, ando lá sempre a jardinar, ando lá sempre a esgravatar e a schar e tudo mais...à noite ando toda rota, toda estourada.” (C7)
Estratégias para lidar com os problemas de sono	Rezar	“...às vezes, ponho-me a rezar até me vir o sono.” (C2)
	Usar dispositivos: rádio/telemóvel	“...eu tenho um rádio, na mesinha de cabeceira e ligo-o.” (C3)

		“Outras vezes, ligo o telemóvel para não acordar o meu marido e ponho o auscultador.” (C3)
	Ler	“...eu gosto muito de ler, antes de ir para a cama...pego num livro e adormeço logo!” (C7)
	Levantar-se	“Algumas noites, em que na verdade, me levanto...vou para a minha marquise...” (C3) “Eu vou e atravesso o corredor.” (C2)
	Uso de medicação	“Eu, para dormir 6 a 8 horas, tenho de tomar um comprimido já de um miligrama e outro a acompanhar.” (C2)
Fatores que contribuem para um pior sono	Levantar para ir à casa de banho	“...se tiver de me levantar para ir à casa de banho também é chato.” (C2)
	Particularidades do cônjuge	“...de há um tempo para cá, não estou a dormir com o meu marido, porque ele está com aparelho para respirar e, porque eu, quando chegava às quatro/cinco da manhã, tinha de mudar de cama!” (C2)
	Ingerir bebidas alcoólicas	“Beber qualquer coisa alcoólica, antes de deitar!” (C7)

Grupo Focal de Adultos Idosos a residir em ERPI

Categoria	Subcategoria	Citações
Dormir bem	Dormir as horas necessárias para um bom sono	“Para mim, para andar bem, é 7 horas.” (L2) “Eu já dormia entre 5 e 6 horas e chegava até às 7 horas. Mas andava bem...” (L9) “...eu há de há muitos anos, meia dúzia de horas ou sete horas para mim...ando bem, ando...” (L9)
Importância do sono para o bem-estar		“Boa saúde!” (L3) “Conforto.” (L1) “Melhor memória.” (L6)

		<p>“E boa disposição!” (L9)</p> <p>“A gente, dormindo bem, já anda bem-disposta todo o dia.” (L5)</p> <p>“A gente, dormindo bem, anda bem disposta...” (L2)</p> <p>“Eu tenho noites que, se dormir mais um bocadinho, eu fico melhor durante o dia, mas se não dormir o suficiente não estou assim muito bem...” (L6)</p>
Consequências de dormir mal	Problemas de memória	“A gente, não dormindo bem, também se esquece mais das coisas.” (L2)
Causas de um mau sono	Insónias	“Insónias.” (L3)
	Preocupações e problemas	<p>“Problemas da vida...” (L3)</p> <p>“Preocupações, com os filhos e netos. E até um bocadinho, por vezes, de tristeza.” (L3)</p> <p>“...se eu me deitar, começo a pensar em certas coisas, o sono vai-se embora.” (L2)</p> <p>“Eu, dormir mal, é a gente ter uma preocupação do que há-de fazer amanhã ou depois.” (L5)</p> <p>“para mim é uma preocupação: se tiver que ir a algum lado, ou tiver alguma coisa para fazer, já é uma preocupação para mim e já não durmo.” (L5)</p> <p>“...mas outras vezes tenho qualquer problema da vida...surgem problemas da vida, então custa-me a pegar no sono.” (L6)</p>
	Pesadelos	“E acordo, por vezes, com pesadelos.” (L3)
Hábitos de sono	Horário de deitar	<p>“Não tenho hora certa...” (L2)</p> <p>“Mas costumo deitar-me: 23 horas...já tem sido quase à meia-noite, o mais tardar.” (L2)</p> <p>“Eu costumo deitar-me: nove e meia, dez horas.” (L6)</p> <p>“Eu deito-me às oito...” (L1)</p> <p>“Eu, às sete horas janto e vou para cima...ligo a televisão até às nove horas.” (L5)</p>

		“Às nove horas.” (L5)
	Horário de levantar	<p>“Às seis e meia.” (L2)</p> <p>“...mas, de manhã, às 7 horas tenho de me levantar.” (L6)</p> <p>“Eu levanto-me às 8 horas.” (L5)</p> <p>“Eu, para me levantar cedo, não consigo!” (L5)</p> <p>“Eu ponho o relógio a despertar para as sete horas...” (L6)</p> <p>“Eu não gosto de me levantar cedo!” (L5)</p> <p>“Eu também não gosto de me levantar muito cedo.” (L6)</p> <p>“O que gosto é estar na caminha de manhã...estar na caminha...” (L5)</p>
	Ver televisão antes de dormir	<p>“Eu também tenho esse hábito! A televisão tem de estar sempre ligada.” (L6)</p> <p>“Não tenho hora certa: depende do que der na televisão.” (L2)</p> <p>“Eu, às sete horas janto e vou para cima...ligo a televisão até às nove horas.” (L5)</p> <p>“Às nove horas apago a televisão e pronto, fico na cama a dormir.” (L5)</p>
	Colocar o quarto escuro	<p>“é a persiana e o reposteiro escuro.” (L5)</p> <p>“Com luz não consigo dormir.” (L5)</p> <p>“Eu também prefiro o quarto escuro.” (L9)</p> <p>“Para dormir, quero escuro.” (L3)</p>
	Silêncio	“E com silêncio...” (L6)
Sestas	Não fazer a sesta	<p>“Eu não. Eu, de dia, não consigo dormir!” (L5)</p> <p>“Também não.” (L4)</p> <p>“Eu também não.” (L6)</p> <p>“Eu nunca dormi a sesta na minha vida.” (L1)</p> <p>“Eu deito-me um bocadinho, mas não consigo.” (L6)</p>

	Descansar mas não dormir	<p>“Acontece-me, quando eu durmo assim mal...Que eu, muitas vezes, não durmo o suficiente e, às vezes, de dia, dá-me o sono e eu deito-me, mas não consigo dormir.” (L6)</p> <p>“Às vezes, apetece-me deitar na cama, mas deito-me e não durmo.” (L5)</p> <p>“Eu também gosto de me encostar um bocadinho, mas não durmo.” (L9)</p> <p>“Eu posso-me deitar, mas não consigo dormir.” (Lar06)</p>
	Sestas pontuais	<p>“Eu, se me deitar, durmo.” (L2)</p> <p>“Eu, uma vez por outra, vou.” (L2)</p>
	Consequências negativas das sestas	<p>“Fico pior...e é por isso que eu não tenho o hábito.” (L2)</p> <p>“Fico assim muito mole...Quer dizer: eu sou muito nervosa, não consigo estar quieta e quando faço para me deitar fico mole.” (L2)</p>
Mudanças no sono associadas à entrada na ERPI	Dormir mal após a admissão na ERPI	<p>“Eu dormia bem, até vir para aqui para o lar, porque vim com a minha esposa...eu tinha de a levar à casa de banho duas e três vezes durante a noite.” (L9)</p> <p>“...eu notei uma diferença muito grande. A minha maneira de dormir em casa e da maneira que estou aqui a dormir. Portanto, eu até digo que há muitas noites aqui que eu não durmo.” (L9)</p> <p>“O meu está pior...” (L4)</p> <p>“Está pior, pois!” (L9)</p>
	Dormir mal devido aos horários padronizados de deitar e levantar da ERPI	<p>“...é mais desde que aqui estou, porque às 7 horas tenho de me levantar mesmo.” (L6)</p> <p>“O meu horário de ir para a cama era entre a meia-noite/uma hora...o meu horário era esse...agora, aqui é muito diferente.” (L9)</p> <p>“Aqui é muito diferente, eu vou para a cama às nove horas...” (L9)</p> <p>“Às oito horas tenho de me pisgar...mas é aqui, porque eu, na minha casa, levantava-me às nove e às dez.” (L5)</p>

		<p>“...mas depois que deixei de trabalhar, gostava de estar mais um bocadinho na cama...não me levantava assim cedo, mas aqui tenho de me levantar mesmo cedo, porque é assim mesmo.” (L6)</p>
Utilização da medicação para um melhor sono	Uso da medicação	<p>“Eu até tenho de tomar um comprimido para dormir.” (L1) “Tomo medicação para dormir...” (L6) “...durmo mal e dependo de medicamentos...” (L6) “Mas às vezes, deito-me e a medicação faz-me logo efeito...” (L6) “Eu também tomo.” (L2) “Tenho o Alprazolam, um comprimido para dormir.” (L1)</p>
	Não tomam medicamentos	<p>“Eu não!” (L4) “Eu não!” (L5) “Eu não e não quero!” (L4) “Eu nunca tomei nada, nunca consultei, nunca tomei nada!” (L9) “Não é preciso tomar medicação, eu nunca tomei medicação para isso...” (L9) “Quando morreu o meu marido é que andei uma temporada a tomar, mas depois deixei.” (L2) “Eu não, eu não tomo nada.” (L5) “Não tomo medicamentos.” (L4)</p>
Fatores que contribuem para um pior sono	Partilha de quarto	<p>“...como o quarto era a cama dela e a minha, eu quando a começava a ouvir ela a queixar-se...eu acordava e tinha de a levar à casa de banho e tratar do assunto. E depois, quando me deitava, com certeza que já me custava...” (L9)</p>
	Levantar-se para ir à casa de banho	<p>“...levanto-me muita vez de noite para ir à casa de banho.” (L6) “...eu acordo e tenho de ir à casa de banho, mas depois há dias em que venho da casa de banho e pego logo no sono e há outras vezes que não.” (L6)</p>

	Pensamentos e preocupações	<p>É por causa disso que não durmo mais, fico ali deitado e não penso mais nisto ou naquilo; só a minha preocupação é quando se chegar àquela hora de irmos para baixo...”(L1)</p> <p>“...mas às vezes vêm lá os macaquinhos à cabeça e a gente não dorme.” (L5)</p> <p>“Pensarmos na família, pensarmos na vida que já tivemos e não temos agora.” (L2)</p> <p>“E amanhã tenho de ligar para este e depois amanhã tenho de escrever para aquele e pronto.” (L5)</p>
Estratégias para lidar com os problemas de sono	Levantar-se e andar	<p>“Quando não consigo dormir, venho ali para o corredor principal e ando para trás e para adiante, até me dar o sono outra vez.” (L4)</p> <p>“Ando para trás e para diante até dar o sono.” (L4)</p>
	Rezar	<p>“Já tenho rezado.” (L6)</p> <p>“Antigamente até rezava, mas agora até me esqueço de rezar.” (L6)</p>
	Ler	“Ler, ler!” (L3)
	Ficar a dar voltas na cama	<p>“Fico ali assim. Às voltas para aqui, às voltas para acolá.” (L6)</p> <p>“Eu dou muita volta.” (L2)</p> <p>“Eu viro-me para o outro lado!” (L1)</p> <p>“E eu! Eu nunca me levanto.” (L5)</p>
Estratégias para um melhor sono	Fazer a sesta	“Era dormirmos um bocadinho de tarde...” (L6)
	Controlar os pensamentos negativos	<p>“Não pensar em coisas más antes de dormir, não ver televisão antes de dormir e nem ter pensamentos maus.” (L3)</p> <p>“E deixar para trás alguma arrelia que apanhou.” (L1)</p>
	Estar saciado	“Temos de ir com a barriguinha cheia, se não, não durmo.” (L5)

Medidas da instituição para os utentes terem um melhor sono	Ter atividades	<p>“E também temos atividades.” (L6)</p> <p>“Ginástica, cantamos, dançamos. Já fizemos teatro.” (L6)</p> <p>“Levam-nos a passear, levam-nos a fazer muita coisa.” (L5)</p>
	Dar autonomia	<p>“A instituição não se mete nisso.” (L1)</p> <p>“E cada um faz o que quer.” (L1)</p>