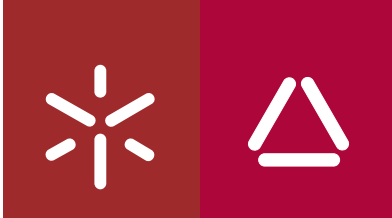


Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Maria de Fátima Gonçalves de Barros

Determinantes sociais da qualidade de sono dos idosos



Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Maria de Fátima Gonçalves de Barros

Determinantes sociais da qualidade de sono dos idosos

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Sociologia
Área de Especialização em Desenvolvimento e Políticas Sociais

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Alice Maria Delerue Alvim Matos

DECLARAÇÃO

Nome: Maria de Fátima Gonçalves de Barros

Endereço electrónico: fatima_barros@hotmail.com

Número do Bilhete de Identidade: 12767035 1zz1

Título dissertação Determinantes sociais da qualidade de sono dos idosos

Orientador(es): Professora Doutora Alice Maria Delerue Alvim Matos

Ano de conclusão: 2013

Designação do Mestrado: Sociologia - Desenvolvimento e Políticas Sociais

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 28/10/2013

Assinatura: _____

Agradecimentos

Quero deixar o meu sincero agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Alice Matos, sem ela não seria possível a realização deste trabalho de investigação, a sua orientação, dedicação e paciência foram essenciais, agradeço ainda as palavras de incentivo e coragem em alguns momentos mais difíceis quer no percurso investigacional, quer noutros momentos que surgiram ao longo deste trajecto.

A todos os professores que tive o privilégio de conhecer ao longo destes semestres também gostaria de deixar o meu agradecimento, os seus contributos dentro e fora da sala de aula foram preciosos para o meu percurso académico e para a minha vida pessoal e profissional.

O meu sincero agradecimento à direcção da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, na pessoa do Sr. Provedor Bento Moraes, pelo incansável apoio e incentivo ao longo deste percurso académico e profissional.

A todos os entrevistados que participaram neste estudo estou profundamente reconhecida por terem partilhado comigo uma parte da sua vida, mesmo que por vezes não tenha sido fácil.

Estou grata ao meu namorado, João, pelo infinito amor, carinho, apoio e dedicação. Aos meus amigos, pela boa disposição, ânimo e palavras de incentivo ao longo deste trajecto. A todos aqueles que de forma directa e indirecta me ajudaram ao longo deste percurso.

Por fim e não menos importante, agradeço à minha família, em especial aos meus pais e ao meu irmão, pela paciência, carinho e apoio em todos os momentos, foram incansáveis, sem eles não conseguiria chegar ao fim deste percurso.

Determinantes sociais da qualidade do sono dos idosos

Resumo

A qualidade do sono dos idosos é um tema pouco explorado pelas ciências sociais, os problemas relacionados com o sono tem sido analisados numa perspectiva de saúde. Os estudos existentes indicam uma redução da qualidade do sono nos idosos à medida que os anos avançam. A redução da qualidade do sono está ligada a vários factores, entre eles, as circunstâncias socioeconómicas, saúde, estilos de vida e redes sociais. Os estudos estabelecem uma relação positiva entre o desenvolvimento de actividades físicas e mentais e a qualidade do sono, e apontam a falta de actividades diurnas, interacção e estimulação como factores que conduzem a uma má qualidade do sono (Schenelle et al., 1998 cit in Luff et al., 2011).

Foram conhecidas as determinantes sociais que influenciam a qualidade de sono dos idosos, utilizando uma análise quantitativa e qualitativa. Quantitativa através da análise estatística de dados obtidos no SHARE e qualitativa através da análise de conteúdo de entrevistas semi-estruturadas.

Os resultados obtidos indicam que as mulheres revelam claramente mais problemas de sono comparativamente com os homens. A nível familiar os casados tem melhor qualidade de sono que os viúvos, solteiros e divorciados. Ao nível económico, verificamos que quanto menor o rendimento mensal, maior é a incidência de problemas de sono. Ao nível da saúde aqueles que estão constantemente doentes ou incapacitados apresentam mais problemas de sono. A saúde é o principal motivo apresentado para os problemas de sono, seguindo-se os conflitos familiares, principalmente com os filhos e por último aparecem as preocupações familiares e com a vida.

Palavras-chave: envelhecimento, qualidade do sono, determinantes sociais

The social determinants in the sleep quality of the elderly

Abstract

Sleep quality in the elderly is a topic that has not been fully explored by the social sciences; problems related to sleep have been analyzed mainly for health purposes. The existing studies indicate a reduction in sleep quality in the elderly as age advances. This reduction is linked to various factors; among them are socio-economical circumstances, health, lifestyles and social networks. Research establishes a positive relation between the development of physical and mental activity and the quality of sleep, and point out lack of daily activities, interaction and stimulation as factors which lead to poor sleep quality (Schenelle et al 1998 cit in Luff et al., 2011).

Social determinants which influenced sleep quality in the elderly were established, using a quantitative and qualitative analysis. Quantative through the data statistics analysis obtained in SHARE and qualitative through the analysis of the content from semi-structured interviews.

The obtained results indicate that women clearly reveal more sleeping problems than men. At household level, married people have better sleep quality than widows, divorced or single. At an economical level, we have verified that the lower the monthly income is, higher is the incidence of sleeping problems. At health level, those who are ill or have a disability show more sleeping problems. Health is the main reason shown for sleeping problems, followed by family disputes, especially with children and finally concerns related to family and life.

Key words: aging, sleep quality, social determinants

Índice

Introdução	1
Capítulo I	3
Enquadramento teórico	3
O envelhecimento individual	3
O envelhecimento demográfico	5
O envelhecimento demográfico em Portugal	6
Envelhecimento e mudanças na estrutura familiar e redes sociais	7
Envelhecimento e saúde	9
Envelhecimento e Desvalorização Social	11
Qualidade do sono: determinantes	13
Alteração natural do sono no envelhecimento	14
A actividade e o sono	14
A passagem da idade activa para a reforma: a sua influência no sono	16
Os problemas socioeconómicos: influência no sono	17
Influência da infância na qualidade do sono da vida adulta	19
O género e o sono	20
As redes sociais e o sono	23
A saúde e o sono	24
A educação e nível de escolaridade e o sono	26
Capítulo II	29
Problemática e Metodologia	29
Problema de Investigação	29
Modelo de análise	30

Objectivos.....	31
Hipóteses.....	33
Metodologia.....	34
População-alvo.....	36
Recolha de dados.....	37
A análise de conteúdo.....	38
Capítulo III	39
Apresentação dos resultados.....	39
Análise dos dados obtidos através do SHARE.....	39
Análise das entrevistas.....	48
Breve caracterização dos entrevistados	48
Caracterização demográfica, económica e social.....	48
Tipologia de qualidade do sono.....	61
Discussão dos resultados	70
Conclusão	75
Bibliografia	79

Índice de figuras

Figura 1: Modelo de análise	31
-----------------------------------	----

Índice de gráficos

Gráfico 1: Indivíduos com dificuldade em dormir por país (%).....	39
Gráfico 2: Dificuldades em dormir de acordo com o género (%).....	40
Gráfico 3: Dificuldades em dormir por país e género (%)	41
Gráfico 4: Dificuldades em dormir de acordo com o estado civil (%).....	42
Gráfico 5: Dificuldades em dormir de acordo com a dificuldade em gerir o rendimento mensal (%)	43
Gráfico 6: Dificuldades em dormir de acordo com sintomas depressivos (%).....	43
Gráfico 7: Dificuldades em dormir de acordo com o nível de escolaridade (%)	44
Gráfico 8: Dificuldades em dormir de acordo a actividade profissional (%).....	45
Gráfico 9: Dificuldades em dormir de acordo com o número médio de actividades nos últimos 12 meses	46

Introdução

As alterações demográficas verificadas nos últimos tempos, demonstram um crescimento desigual dos grupos etários, o envelhecimento da população representa agora uma nova realidade socioeconómica, cultural e política.

Face a este crescimento, as investigações relativas ao fenómeno do envelhecimento assumem, no presente, uma grande actualidade e pertinência. Os estudos recentes referem que o declínio físico e mental não é propriamente simultâneo ao envelhecimento, quer isto dizer que envelhecimento não é sinónimo de declínio e os indivíduos envelhecem de forma diferente, a perda de faculdades cognitivas e físicas pode acontecer numa fase inicial do processo de envelhecimento ou numa fase mais tardia, em alguns indivíduos este declínio pode ser mais notório do que noutros. Numa fase já avançada muitos idosos conseguem inclusive compensar as disfunções menores do processo normal do envelhecimento individual e conduzir uma vida caracterizada pela auto-actualização e pelo potencial de maturação (Ferreira, 2010) torna-se assim evidente que o envelhecimento é um processo complexo e universal.

De acordo com Purificação Fernandes (2000) no processo de envelhecimento individual interferem diversos factores, o envelhecimento é influenciado por factores externos ou ambientais, socioeconómicos ou profissionais, a nível individual tem influência negativa no envelhecimento hábitos tóxicos, não respeito por factores higiénicos, como a alimentação e o exercício físico, contudo os factores que mais parecem contribuir para o envelhecimento são a incidência de doenças.

Também Ferreira (2000) reconhece que o envelhecimento é um processo heterogéneo, influenciado por factores individuais e sociais, com maior ou menor qualidade e por isso mais ou menos bem sucedido.

Estas mudanças ocorridas ao longo do processo de envelhecimento reflectem-se em vários aspectos da vida dos idosos, sendo o sono um deles, como refere Rechtschaffen and Kales (1968 cit in Dzaja et al., 2005) o próprio envelhecimento acarreta alterações no sono.

A nossa pesquisa bibliográfica confirma que existe uma lacuna em estudos que explorem a qualidade do sono dos idosos, principalmente no nosso país.

Os estudos existentes nesta área indicam uma redução da qualidade do sono nos idosos à medida que os anos avançam, esta diminuição da qualidade do sono está ligada a vários factores, como a situação familiar, estilos de vida e redes sociais, questões económicas e problemas de saúde.

Face ao exposto, será objectivo do presente trabalho apurar quais os determinantes sociais que influenciam a qualidade do sono dos idosos.

Este trabalho encontra-se assim dividido em três fases, o enquadramento teórico, problemática e metodologia utilizada na investigação, e por último a discussão e apresentação dos resultados.

O enquadramento teórico apresenta uma visão abrangente sobre o envelhecimento, diferentes contributos dos autores em relação ao envelhecimento individual. Fazemos uma breve referência às mudanças que ocorrem a nível físico, psíquico e social no idoso, a questão das redes sociais, as alterações verificadas a nível familiar, a passagem de uma vida activa para a idade da reforma também são retratadas brevemente neste trabalho. Tendo em conta todas as alterações que ocorrem com o envelhecimento, passamos à exposição das determinantes sociais da qualidade de sono dos idosos. Desde a alteração natural do sono inerente ao envelhecimento, às questões económicas, familiares, e de saúde que podem influenciar o sono, também nesta parte serão retratados alguns trabalhos de grande importância, desenvolvidos por autores que aprofundaram conhecimentos acerca do sono na velhice.

Na segunda parte, construímos a problemática, a questão de partida, os objectivos e as hipóteses, tendo em consideração o estado da arte. Apresentamos os métodos e as técnicas que utilizaremos durante a nossa investigação.

Na terceira e última parte, apresentamos e discutimos os resultados, tecendo-se algumas considerações finais e sintetizando as contribuições do presente trabalho.

Capítulo I

Enquadramento teórico

O envelhecimento individual

O envelhecimento acarreta várias mudanças na vida das pessoas, seja a nível físico, mental e social, embora existam várias definições sobre o envelhecimento, é unânime entre os autores que o envelhecimento não ocorre de um modo homogéneo para todos os indivíduos, sendo um processo lento, que sucede desde que o indivíduo nasce até que morre, é também um processo dinâmico, individual e que varia de indivíduo para indivíduo.

Muitas vezes é utilizada a idade cronológica para delimitar a categoria dos idosos, contudo é necessário considerar que os indivíduos são detentores de características distintas, por isso pode tornar-se uma tarefa árdua tentar encontrar critérios homogéneos que fundamentem a pertença ou não a esta categoria. Deste modo, é importante referir que a categoria dos indivíduos considerados idosos é uma construção social, que é abstracta e normativa, varia conforme “o ponto de vista das formas e modos do envelhecimento humano, quer sob o ponto de vista do estatuto que é atribuído aos velhos consoante os indivíduos, os grupos, as sociedades, as culturas e segundo as épocas e as gerações sucessivas” (Pimentel, 2005, p. 42).

De acordo com Fonseca (2005), à medida que se envelhece, aspectos como a saúde física, alterações na personalidade e no estado de ânimo, mudanças na estrutura familiar e na esfera das relações sociais, entre outras variáveis, confluem inevitavelmente para que se tenha de enfrentar o envelhecimento como um período em que os esforços de adaptação visam uma reorganização do modo de vida, decorrente das perdas e dos benefícios característicos de tal processo. Sendo a velhice uma fase em que abundam as transformações, alcançar um envelhecimento positivo ou bem-sucedido torna-se um objectivo tanto melhor conseguido quanto mais o indivíduo for capaz de revelar uma entidade psicológica

individualizada e diferenciada das demais, tendo presente que a adaptação ocorre permanentemente à luz de uma história passada que se constitui como uma componente activa do próprio processo adaptativo.

De facto não é fácil definir o envelhecimento, e Oliveira (2008) define-o como um período positivo por um lado e como um período negativo por outro. Este autor tenta dar um sentido positivo a alguns aspectos, como o afastamento da administração dos negócios, a cessação das actividades, aumento do tempo livre, e defende que os idosos podem tornar-se úteis em diversos campos; a debilidade do corpo, a redução das forças físicas e o declínio físico podem ser compensados com o cultivo da mente e do carácter; o impedimento para desfrutar de quase todos os gozos e a redução dos prazeres sensuais pode significar uma maior promoção da razão e da virtude; a aproximação da morte e a ansiedade face à morte iminente, não obstante, a morte pode significar libertação e imortalidade.

É importante termos presente que o envelhecimento é uma fase de mudanças e não apenas de declínio, nem sempre os investigadores e os sociólogos enaltecem a ancianidade, destacando principalmente os aspectos negativos, caracterizando-a como a idade das perdas, neste caso do cônjuge, de amigos, de objectos, da casa, classificando-a como a idade onde a morte está à vista, tempo de luto (a própria morte ou de outros que lhe são próximos, que muitas vezes é a perda mais dramática) a idade onde se verifica uma crise de identidade provocada pelo idoso e pela sociedade; diminuição da auto estima; dificuldade de adaptação a novos papéis e lugares, bem como as mudanças profundas e rápidas; falta de motivação para planear o futuro; atitudes infantis, tendência à depressão, à hipocondria, surgimento de novos medos e diminuição das faculdades físicas e mentais (Fernandes, 2005).

Também Lima (2004), a propósito do discurso negativista em relação à terceira idade vem referir que o discurso predominante no que diz respeito aos adultos em idades avançadas continua a ser desprestigiante.

Quando falamos em envelhecimento não podemos deixar de referir os mitos, estereótipos ou preconceitos associados à velhice e às pessoas idosas, porém é necessário desmistificar pressupostos antigos e criar um conhecimento que desdiga que a velhice é enfermidade e um declínio inevitável. Contudo, não podemos esquecer que são os próprios idosos que, muitas vezes, consideram a sua

velhice como um tempo de enfermidade, solidão, fealdade, abandono e tristeza. Este discurso dos idosos é influenciado por imagens paupérrimas do indivíduo e da actual sociedade (Ferreira, 2010, p. 15).

O valor atribuído à velhice depende do que a sociedade necessita ou prefere em determinado momento, (Cabrillo & Cachafeiro, 1996) numa sociedade marcada pelo consumo e culto da juventude assistimos, diversas vezes, a uma desvalorização do idoso, ao que Pimentel (2005) acrescenta que hoje em dia é valorizado, entre vários aspectos, a juventude, como tal os idosos são colocados de parte.

Face ao exposto não podemos deixar de referir que a problemática da velhice é complexa e multidimensional, isto porque analisa-la implica olhar sobre as diversas variáveis (Beck et al., 2000).

O envelhecimento demográfico

Falar de envelhecimento ou de idosos é antes de mais uma questão demográfica. A segunda metade do século XX caracterizou-se por uma enorme transformação demográfica, assente em diversos factores, baixa mortalidade infantil, melhor nutrição, melhor educação, cuidados de saúde e acesso a planeamento familiar e, um aumento da esperança média de vida.

Nazareth (1994 citado em Martins 1999) refere que durante muito tempo se pensou que a “explosão demográfica da terceira idade” era uma consequência directa do aumento da esperança de vida, contudo, a hipótese acabou por não ser confirmada porque, é sabido hoje, que o declínio da natalidade é o principal factor responsável por este fenómeno. A mesma opinião é defendida por Nazaré (1994) que refere que o envelhecimento demográfico no continente europeu é uma consequência directa do acentuado declínio da fecundidade observado nas últimas décadas.

Os demógrafos referem dois tipos de envelhecimento, na base e no topo, sendo que o primeiro aparece quando a percentagem de jovens começa a diminuir, pelo que a base da pirâmide de idades fica consideravelmente reduzida, o segundo, o envelhecimento no topo, verifica-se quando o número de idosos aumenta,

conduzindo a um alargamento na parte superior da pirâmide. Segundo os demógrafos estes dois tipos de envelhecimento encontram-se intimamente ligados.

O fenómeno do envelhecimento demográfico emergiu nas sociedades desenvolvidas, contudo é um fenómeno que se tem expandido a todos os países do mundo, de acordo com Ferreira (2010, p. 21):

Em 1999, os indivíduos com menos de 15 anos jovens e com 65 e mais idosos representavam, segundo dados das Nações Unidas, respectivamente, 31% e 7% da população mundial. Neste contexto, a Europa, com 17% de jovens e 16% de idosos, revela-se um espaço particularmente envelhecido a nível mundial.

Moura (2006) e Cardão (2009) referem que o aumento crescente do número de idosos, e sobretudo, dos mais idosos, é hoje uma realidade universal, assim, apesar de já há muito tempo se realizarem estudos sobre o envelhecimento humano é cada vez maior o número de publicações relacionadas com o envelhecimento. A amplitude das transformações demográficas, que marcaram a segunda metade do século XX, vieram intensificar os aspectos sociais do envelhecimento da população.

O envelhecimento demográfico em Portugal

A tendência para o crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes da sociedade portuguesa actual, durante décadas o nosso país viveu com elevadas taxas quer de natalidade, quer de mortalidade, e à semelhança da maioria dos países europeus, enfrenta agora uma nova realidade, com um impacto social crescente e cada vez mais relevante, uma diminuição acentuada das taxas de natalidade e mortalidade e um aumento considerável do peso dos idosos no conjunto da sociedade (Paúl & Fonseca, 2005).

Em traços gerais e para ficarmos com uma ideia mais precisa deste fenómeno, de acordo com os Censos 2011 (citado em Ferreira, 2010), verifica-se um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (65 e mais anos) de 19,15%, uma população jovem (14 e menos anos) de 14,89% e uma esperança média de vida de 79,2 anos.

Seguindo as tendências verificadas nos outros países, também Portugal tem desenvolvido uma vasta investigação na área do envelhecimento. Segundo Ferreira

(2010, p. 22) “este fenómeno, que assume crescente expressão em vastas regiões do mundo, comporta profundas transformações e incidências preocupantes no nosso país, nos seus contornos humanos, biológicos, culturais, sociais, políticos e económicos”.

Em relação a estas transformações Fontaine, (2000, p.21) considera que:

Todos os níveis da sociedade são afectados por este fenómeno. No plano económico, tal, traduz-se, e traduzir-se-á, por um aumento contínuo de reformados. No plano social, qualquer infra-estrutura dos sistemas de protecção deve, e deverá, adaptar-se. No plano cultural, aparecem, e aparecerão, profundas modificações, a par do aumento do tempo de lazer. Nos planos médico, biológico e psicológico, os investigadores são e continuarão a ser levados, tendo por razões teóricas como práticas, a estudar de forma intensa o envelhecimento. Num plano mais geral, o desafio fundamental reside em permitir às pessoas não só que morram o mais idosas possível, mas também que vivam uma velhice bem sucedida.

Envelhecimento e mudanças na estrutura familiar e redes sociais

A família é o contexto desejado para envelhecer, tal como o é para viver em todas as outras fases do desenvolvimento familiar. A família é o lugar de aconchego, segurança, identidade e lembranças, mesmo que por vezes as relações se tornem mais difíceis e os conflitos surjam (Sousa et al., 2004).

O aumento da esperança média de vida, associado a um contexto de modificações sociais reflecte-se no contexto familiar e social, assistindo-se a uma verticalização das famílias, crescente número de idosos e uma complexificação das ligações familiares (Sousa et al., 2004, p. 28).

Entre as transformações ocorridas na família, destacamos a sua verticalização, o aumento dos divórcios, das famílias reconstituídas e monoparentais, do número de mulheres no mercado de trabalho e da mobilidade geográfica das famílias, estas transformações complexificam e distanciam as ligações familiares aos membros idosos (ibidem).

Também a prestação de cuidados aos idosos fica fragilizada devido às transformações que se verificam na sociedade e na família, nomeadamente, pela menor disponibilidade de membros da família para assumirem esse papel e porque os cuidadores típicos, normalmente filhos e cônjuges são velhos no

momento de cuidar. Estas alterações associadas à valorização da independência e autonomia, que se verifica cada vez mais na sociedade actual, vão conduzir a que cada vez mais idosos vivam sozinhos. Surgem, a par das transformações familiares novas relações familiares, especialmente, em resultado de divórcios e recasamentos, surgem os padrastos, madrastas, “avódrastos” e “bisavósdrastos” (ibidem).

Ao longo do ciclo de vida, as redes sociais dos indivíduos mudam com os contextos familiares, de trabalho, de vizinhança, entre outros. Acontecimentos como a reforma ou a mudança de residência alteram profundamente esta rede. Com o passar dos anos, os pares vão morrendo e os sobreviventes ficam com menos amigos, as redes degradam-se ou reorganizam-se, facilitando ou dificultando a manutenção dos idosos no seio da comunidade. A existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, essenciais para um envelhecimento óptimo (Paúl & Fonseca, 2001).

A redução das redes sociais é um facto normal do envelhecimento, isto porque associado à velhice existem uma série de barreiras que complicam a conservação e manutenção de relações e as marcam pela instabilidade, designadamente: perdas relacionais (a frequência de mortes entre amigos e familiares aumentam com a idade); vulnerabilidade pessoal (deterioração de saúde física, alterações no estatuto psicológico, mudança nas necessidades e prioridades); barreiras ambientais e contextuais (diminuição do estatuto económico, estereótipos sociais...); stress e conflito (nas relações pessoais e sociais). A par da velhice, nota-se que as redes sociais perdem dimensão, concentrando-se nos familiares (diminuição clara da rede de amigos e colegas), e reduzem-se os níveis de reciprocidade (o idoso recebe mais do que o que dá) (Sousa et al., 2004).

Para além da entreaajuda, essencial à sobrevivência, a existência de relações sociais significativas é considerada como protectora da saúde mental dos indivíduos, actuando como “almofada” e ou facilitadora da estabilidade em situações de descompensação. Estes são talvez os principais motivos para consideramos a importância dos factores sociais ao longo da vida das pessoas,

sobretudo nas fases de maior vulnerabilidade, como poderá ser o envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2001).

A diminuição das redes sociais torna-se um aspecto relevante, porque se associa à diminuição da qualidade de vida, ao desenvolvimento do stress quotidiano, ao aumento do risco de dificuldades funcionais e de incidência de doenças, pode conduzir ainda à ocorrência de morte após uma doença (Sousa et al., 2004).

Envelhecimento e saúde

A problemática da saúde nos idosos, real e percebida é um aspecto fundamental a ter em conta quando se perspectiva um envelhecimento óptimo. São constantes nas entrevistas e avaliações dos idosos a referência a problemas de saúde e é a saúde que aparece no topo da lista das suas preocupações (Paúl & Fonseca, 2005).

O envelhecimento para além das alterações ao organismo, traz ao indivíduo alterações nas funções cognitivas, bem como uma série de mudanças psicológicas que pode resultar em: perturbações de inteligência, da memória e da aprendizagem; dificuldades de adaptação a novos papéis; baixa auto-imagem e baixa auto-estima; dificuldades de acomodação às mudanças rápidas; falta de motivação e dificuldades de planear o futuro; alterações psíquicas que exigem tratamento (Ferreira, 1999).

A nível físico o envelhecimento também pode resultar numa série de modificações, como o aumento da incapacidade, consequente perda de independência e autonomia.

A saúde física não é por si só, motivo de felicidade, mas a sua ausência e consequentemente o aparecimento de dores provoca sofrimento e quebra no bem-estar, e isto tem implicações directas e indirectas com outros factores da qualidade de vida. Para Paúl & Fonseca (2005, p. 37):

A doença física mobiliza as capacidades de coping dos indivíduos para a recuperação, focaliza toda a actividade e recursos nesse problema e pode, secundariamente, fazer com que haja perda de poder económico, pelos gastos

com a saúde, alteração das actividades diárias e das relações sociais, desconforto, e por vezes o medo da morte.

Para um idoso a probabilidade de morrer aumenta com o passar dos anos, assim como o facto de enfrentar uma doença mesmo que não seja mortal tem sempre repercussões elevadas no idoso e no seu bem-estar (Ferreira, 2010, p. 39).

Todas as estas questões, comuns às situações de doença são mais prováveis e agravadas no caso dos idosos. Face a uma diminuição das capacidades (quer físicas ou mentais) pode verificar-se uma dificuldade na adaptação do idoso, para contrariar essa tendência é necessário reorganizar optimizando o meio físico e social, para que assim o idoso readquira um equilíbrio favorável (Paúl & Fonseca, 2005).

Também Oliveira (2008, p. 104) vem enfatizar o papel da sociedade em ajudar o idoso a adaptar-se como chave para o seu bem estar, ajudar o idoso a adaptar-se à sua nova situação é muito importante, pois da capacidade de adaptação é que depende o sucesso ou o insucesso do idoso. Esta adaptação passa por um modo de vida socialmente desejável para os idosos, manutenção das actividades de meia-idade, sentimento de satisfação com as suas actividades e com a vida em geral.

Normalmente os indivíduos fazem uma auto avaliação da sua condição de saúde, correspondendo a uma avaliação subjectiva e complexa dos indicadores biológicos percepcionados. Esta percepção está, também, inter-relacionada com as expectativas individuais e sociais, e dos estereótipos relativos a papéis, sendo esta perspectiva de saúde/doença um dos indicadores fundamentais na avaliação do bem estar do sujeito, existindo por esta razão um valor adicional na abordagem psicológica do envelhecimento (Ferreira, 2010, p. 39).

Não é possível, nem nosso objectivo, aprofundar todas as doenças que afectam os idosos, mas importa referir que os idosos são um grupo vulnerável e exposto a certas doenças, como doenças crónicas e doenças mentais. A depressão tem assumido cada vez mais visibilidade no grupo dos idosos e Oliveira (2004, p.108) alerta para o facto de que “a depressão atinge crianças, adolescentes e os adultos, tornando-se todavia mais frequente nos idosos e muitas vezes insuficientemente apoiada. A incidência da depressão nos idosos é certamente maior do que noutras idades”

Envelhecimento e Desvalorização Social

Nas sociedades modernas, o trabalho é garante do suprimento das necessidades económicas e muitas vezes sociais, permitindo a vivência de “experiências básicas”, nomeadamente uma estrutura de tempo, contacto social, um propósito colectivo, identidade e status e até actividade física regular (Garrido, 1996).

Ao contrário do trabalho, a reforma marca a desocupação de papéis sociais activos e apresenta-se como a abertura da porta de acesso à velhice, sobretudo porque o estatuto de reformado é associado à perda de importância social e de poder (Sousa et al., 2004, p. 32). A reforma, sendo ela desejada ou forçada, exige ao indivíduo uma nova, ou diferente, orientação de valores, objectivos e energias. Normalmente aquele que trabalha procura sucesso na sua carreira, melhor salário ou prestígio, o reformado tende a centrar-se na vida familiar (até porque os contactos profissionais se dissolvem, diminuindo a rede social) procurando apoio, amor e amizade. O grande desafio que se coloca ao indivíduo que acaba de entrar na reforma é reorganizar o quotidiano, de forma a descentrar a profissão e encontrar um papel que garanta a manutenção do sentido de utilidade (ibidem).

A reforma pode ser enfrentada pelo idoso como algo positivo ou como algo negativo. Pode ser vista como positiva, sendo entendida por muitos como o descanso e a recompensa merecidos após uma vida de trabalho, quando o indivíduo se adapta socialmente, através da substituição e redução das actividades profissionais e com cariz remuneratório e reconhecimento profissional, por actividades que não tendo o mesmo cariz são igualmente gratificantes, afirmando-se como úteis e proveitosas para a família e para a sociedade e assegurando algum reconhecimento social (Ferreira, 2010, p. 30). No entanto a reforma também pode significar uma mudança negativa na vida do indivíduo, a actividade profissional, mais do que uma fonte de rendimento, é uma forma de integração social, o indivíduo que entra na reforma vê o seu lugar na sociedade modificar-se, sente-se deslocado e, em muito casos, não sabe empregar o seu tempo e energia. Pode significar uma diminuição de rendimentos, uma vez que as reformas geralmente são mais baixas do que os rendimentos anteriores, podendo em alguns casos agravar ou acentuar a situação económica, social e de saúde dos idosos.

Também Sousa et al., (2004, p. 33) alertam para os perigos da reforma, numa perspectiva de diminuição dos rendimentos e referem que, em algumas situações, o período da reforma como coincide com uma idade mais avançada, associa-se ao aumento das despesas com saúde (medicamentos, consultas, exames) e encargos relacionados com dependência. A par disto, as entradas financeiras tendem a diminuir, exigindo a reorganização do estilo de vida, muitos idosos vêem-se nesta fase da vida com mais limitações financeiras e, por isso, poderão ter de abdicar de alguns luxos ou mesmo até de bens essenciais, numa fase em que já estão mais frágeis (Sousa et al., 2004, p. 33).

Para combater alguns riscos e/ou transformações associados à entrada na idade da reforma, a solidariedade da comunidade local poderá ter um papel muito importante, quer na oferta e enquadramento de locais de trabalho, quer no que respeita à convivialidade, devendo estas assentar cada vez mais em convivência entre diversas gerações e menos em iniciativas circunscritas apenas a pessoas idosas (Costa, 2001).

Não é fácil caracterizar na entrada para a reforma. Seria desejável o ideal seria a substituição de tarefas laborais por tarefas de lazer e que a diferença entre salário e reforma fosse compensada por benefícios e regalias que são reconhecidos aos idosos. Contudo, verificamos que o problema da idade vive muitas vezes lado a lado com o problema da pobreza e da exclusão e que a sociedade e as famílias estão organizados de tal modo que os idosos não têm lugar nem papel na vida social. Em casos extremos, e não são eles raros actualmente, essa exclusão social pode tomar a forma de total solidão (Costa, 2001).

Importa referir que um dos aspectos que é susceptível de interferir de modo mais significativo com a saúde das pessoas de idade avançada é a solidão, este sentimento de solidão é determinado pelas expectativas individuais em relação aos contactos sociais. De acordo com Berger cit in Fernandes (2000), a solidão é uma experiência demasiado penosa que se relaciona com uma necessidade de intimidade não satisfeita, e as relações sociais são sentidas como insuficientes ou não satisfatórias. As pessoas queixam-se de solidão quando o tipo de relações que têm é reduzido e pouco satisfatório o que pode acontecer quando perdem o cônjuge, por exemplo.

A exclusão verifica-se, antes de mais, a nível familiar. O modelo de família alargada, onde coabitavam na mesma habitação pelo menos três gerações deu lugar à família nuclear, constituída por duas gerações (pais e filhos). A exclusão dos idosos revela-se como um problema social, ao qual a sociedade portuguesa não é alheio. A exclusão dos idosos verifica-se também ao nível da sociedade, sendo que os principais caminhos de integração social dos idosos passarão pela família, pelo trabalho e pela comunidade local (Costa, 2001).

É muito importante que as alterações e mudanças sociais relacionadas com o mercado de trabalho sejam geridas de modo a possibilitar aos idosos a possibilidade de exercerem actividades socialmente úteis e compatíveis com as suas capacidades, mesmo que estas não sejam remuneradas (ibidem).

Qualidade do sono: determinantes

Depois de constatararmos que o aumento significativo dos idosos representa uma nova realidade sócio económica, cultural e política é altura de olharmos para o tema do nosso trabalho e percebermos em que medida as alterações referidas tem impacto na qualidade de sono dos idosos. De facto existem factores que contribuem para a qualidade do sono. Segundo vários autores estes factores estão muitas vezes relacionados e alguns tem mais peso que outros na definição de qualidade de sono.

Numa fase inicial quando começamos a pesquisar sobre o sono e a sua qualidade, a literatura conduz-nos inevitavelmente para a área da saúde, os problemas de sono são estudados como uma patologia e não como resultantes de um problema social. Contudo, e ainda com algumas lacunas, vão surgindo alguns estudos na área social.

Acreditamos que os factores que contribuem para um envelhecimento bem sucedido poderão ser também ser os factores definem a qualidade de sono.

Fontaine (2000) realça especialmente três factores, essencialmente na área pessoal, determinantes para uma velhice bem sucedida: a saúde, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico e a manutenção da participação social, mesmo após a reforma.

Por sua vez Simões (2005) apresenta um modelo tridimensional dos componentes inter-relacionados do envelhecimento bem sucedido: boa saúde física ou baixo risco de doenças; bom funcionamento físico e mental; empenhamento activo na vida.

Posto isto, enunciamos os factores que encontramos na literatura e que de alguma forma classificam a qualidade de sono.

Alteração natural do sono no envelhecimento

O próprio envelhecimento acarreta alterações no sono. Para termos uma ideia muito simples do que se passa durante o sono, e porque achamos que também se pode tornar pertinente para percebermos algumas mudanças que ocorrem no sono numa fase mais tardia da vida, explicamos de uma forma bastante simples essas mudanças, ou seja, durante o sono a actividade cortical do cérebro é submetida a mudanças regulares cíclicas entre os dois principais estados do sono, o movimento rápido dos olhos (REM) e o “non-REM” em que nos humanos consiste em 4 fases (S1 a S4). As fases S3 e S4 são definidas como sono profundo. O sono começa com S1, procede com S2 e normalmente procede com S3 e S4 para o sono REM antes do ciclo começar novamente, como refere Rechtschaffen and Kales (1968 cit in Dzaja et al., 2005).

Uma mudança preeminente com o avançar da idade é a redução das fases do sono S3 e S4, (sono que se designa como profundo), particularmente nos homens (Feinberg, 1974; Lee and DeJoseph, 1992; Schweiger, 1972, cit in Dzaja et al., 2005, p. 56).

A redução na eficiência do sono também é frequente nos idosos, enquanto a fase S1 do sono aumenta, o número de vezes que acordam durante a noite também aumenta.

A actividade e o sono

No âmbito das consequências e desafios que o envelhecimento acarreta, as políticas actuais e a Organização Mundial de Saúde apontam a actividade e a sua

manutenção como um desafio ao envelhecimento, ou seja, um envelhecimento activo, é entendido aqui como um processo de cidadania plena, em que o indivíduo participa activamente na vida social, política e económica da sociedade em que está inserido, onde a sua opinião conta e onde é valorizado e faz parte integrante na mudança, conferindo-lhe assim qualidade de vida à medida que vai envelhecendo.

Não há um só modelo de envelhecimento com sucesso. Havighurst (1961 citado em Ferreira, 2010) define-o como dar vida aos anos e obter satisfação da vida; RYff (1982 citado em Ferreira, 2010), descreve um funcionamento positivo ou ideal correspondendo a um trabalho desenvolvimental que acompanha o ciclo de vida; Rowe e Kahn (1987 citado em Ferreira, 2010) centra-se em variáveis fisiológicas e psicossociais; Fisher (1992 citado em Ferreira, 2010), fala em estratégias de coping; Gibson (1995 citado em Ferreira, 2010), menciona um nível de bem estar físico, psicológico e social que surge na terceira idade; Palmore (1995 citado em Ferreira, 2010) combina sobrevivência (longevidade), saúde (livre de incapacidades) e satisfação da vida (felicidade); e Bearon (1996 citado em Ferreira, 2010) fala ainda da capacidade de adaptação ao envelhecimento (Ferreira, 2010, p. 43).

São vários os investigadores que estudam a relação entre actividades sociais e satisfação com a vida, em 1953, Havighurst e Albrecht, estabelecem uma relação positiva entre o desenvolvimento de actividades e a manutenção da auto estima e saúde.

Importa mencionar que esta hipótese, de que o idoso se deve manter activo se quer obter mais satisfação na vida e conservar ou manter a sua auto-estima e saúde, foi aclamada por vários investigadores, mas também posta em causa por outros (Lemon cit in Berger e Mailloux, 1995), que alertaram para os limites da teoria da actividade.

Apesar da teoria da actividade ter contribuído para influenciar comportamentos de pessoas mais velhas, influenciado representações que a sociedade tem acerca da velhice e contribuir para o surgimento de políticas públicas nos anos 70, esta foi alvo de várias críticas, apoiando-se, muitas delas, no facto desta actividade defender um único estilo de vida como ideal para as pessoas

e, embora tenha impulsionado movimentos para a promoção do bem estar na velhice, ela possui limitações em diferentes aspectos.

Embora a teoria da actividade, desenvolvida por Havighurst em 1953 tenha sofrido alterações, importa reter que esta teoria parte do pressuposto que o envelhecimento bem sucedido significa, a manutenção, por um período de tempo tão longo quanto possível, das actividades iniciadas na meia-idade e que, quando se torna impossível dar continuidade a estas actividades, as mesmas podem ser substituídas por outras, permitindo uma maior satisfação de vida aos idosos.

Salientamos esta teoria porque, segundo a literatura consultada, a qualidade do sono é influenciada pela falta de actividades físicas, de interacção e de estimulação, tal como refere Schnelle et al., (1998) and Similarly, Ice's (2002) cit in Luff et al., (2011, p. 6).

A passagem da idade activa para a reforma: a sua influência no sono

Do ponto de vista sociológico, a fase da vida mais tardia caracteriza-se por uma série de transições, mudanças na identidade e no status. Estas mudanças ocorrem na transição de uma vida profissional activa para a reforma, de um estilo de vida mais activo para um estilo de vida mais sedentário, de cuidar dos filhos ou parentes idosos para cuidar do parceiro/companheiro, e na passagem do papel de esposa para o papel de viúva, como explica Dzaja et al., (2005:69).

Verificamos que esta transição da vida activa para a reforma conduz os idosos, muitas vezes, à insuficiência de recursos económicos, resultantes das baixas pensões, o que os exclui dos modos de vida, hábitos e actividades normais do meio que os rodeia. O resultado deste processo é uma vida marcada pelo isolamento social e pela desintegração familiar (Hespanha et al., 2000).

Tal como os estilos de vida são alterados também os hábitos de sono são alterados numa fase mais tardia da vida. A finalização de uma actividade profissional altera horários e rotinas das horas de descanso. O aumento de sesta, a falta de exercício físico e o tédio podem ter efeitos adversos no sono nocturno (Dzaja et al., 2005, p. 69).

Também Hislop and Arber referem as mudanças nos estilos de vida como factores que podem contribuir para a alteração da qualidade do sono. Sugerem que estas mudanças associadas às transições do curso de vida, agindo em combinação com os efeitos fisiológicos do envelhecimento no sono, podem explicar o potencial aumento de distúrbios de sono numa fase da vida tardia (Hislop and Arber, 2003, cit in Dzaja et al., 2005, p. 69).

Assim, constatamos que as mudanças que ocorrem ao longo da vida têm impactos na qualidade do sono e que, sendo estas mudanças negativas, os impactos na qualidade do sono também serão negativos.

A passagem de uma vida profissional activa para a reforma nem sempre é uma opção do indivíduo, as actuais transformações no mercado de trabalho muitas vezes obrigam a que esta passagem ocorra mais cedo que o desejável, o que pode trazer impactos negativos para a vida do indivíduo.

Os problemas socioeconómicos: influência no sono

A passagem da vida profissional para a reforma pode acarretar prejuízos aos idosos em termos económicos, sociais e outros, e as circunstâncias socioeconómicas tem um peso bastante acentuado no que diz respeito à qualidade de sono nos idosos (Arber et al., 2009). São vários os autores que relacionam os problemas de sono com as circunstâncias socioeconómicas embora não estabelecem uma relação directa entre os dois fenómenos.

Para Lallukka et al., (2010), que estudou a relação entre indicadores socioeconómicos e problemas de sono, nem todas as pessoas têm sono com qualidade e as pessoas que sofrem de problemas de insónia tendem a prevalecer em posições socioeconómicas mais baixas, e em classes económicas mais desfavorecidas (...) (Lallukka et al., 2010, p. 828).

Para a autora, este tipo de abordagem exige a consideração de diferentes indicadores tais como, o nível de educação, a situação profissional, a situação face à habitação (comprada ou alugada), e/ou adversidades passadas (traumas de infância), para chegarem a algum tipo de conclusão.

Para se fazer uma relação entre situação socioeconómica e problemas de sono é necessário avaliar um vasto conjunto de circunstâncias sociais, financeiras e

materiais (Lallukka et al., 2010, p. 828). A autora alerta para a importância de focar os vários indicadores socioeconómicos, avaliar um único indicador não permite apurar as circunstâncias socioeconómicas, se houve variação ou não entre o passado e o presente do indivíduo, portanto não existe um indicador fundamental, os indicadores socioeconómicos não podem ser alterados, mas é necessário compreender melhor as suas inter-relações e os potenciais caminhos pelos quais as desigualdades económicas podem ter influência no sono. Os indicadores convencionais da posição socioeconómica, incluindo a educação, a situação profissional e o rendimento diferem no que diz respeito à qualidade de sono (Lallukka et al., 2010, pp. 828-829).

Segundo a autora a posse de habitação reflecte a riqueza, enquanto que dificuldades económicas reflectem tensões financeiras que podem influenciar o sono, para além dos efeitos do nível de rendimento ou de outros indicadores convencionais de posição socioeconómica (Lallukka et al., 2010, p. 829).

As dificuldades económicas actuais e na infância contribuem para queixas de insónia mesmo entre pessoas de classe média alta, onde os efeitos da educação, situação profissional e salário tendem a ser insignificantes.

Verifica-se pois que as dificuldades económicas actuais ou vividas na infância têm mais influência na qualidade do sono do que a educação, ocupação profissional e salário.

Arber et al., (2009), tal como Lallukka (2010) refere as circunstâncias socioeconómicas como possíveis causadoras de distúrbios de sono, contudo refere a necessidade de uma análise às múltiplas variáveis socioeconómicas, e não apenas à educação, ao rendimento, às condições da habitação e à situação profissional, como tem sido feito.

Mesmo depois de ajustadas as variáveis económicas e sócio-demográficas, as probabilidades de existirem problemas de sono permanecem entre os desempregados e economicamente inactivos. Existem fortes associações entre problemas de sono e múltiplas desvantagens socioeconómicas nomeadamente, rendimentos baixos, baixas qualificações e/ou escolaridade, morar em habitações sociais ou estar desempregado (Arber et al., 2009).

São vários os autores que sublinham esta relação entre a falta de qualidade do sono e níveis de escolaridade mais baixos, desemprego e baixos rendimentos

(Arber & Venn, 2010). Os indivíduos com desvantagens socioeconómicas registam mais problemas de sono do que aqueles a viver em circunstâncias socioeconómicas mais vantajosas.

Lalukka (2010) refere que podem existir em diferentes níveis de salário, dificuldades económicas, Arber et al., (2009) afirma que não existe nenhuma relação entre os problemas de sono e o nível de salário, ou seja, quer isto dizer que não só as pessoas com salários baixos sofrem de problemas de sono, independentemente do nível de salário as pessoas podem ter problemas económicos e isso contribuir para problemas de sono.

Arber et al., (2009) alerta para a importância de avaliar se a relação entre estatuto socioeconómico e a qualidade do sono são camuflados por uma saúde debilitada entre aqueles que estão num estatuto socioeconómico mais baixo. Uma debilidade na saúde física e mental pode estar associada a distúrbios de sono, o sono está directamente relacionado com a saúde e o que se verifica muitas vezes é que as pessoas com estatutos socioeconómicos mais baixos, tendem a desvalorizar os efeitos que a falta de qualidade de sono provoca na saúde.

Parece-nos importante referir que as questões socioeconómicas estão relacionadas com os vários aspectos aqui referidos, não podendo ser dissociadas de nenhum deles, na medida em que, quer nas questões relacionadas com a infância, quer nas questões de género ou até na própria saúde, estes problemas estão assinalados.

Influência da infância na qualidade do sono da vida adulta

Diversos autores fazem referência à infância quando falam de problemas na idade adulta, ou seja, ao nível da saúde, ao nível relacional e ao nível das circunstâncias socioeconómicas, encontramos uma relação entre a situação vivida na infância e a situação na idade adulta.

Neste seguimento, Lalukka et al., (2010), refere que as circunstâncias socioeconómicas do passado são de potencial importância no presente, ou seja, as condições socioeconómicas adversas vividas na infância, estão relacionadas com a falta de qualidade de sono na vida adulta.

As circunstâncias socioeconómicas da infância contribuem para a educação e consequentemente contribuem para a posição económica. A falta de educação e instrução na infância conduz a uma posição económica mais baixa, e verificamos que é nas posições socioeconómicas mais baixas que se registam maiores problemas de sono (Lallukka et al., 2010, p. 829). As condições de vida adversas durante a infância também contribuem para a saúde na idade adulta, ou seja, as carências e necessidades que os indivíduos sofrem em crianças podem reflectir-se na sua saúde na fase adulta, e como iremos ver ao longo do estudo, a saúde tem um peso acentuado na definição de qualidade de sono.

O género e o sono

Diversos autores assumem que os problemas de sono afectam maioritariamente as mulheres, os factores que parecem estar na base desta conclusão são as desigualdades socioeconómicas, diferenças biológicas, maiores níveis de depressão e ansiedade e o papel social da mulher.

Na pesquisa dos problemas do sono, as mulheres apresentam níveis ou valores mais elevados de queixas e distúrbios no sono do que os homens (Groege et al., s.d, cit in Arber et al., 2009). Para além de referir as circunstâncias socioeconómicas como possíveis causadoras de distúrbios de sono, Arber et al., (2009) apontam ainda outros factores como o aumento da idade, o género, as preocupações com a saúde e a falta de suporte emocional e/ou relacional, dando ênfase aos distúrbios de sono principalmente nas mulheres.

Enquanto muitos aspectos do sono e dos distúrbios de sono partilham semelhanças de género, há diferenças importantes que precisam de ser reconhecidas, a qualidade e quantidade do sono da mulher não só é influenciada pela fisiologia mas também pelo número de factores sociológicos ligados ao papel que a mulher tem na sociedade e na família.

A posição socioeconómica tem sido a principal explicação das queixas de insónia registadas nas mulheres, comparando com os homens (Lallukka et al., 2010).

Também Arber et al., (2009) vem salientar as circunstâncias económicas e refere que as diferenças de género nos problemas de sono, sugerem que o nível

mais elevado de problemas de sono entre as mulheres do que entre os homens, não se deve ao facto da mulher ter mais probabilidade de ter problemas de saúde, preocupações com a saúde, doenças crónicas ou depressão, mas sim que uma grande parte dos problemas de sono no género estão ligados ou relacionados com as circunstâncias socioeconómicas mais desvantajosas da mulher (Arber et al., 2009).

Também as diferenças biológicas ou fisiológicas de género são frequentemente indicadas na explicação para os níveis mais elevados de distúrbios de sono nas mulheres (Chen et al., s.d, cit in Arber et al., 2009).

As mulheres tem níveis mais elevados de depressão e ansiedade e as pesquisas levadas a cabo por estes autores revelam que os indivíduos que sofrem de distúrbios psicológicos, como depressão e ansiedade, tem uma menor qualidade de sono (Piccinelli et al., s.d, cit in Arber et al., 2009).

No entanto, a depressão e a ansiedade, por si só, não explicam a diferença na qualidade de sono entre homens e mulheres, porque Lindberg et al., (1997) e Zhang & Wing (2006) refere que as diferenças de género na qualidade do sono permanecem mesmo sem ter em conta os distúrbios psiquiátricos ou qualquer doença do foro psicológico (Lindberg et al., 1997; Zhang & Wing, 2006, cit in Arber et al., 2009).

O papel social da mulher surge também como uma das explicações possíveis para a diferença da qualidade de sono registada entre homens e mulheres. Segundo uma experiência levada a cabo por Arber et al., (2009) os distúrbios de sono nas diferenças de género foram reduzidos após controlarem o papel social da mulher, usando estado civil, situação profissional, número de filhos com menos de quinze anos (como base de maior responsabilidade familiar e como principal cuidadora dos filhos), contudo conclui que a qualidade de sono nas mulheres permanecia significativamente menor do que a dos homens (Arber et al., 2009).

Para além das circunstâncias económicas mais desvantajosas, as mulheres são também, muitas vezes, as cuidadoras (Hislop & Arber cit in Dzaja et al., 2005) o que pode deteriorar a qualidade do sono, assim como a sensação de protecção e segurança, afectada pela falta de companheiro (Ibidem).

Os homens e as mulheres mesmo quando partilham a mesma casa, quando vivem em comum, vivem vidas muito diferentes, com direitos e responsabilidades

também elas muito diferentes. Tomar conta de uma criança ou de um familiar idoso por exemplo também perturba o sono, segundo Driver and Shapiro, (1992) e Santiago et al., (2001) cit in Dzaja et al., (2005).

Neste contexto as rotinas do sono da mulher, assim como o seu bem-estar e a saúde podem ser determinados não apenas por papéis fisiológicos, mas também por papéis sociais e interações. O sono reflecte os papéis e responsabilidades, as divisões de género, hábitos saudáveis e transições que caracterizam a vida das pessoas. No contexto de factores de estilo de vida as mulheres têm maior probabilidade em relação aos homens, de experienciarem ou admitirem o cansaço, como nos explicam vários autores (Cox et al., 1987; Brannen and Moss, 1988; Blaxter, 1990; Popay, 1992 cit in Dzaja et al., 2005).

O sono tornou-se um recurso secundário para as mulheres de meia-idade, uma prioridade baixa que compete desfavoravelmente com as exigências da maternidade, carreira profissional, casamento, necessidade de cuidar de parentes idosos e ou terceiros (Hislop and Arber, 2003 cit in Dzaja et al., 2005).

Embora as mulheres aceitam o facto de que o sono é essencial para a saúde, a realidade das vidas delas é que dita até que ponto elas podem aceder a este sono adequado dentro das exigências ou tarefas inerentes ao papel de mulher.

Segundo Dzaja et al., (2005) o sono das mulheres pode também ser afectado por expectativas, responsabilidades e stress associado com os seus papeis como esposas, mães, filhas, e funcionárias, também as crises e transições durante a vida tais como divórcio, menopausa, reforma, doença e viuvez, influenciam o sono (Dzaja et al., 2005).

Numa sociedade em que a divisão do trabalho entre géneros garante que a mulher continue a assegurar as responsabilidades primárias do trabalho de casa e de cuidadora, a casa representa para as mulheres um local de trabalho invisível, onde esta permanece constantemente em serviço ao longo da noite, disponível para dar o apoio físico e emocional necessário para garantir o bem estar da sua família, ao invés de estar num local de descanso ou recuperação de energias, como refere Pilcher (2000 cit in Dzaja et al., 2005).

Dzaja et al., (2005) acrescenta ainda que ao longo do tempo o sentido de compromisso para com a família pode mascarar ou camuflar distúrbios de sono de

tal ordem que os hábitos de sono sem qualidade nas mulheres podem-se tornar normais.

Num estudo levado a cabo por Popay (1992, cit in Dzaja et al., 2005) as mulheres com uma saúde debilitada aceitam a falta de qualidade do sono e o cansaço diurno como um factor normal do dia a dia, e parte do preço a “pagar” por combinar a profissão com o trabalho doméstico.

O sono da mulher pode ser afectado pelo aumento da inquietação do parceiro, o ressonar, problemas da próstata do companheiro, dor e desconforto provocados por uma saúde debilitada, podem interferir na capacidade da mulher alcançar uma boa noite de sono, também um aumento do declínio do estado de saúde do parceiro aumenta a responsabilidade da mulher na prestação de cuidados o que pode levar ao aumento de um sono interrompido.

A perda do companheiro pode também afectar o sono da mulher. No período inicial do luto as mulheres podem ter dificuldade em voltar às rotinas do sono que experienciaram durante o casamento. O sentimento de perda que as viúvas sentem enquanto contemplam um futuro de noites vazias sem o companheirismo do seu parceiro é uma lembrança constante da mudança de identidade, de esposa para viúva. A perda do papel de género do parceiro (como protector) pode piorar o sono na viuvez enquanto as mulheres se ajustam a dormir numa casa vazia sem a sensação de segurança, uma vez providenciada pelo marido (Dzaja et al., 2005).

Somente quando a interrupção de sono se estende para além do normal aceitável e tem impactos sérios nos papéis e no desempenho dos papéis e responsabilidades é que as mulheres procuram ajuda do seu médico. Principalmente as mulheres mais velhas e de meia-idade continuam a aceitar a falta de qualidade do sono, como um produto da sua realidade social.

As redes sociais e o sono

Embora no que diz respeito à relação entre redes sociais dos idosos e qualidade do sono, os autores só façam referência à relação conjugal não podemos

deixar de referir a importância das redes sociais na terceira idade e consequentemente o seu impacto no sono.

Tendo em conta Paúl (1997) que apresenta uma tipologia das redes de apoio social dos idosos, dividindo as redes em dois tipos, as redes de apoio formal e as redes de apoio informal, nas redes de apoio formal incluem-se os serviços que existem a nível local, para satisfazer as necessidades da população idosa, importa-nos aqui destacar as redes de apoio informal, estas constituídas pelos familiares dos próprios idosos e seus amigos e vizinhos.

Assistimos, com o aumento da idade dos idosos a uma perda de relações, sendo isto potenciado pelo falecimento dos seus pares. A falta do cônjuge, segundo Arber et al., (2009), prejudica o sono. São os idosos casados que, em média, apresentam o nível mais baixo de problemas do sono, sendo o nível mais elevado de problemas de sono registado no grupo dos solteiros. A autora refere também, que aqueles que vivem acompanhados parecem ter um sono com mais qualidade do que aqueles que vivem sozinhos, daí o nosso interesse em destacarmos aqui o papel das redes sociais.

Em Portugal, quer Barreto (1984, 1988 citado em Paúl & Fonseca, 2005), quer Paúl (1996, 2001 citado em Paúl & Fonseca, 2005), quer Novo (2003 citado em Paúl & Fonseca, 2005), sublinham que a existência de relações sociais significativas na velhice é considerada como um factor protector da saúde mental dos indivíduos. Se durante a vida as redes têm um peso significativo na saúde e bem estar dos indivíduos, torna-se algo ainda mais significativo em fases de maior vulnerabilidade, como sucede na velhice (Paúl & Fonseca, 2005).

A saúde e o sono

A saúde é uma das dimensões-chave do bem-estar geral dos idosos. Aspectos como o regime alimentar, o exercício físico ou os comportamentos aditivos, têm uma influência directa na saúde dos idosos. Contudo o paradigma da saúde comportamental transforma-se no aspecto mais relevante, com o acumular de experiências consideradas favoráveis ou desfavoráveis para a sua saúde, vividas pelo sujeito que envelhece, conduzindo a que seja o próprio comportamento dos sujeitos ao longo da vida a reflectir-se na ocorrência de um envelhecimento normal

ou patológico. Para além dos comportamentos individuais, a dimensão relacional assume um papel igualmente importante na promoção da saúde, designadamente, da saúde mental (Oliveira, 2008).

Não sendo nossa intenção entrar por questões que em nada estão relacionadas com a sociologia, como a medicina e a psicologia, não podemos deixar de referir a saúde como um factor a ter em conta quando falamos no sono, isto porque a saúde é um factor chave para a qualidade do sono, podemos afirmar que será muito difícil alcançar qualidade de sono, quando existe alguma patologia que provoca dor ou sofrimento.

Existe uma correlação entre saúde e sono, isto porque o sono é fundamental para a saúde e a saúde fundamental para o sono. Um sono com qualidade, restaurador e renovador evita doenças, acidentes e reformas antecipadas, assim como a saúde e o bem-estar são também fundamentais para que o indivíduo consiga um sono com qualidade.

Na perspectiva de Arber et al., (2009), o sono é fundamental para a saúde e o bem-estar, no entanto, também esta autora refere que muito pouca atenção tem sido dada à qualidade do sono.

A falta de qualidade do sono está relacionado com problemas mentais, físicos, em particular, com a insónia, e esta pode causar doenças, acidentes e reformas antecipadas (Lallukka et al., 2010).

Os distúrbios de sono podem ser um indício de várias doenças, entre elas a doença de Alzheimer (Costandi, 2012). Parece-nos importante referir que num estudo levado a cabo por Sterniczuk e outros pesquisadores em que analisaram 14 600 pessoas doentes, com idades superiores a 50 anos, em 12 países europeus, os participantes que acusavam o sono de má qualidade, cansaço diurno fora do normal e a necessidade de ter que tomar medicação para dormir tinham maior probabilidade de virem a ser diagnosticados com a doença de Alzheimer nos dois últimos anos subsequentes ao estudo, ou seja, verifica-se aqui que um dos primeiros sinais de Alzheimer podem ser os distúrbios de sono (Costandi, 2012).

A principal razão para a falta de qualidade do sono com o aumento da idade deve-se ao surgimento de doenças, e da deterioração da saúde inerente à idade, muitas vezes, doenças crónicas, causam dor e desconforto à noite, resultando em

distúrbios e queixas no sono (Davidson et al., 2002; Stewart et al., 2006; Vitiello et al., 2002, cit in Arber et al., 2009).

As pesquisas nesta área têm encontrado frequentemente fortes associações entre a depressão e a falta de qualidade no sono (Hartz et al., 2007; Lindberg et al., 1997, cit in Arber et al., 2009).

Quanto à abrangência da depressão, parece-nos importante referir que segundo Purificação Fernandes (2000) diversos estudos epidemiológicos relativos à depressão apontam para resultados em que a prevalência dos sintomas depressivos se situa entre 9 e 20% da população em geral, sendo o risco de desenvolver um quadro depressivo mais frequente nas mulheres (20 a 26%) do que nos homens (8 a 12%).

Esta visão de Purificação Fernandes (2000) vem de encontro ao que Arber & Venn (2011) e outros autores referem nos seus estudos. A depressão é um factor que contribui para a falta de qualidade de sono e a depressão afecta principalmente as mulheres, facto que também aparece referenciado nos estudos dos problemas de sono pois são as mulheres que mais problemas do sono apresentam.

Quanto aos idosos, muitas situações de depressão encontram-se relacionadas com ruptura, ou com a ameaça de ruptura de vínculos ou de diversos tipos de relações afectivas com familiares (Fernandes 1995). E mais uma vez constatámos a existência de uma associação entre redes sociais e saúde. Os idosos isolados socialmente têm tendência a ficarem doentes e as doenças, depressão incluída, afectam a sua qualidade de sono.

Também os efeitos secundários da medicação aparecem, nestes estudos que analisamos, como possíveis perturbadores da qualidade de sono (Feinsilver, 2003, cit in Dzaja et al., 2005).

A educação e nível de escolaridade e o sono

Entre pessoas de meia-idade é provável que a educação seja o indicador mais divergente. Este indicador reflecte o conhecimento relacionado com a saúde, valores e atitudes e por isso podemos assumir estar relacionado com o sono.

As pessoas com níveis de educação superior têm acesso a mais meios de melhorar o sono, têm melhores condições de vida e têm consciência da importância de um sono de qualidade para a saúde, como menciona Lallukka et al., (2010).

Os resultados apresentados nos estudos dos vários autores mencionados ao longo do trabalho apontam para o facto dos problemas de sono prevalecerem em pessoas com níveis de escolaridade mais baixos.

Capítulo II

Problemática e Metodologia

Problema de Investigação

Freixo (2011, p. 157) considera que “formular o problema consiste em dizer, de forma explícita, clara, compreensível e operacional qual a dificuldade com a qual nos confrontamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando as suas características”. Assim, pode afirmar-se que a formulação do problema da investigação consiste em torná-lo individualizado, específico e único.

É essencial, para a formulação de um problema de investigação, consultar estudos anteriores, de forma a sustentar num quadro de referência o problema, Depois da elaboração do enquadramento teórico, que serve de base à nossa investigação, procedemos à formulação de uma questão de partida. Pretende-se que essa questão seja elucidativa e formulada de acordo com o que se pretende estudar.

Segundo Gonçalves (2004, p.36) para que a questão de partida esteja bem formulada, é indispensável que esta seja clara, exequível e pertinente. O autor definiu assim alguns aspectos, os quais considera indispensáveis para uma boa questão de partida. Em primeiro lugar, as questões devem ser claras, precisas e concisas; devem ser realistas e viáveis, passíveis de proporcionar uma investigação empírica exequível face aos recursos mobilizáveis; devem ser pertinentes no âmbito da disciplina; não devem ser nem metafísicas nem moralizadoras; devem ser susceptíveis de proporcionar alguma contribuição original, e por fim não devem ser falsas nem retóricas.

Tendo em conta os critérios enunciados e tendo por base a pesquisa bibliográfica realizada, elaboramos a seguinte questão de partida:

“Quais as determinantes sociais que influenciam a qualidade de sono dos idosos?”

Modelo de análise

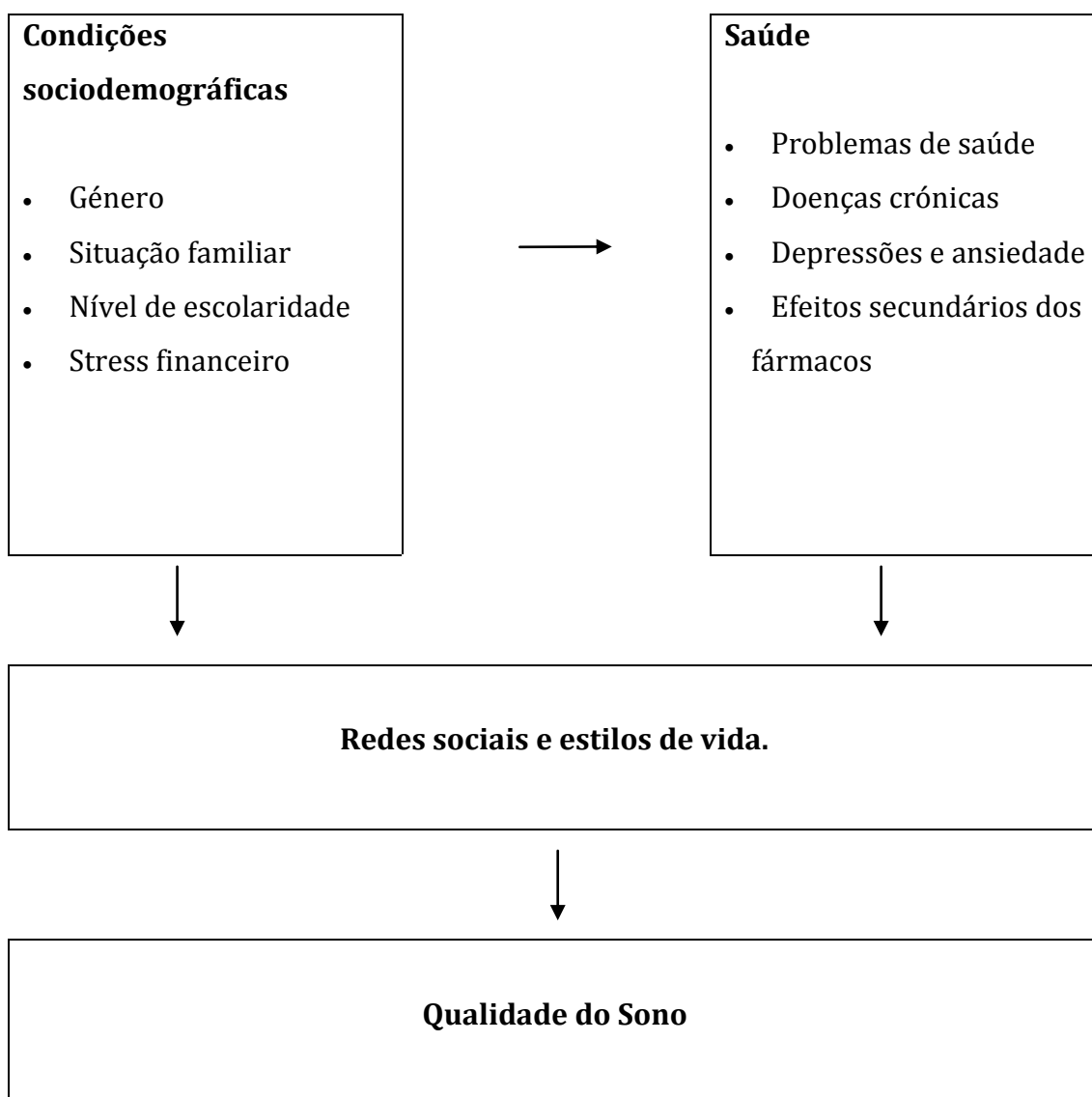
Como vimos até ao momento, o avanço da medicina, a melhoria das condições de vida e, ainda o alargamento das redes de cuidados de saúde, muito contribuíram para o aumento da idade média da população e, claro, para o aumento do número de pessoas idosas e muito idosas. Assim sendo, o crescimento contínuo do número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos pode ter repercussões importantes na sociedade, de que se destaca a falta de equipamentos sociais, a insuficiência recursos financeiros e habitacionais, a inexistência de relações sociais e afectivas, o isolamento e a solidão, o declínio do estado geral de saúde dos idosos, o fraco acesso aos cuidados de saúde, as dificuldades de apoio familiar (Ferreira, 2010).

De acordo com a opinião da autora que acabamos de referir, o número de idosos cresceu significativamente e as problemáticas que os afectam também pelo que nos interessa apurar quais os factores que contribuem para a falta de qualidade de sono dos idosos.

Para isso, inicialmente apuramos as suas características sociodemográficas: género, situação familiar, nível de escolaridade e stress financeiro seguido do estado de saúde, isto porque segundo os estudos existentes nesta área, as condições sociodemográficas estão relacionadas com a qualidade do sono, bem como o estado de saúde. É certo que o envelhecimento não é uma doença mas está associado a diversas limitações, quer a nível físico, quer psicológico. As redes sociais e os estilos de vida surgem como factores significativos na avaliação da qualidade do sono dos idosos, podendo colmatar ausências nas condições sociodemográficas e no estado de saúde.

Os factores biológicos e psicológicos são importantes no processo de envelhecimento mas os factores sociais tem um peso muito significativo quando avaliamos as dificuldades e os problemas que afectam os idosos, como refere Pimentel (2005, p. 50) “apesar de não podermos vincular todas as dificuldades que caracterizam o modo de vida dos idosos a factores sociais, uma vez que factores biológicos e psicológicos são determinantes, aqueles têm um peso significativo no processo de envelhecimento”.

Figura 1: Modelo de análise



Objectivos

O estudo sobre as determinantes sociais que influenciam a qualidade do sono dos idosos levanta alguns desafios dado a existência de um número reduzido de estudos nesta área. A questão da qualidade de vida parece estar na ordem do dia e tem merecido a atenção de vários organismos, instituições e a políticas, as determinantes sociais da qualidade de sono dos idosos estão pouco exploradas, principalmente no nosso país e foi o nosso objectivo apurá-las.

Fortin (1999, p.101) refere que “o objecto de estudo é um enunciado declarativo que precisa de variáveis chave, a população alvo e a orientação da

investigação”. Convém salientar que o propósito geral aqui foi analisar quais as determinantes sociais que influenciam a qualidade do sono. Começamos por apurar a estrutura familiar e de vizinhança dos idosos, ou seja, as suas redes sociais, depois abordamos as questões de saúde, nomeadamente, problemas de saúde e medicação. De seguida exploramos as questões económicas e, por fim, apuramos se o idoso tem problemas de sono, abordando algumas rotinas, actividades e o historial de sono com o objectivo de descrever as determinantes sociais que influenciam a qualidade do sono.

O **objectivo geral** deste trabalho é pois conhecer os factores que influenciam a qualidade do sono.

Partimos do princípio de que há factores que são determinantes para a qualidade do sono e, simultaneamente, procuramos identificar possíveis situações ou problemas que estão na origem da má qualidade do sono.

De forma a alcançar os objectivos gerais estabelecemos objectivos específicos. Perceber se as condições sociodemográficas, económicas e de saúde tem influência na qualidade de sono, principalmente qual destes factores tem maior influência na qualidade do sono é o objectivo ultimo deste trabalho. Nos casos em que assistimos a alterações nas relações familiares, importa perceber se este facto está relacionado com a qualidade do sono. Por outro lado, há estudos que apontam para uma redução na qualidade do sono dos indivíduos à medida que envelhecem pelo que pretendemos conhecer eventuais estratégias que os idosos utilizam para combater esse fenómeno. As diferenças de género em relação às questões do sono aparecem retratadas na literatura consultada, daqui o nosso interesse em perceber se o género está relacionado com a qualidade do sono.

Objectivos específicos:

- 1.1.** Perceber se as condições sociodemográficas, económicas e de saúde dos idosos tem influência na qualidade do sono.
- 1.2.** Perceber até que ponto as relações familiares tem influência na qualidade do sono.
- 1.3.** Avaliar as diferenças de género na qualidade do sono.
- 1.4.** Conhecer as estratégias que adoptam os idosos para melhorar a qualidade do sono.

Hipóteses

A hipótese é uma resposta antecipada ao problema que vamos investigar. Assim, podemos afirmar que ela é tida como verdadeira provisoriamente. Segundo Quivy & Campenhoudt (1998, p.136) “uma hipótese é uma proposição que prevê uma relação entre dois termos que, segundo os casos, podem ser conceitos ou fenómenos. Uma hipótese é portanto uma proposição provisória, uma pressuposição que deve ser verificada”.

Assim uma hipótese pode adoptar duas formas diferentes, nomeadamente uma primeira forma apresenta-se como a antecipação de uma relação entre um fenómeno e o conceito possível de o explicar, a segunda forma, sendo esta a mais frequente em investigação social, apresenta-se como a antecipação de uma relação entre dois conceitos ou entre dois tipos de fenómenos que designam Quivy & Campenhoudt (1998).

Seguindo a mesma linha de pensamento Freixo (2011, p. 165) afirma que as hipóteses “são enunciados formais das relações presumidas entre duas ou mais variáveis, enunciados de predição dos efeitos esperados no estudo, em termos gerais a hipótese consiste em supor conhecida a verdade ou explicação”, uma verdade, entenda-se, que tem por base a teoria ou parte desta (proposição).

A investigação irá debruçar-se sobre o contexto sócio demográfico, económico e de saúde, em que se procura conhecer as determinantes sociais que influenciam a qualidade de sono dos idosos, as hipóteses serão testadas através da análise dos resultados obtidos no SHARE e na análise de conteúdo de entrevistas a idosos.

Hipótese 1: “As mulheres têm maior probabilidade do que os homens de ter sono de má qualidade.”

Hipótese 2: “O grau de satisfação com as relações familiares influencia a qualidade do sono.”

Hipótese 3: “As condições socioeconómicas influenciam a qualidade do sono.”

Metodologia

Existem poucos estudos, quer qualitativos quer quantitativos, sobre as determinantes sociais que influenciam a qualidade do sono dos idosos. Os estudos que existem adoptam a perspectiva da saúde e não uma perspectiva sociológica. Acresce ainda o facto de que os estudos existentes incidem sobre a população geral não se focando nos idosos como população-alvo.

No início de cada investigação deparamo-nos com o dilema do método a utilizar para a recolha de informação. Os métodos quantitativos e qualitativos são complementares logo que se apliquem respeitando as suas regras, e tendo sempre presente as suas limitações, são ambos válidos e não podemos classificar um como melhor que o outro, são diferentes e tem propósitos distintos.

No nosso estudo sentimos a necessidade de utilizar os dois métodos de investigação, o qualitativo e o quantitativo. A utilização de diversos métodos normalmente designa-se de triangulação. A vantagem da triangulação não consiste em retirar conclusões mais fidedignas e precisas, a vantagem da triangulação reside sim em permitir que os investigadores sejam mais críticos em relação aos dados recolhidos. O cruzamento das metodologias surge numa lógica de reforços mútuos.

O método que escolhemos para a nossa investigação foi o método hipotético dedutivo. Neste método há uma valorização do conhecimento científico construído até ao momento, com base na pesquisa bibliográfica, inicialmente são formuladas as hipóteses de investigação que posteriormente são confrontadas com a realidade empírica a fim de serem testadas. Ao contrário do que sucede com a utilização de metodologias e técnicas mais lógico-dedutivas, as metodologias e técnicas qualitativas sofrem de uma grande fluidez de estatuto teórico-epistemológico e de formas de aplicação e tratamento. (Guerra, 2006, p. 7). Segundo Popper (citado em Freixo, 2011, p. 100) um investigador ao observar tem sempre uma questão em mente para resolver. O investigador tem assim como tarefa formular hipóteses e, de seguida, verificar se elas são verdadeiras ou falsas, refuta-las ou não por meio de testes dedutivos (Freixo, 2011, pp. 100-101).

Como já referimos, optamos pela triangulação de métodos, para isso primeiramente fizemos uma abordagem quantitativa (análise de dados do projecto

SHARE) e posteriormente fizemos uma abordagem qualitativa (entrevista semi-estruturada). A nossa opção deve-se ao facto de, como já referimos, não existirem com abundância estudos sobre as determinantes sociais da qualidade de sono dos idosos, principalmente estudos que demonstrem a realidade do nosso país. Começamos por fazer uma breve referência ao inquérito e depois explicaremos em que consiste a entrevista, ambas as técnicas de recolha de dados que seleccionamos para o nosso estudo.

O inquérito, de acordo com Freixo (2011) é constituído por um conjunto de enunciados ou questões que permitem avaliar atitudes e opiniões ou recolher qualquer outra informação dos indivíduos.

No nosso caso concreto, não construímos nem aplicamos o inquérito, sendo que recorremos à informação obtida no âmbito do projecto SHARE, um inquérito sobre saúde, envelhecimento e reforma na Europa. O SHARE disponibiliza à comunidade científica um banco de dados multidisciplinar e transnacional sobre a saúde, o estatuto económico, as redes sociais e familiares de mais de 85 mil pessoas, com 50 anos ou mais, de 19 países europeus e também de Israel.

Segundo Freixo (2011, p.192) “a entrevista é uma técnica que permite o relacionamento estreito entre o entrevistador e entrevistado”, o que era necessário nesta investigação, visto que era essencial existir alguma liberdade, quer por parte dos entrevistados quer por parte da entrevistadora, para que fosse possível recolher o máximo de informação disponível acerca dos determinantes sociais que influenciam a qualidade de sono dos idosos.

Pardal e Correia (1995) classificam as entrevistas como estruturadas, não estruturadas ou semi-estruturadas. Optamos pela entrevista semi-estruturada, pois esta permite-nos recolher informação aprofundada acerca daquilo que estamos a investigar. Um aspecto importante e a ter em conta, daí a nossa opção por esta técnica, é que o entrevistador deve recorrer a uma série de tópicos relativos ao problema que vai estudar, contudo neste tipo de entrevista o entrevistador pode incluir questões que considere oportunas à medida que a conversa se vai desenrolando.

População-alvo

Importa clarificar neste ponto que a população-alvo foi diferente, dependendo da técnica que estávamos a utilizar, sendo que no primeiro momento, na análise das respostas ao inquérito a população alvo era constituída por cerca de 56 mil entrevistados dos vários países europeus com 50 anos ou mais, o que nos permitiu uma visão do problema mais abrangente, ou seja a nível europeu.

E no segundo momento, nas entrevistas, que nos permitiu uma visão do problema a nível do concelho de Vila Verde, a população-alvo da investigação foi constituída por 21 idosos, residentes no concelho de Vila Verde com idades iguais ou superiores a 60 anos.

Os idosos que fazem parte da amostra que foi entrevistada são utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, visto que a investigadora trabalha nesta instituição, socorreu-se da base de dados para seleccionar os idosos que participaram no estudo.

Neste caso, os entrevistados foram seleccionados de acordo com vários critérios, nomeadamente em função do género, do seu perfil socioeconómico e nível de autonomia física e mental. Ou seja, foram contemplados indivíduos de ambos os sexos, com o objectivo de verificar se existe diferença dos problemas de sono de acordo com o género, foram entrevistados utentes com uma situação económica mais favorável e menos favorável (foi tido em conta os rendimentos dos utentes, em função do comprovativo da reforma que estes entregam na instituição no início de cada ano), utentes com retaguarda familiar e sem retaguarda familiar e foi também tido em conta na selecção dos entrevistados, idosos que são cuidadores, (casal, em que um dos cônjuges é o cuidador) com o objectivo de apurar se o facto de ter alguém ao seu cuidado interfere na qualidade do sono, e por fim foram seleccionados de acordo com o seu nível de autonomia física e mental, (o objectivo foi fazer entrevistas a idosos com um certo nível de independência e a idosos com certo nível de dependência física, para percebermos se existe relação entre a actividade física e a qualidade do sono). Estes dados foram recolhidos a partir da consulta da base de dados existente na Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, na qual constam informações actualizadas sobre situação económica, presença de retaguarda familiar e níveis de autonomia.

Recolha de dados

No primeiro momento recorreremos aos dados do SHARE. De acordo com os objectivos da investigação recorreremos às respostas dadas às questões que pretendíamos ver respondidas, nomeadamente questões que relacionavam a qualidade de sono com o género, com as habilitações literárias, com a situação face ao emprego, com o estado civil, com o rendimento mensal, com sintomas depressivos e o com o número de actividades realizadas.

Num segundo momento foram recolhidos os dados através das entrevistas. Inicialmente foi elaborado um guião da entrevista, para orientar a entrevista, contudo este era flexível e deu a oportunidade de inserir outras questões que se mostraram pertinentes, possibilitou ainda a oportunidade aos entrevistados de falarem de outros assuntos que não estavam contemplados na entrevista mas que se proporcionaram. A linguagem utilizada foi simples e adequada ao público-alvo da investigação (como se pode ver em anexo no guião da entrevista).

As entrevistas foram agendadas com antecedência e decorreram na casa dos entrevistados, neste caso dos idosos, sendo que este ambiente lhes é familiar e lhes deu uma certa comodidade e conforto. Os entrevistados foram elucidados quanto aos objectivos do estudo e confidencialidade das respostas e, com a sua autorização, as entrevistas foram gravadas.

Constaram da entrevista perguntas acerca das relações familiares, relações de proximidade e eventuais conflitos ou preocupações, relações de vizinhança, perguntas acerca do estado de saúde, doenças e medicação, perguntas sobre a situação económica, eventuais problemas financeiros ou despesas inesperadas, e principalmente sobre o sono, existência de problemas de sono, rotinas, hábitos e historial do sono dos idosos, sentimentos de insegurança e prestação de cuidados durante a noite, com o objectivo de percebermos se a qualidade do sono sofreu alterações com a passagem da vida adulta para a terceira idade, se existem rotinas ou hábitos que podem alterar a qualidade do sono e principalmente quais os factores que influenciam o sono.

De seguida procedeu-se à transcrição integral das entrevistas para a realização da análise de conteúdo, depois de transcritas, inicialmente fizemos a análise vertical e posteriormente a análise horizontal.

A análise de conteúdo

A análise de conteúdo mostra-se de extrema importância nas ciências sociais pelo facto de permitir tratar informações complexas de modo metódico e com profundidade (Quivy & Campenhoudt, 1998).

No nosso estudo, devido à utilização de duas técnicas de recolha de informação, também foi necessário fazer dois tipos de análise de resultados.

Inicialmente fizemos a análise estatística de dados, através do programa SPSS, dos resultados obtidos no inquérito SHARE. Para uma leitura simplificada dos resultados elaboramos gráficos e fizemos a interpretação dos resultados.

Posteriormente fizemos a análise de conteúdo aos resultados obtidos através das entrevistas. Começamos por transcrever as entrevistas, de seguida fizemos a análise vertical e por fim a análise horizontal.

De acordo com os objectivos estabelecidos, a análise de conteúdo consistiu na procura e sistematização dos factores que influenciam a qualidade do sono e na identificação de situações ou problemas que possam estar na base do sono de má qualidade.

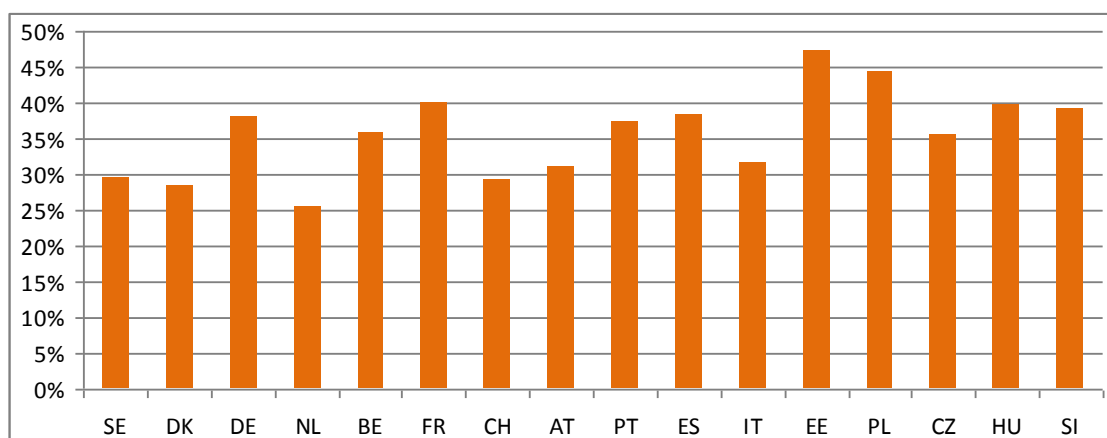
Capítulo III

Apresentação dos resultados

A apresentação dos resultados será acompanhada da sua discussão, à luz da literatura existente, com a intenção de facilitar a leitura dos mesmos. Tal como já foi referido, este trabalho envolveu a análise dos resultados obtidos através do SHARE, que passaremos a apresentar em primeiro lugar, e a análise das entrevistas que apresentaremos depois.

Análise dos dados obtidos através do SHARE

Gráfico 1: Indivíduos com dificuldade em dormir por país (%)



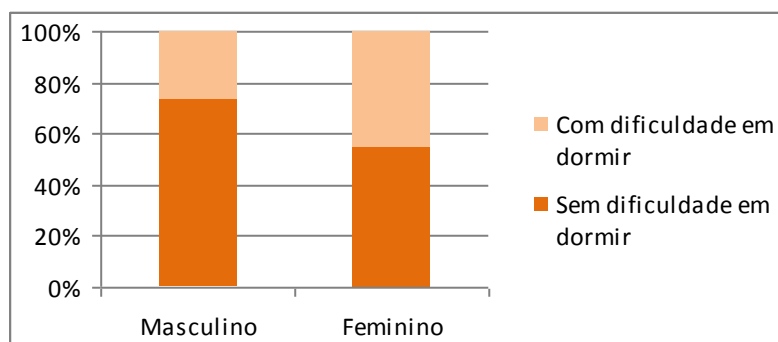
Fonte: SHARE vaga 4, versão 1, dados ponderados.

N=20337 (N não ponderado)

Comparativamente aos países Europeus analisados Portugal situa-se num nível intermédio, não sendo dos países que apresenta maior número de indivíduos (com 50 anos ou mais) com dificuldades em dormir, mas também não é dos países que apresenta menor número de indivíduos com este problema: 37.5% dos portugueses inquiridos apresentam dificuldades em dormir (gráfico 1). Podemos verificar que a Estónia, comparativamente com os outros países da Europa, é o país que apresenta maior número de indivíduos com dificuldades em dormir, estes

representam 47.5% dos inquiridos e a Holanda é o país que apresenta menor número de indivíduos com dificuldades em dormir, representando um total de 25.5 % dos inquiridos. A Alemanha (38%) e a Espanha (38%) são os países que mais se aproximam de Portugal (37.5%). No grupo da Europa do norte a Alemanha é o país em que se verificam maior número de indivíduos com problemas do sono, 38% dos inquiridos, (Dinamarca com 28% e Suécia com 29%), na Europa central é a França que apresenta maior número de indivíduos com problemas de sono, 40% dos inquiridos, (Holanda com 25.5 %, Bélgica com 36%, Suíça com 29% e Áustria com 31%) e na Europa de leste a Estónia é o país que apresenta maior número de indivíduos com dificuldades em dormir comparativamente com os outros países (Polónia com 44%, República Checa com 35.5%, Hungria com 39.5% e Eslovénia com 39%).

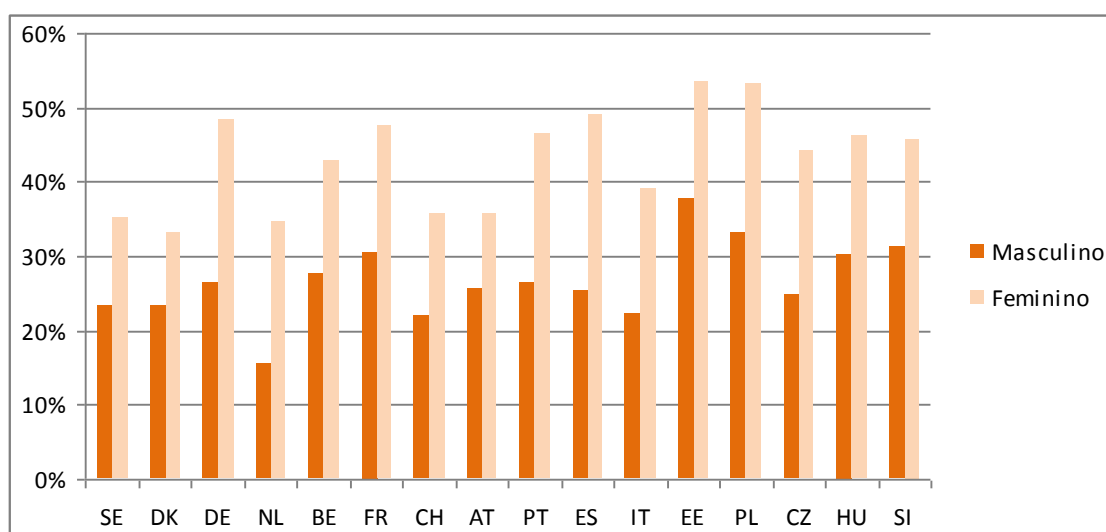
Gráfico 2: Dificuldades em dormir de acordo com o género (%)



Fonte: SHARE vaga 4, versão 1, dados ponderados.

N=560859 (N não ponderado)

Nos países europeus analisados, as mulheres revelam claramente maiores problemas de sono (47%), comparativamente com os homens (28%). A prevalência de maiores dificuldades em dormir no sexo feminino é congruente com os estudos que tem salientado que nos problemas do sono, as mulheres apresentam níveis ou valores mais elevados de queixas e distúrbios no sono do que os homens (Groege et al., s.d, cit in Arber et al., 2009). Um facto que também deveremos ter em conta é que as mulheres vivem mais anos que os homens, como nos alerta Oliveira (2008, p. 16), “as mulheres vivem em média mais anos do que os homens, sendo na Europa, por exemplo, de uns 7 anos a mais”.

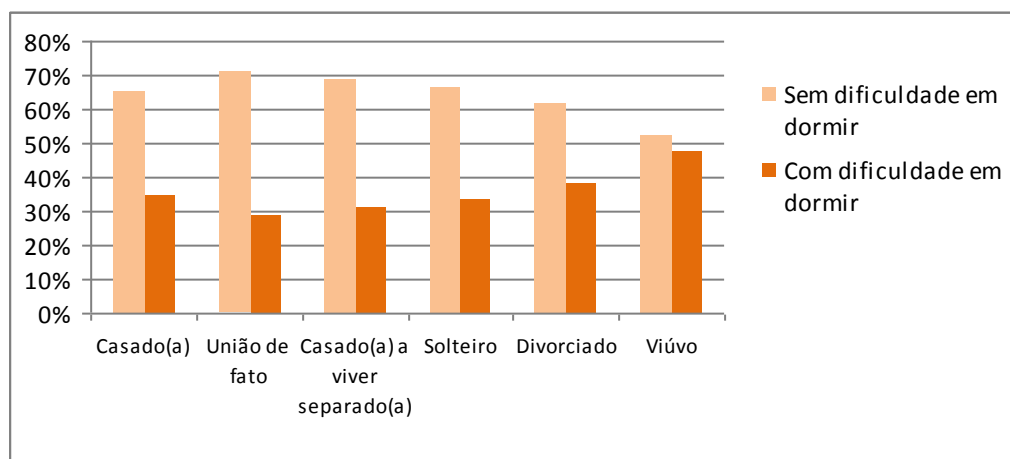
Gráfico 3: Dificuldades em dormir por país e género (%)

Fonte: SHARE vaga 4, versão 1, dados ponderados.

N=20337 (N não ponderado)

Em Portugal, bem como em todos os outros países Europeus analisados, verificamos a existência de grandes desigualdades de género relativamente às dificuldades em dormir (gráfico 3).

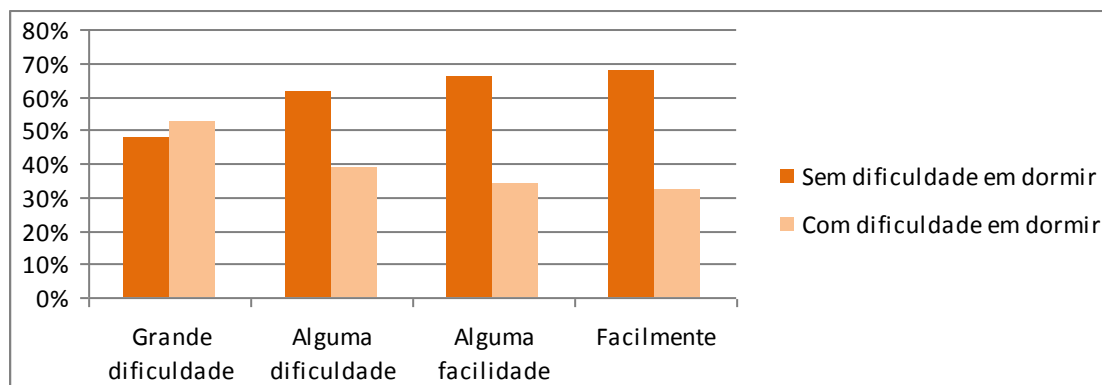
As mulheres posicionam-se negativamente quando comparadas com os homens: 47% das mulheres e 27% dos homens portugueses revelam ter problemas de sono. O país não se destaca dos outros países da Europa do Sul que apresentam valores semelhantes: em Espanha, 25% dos homens e 49% das mulheres têm problemas de sono e, em Itália, 23% de homens e 39% de mulheres também. De salientar que é em Espanha que se verifica maior desigualdade de género quando analisadas as dificuldades em dormir. A Dinamarca e a Áustria são os países onde a distância entre géneros é menos acentuada: na Dinamarca, 23% dos homens e 33% das mulheres afirmam ter problemas para dormir e, na Áustria, 26% dos homens e 36% das mulheres apresentam o mesmo tipo de problemas. A Estónia destaca-se dos restantes países europeus por ser o país que tem maior número de indivíduos com dificuldades em dormir, quer do sexo masculino (38%) quer do sexo feminino (54%).

Gráfico 4: Dificuldades em dormir de acordo com o estado civil (%)

Fonte: SHARE vaga 4, versão 1, dados ponderados.

N=56085 (N não ponderado)

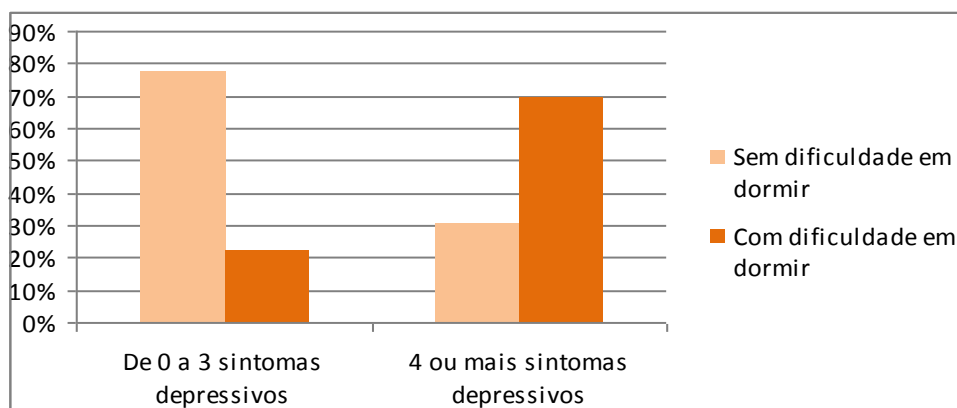
Os indivíduos a viverem em união de facto revelam menores dificuldades em dormir comparativamente com os outros indivíduos de outros estados civis, sendo que 71% dos indivíduos que vive em união de facto mostra não ter dificuldades em dormir, e 29% dos indivíduos que vive em união de facto sofre de dificuldades em dormir (gráfico 4). Os viúvos revelam ser os que mais sofrem de dificuldade em dormir, 48% dos inquiridos tem dificuldade em dormir enquanto de 52% revela não ter. Segundo Arber et al (2009), a falta do cônjuge, prejudica o sono, são os idosos casados que revelam melhor qualidade do sono, a autora refere ainda que, aqueles que vivem acompanhados parecem ter um sono com mais qualidade do que aqueles que vivem sozinhos. Verificamos que os casados (65%), aqueles que vivem em união de facto (71%) e os que, embora vivam separados, são casados (69%) tem menores dificuldades em dormir do que os divorciados (61.5%) e os viúvos (52%).

Gráfico 5: Dificuldades em dormir de acordo com a dificuldade em gerir o rendimento mensal (%)

Fonte: SHARE vaga 4, versão 1, dados ponderados.

N=54800 (N não ponderado)

Os indivíduos com maiores dificuldades em gerir o rendimento mensal são aqueles que mais dificuldades em dormir apresentam, 52% dos inquiridos com grande dificuldade em gerir o orçamento mensal revelam ter dificuldades em dormir (gráfico 5). Verifica-se que à medida que as dificuldades em gerir o rendimento mensal vão diminuindo as dificuldades em dormir também vão sendo menores, vejamos que aqueles que facilmente gerem o rendimento mensal são os que apresentam menor dificuldade em dormir. O que vai de encontro aos estudos realizados neste contexto, uma vez que Lallukka et al., (2010) salienta que as dificuldades económicas reflectem tensões financeiras que podem influenciar o sono.

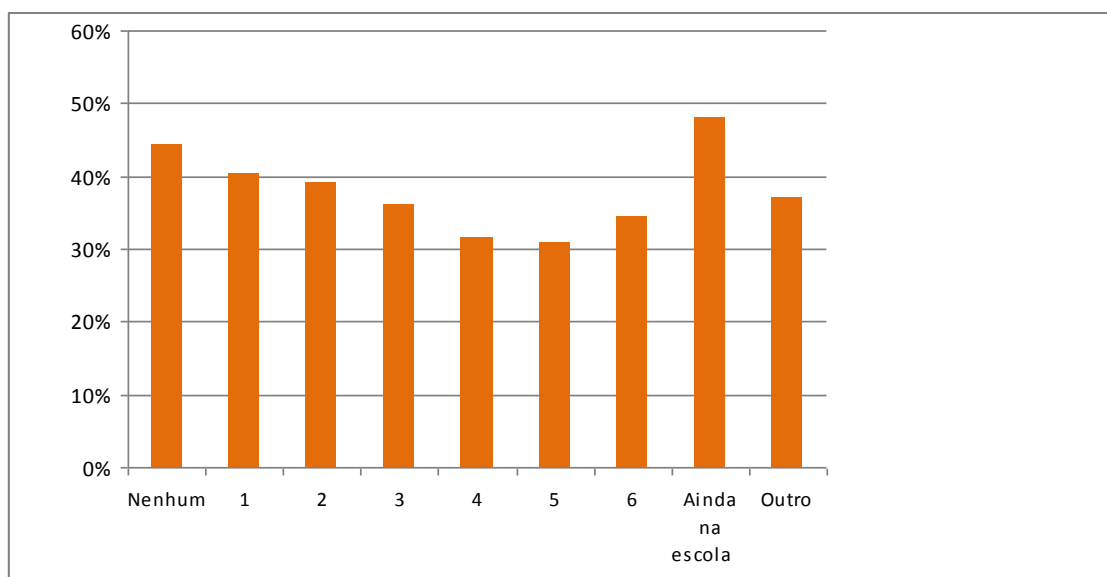
Gráfico 6: Dificuldades em dormir de acordo com sintomas depressivos (%)

Fonte: SHARE vaga 4, versão 1, dados ponderados.

N=56085 (N não ponderado)

Dos inquiridos, 70% com quatro ou mais sintomas depressivos revela ter dificuldades em dormir, enquanto que só 21% dos inquiridos com três, ou menos, sintomas depressivos revelam ter essa dificuldade, ou seja, os indivíduos com quatro ou mais sintomas depressivos tem maiores dificuldades em dormir do que aqueles que tem três ou menos sintomas depressivos. Também esta realidade é comum aos estudos que se têm desenvolvido, Arber et al (2009) refere nas suas pesquisas que a depressão é um factor que contribui para a falta de qualidade do sono.

Gráfico 7: Dificuldades em dormir de acordo com o nível de escolaridade (%)



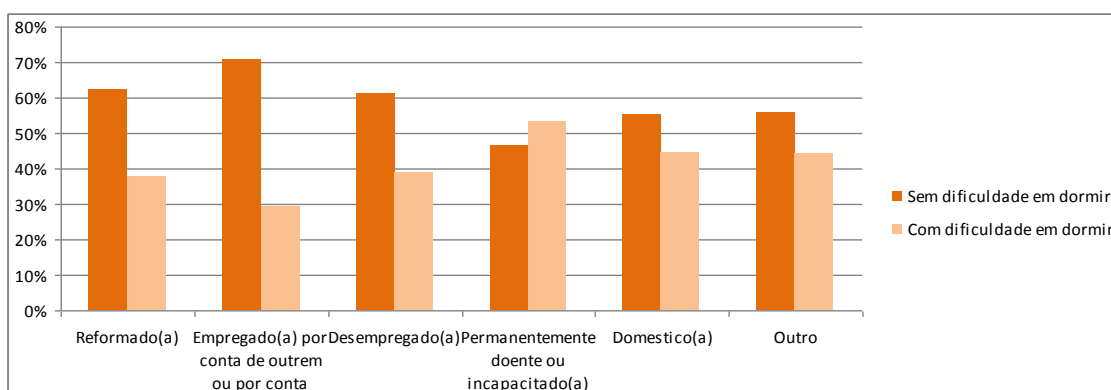
Fonte: SHARE vaga 4, versão 1, dados ponderados.

N=55253 (N não ponderado)

À medida que a escolaridade vai aumentando as dificuldades em dormir tendem a diminuir, (gráfico 7). Denota-se que 44.5 % dos inquiridos com dificuldades em dormir não tem nenhum tipo de escolaridade, 40.5% dos inquiridos com dificuldades em dormir tem o primeiro nível de escolaridade, 39% dos inquiridos com dificuldades em dormir tem o segundo nível de escolaridade,

36.5% dos inquiridos com dificuldades em dormir tem o terceiro nível de escolaridade, 32% dos inquiridos com dificuldades em dormir tem o quarto nível de escolaridade e 31% dos inquiridos com dificuldades em dormir tem o quinto nível de escolaridade. A tendência inverte-se quando analisamos o sexto nível de escolaridade, ou seja, verifica-se um aumento do número de pessoas com dificuldades em dormir que possuem o sexto nível de escolaridade. Quanto ao facto das dificuldades de sono diminuírem conforme o nível de escolaridade aumenta, a literatura diz-nos que as pessoas com níveis de educação superior tem melhores meios de melhorar o sono, tratar eventuais perturbações de sono, tem melhores condições de vida e tem consciência da importância do bom sono para a saúde (Lallukka et al., 2010).

Gráfico 8: Dificuldades em dormir de acordo a actividade profissional (%)



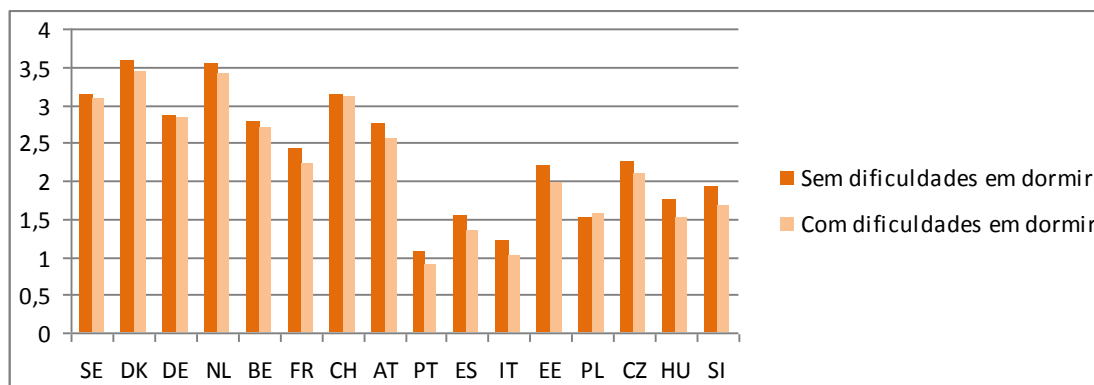
Fonte: SHARE vaga 4, versão 1, dados ponderados.

N=55759 (N não ponderado)

Os empregados por contra de outrem ou por conta própria são aqueles que apresentam menores dificuldades em dormir (71%), enquanto que os que estão permanentemente doentes ou incapacitados são os que apresentam maiores dificuldades em dormir (53%). Os reformados, logo depois dos trabalhadores por conta de outrem ou por conta própria, são aqueles que menores dificuldades em dormir apresentam, 62% dos inquiridos declara não ter dificuldades em dormir. Depois dos que apresentam maiores dificuldades para dormir, doentes ou incapacitados, surgem os domésticos, 45% dos inquiridos nesta situação mostra ter dificuldades em dormir, seguindo-se os desempregados, com 39% dos inquiridos nesta situação a revelar dificuldades em dormir. Está retratado na

literatura que a saúde é um factor chave na definição da qualidade de sono do indivíduo, de acordo com Arber et al (2009), o sono é fundamental para a saúde e o bem-estar. A falta de qualidade do sono está relacionada com problemas mentais e físicos (Lallukka et al., 2010).

Gráfico 9: Dificuldades em dormir de acordo com o número médio de actividades nos últimos 12 meses



Fonte: SHARE vaga 4, versão 1, dados ponderados.

N=55759 (N não ponderado)

Portugal destaca-se fortemente dos restantes países europeus analisados por ser aquele em que os indivíduos menos actividades fazem (gráfico 9). O número médio de actividades nos últimos 12 meses é ligeiramente superior a 1 actividade para aqueles que revelam não ter dificuldades em dormir e inferior a 1 actividade para aqueles que revelam ter dificuldades em dormir. Embora com proporções de actividade superiores, os restantes países do sul europeu são os que mais se aproximam de Portugal no que refere à média de execução de actividades, em Itália o número médio de actividades é 1.25 para aqueles que revelam não ter dificuldades em dormir e 1 para aqueles que revelam ter dificuldades em dormir, enquanto que em Espanha o número médio de actividades é 1.55 para aqueles que declaram não ter dificuldades em dormir e de 1 para aqueles que confessam ter dificuldades em dormir.

Em contraste, nos países do norte da Europa o número de inquiridos que faz mais actividades, em média, por ano e que revelam não ter dificuldades em dormir é superior ao numero de inquiridos que fazem menos actividades e que revelam ter dificuldades em dormir (Suécia 3.2 actividades em média por ano para os que

não tem dificuldades em dormir, e 3.1 para aqueles que tem dificuldade em dormir, Dinamarca 3.65 actividades para os que não tem dificuldades em dormir e 3.45 para aqueles que tem dificuldades em dormir, e Alemanha com 2.8 actividades para os que não tem dificuldades em dormir e 2.75 para aqueles que tem dificuldades em dormir). Seguindo-se os países do centro da Europa (Holanda 3.55 actividades, em média, por ano para aqueles que não tem dificuldades em dormir e 3.4 actividades para aqueles que tem dificuldade em dormir, Bélgica 2.75 actividades para os que não tem dificuldades em dormir e 2.7 actividades para os que tem dificuldades em dormir, França 2.4 actividades para os que não tem dificuldade em dormir e 2.25 actividades para os que tem dificuldades em dormir, Suíça 3.2 actividades para os que não tem dificuldade em dormir e 3.15 actividades para os que apresentam dificuldades em dormir e Áustria 2.7 actividades para os que não apresentam dificuldades em dormir e 2.55 actividades para os que apresentam dificuldades em dormir). Também os países de leste europeu apresentam, em média, mais actividades desenvolvidas por ano em comparação com Portugal em particular, e com os países do sul europeu em geral (Estónia 2.2 actividades para os que não tem dificuldade em dormir e 1.95 actividades para os que tem dificuldades em dormir, Republica-Checa 2.25 actividades para os que não tem dificuldade em dormir e 2.15 actividades para os que tem dificuldades em dormir, Hungria 1.75 actividades para os que não tem dificuldade em dormir e 1.5 actividades para os que tem dificuldades em dormir e a Eslovénia 1.9 actividades para os que não tem dificuldade em dormir e 1.7 actividades para os que tem dificuldades em dormir). Não incluímos a Polónia na descrição dos países de leste europeu, porque este país, em comparação com os outros é o único onde os inquiridos que revelam não ter são problemas de sono são aqueles que fazem menos actividades, em média, por ano, assim 1.51 actividades para os que não tem dificuldade em dormir e 1.6 actividades para os que tem dificuldades em dormir. Excepto na Polónia, verificamos que existe uma relação entre o número de actividades desenvolvidas e menores dificuldades em dormir.

Análise das entrevistas

Breve caracterização dos entrevistados

Dos vinte e um entrevistados, onze são homens e dez são mulheres. Todos os entrevistados residem no concelho de Vila Verde e têm idades que variam entre os 63 e 91 anos, (as mulheres apresentam idades dos 66 aos 91 anos e os homens dos 63 aos 84 anos). Todos os entrevistados são reformados. Verifica-se uma grande heterogeneidade nos percursos de vida destes entrevistados, bem como na situação familiar, económica e na qualidade do seu sono. Em termos de saúde há alguma homogeneidade com todos os entrevistados a relatarem problemas de saúde, uns mais graves e outros menos graves.

Caracterização demográfica, económica e social

Estado civil

Das mulheres entrevistadas, cinco são casadas (Eva, Dora, Victória, Albertina, Rosário), duas são separadas (Joana, Lucinda), uma solteira (Fernanda) e duas são viúvas (Célia, Filomena).

Quanto aos homens entrevistados, sete são casados (Filipe, Alberto, Joaquim, Augusto, Jorge, Amadeu, Domingos) dois são separados (Duarte, Carlos), um solteiro (António) e um é viúvo (Eduardo).

Situação Familiar

Os agregados familiares são relativamente pequenos, constituídos somente pelo entrevistado e o cônjuge, ou seja, o casal (Filipe, Alberto, Joaquim, Augusto, Eva, Dora, Vitória, Albertina, Rosário e Amadeu), pelo casal com um filho (Domingos), pelo casal com dois filhos (Jorge) ou pelo entrevistado, a filha e o genro (Joana e Célia). Os restantes, (Fernanda, Filomena, Lucinda, António, Duarte,

Eduardo e Carlos) vivem sozinhos porque não constituíram família no caso de Fernanda e António ou porque ficaram viúvos, no caso de Filomena e Eduardo, ou ainda porque se divorciaram no caso de Lucinda, Duarte e Carlos.

Todos os entrevistados, excepto um (António), que diz não ter nenhuma relação com a família, revelam ter uma relação de grande proximidade com os familiares. Apuramos que aqueles que constituíram o seu agregado familiar e tiveram filhos, a maioria dos casos observados, mantêm uma relação de proximidade com os filhos *“Os mais próximos são os filhos, são quatro rapazes e uma rapariga (...) Qualquer preocupação, desabafo com os filhos”* (Fernanda).

Aqueles que não casaram, neste caso a Fernanda, ficou com uma relação bastante próxima com os irmãos. *“Aqueles que me relaciono melhor estão longe, os meus irmãos, um está no Porto, na Maia, outro está em Coimbra (...) temos uma boa relação, com o meu irmão que mora aqui relativamente perto (...) visita-me ao domingo, sempre”* (Fernanda).

O entrevistado António diz não ter nenhuma relação com a família e ter como pessoas mais próximas dois amigos *“A pessoa mais próxima é um colega meu (...) Só, só me vale estes dois amigos (...) É ele que me... que me leva a daqui a Braga e traz-me a todo o lado (...) É com o amigo que é da casa e com o outro que é que me traz sempre... no... no carro”* (António).

Os filhos continuam a ser a principal fonte de preocupação para a maior parte dos entrevistados: *“As preocupações deles (filhos) acabam muitas vezes por ser as minhas (...) portanto, a minha família, é como digo, pois claro que é uma fonte de preocupação, em termos de, por exemplo, em relação aos meus filhos, se têm ou não têm emprego (...) a minha filha, enfim é sempre uma preocupação, porque nós sabemos que hoje têm emprego, mas é um emprego muito efémero, a... hoje tudo é muito efémero, e a gente está sempre com receio (...)”* (Albertina).

Uma grande parte dos entrevistados (quatorze) aponta os filhos como motivo de preocupação mas trata-se de uma preocupação relativa, ou seja, preocupam-se com as situações profissionais dos filhos, a instabilidade económica com que alguns vivem devido a empregos mais precários, preocupa-os saber que poderão ficar doentes ou ter algum acidente nas suas viagens entre o trabalho e casa *“preocupa, porque vejo que eles têm, portanto o rapaz ainda não tinha casado, já teve dois gémeos, um rapaz e uma rapariga. (...) A outra também que trabalhou e*

estudou e teve os dois filhos juntos e depois começou a trabalhar muito cedo, (...) E este em Valpaços, muito longe da família mas pronto (...) preocupa-me especialmente as viagens (...) quando ouço uma ambulância ou qualquer coisa, e que eles não estão na terra, a minha preocupação é logo” (Rosário).

Célia, Dora, Filomena e Amadeu referem os filhos como fonte de preocupação de forma diferente dos anteriores entrevistados pois mencionam situações de conflito ou afastamento que tiveram, a questão das partilhas também aparece referida como motivo de afastamento *“tive muitos problemas entre uma filha (...) foi uma chatice muito grande, (...) foi o que acabou comigo (...) Porque morreu-lhe um filho (...) e depois a nora na vez de fazer inventário daquilo que era, que era da mãe dele, fez inventário daquilo que era meu, que era da avó, (...) que não lhe pertencia nada (...) Não discuti com ela, nem lhe quero mal nenhum, nem lhe desejo mal nenhum, mas fiquei muito sentida (...) e foi essa a discussão que tive, mas andei três anos e meio no tribunal, para tornar a legalizar tudo (...) sofri muito, tive muito desgosto e sofri muito (...) e eu ainda hoje tenho, sofro muito por isso” (Célia).* As relações familiares de conflito são relatados pelos entrevistados com frequência, dez dos entrevistados (Joana, Célia, Fernanda, António, Filipe, Duarte, Carlos, Augusto, Amadeu e Domingos) relatam relações familiares de conflito, umas mais recentes e que geram preocupação e desconforto, como é o caso de cinco dos entrevistados (Joana, Célia, Fernanda e Amadeu) *“Os filhos agora não querem saber da mãe, não querem saber de nada. Olhe que isto é triste, não é? (...) E a minha mulher está internada à conta dela, o que a minha mulher chorou à conta da filha mais nova. (...) O dinheiro foi o facto desses... foi o que me estragou a família, que a família era toda minha amiga (...)” (Amadeu).*

Alguns dos entrevistados referem relações de conflito com familiares, não com os filhos, mas já com uma certa antiguidade e que já não representam motivo de inquietação (António, Filipe, Duarte, Carlos, Augusto e Domingos) *“Tenho duas irmãs. Uma dou-me bem, a outra... não. Estamos zangados. (...) Já tem precedentes antigos, mas agravou-se mais com a questão das partilhas. Porque... quanto a mim, e é a minha opinião e não será a dela, ela usou... abusou de truques que não estão habituados entre irmãos” (Duarte).*

Relações de amizade e vizinhança

As relações de vizinhança aparecem retratadas por todos os entrevistados como sendo boas relações, em alguns casos de solidariedade e ajuda mútua (Dora, Fernanda, Augusto e Alberto), *“Não são muitos mas tenho (...) e dou-me muito bem, melhor... não digo que os filhos, mas pronto é uma pessoa que neste momento tem toda a confiança, porque ele chegou-me a levar ... levava-me a comida a casa, da casa dele. Fazia e trazia-me a casa, quando eu me aleijei aqui do ombro, o ano passado. Caí e parti a clavícula. “Tu não sais daqui, tu vais recuperar e quando, só quando, estiveres curado é que eu deixo de trazer a comida”. E trazia-me à noite, trazia-me ao meio-dia, e assim.... Portanto só tenho que dizer bem”* (Alberto).

De salientar que, nalguns casos, são grupos de amigos com os quais desenvolvem actividades e conversam diariamente (Albertina, Vitória): *“Somos um grupo de professoras reformadas (riso) e vamos lanchar, dar as nossas caminhadas, por a conversa em dia”* (Albertina).

Apenas um entrevistado (Amadeu) admite ter uma relação conflituosa com dois dos vizinhos, segundo este, foram eles, os vizinhos, que incentivaram a filha a abandonar os pais. *“Dou-me bem com os vizinhos. Tenho lá dois... (...) não estou bem. Foi o que ajudou a meter veneno à minha filha (...) para ela me abandonar”* (Amadeu).

Situação económica

Verificamos que, mesmo quando têm muitas dificuldades (Joana, Fernanda, Dora, António, Duarte, Joaquim e Jorge) mesmo quando têm pensões baixas e nenhum outro rendimento os entrevistados gerem as despesas de acordo com o que recebem: *“Suficiente não é, (...) tenho muitas despesas, claro. Vivo da minha pensão e pago tudo, há aquele mês, por exemplo, aconteceu-me este mês, avariou-me a máquina de lavar, avariou-me o fogãozinho pequenino que tenho eléctrico, ora esses meses que aparecem assim umas coisas, claro que para mim já é uma confusão, (...) tenho que ajustar, não compro mais isto ou não compro mais aquilo (...)”* (Fernanda).

Todos os entrevistados pagam as despesas com a habitação, medicação e alimentação sem atrasos, com maiores ou menores dificuldades, alguns à custa de um estilo de vida muito frugal e grandes sacrifícios, como comprovamos nos discursos dos entrevistados: *“Fazendo um bocado esforço consigo, comigo e com a minha mulher. Não dá para muito. Para uma pessoa ter que... é como o governo diz apertar o cinto, é preciso”* (Domingos).

Apenas um entrevistado (Jorge) por ter problemas de saúde que lhe retiraram a mobilidade, impedindo-o de fazer o que quer que seja, depende economicamente da ajuda dos filhos: *“Sim, os meus filhos ajudam (chora)”* (Jorge). Os restantes entrevistados, em número de vinte, não dependem actualmente da ajuda económica de alguém *“Não e também não queria depender de ninguém”* (Amadeu).

Treze dos entrevistados afirmam conseguir pagar uma despesa inesperada de 500€ (Eva, Vitória, Albertina, Filomena, Rosário, Filipe, Alberto, Duarte, Eduardo, Carlos, Augusto, Amadeu e Domingos): *“conseguia, sim senhor. Neste momento”* (Alberto). Oito dos entrevistados dizem não conseguir pagar, tendo de recorrer a familiares ou amigos (Joana, Célia, Fernanda, Dora, Lucinda, António, Joaquim e Jorge): *“não, não tinha como pagar. Podia recorrer ao meu ex marido e estou convencida de que os meus filhos também me ajudavam”* (Lucinda).

Todos os entrevistados, excepto um (Dora), independentemente do valor da pensão que auferem e que varia entre os 175 € e os 1900€, partilham a situação de não terem dívidas: *“não tenho dívidas, graças a Deus. Ando com a cabeça no ar”* (Eduardo). Até a entrevistada que tem dívidas (Dora) diz ter o pagamento das dívidas controlado e planeado: *“tenho dívidas, mas está resolvido”* (Dora).

Dos entrevistados, oito deles revelam ter preocupações económicas quanto ao futuro, (Joana, Fernanda, Vitória, Albertina, Rosário, Filipe, Eduardo e Jorge), *“Preocupa o que me pode acontecer amanhã. (...) Porque há coisas que há, tenho medo que, é como eu digo, tenho medo (...), tem meses que não quer chegar, eu é que estou às vezes com um bocadinho do saldo do mês passado par ir para o da frente, porque se não às vezes não chega, porque teve meses que não chegou”* (Filipe).

Vitória, Albertina e Rosário temem principalmente pelos filhos, *“Em termos futuros, a pessoa neste momento tem sempre. Porque os empregos dos filhos são um pouco instáveis, (...) e nunca sabemos se teremos que ser o suporte e continuar a*

suportá-los, não é, a não é a educação, mas a vida deles, quer dizer dar ajudas (...). Em termos futuros, (...) não vê (...) melhoras, não é” (Albertina).

Fernanda preocupa-se principalmente porque o seu problema de saúde tem-se agravado e não sabe se terá condições económicas para ser admitida num lar, e não quer dar trabalho aos irmãos *“Muito, muito, muito, preocupa-me muito, é assim, se eu morrer de repente (...) se não é, penso assim, vou para o lar, é o que eu penso, não quero ir para os meus irmãos, nenhum deles, (...) sou muito amiga daqueles (...) mas não quero a casa deles para habitação, (...) eu acho que ia não me sentir bem, (...) eu ia-me sentir um “estrovilho” (...) mas que me preocupa, preocupa muito” (Fernanda).*

Dos restantes que não têm preocupações relativamente ao futuro, alguns têm uma vida estável economicamente e o futuro não os assusta. É o caso do Alberto, *“eu não... essas preocupações eu não tenho, (...) está equilibrado. Porque eu tenho sempre dinheiro na Alemanha porque (...) o dinheiro da minha reforma não vem para aqui. Está bom” (Alberto).*

Outros já fizeram inscrições no lar de idosos e planeiam ser institucionalizados sentindo-se mais tranquilos em relação ao futuro, como no caso do Duarte *“Em termos futuros, eu não penso muito em termos futuros, como sabe está programado eu para o lar em Setembro, portanto na questão do futuro, de telhado de casa e de mais ou menos alguém que trate por mim, acho que está organizado” (Duarte).*

Noutros casos, como a Célia, vive com a filha e por isso diz não ter preocupações com o futuro *“Não (...) agora estou aqui (na casa da filha), resolveu-se a minha vida” (Célia).*

Estado de Saúde

Em relação ao estado de saúde, todos os entrevistados, sem excepção, revelam ter problemas. A maior parte dos entrevistados revelam problemas de saúde mais graves, como colesterol, hipertensão, diabetes e problemas de ossos, sendo este último, bastante comum entre os entrevistados *“Tenho vários, tenho normalmente a tensão alta, sou hipertenso (...) sou diabético, tenho colesterol e tenho triglicéridos acima do normal” (Duarte).*

Apenas dois dos entrevistados (Alberto e Filipe) revelam problemas de saúde ligeiros *“Até este momento, não tenho (...) De um momento, amanhã pode haver uma dor de cabeça, pode isto ou... de momento não sinto nada, só tinha assim uma dorzinha no estômago, aquela coisa aborrecida”* (Alberto).

São também estes entrevistados que dizem ter problemas de saúde ligeiros, que afirmam só tomar medicamentos em casos esporádicos, *“não tomo. Só tomava para o estômago, obviamente já tinha dito (...) que eram uns comprimidozitos pequeninos quando tinha assim uma dorzinha no estômago, aquela coisa aborrecida, num é? (...) esses comprimidos estão sempre comigo, porque às vezes... não é por ser muita dor, é aquele aborrecimento. A gente quer dormir e não consegue, tomamos um comprimidozito e aquilo vai varrendo”* (Alberto).

Todos os outros entrevistados tomam medicação diariamente *“sim tomo, para os diabetes, para as tensões, para a minha má circulação (...) é para o sangue ser mas fino, e tomo diariamente”* (Eduardo).

Apenas Célia, Duarte e Carlos revelam sofrer de efeitos secundários dos medicamentos, *“ (...) provoca-me, dá-me sono. Eu não quero dormir. Eu não quero comprimidos para dormir, não posso com eles”* (Célia).

A maioria dos entrevistados não sofre de nenhuma doença crónica, a não ser a Vitória que sofre de epilepsia *“tenho epilepsia desde os vinte e cinco anos”* (Vitória).

Quanto à depressão, esta afecta maioritariamente as mulheres. Cinco das mulheres entrevistadas sofrem de depressão (Célia, Fernanda, Dora, Albertina e Rosário) *“uma depressão sim, tem havido depressão principalmente desde que a minha filha faleceu. Os dois foram um, foi muito perto um do outro”* (Dora). Enquanto que só um homem entrevistado revela sofrer de depressão (Domingos) *“Depressão, sim, às vezes tenho, às vezes tenho, é verdade.”* (Domingos).

Apenas Albertina e Lucinda sofrem de ansiedade. No caso de Lucinda, esse problema afecta-a bastante *“Ora bem, provavelmente eu tenho uma ansiedade que eu já acho que é (pausa) uma doença”* (Lucinda), contudo nenhum dos homens entrevistados revela sofrer de ansiedade. O nervosismo afecta tanto os homens como as mulheres, neste aspecto estão equivalentes, três dos homens e três das mulheres entrevistados se mostram nervosas em determinadas situações. *“Sou muito nervosa. É... tudo, tudo me enerva”* (Rosário).

Nenhum dos entrevistados, excepto Joana, que sofre de asma e António que sofre de apneia do sono, sofre de qualquer tipo de doença que perturbe ou afecte o sono. Contudo, as dores são relatadas por vários entrevistados como o principal motivo, relacionado com a saúde, responsável por afectar a qualidade do sono *“Os problemas de saúde afectam o sono porque tenho muitas vezes dores e não consigo dormir (...) as dores tiram-me o sono, eu tomava remédio para adormecer, adormecia e assim, mas tornava a vir a dor e eu acordava”* (Rosário).

Grande parte dos entrevistados relata alterações das rotinas diárias devido a problemas de saúde, em alguns casos, os problemas de saúde chegam mesmo a impedi-los de fazerem as actividades da vida diária como tomar banho *“tenho uma senhora que me vem fazer a minha higiene (...) um problema de saúde óssea, (...) preocupa-me muito, muito, não posso me movimentar, era uma coisa que eu podia e agora sinto-me presa, quero fazer as coisas e não posso, fico muito irritada, (...) tenho outras alturas que (...) fico muito irritada, muito nervosa (...)”* (Fernanda).

Outros tiveram que abandonar actividades que faziam, como a agricultura, *“a angina de peito alterou (...) agora já se sabe que não posso fazer aquilo que eu fazia porque por vezes se a dor me aparece tenho que parar. O trabalho era no campo, por isso trabalho no campo acabou. Tinha animais (...) arrumei com tudo”* (Augusto).

Estilos de Vida

A maior parte dos entrevistados considera-se activo. Alguns admitem que em termos físicos são menos activos devido aos problemas de saúde, mas em termos psíquicos e sociais continuam bastante activos, *“eu não páro menina, embora não faça exercício, adoro ler, adoro estar a navegar na internet, gosto de passear, vou visitar a minha ex mulher, vou visitar os meus filhos”* (Duarte).

Todos os entrevistados relembram os benefícios de uma vida activa, o facto de desempenharem tarefas, quer em casa o trabalho doméstico, principalmente no caso das senhoras, quer no quintal ou no jardim, no caso dos homens, contribuem para o seu bem-estar.

Qualidade do Sono

Para facilitar a interpretação dos resultados relativos à qualidade do sono, optou-se por fazer uma análise de género, analisando primeiro a qualidade do sono dos homens e depois a qualidade do sono das mulheres.

Quatro dos homens entrevistados afirmam que dormem mal (António, Filipe, Duarte e Amadeu). *“Bem não durmo. Sempre dormi mal (...) como é que hei-de dizer, da minha infância, de rapaz novo praticamente nunca dormi bem”* (Filipe). Um dos entrevistados (Duarte) dorme mal mesmo tomando um comprimido para dormir *“Sim. Eu tive sempre dificuldades em dormir. Eu já tomo (...) um sonífero, pequenino, desde a idade dos cinquenta e tal anos. Eu tinha muitas dificuldades em dormir”* (Duarte).

Os restante entrevistados dormem bem (Alberto, Eduardo, Carlos, Joaquim, Augusto, Jorge e Domingos), *“durmo bem (...) sabe como é, quando o corpo anda cansado até se dorme nem que não queira”* (Augusto).

Dois dos entrevistados que dormem bem afirmam tomar comprimidos para dormir (Eduardo e Jorge) *“Eu tomo um comprimido para dormir e fico por aí (...) Já tomo há bastante, para adormecer”* (Eduardo).

As razões apontadas pelos entrevistados para explicar os problemas de qualidade do sono são diversas. António dorme mal devido a um problema de saúde - apneia do sono: *“custa-me muito, custa-me muito a adormecer, durmo mal”*. Em relação ao Filipe aponta as preocupações da vida e a dureza do trabalho que realizou como factor chave para o aparecimento dos problemas de sono, *“os meus pais eram arrendatários de terras, (...) e eu às vezes para ver se ia ganhar algum tostão, porque os pais nunca tinham tostões para dar a ninguém, (...) punha-me a pé cedíssimo para adiantar o trabalho (...) como agora, também é claro acontece-me a mesma coisa, tenho as ocupações e pronto, não é, se não posso andar aí a trabalhar há um problema, (...)”*. Duarte aponta o divórcio e as difíceis rotinas que tinha como camionista durante a vida profissional, como principais motivos para o aparecimento dos problemas de sono *“Olhe, várias coisas. Houve lá... houve em tempos (...) era um divórcio que foi litigioso... porque a minha mulher não queria... não se queria divorciar, eu que era influenciado pela minha mãe, pela minha falecida*

mãe, pelo meu pai, queriam que eu me divorciasse e tal e coisa. Depois nesse intervalo andei a fazer viagens à Alemanha (...) eram viagens muito longas a fazer 24 horas de... de estrada”.

Por último, Amadeu aponta as discussões e desentendimentos com os filhos como principal motivo para o aparecimento dos problemas de sono: *“ponho-me a pensar o que a minha vida é (...) vou-lhe dizer, antes vinham os filhos todos (...) comiam, filhos e netos e coisa (...) e agora são vadios...oh...oh...oh, ò Senhor do Carmo, olha isto (...) Tiram-me o sono e tiram...e muitas vezes tira-me a vontade de comer”*

Dos entrevistados que dormem bem, dois (Alberto e Domingos) relatam as dores como principais motivos para acordar e para perder qualidade de sono. Domingos acorda frequentemente com dores, tem de se sentar na cama e esfregar as pernas uns minutos até que a dor passe e depois volta a adormecer: *“Eu acordo e tenho que me sentar na cama e esfregar nas pernas. Esfrego, esfrego, (...) e depois deito-me outra vez, adormeço (...) se tiver muitas dores... enquanto tiver dores num durmo. Mas depois de as dores abrandarem adormeço logo”* (Domingos).

Mesmo os entrevistados que dormem bem relatam alterações no sono quando surge algum problema com os filhos, alguma preocupação económica ou alguma situação fora da rotina, apontando estas situações como esporádicas *“Tenho dormido bem. Tem dias que custa mais a adormecer, o sono... preocupa-me mais quando tiver um problema para resolver”* (Joaquim).

António, Filipe e Amadeu dormem mal e dizem acordar muitas vezes durante a noite, *“acordo muitas vezes. Isto quando pegar um soninho de três, quatro horas para mim é uma maravilha.”* Ao contrário de Filipe que dorme mal, Duarte diz acordar apenas uma vez durante a noite *“E portanto só... acordo para vir fazer... para urinar”.*

Todos os indivíduos do grupo dos que dormem bem (Alberto, Eduardo, Joaquim, Augusto e Jorge) dizem que não acordam durante a noite ou então acordam uma única vez: *“é porque tenho que ir à casa de banho ou assim. Senão é quase directo”* (Jorge).

Mesmo a dormir bem, Carlos e Domingos dizem acordar várias vezes durante a noite. Carlos acorda com fome ou para ir à casa de banho: *“acordo mais ou menos à meia-noite, durmo uma hora (...) depois como duas bananas, são três horas, depois acordo lá prás sete horas, sete e meia”,* e Domingos acorda por causa

das dores: *“uma, duas vezes consoante se... olhe esta noite, por acaso, não me recorda acordar, mas a noite passada acordei duas vezes para esfregar nas pernas”*

Os entrevistados partilham a sensação de segurança durante a noite, excepto Alberto e Filipe, que já foram vítimas de assalto (Filipe) e tentativa de assalto (Alberto) e que confessam ter receio de que volte a acontecer. Contudo não apontam este facto como motivo para perderem o sono, *“olhe, tenho medo. Tenho medo que já fui apertado. Apertado, apertado não foi, mas já chegaram a tentar entrar a chavinha na porta. E eu por acaso estava por ali à beirinha e ouvi: tic, tic, tic, tic. E pensei que era a... era a minha esposa, (...) espreeitei, pus-me assim até na cama, espreeitei assim pelo vidro da porta e vejo uma sombra pelo caminho. (...) eu sei que berrei, falei assim bravo: Que é que você quer? E ele, pelo caminho fora, nunca mais vi o homem”* (Alberto)

Os entrevistados que dormem acompanhados revelam não se incomodar com a presença das esposas, o facto delas se virarem, irem à casa de banho ou eventualmente ressonarem não os incomoda: *“não me incomoda. Eu às vezes nem dou fé dela ir ao quarto de banho, nem ou de se virar (...) não me incomoda”* (Domingos). Contudo, os entrevistados que são cuidadores (Alberto, Filipe, Amadeu e Joaquim) confessam que o facto de cuidarem das esposas lhes perturba o sono: *“se ela estiver em casa, como vai, tem ido ao sábado e domingo, no geral fica numa caminha, eu fico noutra, mas eu estou sempre mais preocupado, se ouvir uma coisa qualquer, um gemer ou um ruído qualquer, para ver o que é que se passa. Quando ela está, já estou a dormir mais mal”* (Filipe).

Somente Joaquim afirma o contrário, que cuidar da esposa não interfere com o seu sono. *“É, tenho que cuidar dela. Coitada, ela... sofre de ataques epilépticos. E essa... essa é muito doente. Tem diabetes, tem colesterol, tem essas coisas todas. Não incomoda, está controlado”* (Joaquim)

Todos os entrevistados, excepto António, dizem sentir-se retemperados pela manhã, mesmo aqueles que dormem mal, *“sinto-me bem (...) eu nem parece a idade que tenho”* (Amadeu).

A maior parte dos entrevistados faz sesta durante o dia: *“sim, às vezes. Meia hora, uma hora, depende dos dias”* (Eduardo). Este hábito parece não interferir com a qualidade do sono durante a noite porque Eduardo, Jorge e Domingos dormem bem durante a noite.

Relativamente às estratégias adoptadas pelos homens para os ajudar a dormir melhor, Duarte diz acordar a meio da noite e tomar um segundo comprimido para dormir e Carlos diz comer o que o ajuda a dormir novamente, os restantes entrevistados não confessam nenhuma estratégia.

Os homens que dormem mal afirmam que a solução do problema passa por tomar medicação para dormir, no caso de Carlos: *“um medicamento para dormir melhor, seria uma solução”*; resolver os problemas, no caso do Joaquim: *“era não ter... era não ter esses problemas”* e, no caso do Amadeu, ver os problemas com os filhos resolvidos: *“se os meus filhos se dessem melhor dormia melhor, porque isto...isto para mim a... rebenta comigo”*. Domingos refere que se não tivesse dores dormiria melhor ou, pelo menos, não acordaria tantas vezes durante a noite. Os restantes entrevistados dizem não saber qual seria a solução para os seus problemas de sono.

Em relação à qualidade do sono das mulheres, seis das mulheres entrevistadas dormem mal, (Eva, Joana, Célia, Fernanda, Filomena e Rosário): *“deito-me e muitas vezes não durmo, porque, ou com dor, ou com preocupações, começo a pensar e perco o sono passo noites em claro, sem dormir mesmo (...)”* (Fernanda).

Uma das entrevistadas (Eva) dorme mal mesmo recorrendo a medicação para dormir: *“Durmo muito mal (...) se meter uma dose pesada que eu adormeça, eu parece que venho do paraíso, (...) acordo bem disposta, apetece-me conversar, se não dormir eu venho, (...) estou sentada todo o dia onde eu não sossego nada a cabeça (...) é que eu tenho noites que nem pego a dormir”*.

Quatro das mulheres entrevistadas afirmam que dormem bem (Dora, Vitória, Albertina e Lucinda), *“Sempre dormi bem (...) olhe, de uma maneira geral durmo bem”* (Lucinda).

No entanto algumas delas (Dora, Vitória e Lucinda) recorrem a medicação para dormir *“tomo medicação para dormir por obrigação, digamos, porque com o neurologista já tentamos, agora há muito tempo que me deixei disso. Tentamos, ia diminuindo e aí é que vinham as crises de maneira que ele disse pronto não vale a pena tentarmos, (...)”* (Vitória).

Das mulheres entrevistadas Eva, Joana, Célia, Fernanda e Rosário apontam as dores como principal motivo para dormirem mal “ (...) *é dor que tenho e depois não tenho posição para estar e acordo*” (Fernanda). Seguem-se as preocupações com os filhos (Filomena, Rosário) “*acho também que é devido às preocupações porque vejo que a minha a vida foi difícil mas a dos meus filhos vai ser muito pior, embora eles tenham cursos e assim, mas vai ser pior*” (Rosário).

Também as mulheres entrevistadas que dormem bem relatam alterações no sono, esporadicamente, quando surge algum problema com os filhos ou familiares próximos, alguma preocupação económica ou alguma situação que foge à rotina “*é como digo, há alturas e há alturas, não é, quando tudo corre bem, quer dizer, quando está tudo bem, não é, durmo facilmente, alguma preocupaçãozinha, prontos, uma pessoa já dorme pior*” (Albertina).

Quer as entrevistadas que dormem bem, quer as que dormem mal, dizem acordar várias vezes durante a noite, “*para vir ao quarto de banho, acordo para aí quatro ou cinco vezes*” (Joana).

Só Dora e Vitória dizem não acordar ou acordar uma única vez durante a noite “*uma vez para fazer um xixi. Agora, porque antigamente era doze horas seguidas*” (Vitória).

Todas as entrevistadas têm em comum o facto de se sentirem seguras durante a noite “*medo não tenho, não, seguríssima*” (Fernanda).

Das mulheres entrevistadas Joana, Célia, Fernanda, Filomena e Lucinda dormem sozinhas. Eva, Dora, Vitória, Alice e Rosário, vivem com os maridos, mas tal não significa que durmam com eles.

Dora, Vitória e Alice dormem com os maridos e confessam que a presença destes não as incomoda “ *no início havia, prontos, nós agora também já estamos casados à trinta e tal anos, já nos fomos adaptando um ao outro, não é*” (Alice).

Eva e Rosário vivem com os maridos mas dormem em camas separadas porque dizem que o ressonar e o virar/levantar do marido as incomoda de tal forma que não conseguem dormir na mesma cama “*o meu marido já me incomodou muito, agora não. Dormimos separados, incomodava-me o ressonar dele (...) e foi por isso que nós mudamos de cama*” (Eva).

Três das entrevistadas são cuidadoras (Dora, Vitória e Alice) mas revelam que o facto de cuidarem dos maridos no caso de Dora e Vitória e da mãe no caso de

Albertina, não perturba o seu sono. Dizem sentir-se, por vezes, mais alerta e acordar com mais facilidade *“Eu tenho que ter atenção com ele como se tivesse um bebé pequeno estou a dormir, mas qualquer coisa... (...) mas sempre tive assim um sono muito leve (...) eu é que estou sempre a trabalhar à noite para o vigiar (...) eu mesma às vezes é que lhe pergunto, queres ir à casa de banho?”* (Dora)

As entrevistadas que dormem mal (Eva, Joana, Célia, Fernanda e Rosário) afirmam não ter um sono retemperador, traduzindo-se, muitas vezes, em cansaço e dores de cabeça pela manhã. *“Muitas vezes parece que nem dormi (riso) parece que andei toda a noite”* (Célia). As restantes dizem ter um sono retemperador *“De manhã acordo bem, apta a poder ajudar”* (Albertina).

Apenas Albertina, Lucinda e Rosário admitem fazer a sesta durante o dia, mas não todos os dias e durante pouco tempo *“Sim, às vezes faço, deito-me um bocadinho para descansar o corpo e às vezes passo pelo sono, mas muito pouco tempo, prefiro deitar-me e ler ou fazer os bordados”* (Lucinda).

Relativamente às estratégias adoptadas pelos mulheres para as ajudar a dormir melhor, Célia diz acordar a meio da noite e tomar um copo de leite quente ou tomar um banho para se sentir mais aconchegada, Joana diz passar horas a rezar para que o sono volte. As restantes entrevistadas não confessam nenhuma estratégia.

A solução para dormir melhor, apontada pelas entrevistadas que dormem mal, passaria principalmente pela diminuição das dores *“era não ter dor, (...) as dores incomodam muito, a dor constantemente é uma coisa terrível”* (Fernanda). Também a resolução dos problemas familiares parece importante *“eu podia dormir melhor, era não ter azar, era não ter...preocupações (...) assim coisas que corre com os meus filhos ”* (Célia).

Tipologia de qualidade do sono

A análise dos discursos revela a existência de dois grupos de entrevistados: as pessoas que dormem bem e as que dormem mal. No grupo das pessoas que dormem bem há aqueles que não têm problemas de sono graças à medicação e os que dormem bem sem ajuda de medicação. No grupo das pessoas que dormem mal encontramos três subgrupos: os que dormem mal devido às dores e problemas de

saúde, os que dormem mal devido aos conflitos familiares e os que dormem mal devido às preocupações familiares e da vida.

1. Os que dormem bem

O grupo das pessoas que dormem bem é constituído por onze elementos, sete homens e quatro mulheres. Aqui encontram-se principalmente os casados (nove elementos são casados, um viúvo e um separado). A maioria não tem conflitos com os filhos, apenas um destes elementos diz estar afastado dos filhos mas não classifica a relação como conflituosa.

Estes elementos têm uma boa relação com os vizinhos, de solidariedade e ajuda mútua e é também neste grupo que se situam os elementos que menos queixas de saúde apresentam.

Em termos económicos, a maioria auferia pensões relativamente elevadas e tem poucas preocupações económicas.

Dentro deste grupo temos dois subgrupos, os que dormem bem com ajuda de medicação e os que dormem bem sem ajuda de medicação.

1.1. Dormem bem sem ajuda de medicação

O grupo dos que dormem bem sem ajuda de medicação é constituído por sete elementos, seis homens (Alberto, Eduardo, Carlos, Joaquim, Augusto, Jorge e Domingos) e uma mulher (Albertina).

Em relação à situação familiar, cinco destes elementos são casados (Alberto, Joaquim, Augusto, Domingos e Albertina), um é viúvo (Eduardo) outro separado (Carlos).

Todos os elementos que fazem parte deste grupo, excepto Carlos, tem uma relação de proximidade com os filhos. Carlos diz não ter uma relação muito próxima com os filhos, mas também não classifica esta relação como conflituosa.

A preocupação com os filhos está presente em todos os discursos, mas a preocupação manifestada pelos indivíduos deste grupo não resulta de conflitos ou mal-estar. Os motivos de preocupação devem-se ao facto dos filhos terem

empregos precários, haver instabilidade económica, e a eventuais problemas de saúde.

Nas relações com os vizinhos e amigos, estes indivíduos mantêm boas relações, classificam-nas como relações de solidariedade e ajuda mútua, no caso de Alberto e Augusto. Noutro caso (Albertina) a idosa dispõe de um grupo de amigos com quem se relaciona diariamente e planeia actividades.

A maior parte dos elementos deste grupo tem uma vida estável em termos económicos, conseguindo pagar as suas despesas sem grandes sacrifícios, como é o caso de Alberto, Eduardo, Carlos, Augusto, Albertina. Alguns auferem reformas do estrangeiro como Alberto, Carlos, Augusto, e no caso de Albertina, o seu estatuto de quadro superior permite-lhe ter uma reforma que classifica como suficiente.

No que diz respeito à saúde, este grupo apresenta menos queixas de saúde, apenas Domingos, se queixa das dores e Carlos se queixa de efeitos secundários da medicação e tonturas, por vezes. Os restantes dizem não sentir qualquer tipo de efeito secundário da medicação.

Nenhum dos indivíduos deste grupo sofre de doenças crónicas. Referem problemas de saúde ligeiros na maior parte dos casos, somente Eduardo, Jorge e Domingos relatam problemas de saúde mais graves que afectam as suas rotinas (perda de mobilidade). Nenhum deles diz ter algum problema de saúde que afecte o sono. Carlos e Jorge dizem ser nervosos e Domingos diz ter episódios de depressão.

Por último, em relação ao sono, para além de dormirem bem, apenas Carlos e Domingos dizem acordar várias vezes durante a noite, os restantes dizem acordar no máximo uma única. O facto de dormirem acompanhados não parece incomoda-los, nenhum dos elementos, excepto Alberto que é cuidador, se queixa da sua companheira. Joaquim também é cuidador mas esse facto não perturba o seu sono.

Todos estes elementos se sentem retemperados pela manhã e quatro deles admitem fazer uma sesta durante o dia. Apenas Alberto sente medo durante a noite, isto porque já foi vítima de tentativa de assalto, contudo diz que este receio não lhe afecta o sono.

1.2. Dormem bem com ajuda de medicação

O grupo integrado por aqueles que dormem bem com ajuda de medicação é constituído por quatro elementos, um homem (Jorge) e três mulheres (Vitória, Dora e Lucinda).

Em relação à situação familiar, Jorge, Vitória e Dora são casados e Lucinda é separada. Todos têm uma relação de proximidade com os filhos, excepto Dora que diz ter uma relação distante com dois dos filhos, apesar de nunca ter existido qualquer conflito.

Este grupo partilha com o grupo que dorme bem a preocupação com os filhos. Estes também são referidos como motivo de preocupação devido aos empregos precários, instabilidade económica e eventuais problemas de saúde.

Quanto ao relacionamento com os vizinhos e grupo de amigos, todos os elementos do grupo afirmam manter uma boa relação com os seus vizinhos. Vitória e Dora dizem ter um grupo de amigos com os quais fazem actividades, conversam e até recorrem em situação de urgência económica, como no caso de Dora.

Este grupo de indivíduos que dorme bem graças à medicação é heterogéneo em termos económicos: Vitória e Lucinda auferem reformas que lhes proporcionam alguma segurança pois têm cursos superiores, Jorge e Dora dizem ter dificuldades económicas e Jorge afirma depender inclusivé da ajuda dos filhos.

Ao nível da saúde, todos os elementos apresentam problemas de saúde, Jorge e Lucinda perderam a mobilidade. Devido à perda de mobilidade Jorge passava grande parte do dia inactivo, dorme com frequência, o que explica que tenha dificuldades em dormir durante a noite, tomando medicação para dormir à noite. Lucinda sofre de constante ansiedade e diz necessitar de medicação para dormir, enquanto que Vitória diz sofrer de epilepsia e daí tomar medicação para dormir. Antes de tomar medicação para dormir, as crises de epilepsia eram mais frequentes e, depois de ter feito a experiência por várias vezes acompanhada pelo seu médico, concluiu que a medicação para dormir lhe reduz as crises de epilepsia durante a noite. Dora não apresenta problemas de saúde graves mas sofre de depressão devido à morte de dois filhos. Toma desde aí medicação para dormir. Todos dizem não sentir qualquer tipo de efeito secundário provocado pela medicação.

Relativamente ao estilo de vida, Jorge queixa-se da perda de mobilidade lhe ter alterado as rotinas diárias e o ter conduzido para um estilo de vida sedentário. Apesar da perda de mobilidade, e da alteração das rotinas que a situação acarretou, Lucinda diz continuar a ser activa e introduziu no seu dia-a-dia actividades como bordar e fazer trabalhos manuais que, até perder a mobilidade, não fazia. Vitória e Dora também mantêm um estilo de vida activo, não alterando as suas rotinas diárias devido aos problemas de saúde que têm.

Em suma os elementos deste grupo dormem bem com ajuda de medicação e acordam no máximo uma única vez durante a noite. O facto de dormirem acompanhados no caso de Jorge, Vitória e Dora, não parece incomodá-los, Dora é cuidadora mas diz não se incomodar com o facto de ter de cuidar do marido.

Todos estes elementos se sentem retemperados pela manhã e um deles (Lucinda) admite fazer uma sesta durante o dia. Nenhum destes elementos diz ter receio ou medo durante a noite.

2. Os que dormem mal

O grupo das pessoas que dormem mal é constituído por dez elementos, quatro homens e seis mulheres.

Neste grupo quatro elementos são casados, os restantes são separados, solteiros e viúvos, quatro deles tem conflitos com os filhos, e seis deles apresentam queixas de saúde e dizem sofrer com as dores. As preocupações familiares e com a vida também são enumeradas, pelos entrevistados, como causadoras de problemas de sono.

As relações com os vizinhos são harmoniosas, na maioria dos casos.

É neste grupo que se situam as pessoas que auferem pensões mais baixas e que dizem necessitar de fazer grandes esforços para conseguir pagar as contas atempadamente.

Ao nível da saúde também apresentam queixas, alguns casos com gravidade, todos os indivíduos tomam medicação para os vários problemas de saúde.

2.1. Dormem mal devido às dores e problemas de saúde

O grupo de indivíduos que dorme mal devido às dores e problemas de saúde é constituído por cinco elementos, quatro do sexo feminino (Eva, Joana, Fernanda e Rosário), e um do sexo masculino (António).

Relativamente à situação familiar, António e Fernanda são solteiros, Joana é separada, Eva e Rosário são casadas.

Joana, Eva e Rosário tem uma relação de proximidade com os filhos, e estes também são referidos como motivo de preocupação devido aos empregos precários e instabilidade económica, no caso de Joana que uma das filhas no estrangeiro.

Fernanda e António não têm filhos. Fernanda mantém uma relação de proximidade com os irmãos, com os quais fala diariamente. Já António diz não ter uma relação de proximidade com os irmãos, estes encontram-se emigrados.

Estas pessoas classificam o relacionamento com os vizinhos e grupo de amigos de bom e Fernanda diz mesmo ter uma amiga de infância que considera como da família.

Em relação à situação económica, os membros deste grupo tem situações idênticas: a maioria recebe reformas baixas e paga as suas contas e despesas com alguma dificuldade e esforço.

É ao nível da saúde que os elementos deste grupo mais se assemelham. As dores são os principais motivos referidos por estes entrevistados para dormirem mal. António sofre de um problema de saúde -apneia de sono. Este problema desregula o seu sono, por vezes passa horas sem conseguir dormir, outras vezes dorme durante muito tempo seguido, durante o dia anda muitas vezes sonolento e, por vezes, à noite, o sono custa a impor-se, passando muitas horas acordado. Os restantes queixam-se das dores os impedirem, muitas vezes, de adormecer e, outras vezes, os fazerem acordar durante a noite. Dizem não conseguir dormir enquanto têm dores e que muitas vezes os comprimidos para acalmar as dores também não são solução.

Relativamente ao estilo de vida, a maior parte dos entrevistados mantém um estilo de vida sedentário devido aos problemas de saúde e limitações que as dores acarretam.

Relativamente ao sono, dormem mal, acordam várias vezes durante a noite. Nenhum dos entrevistados dorme acompanhado, mesmo Eva e Rosário que são casadas dizem dormir em camas separadas porque os maridos as incomodavam com o ressonar, virar/levantar.

Eva, Fernanda e Rosário não se sentem retemperadas pela manhã, queixam-se de dores de cabeça e aborrecimento. Nenhum destes elementos diz ter receio ou medo durante a noite.

2.2. Dormem mal devido aos conflitos com os filhos

O grupo que dorme mal devido aos conflitos com os filhos é constituído por três elementos, dois do sexo feminino (Filomena e Célia) e um do sexo masculino (Amadeu).

Relativamente à situação familiar, Filomena e Célia são viúvas e Amadeu é casado. Estes entrevistados têm em comum o facto de terem conflitos com os filhos.

Os filhos de Filomena não se entendem e a entrevistada acaba por se ver envolvida nos conflitos dos filhos. Apesar de não querer tomar o partido de nenhum deles, vê-se afastada da relação com alguns deles, mantendo apenas uma relação de proximidade com um dos filhos. O mesmo acontece com Célia e com Amadeu que mantêm relações de proximidade com alguns dos filhos mas não com todos. Célia tem uma relação muito próxima com uma filha, vive inclusive na casa dela, contudo teve um grave conflito com outra filha devido à questão das partilhas, segundo ela. Este conflito causa-lhe muita preocupação e é o motivo pelo qual os seus problemas de saúde surgiram, na sua opinião. Amadeu devido também a um problema de partilhas teve um grave problema com uma filha, levando os outros filhos a deixar de falar com ele. Culpa essa filha pelo internamento da mãe e por todos os desentendimentos que existem na família e apenas mantém uma relação de proximidade com a filha mais velha.

Filomena e Célia mantêm um bom relacionamento com os vizinhos enquanto que Amadeu culpa dois dos vizinhos pelo desentendimento que teve com a filha, o que o levou a cortar relações com estes dois vizinhos.

Célia recebe uma reforma relativamente baixa mas conta com o apoio da filha com quem vive, enquanto Filomena e Amadeu auferem reformas que, segundo eles, são suficientes para suprir às suas despesas.

Ao nível da saúde, todos os entrevistados apresentam problemas de saúde e apontam os conflitos com os filhos como sendo os principais motivos do aparecimento ou agravamento dos problemas de saúde. Todos dizem sofrer de muita tristeza e solidão devido a estes conflitos. Célia diz que os medicamentos lhe causam sono, o que a incomoda, porque não gosta de se sentir sonolenta durante o dia.

Relativamente ao estilo de vida, estes entrevistados mantêm um estilo de vida activo, com elevados níveis de autonomia, continuam a fazer as actividades da vida diária.

Relativamente ao sono, dormem mal, acordam várias vezes durante a noite. Nenhum dos entrevistados dorme acompanhado, mesmo Amadeu que é casado diz dormir numa cama separada e queixa-se do seu papel de cuidador.

Célia não se sente retemperada pela manhã, queixa-se de dores de cabeça e aborrecimento. Nenhum destes elementos diz ter receio ou medo durante a noite.

2.3. Dormem mal porque tem preocupações com os filhos e com a vida

O grupo dos indivíduos que dorme mal porque tem preocupações com os filhos e com a vida é constituído por dois elementos do sexo masculino (Duarte e Filipe).

Relativamente à situação familiar, Duarte é separado e Filipe é casado. Ambos mantêm uma relação de proximidade com os filhos e estes também são referidos como motivo de preocupação devido aos empregos precários no caso de Duarte e, no caso de Filipe, devido ao receio de que algo de mal lhes aconteça.

Em comum tem o facto destas preocupações lhes tirarem o sono. São as preocupações com os filhos e as preocupações com a vida os principais motivos de dormirem mal. Quando fala em preocupações da vida, Filipe refere-se às preocupações com os campos e animais. Como a sua esposa se encontra doente diz

que tudo depende dele. Duarte, para além das preocupações com os filhos, também refere as preocupações da vida como justificação para os problemas de sono. Refere-se a um divórcio forçado pelos pais e afirma sentir-se muito sozinho.

Estes dois indivíduos dizem ter um bom relacionamento com os seus vizinhos. Contudo, Duarte diz sentir-se muito solitário.

Em termos económicos as situações são semelhantes: recebem reformas baixas e pagam as suas contas e despesas com alguma dificuldade e esforço, o que também os preocupa. Duarte diz que a reforma o limita bastante e Filipe diz que tem receio que a reforma não chegue para as despesas, uma vez que a sua esposa está doente e gasto muito dinheiro com ela o que por vezes o obriga recorrer às poupanças.

Relativamente ao estilo de vida, tanto Filipe e Duarte continuam bastante activos, Duarte com um estilo de vida mais sedentário, mas em termos sociais e intelectuais é bastante activo, enquanto que Filipe continua a fazer alguns trabalhos na agricultura e a cuidar dos seus animais.

Relativamente ao sono, dormem mal. Duarte recorre a medicação para dormir, mas mesmo assim dorme mal. Acorda durante a noite para tomar um segundo comprimido para dormir. Filipe também acorda várias vezes durante a noite, não conseguindo dormir mais de três horas seguidas sem acordar. Dormem sozinhos, mesmo Filipe que é casado dorme numa cama separado da esposa e queixa-se que o facto de cuidar da esposa piora o seu sono.

Ambos dizem sentir-se retemperados pela manhã. Duarte diz não ter receio durante a noite enquanto que Filipe diz ter medo porque já foi assaltado. Porém, diz que esse não é o motivo pelo qual dorme mal.

Discussão dos resultados

O conceito de qualidade de sono é subjectivo. Contudo e à luz dos contributos teóricos dos vários autores, consideramos que ter qualidade de sono passa por dormir um período igual ou superior a cinco horas por noite, com pequenas interrupções, normalmente só para ir à casa de banho e sem dificuldade em voltar a adormecer (demorar entre dez e trinta minutos para adormecer) sentir-se retemperado pela manhã e não necessitar de tomar medicação para dormir.

Para que se possa verificar a existência de qualidade no sono é necessário que os vários factores (família, redes sociais, saúde e económico) estejam em equilíbrio, ou pelo menos não estejam em desequilíbrio ao ponto de determinar a falta de qualidade de sono. Sabemos que existem factores que têm mais peso que outros e que o papel da família, na maior parte dos casos “amortece” o efeito provocado por outros factores, como por exemplo o económico.

Descreve-mos de seguida as conclusões que sobressaem da análise e discussão dos resultados. A primeira conclusão resulta de uma análise de género. Encontramos diferenças significativas de género na análise da qualidade de sono dos idosos.

A análise quantitativa revela que Portugal, comparativamente aos 15 restantes países Europeus do SHARE – vaga 4, se encontra numa posição intermédia em termos de dificuldades em dormir dos indivíduos que fazem parte das respectivas amostras.

Verificamos que nos vários países europeus que participaram no projecto SHARE, as mulheres revelam claramente maiores problemas de sono que os homens. Portugal não é excepção. Esta constatação vai de encontro à análise qualitativa realizada neste estudo. As mulheres referem mais problemas de sono do que os homens e são também as mulheres que tomam mais medicação para dormir. As mulheres acordam mais vezes durante a noite e dizem ter um sono mais leve. As mulheres sentem-se menos retemperadas pela manhã em relação aos homens, que mesmo dormindo mal dizem acordar retemperados.

Vemos confirmada a primeira hipótese da nossa investigação, de facto as análises qualitativas e quantitativas confirmam maior prevalência de problemas de

sono no sexo feminino, o que vai de encontro às pesquisas que tem sido realizadas e que concluem que as mulheres apresentam níveis ou valores mais elevados de queixas e distúrbios no sono do que os homens (Groeger et al., s.d, cit in Arber et al., 2009).

Ao nível familiar, quer na análise quantitativa quer na análise qualitativa os viúvos revelam ser os que mais sofrem de dificuldade em dormir. Os casados e aqueles que vivem em união de facto tem menores dificuldades em dormir do que os divorciados e os viúvos. O facto dos viúvos terem mais problemas de sono do que os casados e dos que vivem em união de facto aparece explicado na literatura como resultado do sentimento de perda que os viúvos experienciam enquanto contemplam um futuro de noites vazias sem o companheirismo do seu parceiro. A perda do parceiro (como protector) pode piorar o sono na viuvez (Dzaja et al., 2005). Também Arber et al., (2009), explica este facto. Segundo a autora, a falta do cônjuge prejudica o sono, isto porque o companheiro transmite, na maioria das vezes, estabilidade emocional e sentimento de protecção.

Depois do estado de saúde, os conflitos familiares, principalmente com os filhos e por questões de partilhas, são os principais motivos referidos para a falta de qualidade do sono.

Assim, confirma-se a segunda hipótese da nossa investigação, o grau de satisfação com as relações familiares influencia a qualidade do sono. Os entrevistados mais satisfeitos e com melhores relações familiares têm mais qualidade do sono do que aqueles que tem relações familiares conflituosas.

A satisfação com as relações familiares estão relacionadas com a qualidade do sono porque a existência de redes sociais significativas têm um grande impacto na vida dos idosos, é considerada como protectora da saúde mental dos indivíduos, actuando como “almofada” e ou facilitadora da cura em situações de descompensação (Paúl & Fonseca, 2005, p. 37).

Ao nível económico, apuramos na análise quantitativa que os indivíduos com maiores dificuldades em gerir o rendimento mensal são aqueles que mais dificuldades em dormir apresentam o que vai de encontro aos estudos realizados neste contexto, uma vez que Lallukka et al., (2010) salienta que as dificuldades económicas reflectem tensões financeiras que podem influenciar o sono.

A terceira hipótese da nossa investigação surge aqui confirmada, mas sob um ponto de vista diferente do que nos diz a literatura. A literatura diz-nos que as condições socioeconómicas surgem como os factores que mais influência têm na qualidade do sono. O que nós verificamos é que as condições socioeconómicas influenciam a qualidade do sono, mas não são o factor determinante da qualidade do sono. Os entrevistados mesmo com grandes dificuldades financeiras (em alguns casos) gerem as despesas de acordo com as pensões que auferem, têm hábitos de poupança e, salvo raras excepções, não contraem dívidas. Verificamos que as circunstâncias socioeconómicas são motivo de preocupação e atenção por parte dos entrevistados mas não determinam a qualidade do seu sono, sendo a saúde o factor que mais influência tem na qualidade do sono dos idosos.

Em relação ao estado de saúde verificamos, quer na análise quantitativa quer na análise qualitativa, resultados semelhantes. Quanto mais sintomas depressivos maiores as dificuldades em dormir. Os inquiridos com quatro ou mais sintomas depressivos revelam ter maiores dificuldades em dormir, comparativamente com aqueles que tem três ou menos sintomas depressivos. São os que mais sintomas depressivos apresentam que mais queixas de problemas de sono têm. São as mulheres que apresentam mais queixas de depressão e, como já referimos, são as mulheres que apresentam maiores problemas do sono comparativamente aos homens.

A literatura vai de encontro aos resultados apurados e revela que as mulheres tem níveis mais elevados de depressão e ansiedade e as pesquisas levadas a cabo por vários autores revelam que os indivíduos que sofrem de distúrbios psicológicos, como depressão e ansiedade, tem uma menor qualidade de sono (Piccinelli et al., s.d, cit in Arber et al., 2009). Também Arber et al., (2009) refere nas suas pesquisas que a depressão é um factor que contribui para a falta de qualidade do sono. Esta autora tem encontrado frequentemente fortes associações entre a depressão e a falta de qualidade no sono (Hartz et al., 2007; Lindberg et al., 1997, cit in Arber et al., 2009).

Ainda em relação ao estado de saúde, a análise quantitativa mostra-nos que os que estão permanentemente doentes ou incapacitados são os que apresentam maiores dificuldades em dormir, o mesmo se verifica na análise qualitativa, tanto os homens como as mulheres referem problemas de saúde, mas são os que mais

problemas de saúde apresentam que mais queixas de sono relatam. São as mulheres que mencionam mais problemas de saúde e que tomam mais medicação, são as mulheres que registam mais situações de depressão e ansiedade e são as mulheres que relatam mais episódios de dores. Verificamos que o estado de saúde é o principal motivo apontado para a falta de qualidade do sono nos entrevistados. Os que dormem bem são os que menos queixas de saúde apresentam. De acordo com a literatura, a saúde é um factor chave na definição da qualidade de sono do indivíduo, segundo Arber et al., (2009), o sono é fundamental para a saúde e o bem-estar. A falta de qualidade do sono está relacionada com problemas mentais e físicos (Lallukka et al., 2010). A principal razão para a falta de qualidade do sono com o aumento da idade deve-se ao surgimento de doenças, e da deterioração da saúde inerente à idade, muitas vezes, doenças crónicas, causam dor e desconforto à noite, resultando em distúrbios e queixas no sono (Davidson et al., 2002; Stewart et al., 2006; Vitiello et al., 2002 cit in Arber et al., 2009).

Verificamos tanto na análise quantitativa como na qualitativa que quanto maior o nível de escolaridade menores serão as dificuldades em dormir, à medida que a escolaridade vai aumentando as dificuldades em dormir tendem a diminuir. A literatura explica este facto referindo que as pessoas com níveis de educação superior têm melhores meios de melhorar o sono, tratar eventuais perturbações de sono, têm melhores condições de vida e tem consciência da importância do bom sono para a saúde (Lallukka et al., 2010).

Na análise quantitativa verificamos que o número de actividades desenvolvidas por ano está relacionado com a qualidade do sono, o número de inquiridos que fazem mais actividades, em média, por ano e que revelam não ter dificuldades em dormir é superior ao número de inquiridos que fazem menos actividades e que revelam ter dificuldades em dormir. Facto que não conseguimos apurar na análise qualitativa porque a maior parte dos entrevistados, tanto aqueles que dormem bem como aqueles que dormem mal, apresentam elevados níveis de actividade física, psíquica e social, alguns menos activos fisicamente, mas ainda assim activos.

Pudemos apurar da análise qualitativa que ao contrário das mulheres, que não se queixam do seu papel de cuidadoras, os homens mostram-se mais queixosos quando tem que cuidar das esposas, afirmando que o papel de cuidador

lhês afecta a qualidade do sono. Ao longo do século XX a prestação informal de cuidados era uma tarefa tradicionalmente delegada às mulheres mais próximas da pessoa dependente, facto relacionado com várias questões sociais, e ainda hoje, no seio familiar existe a expectativa de que sejam as mulheres a cuidar e não os homens. Actualmente, em Portugal, não existem estudos suficientes acerca da experiência dos homens enquanto cuidadores informais, as estimativas quanto a números são inexistentes mas alguns estudos denunciam a presença de um número crescente de idosos do sexo masculino no papel de cuidadores, contudo como existe uma percentagem baixa de cuidadores homens e poucos estudos exploram este facto existe uma ausência de caracterização dos mesmos e da sua experiência (Paúl & Fonseca, 2005).

Nenhum dos homens se diz incomodado com o ressonar ou virar/levantar da esposa, enquanto que as mulheres aparecem mais insatisfeitas com o ressonar dos maridos, levando mesmo a separar de cama em alguns casos.

Conclusão

Com este trabalho pretendemos colmatar um vazio existente relativo a estudos sociológicos sobre as determinantes sociais da qualidade de sono dos idosos. Sublinhe-se que o conceito de qualidade de sono é um conceito complexo e subjectivo, o que dificulta a sua apreensão.

O presente estudo teve algumas limitações, sendo de referir dificuldade em gerir o tempo, nomeadamente no decurso das entrevistas. Os entrevistados alongavam-se demasiado em temas que nada estavam relacionados com o objectivo da entrevista pelo que se sugere que, em estudos futuros, se ensaie a aplicação de uma escala que avalie a qualidade do sono. Em estudos futuros seria também importante entrevistar idosos que não usufruam de respostas sociais. Sublinhe-se que, neste estudo a população alvo é constituída por idosos que usufruem do serviço de apoio domiciliário, mas consideramos que seria importante entrevistar indivíduos que não usufruam de respostas sociais ou elaborar uma análise comparativa entre indivíduos que recebem o apoio de respostas sociais e aqueles que não recebem nenhum tipo de apoio.

Neste estudo concluímos que a qualidade do sono é influenciada particularmente pelo estado de saúde dos indivíduos, pela qualidade das relações familiares e pela situação económica. A saúde é o factor que tem maior peso na determinação da qualidade do sono, seguindo-se a qualidade das relações familiares e por último a situação económica.

As mulheres relatam claramente mais problemas de sono que os homens, as suas desvantagens económicas associadas à multiplicidade de papéis que desempenham parecem contribuir de forma directa para o maior número de queixas de sono. As redes sociais e a satisfação com as relações familiares têm um peso significativo na qualidade do sono, a presença de família, amigos e vizinhos é um bom indicador de saúde e bem estar, ajuda à resolução de acontecimentos difíceis de vida ou modera o seu impacto. Os problemas de sono verificam-se principalmente nas pessoas que pertencem a classes económicas mais desfavorecidas pois as pessoas que pertencem a classes económicas mais elevadas, para além de terem recursos económicos que os ajudam a combater alguns

problemas, têm uma visão e percepção diferente da importância da qualidade do sono e o impacto que a falta dela pode ter nas suas vidas. Os indivíduos, na maioria das vezes resigna-se à falta de qualidade do sono, considerando-a normal, por isso, não apontam soluções para o seu problema e não adoptam estratégias para combater ou atenuar este problema.

Vimos as nossas hipóteses de trabalho confirmadas. As mulheres têm maior probabilidade de terem problemas de sono do que os homens e o grau de satisfação com as relações familiares influenciam a qualidade do sono, mas há que salientar relativamente à terceira hipótese que as condições económicas influenciam apenas de forma incipiente a qualidade do sono uma vez que, graças a um estilo de vida moderado e regrado os indivíduos mais velhos conseguem fazer face às despesas e a sua gestão é de tal forma organizada que não tem dívidas, não pagam as despesas com atrasos e grande parte deles consegue fazer face a despesas inesperadas ainda que muitos deles vivam vidas modestas, marcadas pela privação de alguns bens e regalias.

Foi-nos possível propor uma tipologia que teve em conta a qualidade do sono e as suas determinantes sociais. Criamos dois grandes grupos, o dos indivíduos que “dormem bem” e o das pessoas que “dormem mal”. O primeiro grupo foi dividido em dois subgrupos: os que “dormem bem sem ajuda de medicação” que, como o próprio nome indica é composto por indivíduos que dormem bem e não necessitam de medicação e os que “dormem bem com ajuda de medicação”. No grupo dos indivíduos que dormem mal, criamos três subgrupos: (i) os que “dormem mal devido a dores e problemas de saúde”; (ii) os que “dormem mal devido aos conflitos com os filhos” e, finalmente, (iii) os que “dormem mal porque tem preocupações com os filhos e com a vida”. As preocupações referidas por este último subgrupo de entrevistados passam principalmente pelas preocupações económicas pois preocupa-os o facto dos filhos não terem estabilidade económica e terem empregos precários, preocupa-os a sua própria estabilidade e independência económica, a capacidade de fazer frente a alguma despesa inesperada principalmente no que diz respeito à sua saúde, do cônjuge ou de algum filho.

Finalmente à luz das conclusões deste trabalho apontamos a necessidade de uma intervenção social e psicológica junto destes entrevistados, a falta de

qualidade do sono potencia claramente a desestabilização do bem-estar e da qualidade de vida.

A intervenção passaria pela resolução de problemas familiares que consequentemente ajudaria a acabar ou atenuar alguns dos problemas de sono e outras preocupações que assolam os indivíduos. A ajuda de um mediador (assistente social ou psicólogo) seria importante na medida em que na impossibilidade de resolver alguns problemas, porque dependem dos entrevistados e de outros intervenientes, filhos principalmente, poderiam ajudar os idosos a encarar os problemas de forma diferente, numa outra perspectiva (muitas vezes o sentimento de culpa ou revolta distorce a realidade) e, por outro lado, o mediador poderia ainda indicar-lhes estratégias para viver com alguns desses problemas de forma menos penosa.

Quanto aos problemas de saúde, acreditamos que em alguns casos a ajuda do médico de família poderia ser preponderante para a resolução de problemas de sono, um ajustamento da medicação diária ajudaria a resolver algumas situações, isto porque a maior parte dos entrevistados queixa-se principalmente de dores.

Relativamente às questões económicas, é um problema mais complexo, de facto alguns indivíduos vivem com reformas e pensões de sobrevivência lamentáveis, neste aspecto a intervenção poderia passar por informar sobre complementos, subsídios e serviços que existem para auxiliar em algumas situações de carência. Existem direitos que muitas vezes os idosos desconhecem.

Bibliografia

ARBER, S., *et al.*, (2009). Lack of sleep, work and the long hour's culture: evidence from the UK Time Use Survey. *Work Employment Society* 2009 23: 30.

ARBER, S. & VENN, S. (2010). Caregiving at Night: Understanding the impact on carers. *Journal of Aging Studies*. February 2010.

ARBER, S. & VENN, S. (2011). Day-time sleep and active ageing in later life. *Ageing & Society* 31 2011, 000-000, Cambridge University Press.

BECK, U., *et al.*, (2000). *Modernidade Reflexiva Política, Tradições e Estética no Mundo Moderno*. Oeiras: Edições Celta.

CABRILLO, F. & CACHAFEIRO, M., (1996). *A revolução Grisalha*. Lisboa: Planeta Editora.

CARDÃO, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Edições Coisas de ler.

COSTA, A. B. da (2001). *Exclusões Sociais*. Fundação Mário Soares. Gradiva Publicações, Lda.

COSTANDI M., (2012). Disrupted sleep may predict Alzheimer's. Poor sleep patterns linked to formation of Alzheimer's plaques. *International weekly journal of science*. New Orleans, Louisiana.

DZAJA, A. *et al.*, (2005). Women's sleep in health and disease. *Journal of Psychiatric Research* 39 (2005) 55–76.

FERNANDES, A. T., (2005). *Processos e estratégias de envelhecimento*. Sociologia, Lisboa: Edições Celta.

FERNANDES, A. A., (2000). Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social – itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia Problemas e práticas*. Lisboa: Celta Editora, nº36.

FERNANDES, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*, Oeiras: Celta Editora.

FERNANDES, A. (1995). *Velhice, envelhecimento demográfico e relações intergeracionais*. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais. Tese de Doutoramento.

FERREIRA, A. C. A. (2010). *Os que cuidam também sentem - Idadismo e Bem Estar Subjectivo nos Cuidadores*. Oliveira de Azeméis: Edição Temas & Lemas.

FERREIRA, J. de F. (1999). O Idoso. Revista de Psicologia, educação e cultura, vol. III.

FERREIRA, J. M. Carvalho *et al.*, (2000). *Sociologia*. Lisboa: McGraw-Hill.

FONSECA, A. M. (2004) *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.

FONSECA, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Edições Climepsi.

FONTAINE R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Edições Climepsi.

FORTIN, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência Edições.

FREIXO, M. J. V. (2011). *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Edição Instituto Piaget.

GARRIDO, A., (1996). *Psicologia Social do Desemprego* in ALBANO, J. L., GARRIDO, A. e TARREGRASSA, R., *Psicologia Social Aplicada*. Madrid: McGrawHill.

GONÇALVES, A. (2004). *Métodos e técnicas de investigação social I: programa, conteúdo e métodos de ensino teórico e prático*. Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais.

GUERRA, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de Uso*. Cascais: Editora Principia.

HESPANHA, P. *et al.*, (2000). *Entre o Estado e o Mercado. As fragilidades das Instituições de Protecção Social em Portugal*. Coimbra: Quarteto Editora.

LALLUKKA, T., ARBER, S., RAHKONEN, O., and LAHELMA E., (2010). Complaints of insomnia among midlife employed people: The contribution of childhood and present socioeconomic circumstances. *Sleep Medicine* 11 (2010) 828 – 836.

LIMA, M. (2004). *Envelhecimento e perdas: como posso não perder?* Psychologica. nº 35. pp. 133-145.

LUFF, R., ELLMERS, T. E., EYERS I., YOUNG E. and ARBER S.; (2011). Time spent in bed at night by care-home residents: choice or compromise? Published in *Ageing and Society*, 2011, vol 33, no. 7, pp 1229-50.

MARTINS, A. M., (1999). *Génese, Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português*. Fundação Calouste Gulbenkian.

MOURA, C. (2006). *Século XXI: século do envelhecimento*. Lisboa: Edições Lusociência.

NAZARÉ, J. M. (1994). *O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa*. Geriatria

OLIVEIRA, J. H. Barros de, (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Edições Livpic.

PARDAL, L. e CORREIA, E. (1995). *Métodos e técnicas de investigação social*. Porto: Areal Editores.

PAÚL, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

PAÚL M. C., Fonseca A., (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

PAÚL M. C., Fonseca A., (2005). *Envelhecer em Portugal..* Lisboa: Climepsi Editores.

PIMENTEL, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Edições Quarteto.

PURIFICAÇÃO FERNANDES, C. dos Santos (2000). *A Depressão no Idoso, Estudo da Relação entre Factores Pessoais e Situacionais e Manifestações da Depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V., (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Edições Gradiva.

SIMÕES, A. (2006). *A nova velhice. Um Novo Público a Educar*. Porto: Edições Âmbar.

SOUSA, L. et al ., (2004). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Edições Âmbar.

Anexos

Anexo1



Guião da Entrevista

Universidade do Minho
Departamento de Sociologia
Mestrado em Sociologia,
Desenvolvimento e Políticas Sociais
Projecto de Investigação

INTRODUÇÃO

Esta entrevista insere-se no projecto de investigação no âmbito do mestrado em Sociologia, desenvolvimento e políticas sociais e pretende-se recolher informação sobre possíveis factores que influenciam a qualidade do sono das pessoas com 60 e mais anos.

1. **Vamos começar por falar um pouco sobre a sua família e pessoas que lhe são próxima. Gostaria que me dissesse com quem mora, que relação mantém com a sua família, quem são as pessoas que lhe são mais próximas e como se relaciona com os seus vizinhos.**

- Vive sozinho ou acompanhado, se acompanhado por quem?
- Que relação mantém com a família?
- Há alguém com quem fale sobre assuntos que são importantes para si?
- Em caso de necessidade (problemas de saúde, económicos e outros), pode contar com a sua família?
- Em que medida é também fonte de preocupação?
- Como se relaciona com os seus vizinhos?

2. **Agora vamos falar sobre a sua saúde. Gostaria de saber se tem problemas de saúde que o preocupem e se esses problemas afectam a qualidade do seu sono?**

- A sua saúde é motivo de preocupação? Se sim, desde quando?
- Sofre de alguma doença crónica?
- Sofre de depressão ou ansiedade? Considera-se uma pessoa nervosa?
- Sofre de alguma doença que afecte o seu sono?
- Como tem evoluído a sua saúde à medida que os anos avançam?
- Diria que tem tantos problemas de saúde como as outras pessoas da sua idade, mais problemas ou menos problemas que os outros?
- Os problemas de saúde alteraram o seu dia-a-dia, as suas rotinas?
- Toma medicação? Se sim, essa medicação provoca algum efeito indesejado?

3. **Vamos agora falar sobre a sua situação económica. Pode dizer-me se tem algum problema económico, se consegue pagar as suas despesas, se a reforma é suficiente?**

- Tem rendimentos para fazer face às suas despesas sem preocupações?
- Tem capacidade suportar uma despesa inesperada, de 500€ por exemplo?
- Consegue pagar sem atrasos as despesas com, a habitação, saúde, alimentação?
- Tem alguma preocupação económica, medo do futuro em termos económicos?
- Depende da ajuda económica de alguém (família, IPSS, Associação)?
- Tem dívidas (farmácia, mercearia, renda...)?

4. Gostaríamos agora que nos falasse da qualidade do seu sono. Se dorme bem ou mal, se acorda muitas vezes durante a noite e, se tiver problemas de sono, quais as suas causas?

- Dorme bem? Se não dorme bem, de que tipo de problema sofre? (custa-lhe a adormecer, acorda muitas vezes de noite, custa-lhe a adormecer de novo, acorda cansado, tem insónias, apneia, sonambulismo ...)?
- Se tem problemas de sono, há quanto tempo?
- O que acha que pode ter contribuído para o aparecimento desses problemas?
- Tem preocupações que lhe tiram o sono? Se sim, de que tipo?
- Antes de ter essas preocupações tinha problemas de sono?
- Sente-se seguro durante a noite? Se não, de que tem receio?
- Dorme sozinho ou acompanhado, se acompanhado por quem?
- Se dorme acompanhado, o seu cônjuge/companheiro perturba o seu sono? (ao virar-se, levantar-se, ressonar, etc...)
- Cuida de alguém que precisa de cuidados durante a noite? Se sim, de que forma a prestação desses cuidados afectam a qualidade do seu sono?
- Como era o seu sono quando era jovem? Que alterações sofreu o seu sono desde essa altura? Como explica essas alterações?
- O que poderia ajuda-lo a dormir melhor?

5. Caracterização Sociodemográfica

- Nome
- Sexo
- Idade
- Escolaridade
- Estado Civil (legal ou de facto)
- Casa Própria/ casa de familiar ou outra situação

