

PREVALÊNCIA DE INSÔNIA EM ADULTOS E IDOSOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE¹

Ueslei Mossoi Tribino², Evelyn Pacini³, Raimundo Maurício dos Santos⁴, Ivana Loraine Lindemann⁵, Tiago Teixeira Simon⁶, Gustavo Olszanski Acrani⁷

¹ Pesquisa Institucional desenvolvida no Grupo de Pesquisa Inovação em Saúde Coletiva: políticas, saberes e práticas de promoção da saúde - do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

² Aluno do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, uesley_tri@hotmail.com - Passo Fundo/RS/Brasil

³ Aluna do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, evelyn.pacini@hotmail.com - Passo Fundo/RS/Brasil

⁴ Aluno do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, raimundo13@hotmail.com.br - Passo Fundo/RS/Brasil

⁵ Professora, Doutora em Ciências da Saúde, Curso de Medicina da Universidade da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, ivana.lindemann@uffs.edu.br - Passo Fundo/RS/Brasil

⁶ Professor, Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, tiago.teixeira@uffs.edu.br - Passo Fundo/RS/Brasil

⁷ Professor Orientador, Doutor em Biologia Celular e Molecular, Curso de Medicina da Universidade da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, gustavo.acrani@uffs.edu.br - Passo Fundo/RS/Brasil

RESUMO

Introdução: A insônia é um distúrbio do sono relatado como queixa comum nas consultas médicas, estando associado à incapacidade persistente de iniciar o sono, à dificuldade de continuar adormecendo ou ao despertar antecipadamente. **Objetivo:** Estimar a prevalência de insônia e a sua distribuição de acordo com características epidemiológicas e clínicas de usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo (RS). **Resultado:** A amostra foi composta por 1.443 integrantes, tendo uma prevalência de insônia de 52,9%, com distribuição significativa para o sexo feminino (56,5%), indivíduos com hipertrigliceridemia (64,4%), diabetes mellitus (60,5%), hipertensão arterial sistêmica (57,9%), hipercolesterolemia (57,6%), cardiopatia (66,5%), depressão (71,6%) e renda >1 salário mínimo (55,0%). **Conclusão:** Pode-se perceber que mais da metade dos entrevistados relataram insônia, estando o desfecho relacionado a características clínico-epidemiológicas, o que pode ser prejudicial para a qualidade de vida dos seres humanos.

INTRODUÇÃO

O sono tem uma série de funções que proporcionam uma melhor qualidade de vida

para o indivíduo e é de suma importância para manter o equilíbrio psíquico, emocional e metabólico, demonstrando-se fundamental para o funcionamento adequado do organismo. Além disso, sabe-se que pode auxiliar no sistema imunológico, no metabolismo cerebral, no crescimento, na fixação da memória, no aprendizado e no reparo de danos celulares (JANSEN *et al.*, 2007).

Divide-se o sono em duas fases: a movimentação rápida dos olhos (REM), a qual apresenta uma atividade cerebral intensa, e a não movimentação rápida dos olhos (NREM), representando um sono com ondas cerebrais lentas. A maior parte da noite é constituída pelo sono NREM, em que há o relaxamento da musculatura, a gradual diminuição de movimentos corporais, o aumento crescente de ondas lentas no eletroencefalograma (EEG), a inexistência de movimentos oculares rápidos e o regular eletrocardiograma (ECG); além da minimização do tônus vascular periférico e da diminuição da pressão arterial e da frequência respiratória. Quanto ao sono REM, ocupa 25% da noite, sendo definido como dessincronizado, visto que apresenta rápida e baixa voltagem nas ondas cerebrais e, também, está relacionado aos sonhos, aos movimentos musculares corporais presentes, aos sons produzidos e à frequência cardíaca e respiratória, comumente, irregulares. Embora a fase REM demonstre um estágio profundo do sono, tem-se, no EEG, um padrão semelhante ao do estado de vigília ou do sono NREM em estágio 1. Na maioria das pessoas, essa fase consiste no sono profundo, restaurador e relaxante (FERNANDES, 2006; GUYTON, HALL, 2017).

Um dos distúrbios do sono mais frequentes na população é a insônia, a qual pode ser caracterizada pela experiência subjetiva de sono inapropriado, devido à incapacidade persistente de iniciar o sono, à dificuldade de continuar adormecendo ou ao despertar antecipadamente. Tal situação impacta no desempenho sócio-ocupacional diurno (RIBEIRO, 2016). Conforme a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, para determinar o diagnóstico de insônia, as perturbações citadas devem ocorrer pelo menos três vezes por semana e permanecem por, no mínimo, três meses. Salienta-se que esse distúrbio do sono pode ser a causa ou a consequência de diversas outras condições clínicas como doenças cardiovasculares, endócrinas e psíquicas, representadas pela hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e depressão. Além disso, sabe-se que o sexo feminino se mostra como um fator de risco para o desenvolvimento da insônia, devido, principalmente, às mudanças hormonais durante o ciclo menstrual e na menopausa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Nota-se, portanto, que uma mudança no padrão de sono pode afetar direta e negativamente a saúde dos indivíduos.

Quanto à prevalência de insônia, um estudo realizado em Campo Grande (MS)

apontou um valor de 19,1%, enquanto que em São José do Rio Preto (SP) se encontrou uma frequência de 32% e, em São Paulo (SP), de 42%. (SOUZA, 2001; MARCHI *et al.*, 2004; CASTRO, 2011) Em relação à insatisfação relacionada ao sono, no Sul do país, na cidade de Pelotas, um estudo com 2.732 participantes revelou que 28,2% não estavam satisfeitos com a qualidade do sono (FANTINEL, 2010). Assim, embora a insônia seja o distúrbio do sono mais prevalente, com importante impacto na saúde mental, na saúde física e na qualidade de vida da população, não se encontrou estudos sobre essa temática que tenham sido realizados exclusivamente com pacientes da Atenção Primária à Saúde (APS) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Por isso, esta pesquisa teve como objetivo descrever a prevalência da insônia, determinar fatores associados e identificar o perfil sociodemográfico e clínico de adultos e idosos com insônia atendidos na APS.

METODOLOGIA

O presente estudo é um recorte de uma pesquisa com delineamento transversal, intitulada “Adultos e idosos usuários do Sistema único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária”, que teve como objetivo analisar as características sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida de usuários do Sistema Único de Saúde, a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). A pesquisa foi realizada na cidade de Passo Fundo, no norte do Rio Grande do Sul, entre maio e agosto de 2019, em 34 unidades urbanas de APS.

A amostra foi arquitetada em duplo estágio. Primeiramente, utilizou-se amostragem aleatória proporcional para definir o número de entrevistados de acordo com o número de procedimentos realizados em cada unidade no mês anterior ao início da coleta dos dados. Posteriormente, por amostragem de conveniência, foram incluídos de forma consecutiva, todos os usuários que estavam na unidade para a realização de algum procedimento, até que se atingisse o n necessário em cada local, ou até que todos os usuários presentes no último turno da coleta fossem convidados a participar. Os critérios de inclusão utilizados foram idade igual ou superior a 18 anos, ambos os sexos, atendidos na rede urbana de APS e residentes no município. Foram excluídas as pessoas impossibilitadas de responderem o questionário, por déficits cognitivos ou disfunções relacionadas à comunicação, e as que são usuárias da APS, mas são atendidas em domicílio.

Para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80%. Admitiu-se uma margem de erro de cinco pontos

percentuais para identificar uma prevalência do desfecho de 10%, resultando em 138 participantes. Para identificar a associação entre os diferentes desfechos e fatores de exposição, foi realizado uma razão de não expostos/expostos de 9:1, uma prevalência total do desfecho de 10%, uma frequência esperada do desfecho em não expostos de 9,1% e uma RP de 2. Assim, seriam necessários 1.220 entrevistados. Acrescentando-se a esse número 15% para fatores de confusão, a amostra necessária seria de 1.403 participantes. No presente recorte, foram utilizados dados de todos os participantes do estudo.

Os dados foram coletados por entrevistadores previamente treinados, por meio da aplicação de questionário testado e pré-codificado para adultos e idosos que buscavam atendimento nos serviços de saúde, sendo que para a seleção dos usuários, utilizou-se os critérios de inclusão. As entrevistas foram feitas de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e da tarde, conforme horários de funcionamento das unidades, na sala de espera, antes dos procedimentos. Os dados coletados foram duplamente digitados, validados e, posteriormente, foi realizada estatística descritiva, além de ter sido verificada a diferença da distribuição da insônia conforme outras variáveis através do teste de qui-quadrado, considerando-se nível de confiança de 95%.

O desfecho deste estudo, insônia, foi averiguado mediante à autopercepção sobre a qualidade do sono, por meio das perguntas: nas últimas 04 semanas, você a) “teve dificuldade em pegar no sono?”; b) “acordou de madrugada e teve dificuldade de voltar a dormir?”; c) “se sentiu cansado durante o dia, prejudicando suas atividades por não dormir direito?”; d) “teve noite curta de sono porque acordou muito cedo (6 horas ou menos de sono)?”. Em seguida eram dadas as opções de resposta “sim” e “não”. O desfecho foi calculado conforme Leger e colaboradores (2000), sendo considerado com insônia aqueles indivíduos que respondessem “sim” para pelo menos 2 das perguntas citadas acima. Se a resposta para as 3 primeiras perguntas fosse afirmativa, o participante era questionado sobre a gravidade do sintoma com as opções de resposta “leve”, “moderado”, “grave” ou “muito grave”. Quando era dada uma resposta afirmativa para a pergunta “você teve noite curta de sono por que acordou muito cedo (6 horas ou menos de sono)?”, o indivíduo era questionado “o quão curtas foram estas noites?”, com as seguintes possibilidades de resposta: “pouquíssimo (5 ou 6 horas)”, “pouco (4 horas)”, “muito (3 horas)”, “muitíssimo (menos de 3 horas)”. Ainda relacionado ao desfecho, incluiu-se a pergunta: “Você toma remédio para dormir?”. Além disso, se o participante respondesse afirmativo para a questão de encontrar dificuldades em pegar no sono, caracterizava-se como “insônia da fase inicial”. Para os que enfrentavam adversidade em manter o sono durante a noite, considerou-se como “insônia intermediária” e, para os que acordavam excessivamente cedo, como “insônia terminal”, contabilizando 6 horas ou menos dormidas. Tais classificações foram baseadas nas perguntas “a”, “b” e “d” supracitadas.

Foram coletadas informações a respeito de condições sociodemográficas: sexo (feminino; masculino), faixa etária (categorizada em ≥ 18 foi chamada de adulto; maior de >59 chamada de idosos), cor da pele autorreferida (branca; outras), escolaridade (fundamental; médio; superior ou mais), renda familiar em salários mínimos (≤ 1 ; >1) e situação conjugal (com ou sem cônjuge). Também foram consideradas variáveis de comportamento, sendo o tabagismo (sim; não), o consumo de bebida alcoólica (sim; não) e o hábito de praticar atividade física (sim; não). Por fim, em relação às variáveis de situação de saúde, considerou-se o diagnóstico médico autorreferido de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, cardiopatia, depressão, de tabagismo, hipertrigliceridemia e excesso de peso, categorizadas em sim e não. Foi realizada estatística descritiva e verificada a diferença da distribuição da insônia conforme outras variáveis através do teste de qui-quadrado, considerando-se nível de confiança de 95%.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob protocolo número 3.219.633, obedecendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 1443 participantes, sendo, conforme Tabela 1, a maior parte do sexo feminino (71,0%), na faixa etária entre 18 a 59 anos (72%), brancos (64,8%), com ensino fundamental (45,6%), sem atividade remunerada (57,4%), em situação conjugal com companheiro (72,2%), sem o hábito de praticar atividade física (57,5%), com renda familiar abaixo de 1 salário mínimo (71,2%). Um total de 81,7% negou tabagismo, e 70,9% negaram consumo de bebida alcoólica.

Tabela 1. Características sociodemográficas de uma amostra de adultos e idosos atendidos na atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2019 (n=1443).

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	1025	71,0
Masculino	418	29,0
Idade em anos completos (n=1438)		
18-59	1035	72,0
≥60	403	28,0
Cor da pele (n=1437)		
Branca	931	64,8
Outra	506	35,2
Escolaridade (n=1338)		
Ensino fundamental	610	45,6
Ensino médio	454	33,9
Ensino superior ou mais	274	20,5
Atividade remunerada		
Sim	615	42,6
Não	828	57,4
Renda familiar em salário mínimos (n=1349)		
≤1	960	71,2
>1	389	28,8
Situação conjugal (n=1436)		
Com cônjuge	1037	72,2
Sem cônjuge	399	27,8
Tabagismo (n=1441)		
Sim	264	18,3
Não	1177	81,7
Consumo de bebida alcoólica (n=1442)		
Sim	419	29,1
Não	1023	70,9
Hábito de praticar atividade física (n=1442)		
Sim	613	42,5
Não	829	57,5

Em sua maioria, os participantes não apresentavam excesso de peso (64,7%), sendo observada uma frequência de diabetes mellitus em (19,1%) dos entrevistados, (39,5%) deles com hipertensão arterial sistêmica, 25,2% com hipercolesterolemia, 14,5% com cardiopatias, 26,8% com depressão e 19,1% com hipertrigliceridemia (Tabela 2).

Tabela 2. Características de saúde de uma amostra de adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2019 (n=1443).

Variáveis	N	%
Excesso de peso (n=1264)		
Sim	446	35,3
Não	818	64,7
Diabetes <i>mellitus</i>		
Sim	276	19,1
Não	1167	80,9
Hipertensão arterial sistêmica		
Sim	570	39,5
Não	873	60,5
Hipercolesterolemia		
Sim	363	25,2
Não	1080	74,8
Cardiopatias (n=1442)		
Sim	209	14,5
Não	1233	85,5
Depressão		
Sim	387	26,8
Não	1056	73,2
Hipertrigliceridemia		
Sim	275	19,1
Não	1168	80,9

Foi observada uma frequência de 52,9% de indivíduos com sinais de insônia (Tabela 3). Do total de indivíduos entrevistados, 42,8% responderam ter dificuldades em iniciar o sono (insônia de fase inicial), sendo 38,1% em grau moderado; enquanto que 47,1% apresentaram problemas em manter o sono (insônia intermediária), sendo 36,7% deles em grau moderado. A dificuldade em ter uma duração de sono maior ou igual a 6 horas de sono (insônia terminal) foi observado em 44,6% dos participantes da pesquisa, dentre esses a maioria experimentou uma noite de 5 a 6 horas de sono (41,1%). Além disso, 47,8% dos entrevistados afirmaram ter cansaço diurno por não dormir adequadamente, sendo que 46,6% desses relataram este cansaço em um grau moderado. Por último, com relação ao uso de medicação para dormir, 14,5% relataram uso (Tabela 3).

Tabela 3. Características da qualidade do sono de uma amostra de adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2019 (n=1443).

Variáveis	N	%
Insônia		
Não	679	47,1
Sim	764	52,9
Insônia da fase inicial		
Não	824	57,2
Sim	616	42,8
Leve	176	28,8
Moderado	233	38,1
Grave	156	25,5
Muito grave	47	7,7
Insônia intermediária		
Não	763	52,9
Sim	679	47,1
Leve	214	31,7
Moderado	248	36,7
Grave	163	24,1
Muito grave	51	7,5
Insônia terminal		
Não	799	55,4
Sim	643	44,6
Leve (5 ou 6 horas de sono)	264	41,1
Moderado (4 horas de sono)	193	30,1
Grave (3 horas de sono)	103	16,0
Muito grave (menos de 3 horas de sono)	82	12,8
Cansaço diurno		
Não	751	52,1
Sim	689	47,8
Leve	198	28,9
Moderado	320	46,6
Grave	131	19,1
Muito grave	37	5,4
Uso de medicamento para dormir		
Não	1231	85,5
Sim	209	14,5

Em relação às características sociodemográficas e comportamentais, foi possível verificar diferença estatística significativa na distribuição dos indivíduos com insônia entre aqueles do sexo feminino (56,5%; $p < 0,001$) e com renda maior que um salário mínimo

(55%; p=0,026) – Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da frequência de insônia de acordo com características sociodemográficas e comportamentais em uma amostra de adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2019 (n=1443)

	Com insônia		Sem insônia		p
	n	%	N	%	
Sexo					<0,001
Feminino	579	56,5	446	43,5	
Masculino	185	44,3	233	55,7	
Idade em anos completos (n=1438)					0,624
20-59	545	52,7	490	47,3	
≥60	218	54,1	185	45,9	
Escolaridade (n=1338)					0,664
Ensino fundamental	322	52,8	288	47,2	
Ensino médio	246	54,2	208	45,8	
Ensino superior ou mais	139	50,7	135	49,3	
Renda familiar em salário mínimos (n=1349)					0,026
≤1	188	48,3	201	51,7	
>1	528	55,0	432	45,0	
Situação conjugal					0,297
Com cônjuge	540	52,1	497	47,9	
Sem cônjuge	220	55,1	179	44,9	
Tabagismo (n=1441)					0,156
Sim	150	56,8	114	43,2	
Não	612	52,0	565	48,0	
Consumo de bebida alcoólica (n=1442)					0,201
Sim	211	50,4	208	49,6	
Não	553	54,1	470	45,9	
Hábito de praticar atividade física (n=1442)					0,154
Sim	311	50,7	302	49,3	
Não	452	54,5	377	45,5	

Quanto à distribuição da insônia de acordo com características de saúde, verificou-se distribuição significativa em relação às variáveis hipertrigliceridemia (64,4%; p<0,001), hipertensão arterial sistêmica (57,9%; p=0,002), hipercolesterolemia (57,6%; p=0,041),

com cardiopatia (66,5%; $p < 0,001$), depressão (71,6%; $p < 0,001$) e diabetes mellitus (60,5%; $p = 0,005$) – Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição da frequência de insônia de acordo com características de saúde em uma amostra de adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2019 (n=1443)

	Com insônia		Sem insônia		P
	n	%	N	%	
Excesso de peso (n=1264)					0,492
Sim	442	54,0	376	46,0	
Não	232	52,0	214	48,0	
Diabetes <i>Mellitus</i>					0,005
Sim	167	60,5	109	39,5	
Não	597	51,2	570	48,8	
Hipertensão arterial sistêmica					0,002
Sim	330	57,9	240	42,1	
Não	434	49,7	439	50,3	
Hipercolesterolemia					0,041
Sim	209	57,6	154	42,4	
Não	555	51,4	525	48,6	
Cardiopatas (n=1442)					<0,001
Sim	139	66,5	70	33,8	
Não	625	50,7	608	49,3	
Depressão					<0,001
Sim	277	71,6	110	28,4	
Não	487	46,1	569	53,9	
Hipertrigliceridemia					<0,001
Sim	177	64,4	98	35,6	
Não	597	50,3	581	49,7	

DISCUSSÃO

Nota-se, nesta pesquisa, que mais da metade da população estudada se apresentava com insônia (52,9%) e, ao se comparar com outras pesquisas nacionais e internacionais com essa temática, verificou-se uma prevalência elevada nos usuários da APS. Isso pode ser corroborado através de uma pesquisa realizada em Campo Grande (MS), a qual teve como amostra um total de 408 entrevistados e evidenciou uma prevalência geral de

insônia na população adulta e urbana de 19,1% (SOUZA, 2001). Também, outro estudo realizado com moradores da zona urbana de Pelotas, com 20 anos ou mais, encontrou uma prevalência de insônia de 28,2% (FANTINEL, 2010). No município de São Paulo (SP), por sua vez, em uma pesquisa composta por 1.101 participantes, que responderam ao Índice de Gravidade de Insônia (IGI), notou-se que 42,0% das pessoas indicaram ter, pelo menos, um sintoma de insônia e, no município de São José do Rio Preto (SP), identificou-se que 32% dos participantes relataram terem quadros de insônia (MARCHI *et al.*, 2004; CASTRO, 2011).

A manifestação da insônia pode ocorrer em diferentes períodos da noite, verificando-se, neste estudo, uma maior prevalência da insônia intermediária (47,1%), a qual está relacionada à maior dificuldade de manter o sono. Além disso, tanto a insônia inicial quanto a intermediária foram classificadas, em sua predominância, com gravidade moderada, enquanto a insônia terminal foi determinada como leve. Em uma pesquisa realizada em Pelotas (RS), pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), foi aplicado o índice de gravidade de insônia para adultos moradores na zona urbana da cidade, observando-se dados semelhantes aos encontrados neste estudo para o despertar precoce e para a dificuldade de manter o sono e divergindo, somente, em relação à insônia inicial, a qual foi classificada como leve (FANTINEL, 2010). Destaca-se, além do mais, que menos da metade dos entrevistados, nesta pesquisa, com insônia informaram ter cansaço diurno, mas, os que relataram essa exaustão, determinaram a gravidade como moderada.

No que diz respeito aos medicamentos para dormir, 14,5% de todos entrevistados, indivíduos com e sem insônia, relataram fazer uso. Na literatura, encontrou-se resultados semelhantes, por exemplo, Fantinel (2010) ao determinar a prevalência e os fatores associados à insônia em adultos residentes na cidade de Pelotas, estimou que 15,4% dos entrevistados utilizavam fármacos para induzir o sono. Quanto às variáveis sociodemográficas, o sexo feminino apresentou maior frequência relativa em relação ao distúrbio do sono estudado, assim como apontado por outras pesquisas, as quais demonstraram maior prevalência de insônia em mulheres (SOUZA, 2001; FANTINEL, 2010; MARCHI *et al.*, 2004). No que diz respeito à renda, verificou-se maior relato de episódios de insônia entre os participantes com renda per capita maior que 1 salário mínimo. Esse dado diverge do encontrado em outros estudos, como o de Castro (2011), em que se avaliou a adaptação e validação do Índice de Gravidade de Insônia (IGI) e se percebeu que indivíduos com classe social baixa, possuíam um maior valor de IGI. Um estudo sobre insônia e uso de hipnóticos na população geral de Campo Grande (MS), não encontrou associação significativa entre o nível socioeconômico e as perturbações do sono (SOUZA, 2001). Tais resultados distintos, provavelmente, podem ser explicados devido às

características socioeconômicas referente à população de cada pesquisa.

No presente estudo, verificou-se uma maior frequência de insônia entre indivíduos com algumas comorbidades como depressão, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e cardiopatia. Referente à depressão, essa informação vai ao encontro de outras pesquisas, as quais apontaram que os pacientes com esse transtorno de humor, comumente, manifestam queixas de insônia (CHELLAPPA, ARAUJO, 2006; LUCCHESI *et al.*, 2005; LAKS, TELLES, 2014). Quanto às outras características clínicas, há estudos que demonstraram relação entre a insônia e complicações cardiometabólicas como hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM) (GRANDNER *et al.*, 2014). Também, levanta-se que tanto a insônia quanto a doença cardiovascular ocorrem, fisiopatologicamente, devido a um mecanismo inflamatório, visto que os pacientes com insônia apresentam um aumento dos marcadores inflamatórios, assim como os cardiopatas (LAKS; TELLES, 2014). Nesse mesmo contexto, apresenta-se hipóteses sobre a insônia ser um fator de risco para o desenvolvimento de HAS por estar associado ao aumento de respostas inflamatórias, além de contribuir para o surgimento de DM, uma vez que se presume que ocorre redução da sensibilidade à insulina (SANTOS, 2014). Outrossim, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais 5ª Ed. a insônia persistente está associada a comorbidades como transtornos depressivos, HAS, doença cardíaca coronariana, DM, entre outras (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Cabe ressaltar que, supostamente, existe uma relação de risco bidirecional, na qual a insônia eleva a chance no desenrolar dessas condições clínicas e vice-versa. Dessa forma, observa-se uma dificuldade em dimensionar a interferência de cada variável na insônia (LAKS, 2013).

É importante destacar que nenhum dos estudos apresentados contemplaram, exclusivamente, usuários da APS, justificando a importância deste estudo para incitar discussões sobre essa temática tanto em relação a literatura nacional quanto internacional. Quanto à limitação desta pesquisa, pode-se citar a autodeclaração das características de saúde pela população em análise, uma vez que ela possibilita a ocorrência de viés de informação.

CONCLUSÕES

Portanto, nesta amostra, a prevalência de insônia se demonstra alta em comparação a outros estudos, o que é preocupante, visto que a qualidade do sono está diretamente

ligada ao bem-estar do ser humano. Também, percebe-se que há uma relação entre essa patologia com algumas características clínicas e epidemiológicas, uma vez que se constata uma distribuição significativa com o sexo feminino, a renda maior que um salário mínimo, a hipertrigliceridemia, a HAS, a hipercolesterolemia, a cardiopatia, a depressão e a DM. Em relação à essas comorbidade, o transtorno depressivo foi bastante expressivo nos entrevistados com insônia, já que, aproximadamente, 1/3 dos pacientes com esse distúrbio do sono eram depressivos. Observa-se que a frequência de HAS e de hipercolesterolemia são semelhantes, mas menores que a da hipertrigliceridemia, da DM e da cardiopatia. Por fim, a insônia é um distúrbio do sono frequente entre os adultos e idosos atendidos na APS no município de Passo Fundo (RS), o que faz está pesquisa ser relevante para estimular a criação de estratégias em saúde com a finalidade de melhorar o manejo e o cuidado dos pacientes portadores dessa condição clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública; Perfil de Saúde; Sono; Distúrbios do Sono; Distúrbios do Início e da Manutenção do Sono;

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 09 de mar. de 2021.

CASTRO, Laura de Siqueira. **Adaptação e validação do Índice de Gravidade de Insônia (IGI):** caracterização populacional, valores normativos e aspectos associados. 2011. 104 p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/37726506.pdf>. Acesso em: 11 de mar. de 2021.

CHELLAPPA, Sarah Laxhmi; ARAUJO, John Fontenele. Excessive daytime sleepiness in patients with depressive disorder. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 126-129, jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 de mar. de 2021.

FANTINEL, Everton José. **Epidemiologia da insônia em inquérito populacional em uma**

cidade do sul do Brasil. 2010. 107 p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010. Disponível em: <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/uploads/teses/Dissert%20fantinel.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2021.

FERNANDES, Regina Maria Fernandes. O sono normal. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 39, n. 2, p. 157-168, abr-jun 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/372/373>. Acesso em: 09 de mar. de 2021.

GRANDNER, Michael A. *et al.* Habitual Sleep Duration Associated with Self-Reported and Objectively-Determined Cardiometabolic Risk Factors. **Sleep Med**, v. 15, n. 1, p. 42-50, jan. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3947242/>. Acesso em: 12 de mar. de 2021.

GUYTON, Arthur Clifton; HALL, John E. **Tratado de fisiologia médica**. 13ª ed. São Paulo: Elsevier, 2017.

JANSEN, José Manoel *et al.* orgs. **Medicina da noite: da cronobiologia à prática clínica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/3qp89/pdf/jansen-9788575413364.pdf>. Acesso em: 07 de mar. de 2021.

LAKS, Jerson; TELLES, Leonardo Lessa. Insônia e doença cardiovascular: marcadores inflamatórios e risco aumentado de cardiopatias. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 102, n. 2, p. 15-19, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n2/a4190.pdf>. Acesso em: 10 de mar. de 2021.

LEGER, Damien *et al.* Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France. *J Sleep Res.*, v. 9, n. 1, p. 35-42, 2000. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-2869.2000.00178.x>. Acesso em: 13 de mar. de 2021.

LUCCHESI, Ligia Mendonça *et al.* O sono em transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, supl. 1, p. 27-32, maio 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2021.

MARCHI, Nely Silvia Aragão de *et al.* Analysis of the prevalence of insomnia in the adult population of São José do Rio Preto, Brazil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 62, n. 3b, p. 764-768, set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2004000500004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2021.

em: 09 de mar. de 2021.

RIBEIRO, Nelson Ferreira. Tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-14, 27 dez. 2016. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1271/820>. Acesso em: 08 de mar. de 2021.

SANTOS, Pedro Duarte Lourenço dos. **Insônia e Hipertensão**. 2014. P. 95. (Mestre em Ciências Farmacêuticas). Instituto superior ciências da saúde Egas Moniz, Portugal, 2014. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13081/1/Santos%2c%20Pedro%20Duarte%20Louren%c3%a7o%20dos.pdf>. Acesso em: 11 de mar. de 2021.

SOUZA, José Carlos Rosa Pires de. **Insônia e uso geral de hipnóticos na população geral de Campo Grande, MS**. 2001. 116 p. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Programa e Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/310168/1/Souza_JoseCarlosRosaPiresde_D.pdf. Acesso em: 09 mar. 2021.