

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA**

deposar 21-12-2000

**PREVALÊNCIA DE INSÔNIA E FATORES ASSOCIADOS
NA POPULAÇÃO URBANA ADULTA
DA CIDADE DE PELOTAS-RS**

ALEXANDRA VIRGÍNIA GUIMARÃES OLIVEIRA

Orientador: Prof. Dr. Maurício Silva de Lima

Co-orientadora: Prof. Dra. Ana Maria Borges Teixeira

PELOTAS
Dezembro de 2000

Insônia

Augusto dos Anjos

Noite. Da mágoa o espírito noctâmbulo
Passou de certo por aqui chorando!
Assim, em mágoa, eu também vou passando
Sonâmbulo... sonâmbulo... sonâmbulo...

Que voz é esta que a gemer concentro
No meu ouvido e que do meu ouvido
Como um bemo! e como um suspenso
Rola impetuosa por meu peito adentro?!

— Por que é que este gemido me acompanha?!
Mas dos meus olhos no sombrio palco
Súbito surge como um catafalco
Uma cidade mapa-mundi estranha.

A dispersão dos sonhos vagos reúno.
Desta cidade pelas ruas erra
A procissão dos Mártires da Terra
Desde os Cristãos até Giordano Bruno!

Vejo diante de mim Santa Francisca
Que com o cilício as tentações suplanta,
E invejo o sofrimento desta Santa,
Em cujo olhar o vício não faísca!

Se eu pudesse ser puro! Se eu pudesse,
Depois de embebedado deste vinho.
Sair da vida puro como o arminho
Que os cabelos dos velhos embranquece!

Por que cumpro o universal ditame!?
Pois se eu sabia onde morava o vício,
Por que não evitei o precipício
Estrangulando minha carne infame?!

Até que dia o intoxicado aroma
Das paixões torpes sorverei contente?
E os dias correrão eternamente?!
E eu nunca sairei desta Sodoma?!

À proporção que minha insônia aumenta
Hieroglifos e esfinges interrogo...
Mas, triunfalmente, nos céus altos, logo
Toda a alvorada esplêndida se ostenta.

Vagueio pela noite decaída...
No espaço a luz de Aldebarã e de Árgus
Vai projetando sobre os campos largos
O derradeiro fósforo da Vida

O Sol, equilibrando-se na esfera,
Restitui-me a pureza da hematose
E então uma interior metamorfose
Nas minhas arcas cerebrais se opera.

O odor da margarida e da begônia
Subitamente penetra no olfato...
Aqui, neste silêncio e neste mato,
Respira com vontade a alma campônia!

Grita de satisfação a alma dos bichos.
Incensa o ambiente o fumo dos cachimbos.
As árvores, as flores, os corimbos,
Recordam santos nos seus próprios nichos.

Com o olhar a verde periferia abarco
Estou alegre. Agora, por exemplo,
Cercado destas árvores, contemplo
As maravilhas reais do meu Pau d'Arco

Cedo virá, porém, o funerário,
Ato dragão da escura noite, hedionda,
Em que o Tédio, batendo na alma, estronda
Como um grande trovão extraordinário.

Outra vez serei pábulo do susto
E terei outra vez de, em mágoa imerso,
Sacrificar-me por amor do Verso
No meu eterno leite de Procusto!

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

À Universidade Federal de Pelotas, pela oportunidade de cursar esse mestrado.

À CAPES (Fundação de Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo financiamento do projeto.

Ao meu orientador, Mauricio Lima, pela confiança depositada, pelo constante incentivo e disponibilidade. Excelente professor e grande amigo, com quem se pode contar sempre.

À minha co-orientadora, Ana Borges, por sua amizade e apoio.

Aos professores do curso de mestrado: Aluisio Barros, Ana Menezes, César Victora, Cora Post, Elaine Tomasi, Fernando Barros, Iná Santos, Jorge Béria, Luis Augusto Fachini, Maria Teresa Olinto e Bernardo Horta — fatores mediadores do conhecimento.

Aos colegas de mestrado: Sandro Oliveira, Eduardo Devens, Mariângela Steffens, Maura Malcon, Laura Berquó, Felipe Sparenberg, Alicia Manitto, Ana Carolina Gonzalez, Wladimir Duarte, Erika Silveira, Fernando Rocha, Cristiane Diel, e Marcelo Ferreira, pelo trabalho realizado em grupo.

Aos doutorandos monitores: Maria Cecilia Assunção, Paulo Orlando Monteiro, Neiva Valle, Rosângela Lima, Maria Cristina Barbosa e Silva, Eduardo Mendéz, Denise Gigante e Beatriz Tavares, pela disponibilidade.

Aos meus pais, Joaquim e Paula Oliveira, pelo amor que me foi dedicado e sempre demonstrado, pelo incentivo e valorização do estudo, pelo exemplo de vida.

Às minhas irmãs, Verônica e Izaura Oliveira, companheiras de jornada, pelo apoio incondicional.

Aos funcionários que trabalham no Centro de Pesquisas: Margareth, Carmem, Mercedes, Olga, Angélica, Fátima, William, Lenir, Darlan, pelo auxílio e receptividade.

Às entrevistadoras, pela dedicação e qualidade do trabalho.

Aos entrevistados, pela colaboração, paciência e generosidade.

ÍNDICE:

	PÁG.
1. PROJETO DE PESQUISA	
1.1. INTRODUÇÃO.....	08
1.2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	10
1.3. JUSTIFICATIVA.....	15
1.4. OBJETIVOS.....	16
1.4.1. . GERAL.....	16
1.4.2. . ESPECÍFICOS.....	16
1.5. HIPÓTESES.....	17
1.6. MODELO TEÓRICO.....	18
1.7. METODOLOGIA.....	19
1.7.1. POPULAÇÃO-ALVO.....	19
1.7.2. DELINEAMENTO.....	19
1.7.3. TAMANHO DA AMOSTRA.....	20
1.7.4. AMOSTRAGEM.....	20
1.7.5. DEFINIÇÃO DO DESFECHO.....	21
1.7.6. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	21
1.7.7. INSTRUMENTOS.....	21
1.7.8. LOGÍSTICA.....	22
1.7.9. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES.....	22
1.7.10. ESTUDO PILOTO.....	22
1.7.11. CONTROLE DE QUALIDADE.....	23
1.7.12. MATERIAL.....	23
1.7.13. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	23
1.7.14. ASPECTOS ÉTICOS.....	23
1.8. CRONOGRAMA	24
1.9. ORÇAMENTO.....	25
1.9.1. ORÇAMENTO PARCIAL.....	25
1.9.2. ORÇAMENTO TOTAL.....	26
1.10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	
2.1. CONFEÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS.....	30
2.2. SELEÇÃO DAS ENTREVISTADORAS.....	30
2.3. TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS.....	31
2.4. ESTUDO PILOTO.....	32
2.5. AMOSTRAGEM.....	33
2.6. COLETA DE DADOS.....	35
2.7. PERDAS E RECUSAS.....	36
2.8. CONTROLE DE QUALIDADE.....	37
2.9. CODIFICAÇÃO, DIGITAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	38
2.10. ANEXOS	
2.10.1. FICHA DE INSCRIÇÃO.....	40
2.10.2. PROVA ESCRITA FINAL.....	42
2.10.3. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO.....	48
2.10.4. CARTA À RÁDIO.....	49
2.10.5. CARTA DE APRESENTAÇÃO.....	50
2.10.6. PLANILHA DE PERDAS	51
2.10.7. PLANILHA DE RECUSAS.....	52
2.10.8. DICAS PARA UMA VIDA SAUDÁVEL.....	53
3. ARTIGO 1	
3.1. ABSTRACT.....	56
3.2. RESUMO.....	57
3.3. INTRODUÇÃO.....	58
3.4. METODOLOGIA.....	59
3.5. RESULTADOS.....	62
3.6. DISCUSSÃO.....	64
3.7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
4. ARTIGO 2	
4.1. ABSTRACT.....	77
4.2. RESUMO.....	78
4.3. INTRODUÇÃO.....	79
4.4. METODOLOGIA.....	80
4.5. RESULTADOS.....	82
4.6. DISCUSSÃO.....	83
4.7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91

5. ANEXOS

5.1.	QUESTIONÁRIO DOMICILIAR.....	95
5.2.	QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL.....	97
5.3.	MANUAL DE INSTRUÇÕES.....	102
5.4.	PLANILHAS DE CONTROLE.....	121

PROJETO DE PESQUISA

**PREVALÊNCIA DE INSÔNIA E FATORES ASSOCIADOS
NA POPULAÇÃO URBANA ADULTA DA CIDADE DE
PELOTAS-RS**

ALEXANDRA VIRGÍNIA GUIMARÃES OLIVEIRA

**MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

1.1. INTRODUÇÃO:

O sono é um estado regular, recorrente e facilmente reversível do organismo. É caracterizado por relativa quietude, modificação do nível de consciência e grande elevação do limiar de resposta a estímulos externos. O sono serve a funções de restauração e homeostasia e parece ser crucial para a termorregulação normal e conservação de energia. Durante o sono ocorre a recuperação do organismo em geral, em especial do sistema músculo-esquelético e neurológico¹.

O estudo científico do sono progrediu significativamente desde a descoberta do sono de movimento rápido dos olhos (REM – do inglês *Rapid Eye Movements*) e sua associação com os sonhos. Atualmente a avaliação do sono pode ser feita através do registro simultâneo de múltiplas variáveis fisiológicas, denominado Polissonograma (PSG).

A regulação do sono é realizada através de mecanismos ainda pouco conhecidos. Estuda-se a influência de determinados neurotransmissores como: serotonina, noradrenalina, acetilcolina, dopamina e outros. Muitas drogas, utilizadas na prática clínica, ao inibir ou estimular a síntese e liberação destes neurotransmissores afetam a quantidade e a qualidade do sono dos pacientes. Várias doenças clínicas e psiquiátricas cursam com alteração do padrão do sono. A privação de sono pode precipitar surtos de mania ou melhorar quadros depressivos¹.

Existem várias classificações em uso para os transtornos relacionados ao sono. A décima revisão do Código Internacional de Doenças (CID-10)² divide os transtornos do sono em:

- ◆ Transtornos não-orgânicos do sono, que incluem:
 - Dissonias: Insônia, Hipersonia e Transtorno do ciclo sono-vigília;
 - Parassonias: Sonambulismo, Terrors noturnos e Pesadelos.
- ◆ Transtornos orgânicos do sono: Transtornos do ciclo sono-vigília, Apnéia do sono, Narcolepsia e catalepsia, Mioclonia noturna e Enurese.

Outras classificações bastante utilizadas são o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4ª edição*)³ e a ICSD (*International Classification of Sleep Disorders*)⁴. A última, elaborada pela *American Sleep Disorders Association* e publicada em 1997, é dividida em quatro eixos principais: **Dissonias** (que inclui as insônias de etiologia não-orgânica), **Parassonias**, **Distúrbios do sono associados a transtornos clínicos e psiquiátricos** e **Distúrbios propostos** (que inclui novas entidades diagnósticas).

A insônia é uma queixa comum nas consultas médicas, principalmente na clínica psiquiátrica. Apresenta-se como a queixa principal ou faz parte do quadro clínico de determinada doença. É um sintoma que se refere a incapacidade transitória ou persistente para iniciar ou manter o sono. Pode traduzir-se em um sono agitado, de curta duração, que é insuficiente para manter o alerta e o bem-estar durante o dia.

Uma classificação bastante utilizada é a que define a insônia segundo o momento em que ela ocorre^{5, 6}. Chama-se inicial a insônia em que predomina a dificuldade para iniciar a dormir. Insônia terminal é aquela em que o paciente acorda-se muito cedo e não consegue voltar a dormir. A insônia intermediária consiste em vários despertares durante a noite e dificuldade para conciliar o sono. Essa classificação é importante na clínica, já que alguns transtornos cursam predominantemente com determinado tipo de insônia, diferenciando-se de outros¹. Podemos citar como exemplo alguns quadros de ansiedade, que cursam com insônia inicial e quadros depressivos, que em geral acompanham-se de insônia terminal. Pessoas jovens apresentam mais frequentemente problemas de latência e idosos tendem a ter dificuldades para manter o sono⁷.

Um breve período de insônia está associado, muitas vezes, a experiências provocadoras de ansiedade, como reações a perdas, tristezas ou mudanças de vida. O tratamento específico para um quadro de insônia transitória geralmente é desnecessário.

1.2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:

Foi realizada busca bibliográfica sobre o tema através da Internet, bibliotecas locais e de cidades vizinhas. Na Internet, as fontes de artigos foram MEDLINE, LILACS e BIREME.

A insônia tem sido estudada em diversos países e no Brasil⁸, onde foram encontradas prevalências variadas, gerais ou estratificadas por sexo e idade (Tabela.1). A maioria dos trabalhos ao questionar sobre a insônia, o faz com perguntas que se referem às suas formas de manifestação, como: dificuldade para iniciar a dormir; dificuldade para manter o sono ou despertar várias vezes durante a noite; acordar cedo e não conseguir adormecer novamente.

Del Giglio⁸, em um estudo transversal conduzido na cidade de São Paulo-SP em 1998, encontrou uma prevalência de 50% para uma ou mais queixas de insônia (dificuldade para adormecer, dificuldade para manter o sono, despertar precoce) na última semana.

Bixler e cols.⁵, em Los Angeles, observaram que as insônias foram os problemas mais prevalentes entre os distúrbios do sono pesquisados. A prevalência de insônia foi de 42,5%. Do total da amostra, 26,9%, 23,4% e 17% dos respondentes informaram dificuldade para manter o sono, dificuldade para adormecer e despertar precoce, respectivamente. Em uma amostra de Tucson, Arizona, 37,8% da população informou pelo menos um dos três tipos de insônia (inicial, terminal e intermediária)⁶.

Um dado confirmado por vários estudos é o de que, de maneira geral, a insônia é mais freqüente entre as pessoas mais velhas e do sexo feminino^{6, 9, 10}.

Quadro 1. Prevalência de insônia e fatores associados em diferentes estudos

AUTOR(S)/ ANO/LOCAL	AMOSTRA	PROBLEMA	FAIXA ETÁRIA	FATORES ASSOCIADOS	PREVALÊNCIA (M/F)
Karacan e cols. ¹¹ -1976 Alachua, USA	1645	Sleep disturbances	> 18a.	Sexo fem., idade avançada,	10,9/15,4%
Bixler e cols. ⁵ -1979 Los Angeles, USA	1006	Insônia	> 18a.	Baixa renda e escolaridade/ idade avançada/ sexo fem.	Queixa atual-32.2%
Mellinger e cols. ¹⁰ -1985 USA	3161	Insônia	18-79a.	Sexo fem., idade avançada, ansiedade e depressão	35%
Ford e cols. ⁹ - 1989 USA	7954	Insônia	> 18a.	Desemprego, sexo fem., idade avançada, ser divorciado ou separado	10,2%
Weyerer e Dilling ¹² -1991 Alemanha	1668	Insônia	> 15a.	Sexo fem., idade avançada, doenças clínicas e psiquiátricas	28,5%

AUTOR(S)/ ANO/LOCAL	AMOSTRA	PROBLEMA	FAIXA ETÁRIA	FATORES ASSOCIADOS	PREVALÊNCIA (M/F)
Klink e cols. ⁶ -1992 Tucson, USA	2101	Insônia	>18a.	Queixas anteriores de insônia, sexo fem., idade avanzada, ronco e outros	28,2/38,4%
Breslau e cols. ¹³ -1996 Michigan, USA	1007	Insônia	21-30a.	Depressão maior, abuso/dependência a drogas e tabaco.	Lifetime: 24,6%
Hublin e cols. ¹⁴ - 1996 Finlândia	11354	Insônia	Gêmeos - 33-60a.	-----	28,6/20,7%
Yeo e cols. ¹⁵ -1996 Singapura	2418	Insônia	15-55a.	Home stress	12,9/17,5%
Ohayon e cols. ¹⁶ -1996 França	5622	Insônia	>15a.	Sexo fem., idade avanzada,	20,1%
Ohayon e cols. ¹⁶ -1997 Montreal, Canadá	1722	Insônia	>15a.	Sexo fem., idade avanzada	17,8%

AUTOR(S)/ ANO/LOCAL	AMOSTRA	PROBLEMA	FAIXA ETÁRIA	FATORES ASSOCIADOS	PREVALÊNCIA (M/F)
Olson LG ¹⁸ .1996 Newcastle, Austrália	535	Insônia	>16a.	-----	17/25%
Lindberg e cols. ¹⁹ .1997 Europa	623	Difficulties maintaining sleep>3/week	20-45a.	Sexo fem., ansiedade e depressão	10,4/20,1%
Katz e cols. ²⁰ . 1998 Boston, Chicago, Los Angeles	3445	Insônia	Adultos	Sexo fem., idade avançada, não-casado, depressão atual e prévia, Insuf. cardíaca congestiva, d. resp. obstrutiva, dor nas costas e quadris, úlcera péptica	16% insônia severa, 34% insônia moderada

Em um estudo conduzido por Partinen e cols.²¹, foi pesquisado quais foram as atividades que mais se relacionavam às queixas de insônia considerando 40 ocupações diferentes. A dificuldade para manter o sono associava-se especialmente ao trabalho que envolvia esforço físico considerável. A dificuldade para adormecer ou o despertar precoce eram associadas ao esforço intelectual no trabalho.

Johnson e cols.²² estudaram, na área metropolitana de Detroit, adultos de 18 a 45 anos e encontraram que 13% dessa população utilizou álcool, 18% utilizou medicações e 5% utilizou ambos para conseguir dormir.

Balter e cols.²³, em um estudo conduzido em 1979 e repetido em 1990, encontraram que 15% dos respondentes haviam apresentado problemas sérios relacionados ao sono no último ano. Neste mesmo estudo, 2,5% dos respondentes utilizaram hipnóticos no último ano, sendo que a metade utilizou hipnóticos em outros anos.

Simon e cols.²⁴, em um estudo que avaliou a prevalência, sobrecarga, e tratamento da insônia em atendimento primário, observaram que cerca de 10% dos pacientes informaram insônia atual e esta foi associada a prejuízo funcional, a mais dias de incapacitação por problemas de saúde, e a grande uso de serviços médicos.

1.3. JUSTIFICATIVA:

Insônia é um sintoma comum, associa-se a uma ampla gama de patologias. Seu tratamento corresponde a uma demanda significativa da clínica, psiquiatria e outras especialidades. Somente nos Estados Unidos da América, os custos diretos da insônia eram, no ano de 1997, cerca de 14 bilhões de dólares. Tal cifra incluía: gastos com o uso de substâncias para dormir; consultas a médicos, psicólogos e assistentes sociais; testes diagnósticos e tratamentos com especialistas em sono; medidas para insônia dirigidas pelas organizações de saúde mental; cuidados suplementares para insônia em pacientes hospitalizados; cuidados de enfermagem para o idoso com insônia. O custo monetário, como salientado pelo autor, não reflete o impacto da insônia no bem-estar e satisfação pessoal, relações familiares e contribuições à sociedade²⁵.

Kripke e cols.²⁶, em 1979, conduziram um estudo prospectivo para avaliar a associação entre as horas de sono, o uso de hipnóticos e os fatores de risco para mortalidade. Observaram que os sujeitos que utilizavam continuamente hipnóticos apresentaram um índice de mortalidade uma vez e meia maior do que o encontrado entre os não-usuários. Verificaram, também, a existência de correlação entre a quantidade de sono e a taxa de mortalidade.

Foi demonstrado que transtornos clínicos e mentais estão associados com alterações na fisiologia do sono, particularmente com insônia^{5, 6}. Existem estudos que sustentam a hipótese de que a insônia tende a ser um problema crônico^{5, 6}, o que leva a pensar em suas conseqüências a curto e longo prazo: modificações comportamentais e morbidades relacionadas — fadiga crônica, consumo indiscriminado de medicações²³ e substâncias psicoativas²², ansiedade, depressão e outros. O conhecimento da insônia na população, sua frequência e fatores de risco, assim como das medidas utilizadas para seu tratamento, fornecerá substrato para o controle do problema, tentando preservar os indivíduos da cronicidade, dos riscos de morbi-mortalidade, assim como do uso inadequado de substâncias.

1.4. OBJETIVOS:

1.4.1. GERAL:

Estudar a prevalência de insônia e fatores associados em uma amostra representativa da população urbana adulta (idade acima de 20 anos) da cidade de Pelotas-RS.

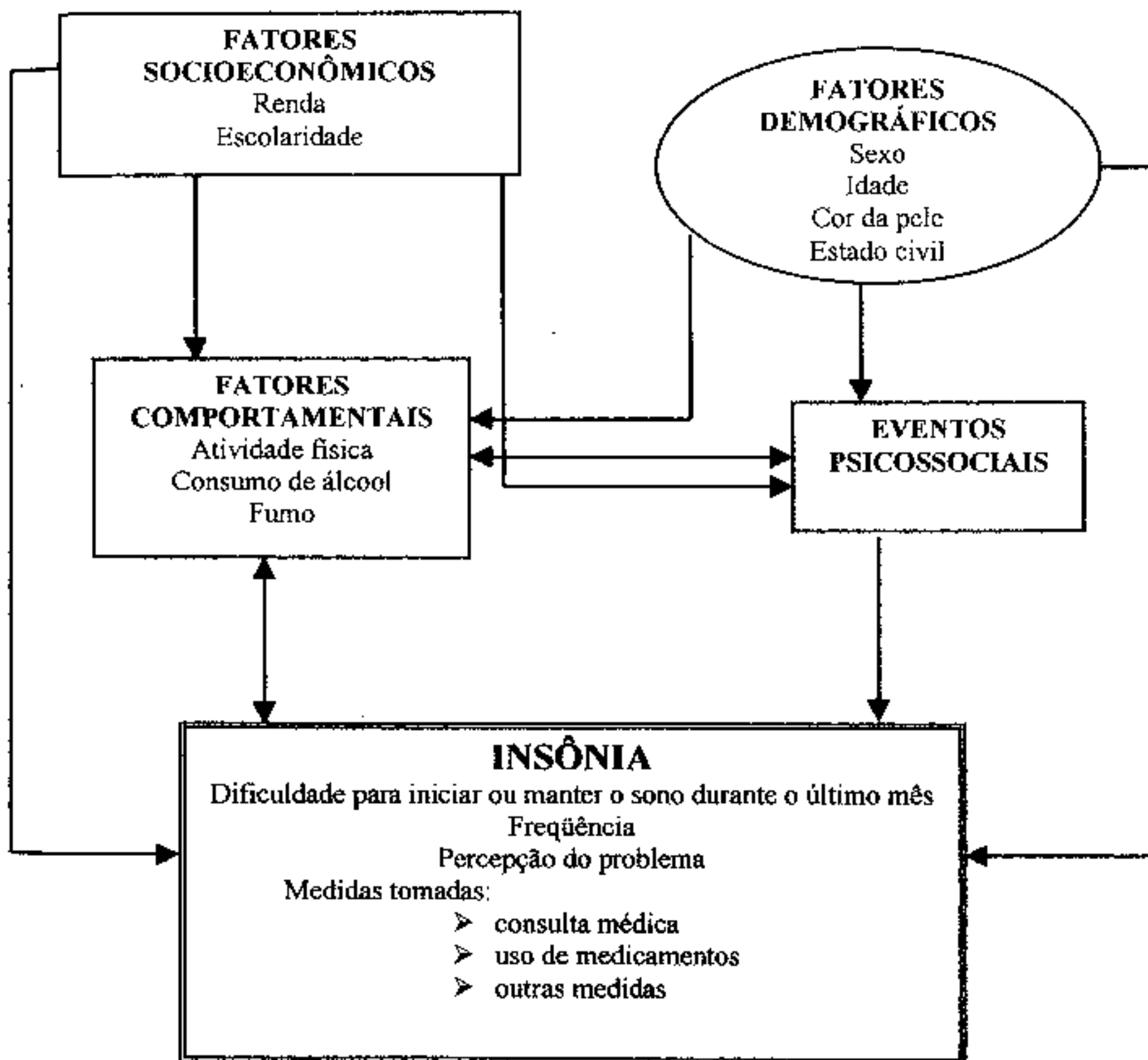
1.4.2. ESPECÍFICOS:

- ◆ Descrever a distribuição da insônia na população adulta da cidade de Pelotas-RS, segundo fatores socioeconômicos e demográficos.
- ◆ Investigar a associação de insônia com variáveis ambientais e comportamentais e com presença de eventos psicossociais.
- ◆ Descrever a ocorrência de insônia nos indivíduos com idade superior a 60 anos segundo as variáveis em estudo. Uma vez que as características do sono se modificam com o avanço da idade, este subgrupo será analisado separadamente.
- ◆ Descrever a associação entre percepção da insônia, métodos utilizados para a solução do problema, procura de auxílio médico e uso de medicamentos.

1.5. HIPÓTESES:

- ◆ É elevada a prevalência de insônia em adultos.
- ◆ A insônia é mais prevalente no sexo feminino, indivíduos de idade avançada, de renda e escolaridade mais baixa.
- ◆ A insônia está associada à menor atividade física e à presença eventos estressantes.
- ◆ A dificuldade para dormir não é percebida como problema para a maioria dos indivíduos e apenas uma pequena parte dos acometidos busca tratamento nos serviços de saúde.

1.6. **MODELO TEÓRICO:**



1.7. METODOLOGIA:

1.7.1. POPULAÇÃO-ALVO

A população alvo para o estudo será aquela residente na zona urbana na cidade de Pelotas que tenha idade igual ou superior a 20 anos. Será tomada como população em estudo uma amostra representativa (probabilística) da população alvo.

Pelotas é uma cidade cuja população urbana é de aproximadamente 300.000 habitantes. A população sofreu decréscimo devido à modificações no seu território, com emancipação de áreas significativas. Dessa população, 52% são do sexo feminino e 48% do sexo masculino. De acordo com dados do IBGE de 1991, a média de moradores por domicílio em Pelotas é de 3,46. Mais de 60% da população tem idade acima de 20 anos (IBGE – 1991 e 1996). Cada domicílio possui, em média, 2 pessoas com idade superior a 20 anos.

1.7.2. DELINEAMENTO:

O estudo será transversal, de base populacional. Os estudos transversais são vantajosos porque podem ser realizados em menor tempo que os estudos longitudinais e demandam menores custos. Considerando-se que as informações sobre a exposição e o desfecho são coletadas simultaneamente, os dados obtidos em estudos transversais não são válidos para estabelecer causalidade, entretanto são úteis para inferências etiológicas, a partir do achado de associações entre a exposição e o desfecho.

1.7.3. TAMANHO DA AMOSTRA

Estimando-se a prevalência de insônia em 20%, aceitando-se uma margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, foi calculado que o tamanho da amostra para estudar-se prevalência seria de 246 indivíduos.

Para estudar a associação entre as variáveis independentes com insônia, foi realizado o cálculo estipulando-se alguns valores a partir da revisão da literatura. Foi calculado tamanho de amostra com poder de 80%. Foi calculado um acréscimo de 50% à amostra para compensar um possível efeito de delineamento. Além disso, incluímos mais 10% para perdas e 15% para fatores de confusão.

Tabela 2. Cálculo dos tamanhos de amostra necessários para o estudo.

Nível de confiança %	Poder estatístico (%)	Não-expostos/ expostos	Prevalência nos não-expostos (%)	Risco relativo	N	x1,5	+25%
95	80	4:1	10	2,0	635	953	1190
95	80	9:1	10	2,0	1100	1650	2062
95	80	9:1	15	2,0	680	1020	1275

Se utilizarmos o cálculo mais conservador de tamanho de amostra, ao final necessitaríamos de cerca de 2000 indivíduos .

1.7.4. AMOSTRAGEM

A amostragem será realizada em múltiplos estágios. Será utilizada a divisão em setores censitários proposta pelo IBGE²⁷. Serão sorteados 48 setores censitários e visitados 44 domicílios por setor, obtendo-se cerca de 2080 domicílios. Em cada setor será sorteada a quadra e a esquina por onde as visitas começarão. Na esquina sorteada, será sorteado um domicílio entre os três primeiros `a esquerda. A partir deste, serão pulados os dois seguintes e o terceiro será visitado, assim por diante. Sempre com pulo de 2 domicílios, até terminar o quarteirão ou completar 44 domicílios no setor. Serão entrevistadas todas as pessoas com idade igual ou superior a 20 anos, residentes nos domicílios selecionados.

1.7.5. DEFINIÇÃO DO DESFECHO

Insônia - presença de dificuldade para dormir que cause incômodo ou desconforto no mês anterior à entrevista.

1.7.6. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Quadro 2 – Variáveis independentes

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	TIPO
Fatores Socioeconômicos	Renda em Reais	Numérica contínua
	Escolaridade em anos completos	Numérica discreta
Fatores Demográficos	Sexo	Categórica binária
	Idade em anos completos	Numérica discreta
	Cor da pele: Branco/não-branco	Categórica binária
	Estado civil	Categórica nominal
Eventos Psicossociais	Ocorrência (S/N) no último ano de: Perdas familiares, divórcio, migração, acidentes, assaltos, desemprego	Categórica binária
Fatores Comportamentais	Atividade física no último mês (S/N)	Categórica binária
	Frequência	Numérica discreta
	Uso de álcool (S/N)	Categórica binária
	Frequência	Numérica discreta
	Fumo (S/N)	Categórica binária
	Frequência Quantidade	Numérica discreta Numérica contínua

1.7.7. INSTRUMENTOS

O instrumento utilizado será um questionário padronizado e pré-codificado, que incluirá as questões demográficas e socioeconômicas, e demais questões de interesse no estudo.

1.7.8. LOGÍSTICA

O trabalho será realizado na forma de consórcio, em conjunto com outros alunos do curso de mestrado em Epidemiologia. Este estudo abordará vários temas em saúde. As entrevistas serão realizadas por entrevistadores selecionados e pagos para tal. A coleta de dados será iniciada em outubro de 1999, com previsão término em 2 a 3 meses.

A codificação dos questionários será realizada pelas entrevistadoras e revisada pelos mestrandos. A digitação dos dados será realizada por 3 funcionários do Centro de pesquisas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, os quais serão treinados e pagos para tal. A limpeza dos dados será feita pelos mestrandos em conjunto. A análise dos dados, a elaboração do relatório do trabalho de campo e dos artigos científicos será realizada individualmente pelos mestrandos, com auxílio dos seus orientadores e co-orientadores.

1.7.9. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Os entrevistadores serão selecionados e treinados pessoalmente pela equipe responsável pelo projeto. Será realizado o pagamento por entrevista realizada.

1.7.10. ESTUDO PILOTO

Será realizado um estudo piloto em um dos setores censitários, sorteado ao acaso, com duração de cinco dias. As entrevistadoras serão acompanhadas pelos coordenadores ao trabalho de campo, para revisão dos procedimentos de seleção dos domicílios e das entrevistas.

1.7.11. CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade será realizado pelos coordenadores, alunos do curso de Mestrado em Epidemiologia da UFPEL, através do acompanhamento do trabalho das entrevistadoras e revisão dos questionários. Serão realizadas revisitas em 10% dos domicílios, selecionados ao acaso.

1.7.12. MATERIAL

Cada entrevistadora receberá: prancheta, crachá de identificação, carta de apresentação, manual de instruções, questionários, envelopes, sacos plásticos, lápis, borracha, apontador, cola e vales-transporte.

1.7.13. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados serão codificados diariamente e revisados pelos coordenadores. Serão digitados duas vezes, corrigidos e analisados. A análise multivariada será realizada utilizando regressão logística, orientada pelo modelo hierárquico. Para a digitação e limpeza dos dados será utilizado o programa Epi Info v.6.0. Para a análise dos dados serão utilizados os programas STATA v.6.0 e SPSS v.8.0. Para a organização das referências bibliográficas será utilizado o programa End Note v.3.0.

1.7.14. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto será submetido à avaliação pelo Colegiado de Curso da Faculdade de Medicina e pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pelotas. Será solicitado consentimento informado aos entrevistados. Será informado sobre o direito à recusa e mantido sigilo quanto à identidade dos entrevistados.

1.8. CRONOGRAMA

	1999												2000											
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Elaboração do Projeto			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Definição da Amostra Final			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Elaboração dos Instrumentos					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Definição da Logística					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Seleção dos Auxiliares de Pesquisa					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Teste dos Instrumentos e Estudo Piloto								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Trabalho de Campo								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Relatório do Trabalho de Campo								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Exame de Qualificação										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Codificação e Revisão dos dados										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Digitação dos Dados										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Análise dos Dados										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Redação dos Artigos										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Disciplinas Intensivas										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Elaboração do Volume de Dissertação										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Defesa da Dissertação										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

1.9. ORÇAMENTO

1.9.1. ORÇAMENTO PARCIAL

O orçamento que segue é referente aos custos decorrentes deste estudo, caso fosse realizado separadamente.

Descrição	Valor	Quantidade	Valor Total
Folhas de Papel A4	0,01	10.000	100,00
Impressão	0,04	10.000	400,00
Lápis	0,50	128	64,00
Borracha	0,50	32	16,00
Pranchetas	4,00	16	64,00
Entrevistadores	480,00	16	7.680,00
Vale-Transporte	0,70	3.840	2.698,00
Total			R\$ 11.022,00

1.9.2. ORÇAMENTO TOTAL

Os custos demonstrados a seguir dizem respeito à todo o consórcio, que será realizado em conjunto por 12 mestrandos, perfazendo um custo médio de R\$ 1.621,31 para cada estudo.

Descrição	Valor	Quantidade	Valor Total
Folhas de Papel A4	0,01	80.000	800,00
Impressão	0,04	80.000	3.200,00
Lápis	0,50	200	100,00
Borracha	0,50	50	25,00
Pranchetas	4,00	26	104,00
Entrevistadores	480,00	26	12.480,00
Vale-Transporte	0,70	6.240	4.368,00
Total			21.077,00

1.10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan, H.I. and B.J. Sadock, *Sono Normal e Transtornos do Sono*, in *Compêndio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais - Psiquiatria Clínica*. 1993, Editora Artes Médicas Sul. p. 495-509.
2. OMS, *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. 1993: Editora Artes Médicas Sul.
3. DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition ed. 1994, Washington: American Psychiatric Association. 886.
4. ASDA, *ICSD - International Classification of Sleep Disorders, revised: Diagnostic and coding manual*, . 1997: Rochester, Minesota.
5. Bixler, E.O., et al., *Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area*. Am J Psychiatry, 1979. **136**(10): p. 1257-62.
6. Klink, M.E., et al., *Risk factors associated with complaints of insomnia in a general adult population. Influence of previous complaints of insomnia*. Arch Intern Med, 1992. **152**(8): p. 1634-7.
7. Rosekind, M.R., *The epidemiology and occurrence of insomnia*. J Clin Psychiatry, 1992. **53** Suppl: p. 4-6.
8. Del Giglio, S.B., *Estudo da ocorrência das queixas de insônia, de sonolência excessiva diurna e das relativas às parassonias na população adulta da cidade de São Paulo*, . 1988, Escola Paulista de Medicina: São Paulo, SP. p. 158.
9. Ford, D.E. and D.B. Kamerow, *Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention?* JAMA, 1989. **262**(11): p. 1479-84.
10. Mellinger, G.D., M.B. Balter, and E.H. Uhlenhuth, *Insomnia and its treatment. Prevalence and correlates*. Arch Gen Psychiatry, 1985. **42**(3): p. 225-32.
11. Karacan, L., et al., *Prevalence of sleep disturbance in a primarily urban Florida County*. Soc Sci Med, 1976. **10**(5): p. 239-44.
12. Weyerer, S. and H. Dilling, *Prevalence and treatment of insomnia in the community: results from the Upper Bavarian Field Study*. Sleep, 1991. **14**(5): p. 392-8.

13. Breslau, N., *et al.*, *Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults*. *Biol Psychiatry*, 1996. **39**(6): p. 411-8.
14. Hublin, C., *et al.*, *Daytime sleepiness in an adult, Finnish population*. *J Intern Med*, 1996. **239**(5): p. 417-23.
15. Yeo, B.K., *et al.*, *Insomnia in the community*. *Singapore Med J*, 1996. **37**(3): p. 282-4.
16. Ohayon, M.M. and M. Caulet, *Psychotropic medication and insomnia complaints in two epidemiological studies*. *Can J Psychiatry*, 1996. **41**(7): p. 457-64.
17. Ohayon, M., *Epidemiological study on insomnia in the general population*. *Sleep*, 1996. **19**(3 Suppl): p. S7-15.
18. Olson, L.G., *A community survey of insomnia in Newcastle*. *Aust N Z J Public Health*, 1996. **20**(6): p. 655-7.
19. Lindberg, E., *et al.*, *Sleep disturbances in a young adult population: can gender differences be explained by differences in psychological status?* *Sleep*, 1997. **20**(6): p. 381-7.
20. Katz, D.A. and C.A. McHorney, *Clinical Correlates of Insomnia in Patients With Chronic Illness*. *Arch Intern Med.*, 1998. **158**: p. 1099-1107.
21. Partinen, M., L. Eskelinen, and K. Tuomi, *Complaints of insomnia in different occupations*. *Scand J Work Environ Health*, 1984. **10**(6 Spec No): p. 467-9.
22. Johnson, E.O., *et al.*, *Epidemiology of alcohol and medication as aids to sleep in early adulthood*. *Sleep*, 1998. **21**(2): p. 178-86.
23. Balter, M.B. and E.H. Uhlenhuth, *New epidemiologic findings about insomnia and its treatment*. *J Clin Psychiatry*, 1992. **53** Suppl: p. 34-9; discussion 40-2.
24. Simon, G.E. and M. VonKorff, *Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care*. *Am J Psychiatry*, 1997. **154**(10): p. 1417-23.
25. Lamberg, L., *World Health Organization targets insomnia [news]*. *Jama*, 1997. **278**(20): p. 1652.
26. Kripke, D.F., *et al.*, *Short and Long Sleep and Sleeping Pills*. *Arch Gen Psychiatry*, 1979. **36**: p. 103-116.
27. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br>

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi realizado em conjunto com outros 11 mestrados do curso, em sistema de consórcio. Os objetivos do consórcio foram: diminuição de custos, maior agilidade na execução do trabalho de campo e melhor controle de qualidade.

2.1. CONFECCÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Os questionários foram confeccionados em conjunto. Além das variáveis comuns, tais como socioeconômicas e demográficas, cada mestrando contribuiu com cerca de dez perguntas. Tais perguntas, de interesse particular de cada mestrando, foram elaboradas com o auxílio dos orientadores e ao final, somadas aos questionários. Foram utilizados 5 questionários: domiciliar, para adultos, para adolescentes, para crianças e um questionário auto-aplicável para as mulheres em idade reprodutiva. Para todos os questionários utilizados, foram criados manuais de instrução.

2.2. SELEÇÃO DAS ENTREVISTADORAS

A seleção das entrevistadoras iniciou no mês de setembro 1999, com os seguintes pré-requisitos :

Critérios obrigatórios:

- Sexo feminino;
- Disponibilidade de 44h semanais, disponíveis em horários vespertinos, noturnos e finais de semana;
- 2^o grau completo.

Critérios adicionais:

- Experiência prévia em pesquisa populacional;
- Se estudante universitária: com apenas o turno da manhã comprometido, preferencialmente de cursos da área de saúde e humanas.

As candidatas preencheram uma folha de inscrição (item 2.10.1) e posteriormente foram submetidas à seleção. As candidatas selecionadas para o treinamento foram as que atingiram o ponto de corte de 5 pontos e preencheram os critérios de seleção. Selecionou-se 34 candidatas a entrevistadora para participarem do treinamento.

2.3. TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

No período de 04 a 09 de outubro de 1999, realizou-se o treinamento das entrevistadoras para o trabalho de campo conforme a tabela abaixo.

Quadro 1. Programa de treinamento das entrevistadoras

HORARIOS	SEG (4/9)	TER (5/9)	QUA (6/9)	QUI (7/9)	SEX (8/9)	SAB (9/9)	SÉG (10/9)
08:00-10:00	Recepção e boas-vindas Apresentação geral e técnicas de entrevista	Leitura de questionários e manuais	Dramatização				Aplicação do treinamento Encerramento
10:00-10:15	Intervalo	Intervalo	Intervalo				Intervalo
10:15-12:00	Metodologia e logística	Leitura de questionários e manuais	Dramatização				Seleção final dos entrevistadores
12:00-14:00	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO				ALMOÇO
14:00-16:00	Leitura de questionários e manuais	Dramatização	Dramatização				Treinamento e padronização da antropometria
16:00-16:15	Intervalo	Intervalo	Intervalo				Intervalo
16:15-18:00	Leitura de questionários e manuais	Dramatização	Acertos finais				Treinamento antropometria

No estudo piloto avaliou-se o desempenho das entrevistadoras no campo. A avaliação final das candidatas foi realizada através de prova escrita (item 2.10.2) e critérios de avaliação de desempenho (item 2.10.3), aplicados pelos supervisores do estudo piloto. Utilizando-se como critério uma média mínima de 5 nas duas avaliações, conseguiu-se 16 entrevistadoras. Como eram necessárias 24 entrevistadoras, optou-se por realizar um segundo treinamento a utilizar candidatas com aproveitamento insuficiente.

O segundo treinamento foi realizado no período de 26 de outubro a 1º de novembro de 1999, e a seleção manteve os mesmos critérios da anterior. A avaliação final das candidatas se deu por prova escrita. A prática de campo foi observada pelo supervisor, com a entrevistadora que já encontrava-se trabalhando. Foram selecionadas 14 candidatas.

2.4. ESTUDO PILOTO

Foi realizado no período de 07 a 09 de outubro de 1999, seguindo a mesma metodologia e logística proposta no projeto de pesquisa. Para esse fim escolheu-se o setor censitário de número 100. Tal escolha deveu-se à proximidade da Faculdade de Medicina e à sua razoável densidade demográfica.

Estipulou-se que cada candidata deveria realizar entrevistas em 5 domicílios completos, empregar corretamente os questionários domiciliar, adulto, adolescente, criança e mulher, além de preencher as planilhas de domicílio e conglomerado.

Avaliou-se a logística e adequação dos questionários quanto ao preenchimento e codificação, e também o pulo correto entre as casas.

2.5. AMOSTRAGEM

A amostragem foi realizada em múltiplos estágios. Dos 281 setores censitários da cidade de Pelotas, foram sorteados 48. O número total de setores (281) foi dividido por 48, chegando-se ao resultado de 5,85. Foi sorteado o primeiro setor entre os seis primeiros. O setor seguinte foi selecionado adicionando-se 5,85 ao primeiro, e assim por diante, com a mesma sistemática. Os setores foram:

02	08	14	20	25	31	37	43	49	55	61	66
72	78	84	90	96	101	107	113	119	125	131	137
142	148	154	160	166	172	178	183	189	195	201	207
213	218	224	230	236	241	248	254	260	265	271	277

Dentro de cada setor foi calculado que seriam necessários 44 domicílios. Foi realizado o sorteio da quadra inicial dentro de cada setor, e na quadra foi sorteada a esquina. Na esquina inicial foi sorteada uma casa entre as 3 primeiras. A partir desta, andando pela esquerda e deixando um intervalo de duas casas, selecionou-se a seguinte. E assim por diante, mantendo-se o mesmo pulo até completar-se 44 domicílios em cada setor. As próximas quadras a serem visitadas também foram selecionadas por sorteio. Instruções mais detalhadas encontram-se no manual.

Mapa de Pelotas Zona Urbana

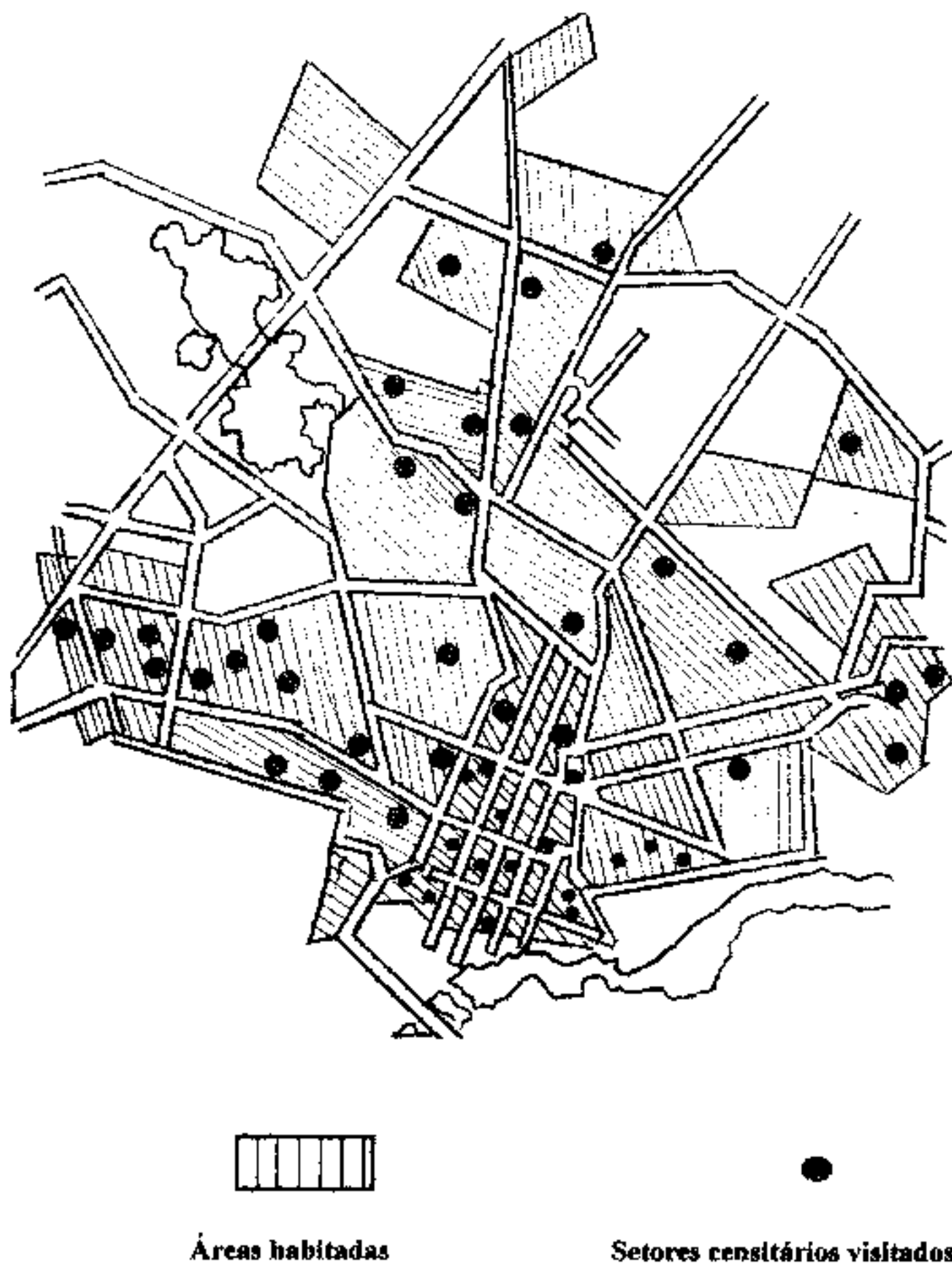


Figura 1. Localização dos setores sorteados para a amostra

2.6. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi programada para o período de 18 de outubro a 10 de dezembro de 1999, com previsão de 8 semanas de trabalho de campo. Como não foi alcançado número suficiente de entrevistadoras para o início da coleta, tornou-se necessária uma segunda seleção. O estudo foi prorrogado até o final de janeiro de 2000. Houve divulgação da pesquisa para a população através de meios de comunicação como rádio (item 2.10.4), televisão e jornal.

Os supervisores realizaram o reconhecimento de seu setor através de mapas adquiridos no IBGE. Dentro de cada setor, foi definido por sorteio o quarteirão, a esquina e o domicílio pelo qual as entrevistadoras deveriam iniciar. Cada entrevistadora coletou dados em um setor do centro e outro da periferia.

As entrevistadoras se apresentavam no domicílio portando uma carta de apresentação (item 2.10.5) assinada pelo coordenador da pesquisa, crachá, carteira de identidade e reportagem publicada no jornal veiculado na cidade de Pelotas (Diário Popular). Além disto, levavam todo material necessário para a execução do seu trabalho. Foram orientadas a manter uma produção média de 10 domicílios por semana e codificarem os questionários ao final do dia. Ao final das entrevistas no domicílio, a entrevistadora entregava um folder, com dicas para uma vida saudável (item 2.10.8), elaborado pelos mestrandos. Programou-se uma reunião semanal de cada entrevistadora com seu supervisor conforme escala de plantão previamente definidos. Tal reunião servia para abordar-se dúvidas na codificação das variáveis e logística do estudo, para revisar o preenchimento e codificação dos questionários, planilhas de domicílio e conglomerado, assim como para repor o material utilizado. Também ocorreram no primeiro mês da pesquisa, reuniões quinzenais com o grupo de entrevistadoras. Essas reuniões passaram a ser semanais, tendo como objetivos conferir a produção de entrevistas e esclarecer dúvidas relacionadas à metodologia e logística do estudo, estabelecendo-se uma projeção do trabalho de campo (número de domicílios completos, parciais e recusas). Uma escala de plantão foi elaborada com os supervisores para a resolução de problemas durante os finais de semana.

A coordenação geral da pesquisa reuniu-se com os supervisores semanalmente até o término do estudo, com o objetivo de conhecer o andamento do trabalho de campo e elaborar metas, que deveriam ser atingidas a cada semana pelos supervisores.

As entrevistas foram realizadas individualmente com os moradores em cada domicílio. A ordem preferencial de entrevistas dentro de cada domicílio foi: 1º- adolescentes; 2º- adultos de sexo masculino; 3º- os demais (crianças, mulheres).

O pagamento das entrevistadoras foi efetuado após a conclusão do trabalho de entrevistas em cada setor.

2.7. PERDAS E RECUSAS

Durante a execução do trabalho de campo, as perdas e recusas foram devidamente caracterizadas e quantificadas para posterior análise.

RECUSAS

Foram consideradas como recusas, aquelas situações em que, pelo menos duas vezes a entrevistadora obteve resposta negativa ao tentar realizar a entrevista. Nesses casos, os supervisores eram informados e iam pessoalmente ao referido domicílio para reverter a recusa. No caso de se manter a negativa, aqueles indivíduos eram considerados recusas, não sendo substituídos por outros.

As recusas foram caracterizadas conforme idade e sexo sempre que possível (item 2.10.6).

PERDAS

Os domicílios habitados selecionados, nos quais nem a entrevistadora após várias tentativas, nem o supervisor, conseguiram entrar em contato com algum morador, eram caracterizados como perdas de domicílio. Então buscava-se obter informações na vizinhança a respeito do número de pessoas moradoras, bem como sua idade e sexo (item 2.10.7). Também nesses casos não havia a troca de domicílio por outro.

Perdas individuais eram consideradas as situações de ausência do indivíduo no domicílio sorteado. Os trabalhadores safristas, pescadores e caminhoneiros caracterizados como moradores do domicílio, mas que durante o trabalho de campo encontravam-se ausentes, são exemplos de perdas individuais.

QUANTIFICAÇÃO DAS PERDAS E RECUSAS

A tabela abaixo apresenta as perdas e recusas nos questionários domiciliar, crianças, adolescentes, adultos e mulheres. É importante salientar que foi possível caracterizar todos os domicílios onde houve perdas ou recusas em termos do número de moradores, seu sexo e idade aproximada.

Consórcio 1999-2000 Trabalho de Campo														
Domiciliar			Crianças			Adolescentes			Adultos			Mulheres de 15-49anos		
	Perdas/ recusas	%	Quest.	Perdas Recusas	%	quest.	Perdas Recusas	%	quest.	Perdas Recusas	%	quest.	Perdas Recusas	%
2052	62	3,02	1314	18	1,37	1187	32	2,7	3935	269	6,84	1786	65	3,5

2.8. CONTROLE DE QUALIDADE

Conforme mencionado acima, a qualidade dos dados coletados foi assegurada pela criteriosa seleção de entrevistadores, a preparação e pré-testagem de questionários padronizados, a elaboração de manuais detalhados com instruções para os entrevistadores, o treinamento intensivo, a realização de estudo piloto, e o acompanhamento permanente dos supervisores durante o trabalho de campo.

Além disso, os seguintes procedimentos foram seguidos:

REVISITAS:

Em parte dos domicílios da amostra realizou-se revisitas. Nestas foram aplicados questionários simplificados, contendo algumas perguntas dos questionários originais. As revisitas eram realizadas até 48 horas após a primeira entrevista. Cada supervisor aplicou 50 questionários de diferentes tipos, num total de 600 questionários. Tal procedimento permitiu o cálculo do índice Kappa, que para a questão: "No último mês, o(a) Sr.(a) teve dificuldade para dormir"? foi 0,81.

REVISÃO DOS QUESTIONÁRIOS

As entrevistadoras entregavam os questionários completos semanalmente. Os supervisores revisavam todas as questões, assim como a codificação. Também eram examinadas as planilhas de conglomerado e domicílio, a fim de conferir o endereço e verificar se todos os moradores já haviam sido entrevistados, respectivamente.

2.9. CODIFICAÇÃO, DIGITAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a codificação, foi criada uma coluna à direita nos questionários. Tal procedimento facilita a codificação e posterior digitação. A codificação foi realizada pelas entrevistadoras após as visitas domiciliares, ao fim de cada dia de trabalho. Toda a codificação foi revisada pelo respectivo supervisor do setor censitário. As questões abertas foram codificadas pelos supervisores responsáveis. Com isto procurou-se retificar erros surgidos no preenchimento dos questionários.

A digitação foi iniciada ao término do trabalho de campo. Os questionários foram digitados duas vezes, por profissionais diferentes. Utilizou-se para tal, o programa Epi-Info v6.0, o que permitiu a comparação dos bancos de dados e a correção de erros de digitação. Durante a limpeza dos dados, procedeu-se listagens de frequência de todas as variáveis do estudo, verificou-se consistência, atribuiu-se nomes e rótulos para as categorias das variáveis. Foi utilizado também o programa SPSS v.8.0.

Os dados foram transferidos entre os programas Epi Info, SPSS v8.0 e STATA v.6.0, utilizando-se o programa Stat Transfer.

Para a análise bruta e ajustada foram utilizados os programas SPSS v.8.0 e STATA 6.0.

2.10. ANEXOS

2.10.1. FICHA DE INSCRIÇÃO

2.10.2. PROVA ESCRITA FINAL

2.10.3. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

2.10.4. CARTA À RÁDIO

2.10.5. CARTA DE APRESENTAÇÃO

2.10.6. PLANILHA DE RECUSAS

2.10.7. PLANILHA DE PERDAS

2.10.8. DICAS PARA UMA VIDA SAUDÁVEL

FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DE ENTREVISTADORES

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

NOME COMPLETO:

CPF: IDENTIDADE: ÓRGÃO EMISSOR: UF: DATA DE EMISSÃO DATA DE NASCIMENTO

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

CEP: CIDADE: UF: PAÍS: DDD: TEL:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

2º GRAU

NOME DO CURSO: ANO DE CONCLUSÃO:

INSTITUIÇÃO:

PAÍS: CIDADE: UF:

GRADUAÇÃO

NOME DO CURSO: ANO DE CONCLUSÃO:

INSTITUIÇÃO:

PAÍS: CIDADE: UF:

CARGA HORÁRIA DISPONÍVEL (Assinale com um X para os seus horários livres e descreva suas atividades nos turnos em que não estiver disponível)

HORÁRIO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SABADO	DOMINGO
8-12h							
13-18h							
18-22h							

MANTÉM VÍNCULO DE EMPREGO? Sim Não

INDIQUE O NOME DE DUAS PESSOAS QUE PODERÃO FORNECER REFERÊNCIAS SOBRE VOCÊ

Nome: Função:

Nome: Função:

1. Por que você se interessou pela atividade de entrevistador?

2. Você já trabalhou em pesquisa de campo? Qual? Quando? Qual foi a sua função na pesquisa?

Alguns testes de lógica e matemática

1. Se o pai de Pedro é o filho de Paulo, em que relação de parentesco estão os dois?

2. Num saquinho de veludo estão 12 dados vermelhos, 16 brancos e 20 pretos. Sem olhar para dentro do saco, quantos dados se deve tirar, para haver certeza de se ter um par de dados da mesma cor?

3. Um barbante tem o dobro do comprimento do outro. Juntos têm 1,5 m. Qual o comprimento de cada um?

4. De uma peça de 40 m de comprimento, o alfaiate corta cada dia 5 m de fazenda. Em quantos dias cortará a peça toda?

PROVA FINAL PARA SELEÇÃO DE ENTREVISTADORAS

NOME: _____

INSTRUÇÕES:

A interpretação faz parte da prova, leia atentamente todas as questões. Não serão respondidas perguntas durante a realização da prova.

Todas as questões apresentam 5 alternativas de resposta, sendo que uma, e apenas uma alternativa é correta. A única exceção é a pergunta número 12 onde não são dadas alternativas para serem marcadas, neste caso responda a pergunta no espaço fornecido.

Questões com rasuras serão consideradas incorretas.

Boa Prova!!

1. O Sr. João, de 69 anos, na questão referente ao que fez quando não conseguiu dormir, respondeu que foi para a cozinha e tomou um copo de leite quente e um dos comprimidos que a esposa usa quando fica nervosa.

O que você fará ao preencher a resposta?

- (a) Assinalar a alternativa Mencionou em: Alimentou-se (foi comer alguma coisa)
- (b) Assinalar a alternativa Mencionou em: Tomou algum(s) remédio(s) e perguntar o nome da medicação, assim como a dosagem e anotar que tomou 1 copo de leite quente no espaço reservado para outros, assim como preencher as alternativas restantes com Não mencionou.
- (c) Assinalar a alternativa Mencionou em: Alimentou-se (foi comer alguma coisa) e Tomou algum(s) remédio(s) e perguntar o nome da medicação, assim como a dosagem.
- (d) Assinalar a alternativa Mencionou em: Tomou algum(s) remédio(s)
- (e) Assinalar a alternativa Mencionou em: Alimentou-se (foi comer alguma coisa) e Tomou algum(s) remédio(s)

2. A D. Maria responde que a sua mãe, que vivia junto com o seu irmão, possuía enfisema e muito frequentemente necessitava internar-se por vários dias no Hospital. Faleceu em julho deste ano na UTI da S. Casa. Como você assinalaria, respectivamente, a resposta das perguntas 64 (sobre morte na família) e 69 (sobre doença na família).

- (a) Sim e não
- (b) Sim e sim
- (c) Não e não
- (d) Não e sim
- (e) Ignorado em ambas, pois não perguntou-se sobre como era a relação da D. Maria com a sua mãe.

3. Considere a seguinte situação: uma mulher de 39 anos, dona de casa, responde que fez exercício físico nos últimos três meses. Você lhe pergunta quantas vezes ela realizou estes exercícios neste período, e ela diz que às segundas e quartas-feiras. Caminha durante 20 minutos, por que quer perder peso. Diz ainda, que aos sábados vai a pé até o supermercado, levando mais ou menos 30 minutos. RESPONDA: Quantas vezes ela realizou exercícios físicos nos últimos 3 meses?

- (a) todos os dias
- (b) 3 - 6 vezes por semana
- (c) 1 - 2 vezes por semana
- (d) 1 - 3 vezes por mês
- (e) menos de 1 vez por mês

4. Serão incluídos na renda familiar valores referentes à:

- (a) Salários, aposentadorias, FGTS
- (b) Pensões, aluguéis, dinheiro ganho em jogos de azar
- (c) Aposentadorias, salários, mesada
- (d) 13º salário, pensões, aluguéis, salários, aposentadorias
- (e) a e c estão corretas

5. Domicílios onde morem apenas estudantes:

- (a) São considerados como coletivos e não entram na amostra
- (b) Não contam para o pulo
- (c) Entram na amostra e cada estudante é considerado como uma família em separado
- (d) Entram na amostra e são considerados como uma família, sendo que o chefe é aquele que tiver a maior renda
- (e) a e b estão corretas

6. Você chegou em um domicílio selecionado para a entrevista. Estão em casa: mãe - dona de casa, criança, adolescente, amigo do adolescente e pai (está atendendo um freguês). Como será a ordem das entrevistas?
- (a) Adolescente, seu amigo, dona de casa, criança, pai
 - (b) Dona de casa, pai (se estiver desocupado), adolescente
 - (c) Pai, dona de casa, adolescente
 - (d) Adolescente, pai (se estiver desocupado), dona de casa
 - (e) Todas incorretas
7. Com relação ao preenchimento e codificação dos questionários, assinale a alternativa correta.
- (a) Ao final do dia você deve codificar a coluna da direita dos questionários inteiramente, não deixando nenhum espaço em branco.
 - (b) Quando houver necessidade de realizar alguma anotação extra no questionário, utilize para isto a coluna da direita.
 - (c) Quando houver algum pulo no questionário, você pode preencher direto na coluna da direita.
 - (d) A coluna da direita nunca, em nenhum momento, deve ser preenchida pela entrevistadora.
 - (e) A entrevistadora não deve codificar as questões abertas.
8. Você está no setor 233, o seu supervisor de campo indicou que você iniciasse as entrevistas pelo número 234 da Rua Gomes Nogueira, que é a casa da esquina. Você percorreu toda a quadra para preencher a folha de conglomerado e observou: (1) no número 240 há a casa da frente e outras duas no fundo (2) no número 248 há um bar cujo proprietário mora no prédio com sua família (3) no número 254 há uma empregada doméstica que reside junto com a família da patroa (4) no número 260 funciona um cinema (5) a quadra termina no número 264. Para resolver esta questão considere que a numeração das casas desta rua pula de dois em dois, e que não falta nenhum número, ou seja há os números 234, 236, 238, 240, 242, 244, 246, etc. Assinale a alternativa que traz o preenchimento correto da folha de conglomerado.

a)

Família	Endereço	Amostr a
01	Rua Gomes Nogueira 234	S
-	Rua Gomes Nogueira 236	N
-	Rua Gomes Nogueira 238	N
02	Rua Gomes Nogueira 240	S
-	Rua Gomes Nogueira 242	N
-	Rua Gomes Nogueira 244	N
03	Rua Gomes Nogueira 246	S
-	Rua Gomes Nogueira 248	N
-	Rua Gomes Nogueira 250	N
04	Rua Gomes Nogueira 252	S
-	Rua Gomes Nogueira 254	N
-	Rua Gomes Nogueira 254 Doméstica	N
05	Rua Gomes Nogueira 256	S
-	Rua Gomes Nogueira 258	N
-	Rua Gomes Nogueira 260 Cinema	N
06	Rua Gomes Nogueira 262	S
-	Rua Gomes Nogueira 264	N

(b)

Família	Endereço	Amostr a
01	Rua Gomes Nogueira 234	S
-	Rua Gomes Nogueira 236	N
-	Rua Gomes Nogueira 238	N
02	Rua Gomes Nogueira 240	S
-	Rua Gomes Nogueira 240 Fundo 1	N
-	Rua Gomes Nogueira 240 Fundo 2	N
03	Rua Gomes Nogueira 242	S
-	Rua Gomes Nogueira 244	N
-	Rua Gomes Nogueira 246	N
04	Rua Gomes Nogueira 248	S
-	Rua Gomes Nogueira 250	N
-	Rua Gomes Nogueira 252	N
05	Rua Gomes Nogueira 254	S
45	Rua Gomes Nogueira 254 Doméstica	S
-	Rua Gomes Nogueira 256	N
-	Rua Gomes Nogueira 258	N
-	Rua Gomes Nogueira 260 Cinema	N
06	Rua Gomes Nogueira 262	S
-	Rua Gomes Nogueira 264	N

(c)

Família	Endereço	Amostr a
01	Rua Gomes Nogueira 234	S
-	Rua Gomes Nogueira 236	N
-	Rua Gomes Nogueira 238	N
02	Rua Gomes Nogueira 240	S
03	Rua Gomes Nogueira 240 Fundo 1	S
04	Rua Gomes Nogueira 240 Fundo 2	S
-	Rua Gomes Nogueira 242	N
-	Rua Gomes Nogueira 244	N
05	Rua Gomes Nogueira 246	S
-	Rua Gomes Nogueira 248	N
-	Rua Gomes Nogueira 250	N
06	Rua Gomes Nogueira 252	S
-	Rua Gomes Nogueira 254	N
-	Rua Gomes Nogueira 254 Doméstica	N
-	Rua Gomes Nogueira 256	N
07	Rua Gomes Nogueira 258	S
-	Rua Gomes Nogueira 260 Cinema	N
-	Rua Gomes Nogueira 262	N
08	Rua Gomes Nogueira 264	S

(d)

Família	Endereço	Amostr a
-	Rua Gomes Nogueira 234	N
01	Rua Gomes Nogueira 236	S
-	Rua Gomes Nogueira 238	N
-	Rua Gomes Nogueira 240	N
02	Rua Gomes Nogueira 240 Fundo 1	S
-	Rua Gomes Nogueira 240 Fundo 2	N
-	Rua Gomes Nogueira 242	N
03	Rua Gomes Nogueira 244	S
-	Rua Gomes Nogueira 246	N
-	Rua Gomes Nogueira 248	N
04	Rua Gomes Nogueira 250	S
-	Rua Gomes Nogueira 252	N
-	Rua Gomes Nogueira 254	N
05	Rua Gomes Nogueira 256	S
-	Rua Gomes Nogueira 258	N
-	Rua Gomes Nogueira 260 Cinema	N
06	Rua Gomes Nogueira 262	S
-	Rua Gomes Nogueira 264	N

(e) Nenhuma das folhas de conglomerado anteriores está preenchida corretamente.

9. Ao chegar em uma família, qual deve ser o primeiro passo a seguir:

(a) Explicar que é da Universidade Federal de Pelotas e que está fazendo um trabalho sobre a saúde da população, e que gostaria de poder fazer algumas perguntas às pessoas da família.

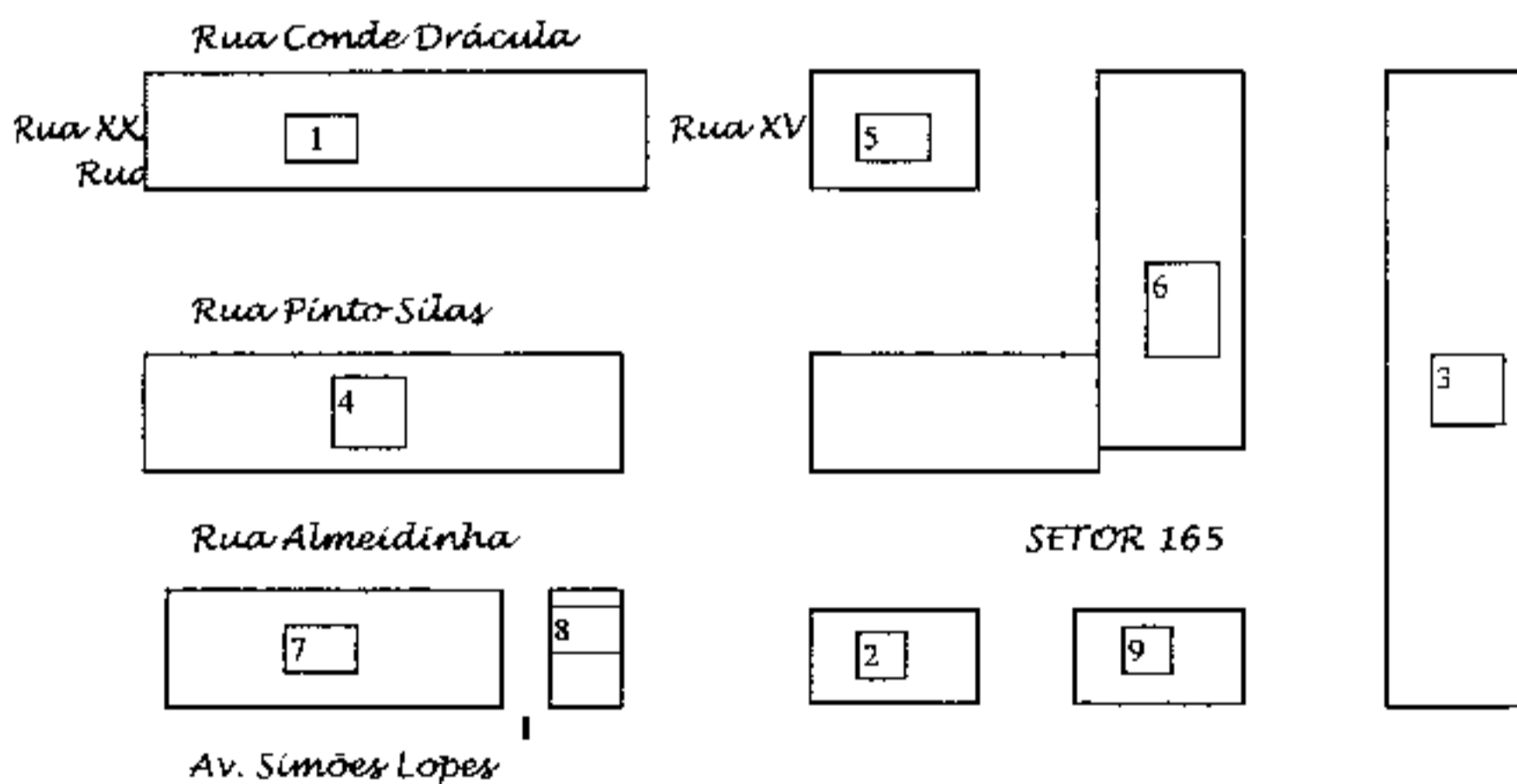
(b) Mostra o crachá e a carta de apresentação.

(c) Salientar que é importante a participação daquela família no estudo.

(d) Pedir para conversar com a dona da casa ou responsável pela família.

(e) Explicar que o estudo é confidencial.

10. Observe o mapa abaixo e assinale a alternativa que contenha todos os bairros que você deverá visitar. Saiba que o seu setor é delimitado pela Rua Conde Drácula, Rua XX, Avenida Simões Lopes e Rua XV.



(a) 2, 3, 5, 6 e 9

(b) 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 e 9

(c) 3, 5 e 6

(d) 2, 7, 8 e 9

(e) 1, 3, 5 e 6

11. Uma família tem a seguinte composição:

Maria Silva 18 anos
José Silva 25 anos
Tânia Silva 70 anos
Joana Silva 51 anos
Rodrigo Silva 13 anos
Filipe Silva 6 anos
Márcia Silva 16 anos
Daniela Silva 20 anos
Leandro Silva 12 anos
Leda Silva 45 anos

Assinale a alternativa correta quanto ao número de questionários que devem ser aplicados à esta família:

- (a) 3 de crianças, 3 de adolescentes, 5 de adultos, 4 de mulheres e 1 domiciliar.
- (b) 3 de crianças, 3 de adolescentes, 6 de adultos, 3 de mulheres e 1 domiciliar.
- (c) 2 de crianças, 4 de adolescentes, 6 de adultos, 3 de mulheres e 1 domiciliar.
- (d) 3 de crianças, 4 de adolescentes, 4 de adultos, 5 de mulheres e 1 domiciliar.
- (e) 2 de crianças, 4 de adolescentes, 5 de adultos, 4 de mulheres e 1 domiciliar.

12. Escreva no espaço abaixo os números de 0 a 9 da forma padronizada para ser utilizada nos questionários.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
CONSÓRCIO DE PESQUISA 1999-2000

FICHA DE AVALIAÇÃO FINAL DOS ENTREVISTADORES

Entrevistador: _____

Supervisor: _____

Nota: _____

O supervisor deverá observar durante o treinamento no campo os critérios abaixo e atribuir nota de 0 a 1 para cada um dos itens.

- ___ Saber lidar com situações embaraçosas.
- ___ Agilidade no trabalho de campo.
- ___ Capacidade de iniciativa.
- ___ Habilidade em abordar pessoas.
- ___ Responsabilidade e idoneidade.
- ___ Produtividade durante o estudo piloto.
- ___ Qualidade no preenchimento do questionário. Letra e números legíveis.
- ___ Não deixar campos em branco.
- ___ Frequência e assiduidade.
- ___ Adesão ao questionário. Saber interpretar e marcar corretamente as respostas.
- ___ Saber lidar com uma resposta claramente errada. Estar alerta.



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social

COMUNICADO

Prezado(a) Sr.(o) Kleo Almeida

O Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas comunica que está sendo realizada uma pesquisa sobre a saúde da população de Pelotas. Nesta pesquisa serão abordados assuntos como fumo, uso de inseticidas domésticos, uso de medicações, problemas digestivos, dificuldade visual, hábitos de sono, doenças da pele, *stress*, hábitos alimentares, obesidade, doenças sexualmente transmissíveis.

Várias famílias residentes na cidade serão visitadas por entrevistadoras, que foram treinadas e qualificadas para esta função. O Centro de Pesquisas solicita a colaboração da população no sentido de responder a algumas perguntas.

As entrevistadoras deverão estar identificadas por crachás e identidade, assim como de uma carta de apresentação assinada pelo coordenador do programa de pós-graduação em epidemiologia, Dr. Luiz Augusto Fachini.

Se houver qualquer dúvida, as pessoas poderão entrar em contato com o Centro de Pesquisas Epidemiológicas, através do telefone 71-2442 e conversar com Margarete.

Desde já o Centro de Pesquisa agradece a sua colaboração e divulgação.

Dra. Maura Malcon

Médica e Mestranda do Programa de Pós-Graduação
em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas

Av. Duque de Caxias, n.º 250 - 2.º andar - CEP 96030-002
Caixa Postal 464 - CEP 96001-970 - Pelotas, RS
Fone: (053) 271-2442 Fax: (053) 271-2645



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Pelotas, 05 de outubro de 1999.

Prezado(a) Sr.(a),

Estamos realizando uma pesquisa sobre a saúde da população de Pelotas. Esta pesquisa está sendo desenvolvida pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Ao receber esta carta o(a) Sr.(a) estará recebendo a visita de uma de nossas entrevistadoras, que foi treinada e qualificada para esta função. Ela irá conversar com o(a) Sr.(a) e lhe explicar todos os detalhes sobre o projeto, assim como responder a qualquer pergunta que o(a) Sr.(a) queira fazer. Gostaríamos de contar com a sua colaboração no sentido de responder a algumas perguntas, que são essenciais para nosso estudo. Nós temos a preocupação em realizar nossa pesquisa sem provocar transtornos para o (a) Sr.(a), portanto caso não possa responder às perguntas neste momento, pedimos que nos informe o horário mais adequado para a entrevista.

É muito importante que o(a) Sr.(a) saiba que os dados colhidos nesta pesquisa serão sigilosos e analisados com o auxílio de computadores, sem que o seu nome ou o nome de qualquer pessoa entrevistada apareça. Caso o(a) Sr.(a) se sinta desconfortável com qualquer uma das perguntas ou com a entrevista, não é obrigado(a) a realizá-la.

Muito obrigado pela sua atenção,

Dr. Luiz Augusto Fachini

Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas

Av. Duque de Caxias, n.º 250 - 2.º andar - CEP 96030-002
Caixa Postal 464 - CEP 96001-970 - Pelotas, RS
Func: (053) 271-2442 Fax: (053) 271-2645

**CONSÓRCIO DE PESQUISA MESTRADO 1999 – 2000
PLANILHA DE PERDAS**

SET	FAM	PES	NOME	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	OUTROS DADOS

CONSÓRCIO DE PESQUISA MESTRADO 1999 – 2000
PLANILHA DE RECUSAS

SET	FAM	PES	NOME	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	OUTROS DADOS

A FACULDADE DE MEDICINA
AGRADECE A PACIÊNCIA E A
COLABORAÇÃO DOS SENHORES E
DAS SENHORAS EM NOSSA
PESQUISA.

ESTES CONSELHOS SÃO
APENAS UM PEQUENO GESTO, QUE
ESTÁ AO NOSSO ALCANCE, PARA
DEMONSTRAR A NOSSA
GRATIDÃO.

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social



Dicas para uma Vida Saudável

Consórcio do Mestrado em Epidemiologia Geração 1999-
2000

Visite o nosso site na Internet:
www.ufpel.tche.br/medicina/epidemiologia

- hoje em dia existem conhecimentos, que vêm
- as pesquisas que os cientistas estão fazendo no mundo todo, que permitem a pessoa viver por mais tempo e melhor:
- ❖ Se você tem mais de 60 anos, converse com o seu médico, sobre a possibilidade de fazer um teste de audição. Sugere-se fazer este exame de 2 em 2 anos.
 - ❖ Se você estiver gordo, procure perder peso. Para perder peso, sugere-se comer menos doces, gorduras e frituras; e fazer exercícios.
 - ❖ Se você tem mais de 65 anos, converse com o seu médico sobre a possibilidade de fazer um teste de visão. Sugere-se fazer o teste de 2 em 2 anos.
 - ❖ Se você é mulher e tem mais de 40 anos, faça você mesma o exame de suas mamas todo o mês. No Posto de Saúde mais próximo de sua casa peça para que lhe expliquem como isto é feito.
 - ❖ Se você for mulher e tiver entre 20 e 65 anos, faça todo ano o exame de pré-câncer, para prevenir o câncer de colo do útero.
 - ❖ Procure o Posto de Saúde mais próximo de sua casa e diga que deseja fazer a vacina para prevenir o tétano. Recomenda-se vacinar de 10 em 10 anos. Hoje em dia, adulto também se vacina!
 - ❖ Se você fuma tente parar, ou se não conseguir, pelo menos reduza a quantidade de cigarros.
 - ❖ Procure exercitar-se regularmente.
 - ❖ Evite comer frituras e alimentos muito gordurosos.
- Evite tomar bebida alcoólica em excesso.
- Se você andar de carro use sempre o cinto de segurança. Se você andar de motocicleta ou de bicicleta use sempre capacete.
 - ❖ Evite possuir armas de fogo. Se as tiver guarde-as em local seguro e descarregadas.
 - ❖ Evite ficar muito tempo ao sol. Se o fizer procure usar protetor solar, óculos e chapéu.
 - ❖ Procure informar-se sobre como prevenir a AIDS, que é uma doença que está aumentando, principalmente nas mulheres casadas.
 - ❖ Se você tiver dúvidas sobre a sua saúde procure informações no Posto de Saúde mais próximo de sua casa.

ARTIGO 1

***Quando dormir é um problema:
fatores associados à insônia em uma população urbana
adulta***

Alexandra Virgínia Guimarães Oliveira

Maurício Silva de Lima

Ana Maria Borges Teixeira

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the prevalence of insomnia in a general population and associated risk factors in adults.

Methods: Data for this report come from a cross-sectional survey (n=3.934) conducted in 1999/2000, in Pelotas, a city in southern Brazil. Insomnia was defined as the complaint of difficult to sleep with distress in the last month. The information was collected by trained interviewers through a structured and pre codified questionnaire. The independent variables were: sex, age, years of education, family income, marital status, race, psychosocial events (death of a relative, marital disruption, accidents, loss of employment, robbery), alcohol intake, smoking and physical exercise.

Results: 25,2% of respondents met the criteria for insomnia. Of these, 61,6% report chronic insomnia (> 1 year). Females, older people, those with low income and who had divorced in the previous year showed higher frequency of insomnia. Most of psychosocial events were associated with insomnia.

Conclusion: These findings showed that insomnia is a common complaint in the general population and tend to be a chronic problem. Interventions programs must be planned to avoid short and long-term consequences of insomnia.

KEYWORDS:

Insomnia

Sleep disorders

Psychosocial events

Prevalence

Epidemiology

Cross-sectional

RESUMO

Objetivos: O objetivo do estudo foi determinar a prevalência da insônia e seus fatores associados na população adulta.

Metodologia: Os dados deste artigo foram obtidos em um estudo transversal (n=3.934) conduzido em 1999/2000, em Pelotas, uma cidade no sul do Brasil. A insônia foi definida como a queixa de dificuldade para dormir no último mês que causou incômodo ou desconforto. As informações foram coletadas por entrevistadoras treinadas utilizando-se um questionário estruturado e pré-codificado. As variáveis independentes foram: sexo, idade, escolaridade, renda familiar, estado civil, cor da pele, eventos psicossociais (morte na família, separação conjugal, acidentes, perda de emprego, roubo), consumo de bebida alcoólica, fumo e exercício físico.

Resultados: A prevalência de insônia foi de 25,2%. Tal condição era crônica(> 1 ano) para a maioria dos entrevistados (61,6%). A prevalência foi maior no sexo feminino, em pessoas mais velhas, divorciadas e com baixa renda. A maioria dos eventos psicossociais esteve associada com insônia.

Conclusão: Os achados deste estudo mostram que a insônia é uma queixa comum na população geral e tende a ser um problema crônico. Devem ser planejadas estratégias para evitar consequências a curto e longo prazo da insônia.

PALAVRAS-CHAVE:

Insônia

Transtornos do sono

Eventos psicossociais

Prevalência

Epidemiologia

Transversal

INTRODUÇÃO

Dormir bem é essencial, e a experiência de tentar e não conseguir dormir é bastante comum, porém desagradável para a maioria das pessoas. Quando o sono tem sua qualidade, duração ou eficiência reduzidas, fala-se em insônia. Essa queixa pode, então, envolver dificuldade para iniciar a dormir, para manter-se dormindo, vários despertares, ou um despertar precoce. Pode ainda significar um sono não restaurador, resultando em cansaço, sonolência ou apatia durante o dia seguinte. Dificuldades para iniciar e manter o sono não são mutuamente exclusivas, e o sintoma pode permanecer durante todo o período destinado ao sono(1).

A duração da insônia é particularmente relevante. A insônia situacional, ou aguda, é mais acessível ao tratamento com hipnóticos a curto prazo(2). A insônia crônica tem maior impacto, pois está freqüentemente associada a prejuízos sociais e ocupacionais, como fadiga diurna, alterações do humor, desempenho insatisfatório, consumo indiscriminado de medicações(3) e substâncias psicoativas(4) e reduzida qualidade de vida(5, 6).

Na prática clínica, a insônia pode ser a queixa principal ou estar associada a outros sintomas ou transtornos referidos pelo paciente. Foi demonstrado que transtornos clínicos e mentais estão associados com alterações na fisiologia do sono, particularmente com insônia(7-14).

A insônia tem sido definida de forma variável na literatura(15). Classificações mais recentes têm tentado definir critérios operacionais para o diagnóstico da insônia, considerando sua gravidade, freqüência, duração e impacto no funcionamento social e ocupacional(16, 17).

Estima-se que a insônia afete cerca de um terço da população adulta em um dado momento(5, 6, 18). Bixler e cols.(7) em um estudo transversal conduzido em 1973, em Los Angeles, observaram que as insônias foram os problemas mais prevalentes entre os distúrbios do sono pesquisados. A prevalência de insônia em adultos foi de 42,5%. Do total da amostra, 26,9%, 23,4% e 17% dos respondentes informaram dificuldade para manter o sono, dificuldade para adormecer e despertar precoce, respectivamente. Em uma amostra de Tucson, Arizona, 37,8% da população referiu pelo menos um dos três tipos de insônia(8) (Inicial, Intermediária e Terminal).

Balter e cols.(3) em um estudo conduzido em 1979 e repetido em 1990, verificaram que no último ano, 15% dos respondentes haviam apresentado problemas sérios relacionados ao sono. Do total da amostra estudada, 2,5% utilizou hipnóticos, sendo que metade deste percentual utilizou hipnóticos em outros anos

Simon e cols.(14), em um estudo que avaliou a prevalência, as conseqüências, e o tratamento da insônia em atendimento primário, observaram que cerca de 10% dos pacientes informaram insônia atual e esta esteve associada a prejuízo funcional, a mais dias de incapacitação por problemas de saúde, e a freqüente uso de serviços médicos.

O presente artigo tem por objetivo descrever a ocorrência de insônia e fatores associados na população adulta residente na região urbana na cidade de Pelotas/RS.

METODOLOGIA

Foi conduzido na cidade de Pelotas-RS, no final do ano de 1999 e início de 2000, um estudo transversal, de base populacional. Este estudo abordou diversos temas em epidemiologia e saúde pública, incluindo o tema deste artigo.

Para obter-se uma amostra representativa da população urbana da cidade de Pelotas, realizou-se amostragem em múltiplos estágios(19). O tamanho da amostra foi calculado para atender os objetivos do estudo cujo tema exigisse o maior número de pessoas. Foi utilizada a divisão da cidade em setores censitários idealizada pelo IBGE(20). Do total de setores da cidade de Pelotas (281 setores), foram sorteados 48 para o estudo. Em cada setor, sorteou-se a quadra e a esquina de início. O primeiro domicílio a ser incluído na amostra foi sorteado entre os três primeiros a partir da esquina à esquerda. A partir do primeiro, sistematicamente selecionou-se os demais. Em cada domicílio foram entrevistados todos os moradores. Este artigo inclui somente os indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos moradores dos domicílios selecionados.

A coleta dos dados ocorreu em visitas realizadas por entrevistadoras treinadas. Durante a entrevista foi aplicado um questionário padronizado e pré-codificado. Os questionários eram codificados e revisados pelas entrevistadoras e novamente revisados pelos supervisores por ocasião de sua entrega. Foram realizadas revisitas até dois dias após a entrevista em 10% da amostra, para controle de qualidade.

Foi investigada a presença de dificuldade para dormir no último mês — definida a partir de queixa de dificuldade e/ou uso de medicação para dormir pelo menos 1 vez no último mês. Para delimitar o desfecho, foi perguntado aos entrevistados se houve incômodo ou desconforto devido à dificuldade para dormir. Sendo a resposta positiva, a insônia foi caracterizada como inicial, terminal ou intermediária. Foi também questionado o que os entrevistados consideravam como causa da insônia e que medidas foram tomadas. Foi perguntado ainda se a insônia foi motivo de consulta médica no último mês e há quanto tempo o problema existia.

As variáveis independentes foram: renda familiar (em reais), escolaridade (em anos completos), sexo (masculino ou feminino), estado civil (solteiro, casado, viúvo, separado), cor (branca, não-branca), idade (em anos completos), número de pessoas na casa, fumo (não-fumante, fumante, ex-fumante), consumo de bebida alcoólica no último mês (sim ou não, frequência do consumo na última semana), prática de exercício físico nos últimos 3 meses (sim ou não, frequência na última semana) e ocorrência de eventos psicossociais no último ano (morte na família, desemprego, doença, separação, roubo, acidente).

Os dados após codificação, dupla digitação e limpeza, foram submetidos a análises uni e bivariadas. A análise multivariada, realizada por regressão logística não condicional, foi orientada pelos níveis do modelo de análise hierarquizado (Figura 1). O efeito das variáveis de cada nível foi ajustado para as de mesmo nível e de nível superior. Foi realizada ponderação devido a possível efeito de delineamento originado pela amostragem por conglomerados. Para a exclusão de variáveis do modelo foi utilizado como ponto de corte um nível de significância superior a 0.2. Foi considerada associação significativa, aquela com valor de p menor que 0,05.

Os programas utilizados para digitação e análise foram o Epi Info v6.0, SPSS v8.0 e Stata v5.0. Empregou-se os programas Stat Transfer v.5 e End Note v3.0 para transferência de dados e organização das referências bibliográficas, respectivamente.

RESULTADOS

Pelo processo de amostragem foram incluídos no estudo 4.203 adultos, com 269 (6,4%) perdas e recusas, chegando-se a uma amostra final de 3.934 adultos. A tabela 1 mostra a distribuição geral da amostra e a prevalência de insônia em cada uma das categorias das variáveis independentes. Encontrou-se um predomínio dos indivíduos do sexo feminino, em união conjugal e brancos. Cerca de 30% das famílias dispunham de renda abaixo de 4 salários-mínimos. Os indivíduos com idade inferior a 50 anos foram a maioria, totalizando quase 70% da população adulta. Cerca de 30% fumavam e mais da metade havia consumido bebida alcoólica no último mês.

A prevalência de insônia foi maior nos indivíduos do sexo feminino, idosos, com menor escolaridade, viúvos ou separados, moradores de domicílios com menor nº de pessoas e na presença de eventos estressantes (Tabela 1).

Com o objetivo de avaliar a concordância entre os resultados obtidos nas entrevistas e nas revisitas, foi realizado o cálculo do índice Kappa(21). Para o questionamento: "No último mês, o(a) Sr(a). teve dificuldade para dormir?", a concordância foi de 0,81.

Pouco mais de um terço (36,9%) dos entrevistados informaram dificuldade e/ou uso de medicação para dormir no último mês. Destes, 68,1% queixaram-se de incômodo ou desconforto em razão da insônia. A prevalência de insônia, utilizando o critério de incômodo ou desconforto, foi de 25,2%. Entre estes, 78% queixaram-se de insônia inicial, 73%, de insônia intermediária e 68%, de insônia terminal.

A Tabela 2 descreve as características da população insone. Mais da metade dos indivíduos (55,1%) apresentou insônia por mais de 15 dias no último mês. Dos indivíduos insones, 18,7% consultaram um médico por esse motivo no último mês. Quanto à duração da insônia, nota-se que a maior parte dos indivíduos (61,6%) apresenta o problema há mais de um ano. Entre os entrevistados com insônia, 68,9% (683) atribuíram uma ou mais causas para o problema. A preocupação foi a causa mais referida, por 60,7% dos entrevistados insones e foi relacionada principalmente a problemas financeiros e familiares. As demais causas: barulho, calor, insetos, ronco e falta de ar foram referidas em bem menor frequência (Figura 2).

Entre os entrevistados com insônia, 31,6% utilizaram medicamentos e 59,2% utilizaram alguma outra medida para dormir melhor. Entre essas medidas utilizadas para dormir a mais citada foi o uso de chás caseiros, seguindo-se da alimentação, da TV e da leitura (Figura 3).

A tabela 3 mostra os resultados da análise bruta e ajustada, para permitir comparações. Mostraram-se associados à insônia na análise bruta as variáveis escolaridade, sexo, idade, estado civil, número de pessoas na casa, ingestão de bebida alcoólica no último mês e os eventos morte, separação, acidente, doença na família e roubo no último ano. Na análise ajustada, salienta-se a permanência da associação de insônia com o sexo, a idade, o estado civil e com a presença dos eventos estressantes excetuando-se a morte na família. Ainda, ao contrário da análise bruta, mostraram-se associados à insônia a renda familiar e o fumo, e perderam a significância as associações com a escolaridade, o número de pessoas na casa e a ingestão de bebida alcoólica. Houve clara tendência linear na associação com a idade, onde quanto maior a faixa etária, maior o risco de insônia.

DISCUSSÃO

Este estudo, por utilizar um delineamento transversal, com coleta simultânea de dados do desfecho e determinantes, não contempla integralmente aspectos de temporalidade(22). A interpretação dos achados deve levar em conta essa limitação, sob o risco de incorrer em viés de causalidade reversa. Para limitar a ocorrência de viés de memória, optou-se por delimitar a ocorrência do desfecho para o último mês. Outra limitação a ser mencionada foi a ausência da investigação ou aprofundamento em algumas questões, como a possível associação da insônia com doenças psiquiátricas e clínicas, o local de consulta (consultório particular, público), o perfil do profissional prescriptor dos medicamentos para dormir, o tempo do uso desses medicamentos, e outros. Essa última foi inevitável, considerando-se as circunstâncias do consórcio.

Houve cuidado na análise através de ponderação, devido a possível efeito de delineamento. Tal procedimento se justifica, pois ao se utilizar conglomerados na amostragem, leva-se em conta a tendência dos indivíduos de uma mesma região assemelharem-se. A análise, realizada sem esse procedimento, não mostrou diferenças importantes nos resultados.

A distribuição das variáveis sociodemográficas na amostra é semelhante à da população-alvo divulgada pelo IBGE na Contagem populacional de 1996(20).

A prevalência de insônia na população estudada é consistente com a encontrada em outros estudos. No Brasil, em um estudo de base populacional realizado em Bambuí/MG(23) foi encontrada uma prevalência de insônia de 35,4%, utilizando como critérios a ocorrência no último mês, três ou mais vezes por semana e com algum grau de incômodo.

O critério para insônia utilizado neste estudo foi o incômodo ou desconforto referidos na presença de dificuldade para dormir. Sintomas de insônia e insatisfação com o sono não são necessariamente sinônimos, e a distinção entre os dois deve ser considerada. Ohayon e cols.(24), em um estudo conduzido no reino Unido em 1994, constataram que a insatisfação com o sono parece ser um melhor indicador de patologia do sono que sintomas de insônia.

Os métodos mais freqüentemente utilizados para dormir foram: consumo de chás caseiros, alimentação, televisão e leitura. Não houve relato da utilização de medidas não-farmacológicas, de eficácia já comprovada, como controle de estímulos, relaxamento muscular progressivo e intenção paradoxal(25). Além da ausência de menção a tais medidas, nenhuma medida de higiene do sono foi citada. Tal fato sugere a falta de domínio dos médicos sobre as estratégias de controle da insônia.

Os resultados deste estudo são consistentes com os obtidos em outras localidades e o achado de maior prevalência em indivíduos do sexo feminino, com idade avançada e separados já foi descrito em outros estudos(5, 6, 26). É interessante salientar que em um estudo conduzido em 1994 na mesma cidade(27) (Pelotas-RS), os mesmo fatores estiveram associados à presença de transtorno psiquiátrico menor.

A análise ajustada mostra que o efeito protetor do álcool sobre a insônia estava confundido positivamente pelo sexo, ou seja, os homens bebem mais, mas têm menos insônia que as mulheres. Mas pode-se considerar o fato de que a menor prevalência de insônia entre os bebedores habituais tenha plausibilidade biológica, isto é, pelo efeito sedativo do álcool. Além disso a abstinência alcoólica pode levar à interrupções do sono. Talvez o efeito protetor bruto do álcool na associação com a insônia não deva ser descartado, e sim investigado com maior atenção.

O achado referente à associação de insônia com a maior parte dos eventos estressantes não é surpreendente. A associação entre *stress* e insônia é bastante conhecida(28). Yeo e cols.(29) encontraram associação significativa entre insônia e níveis elevados de *stress*, especialmente familiar.

A maior parte dos indivíduos apresentou insônia por pelo menos 15 dias no último mês. Em relação à sua duração, a insônia havia iniciado há mais de um ano para a maioria dos indivíduos (71,6%), já então considerada crônica, e para 38,3% dos indivíduos o sintoma persistia há 5 anos ou mais.

Os dados apresentados sugerem que maior atenção seja dada ao problema insônia. O esclarecimento dos profissionais da saúde sobre a importância do problema e do risco de cronicidade, a atenção às causas subjacentes e o emprego de medidas farmacológicas e alternativas às medicamentosas são estratégias recomendáveis. O conhecimento da frequência, das causas, das medidas utilizadas para o tratamento e dos fatores de risco da insônia podem fornecer substrato para seu controle, tentando preservar os indivíduos da cronicidade, dos riscos de morbi-mortalidade, assim como do uso inadequado de substâncias.

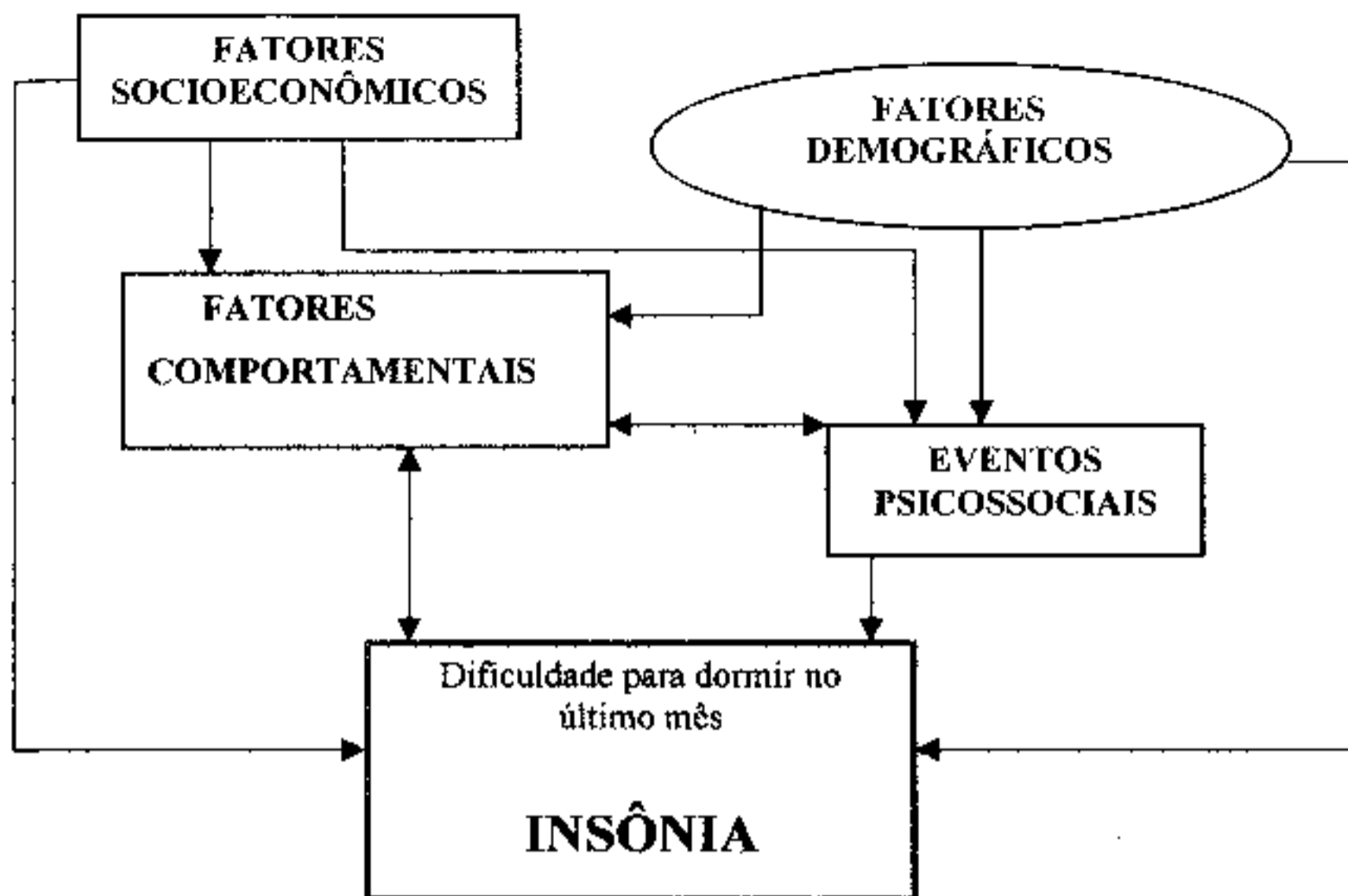


Figura 1. Modelo teórico hierarquizado para insônia. Pelotas, 2000.

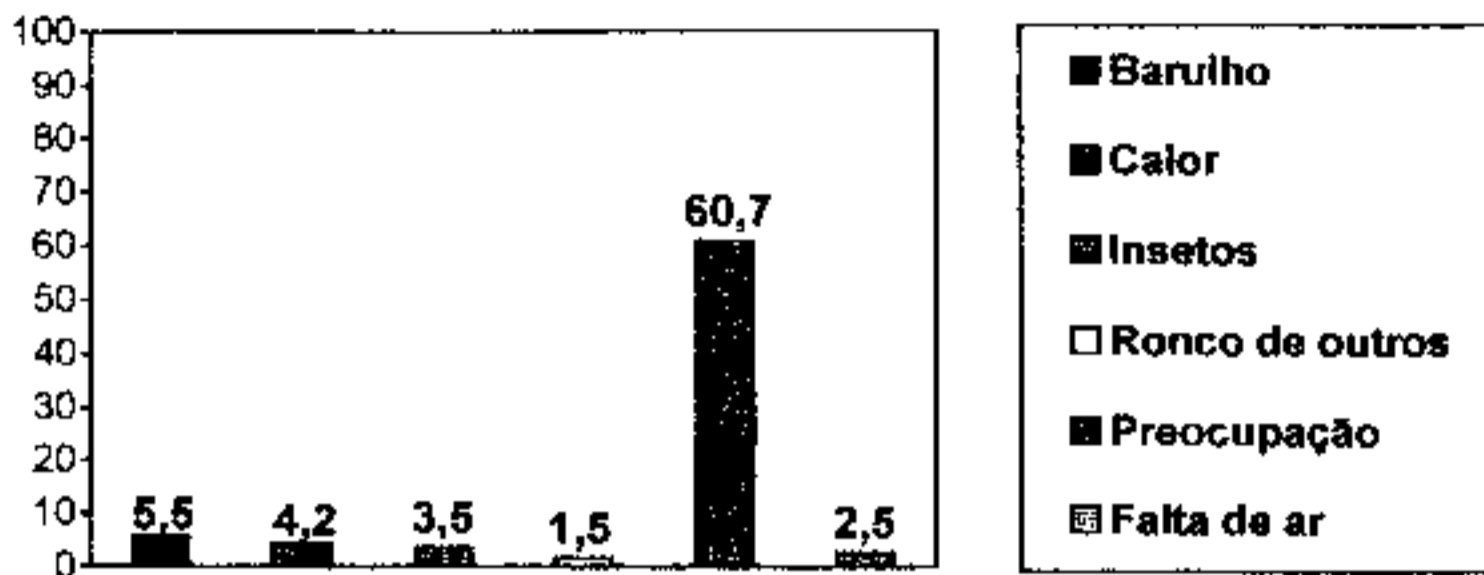


Figura 2. Causas referidas para insônia no último mês. Pelotas-2000 (n =683).

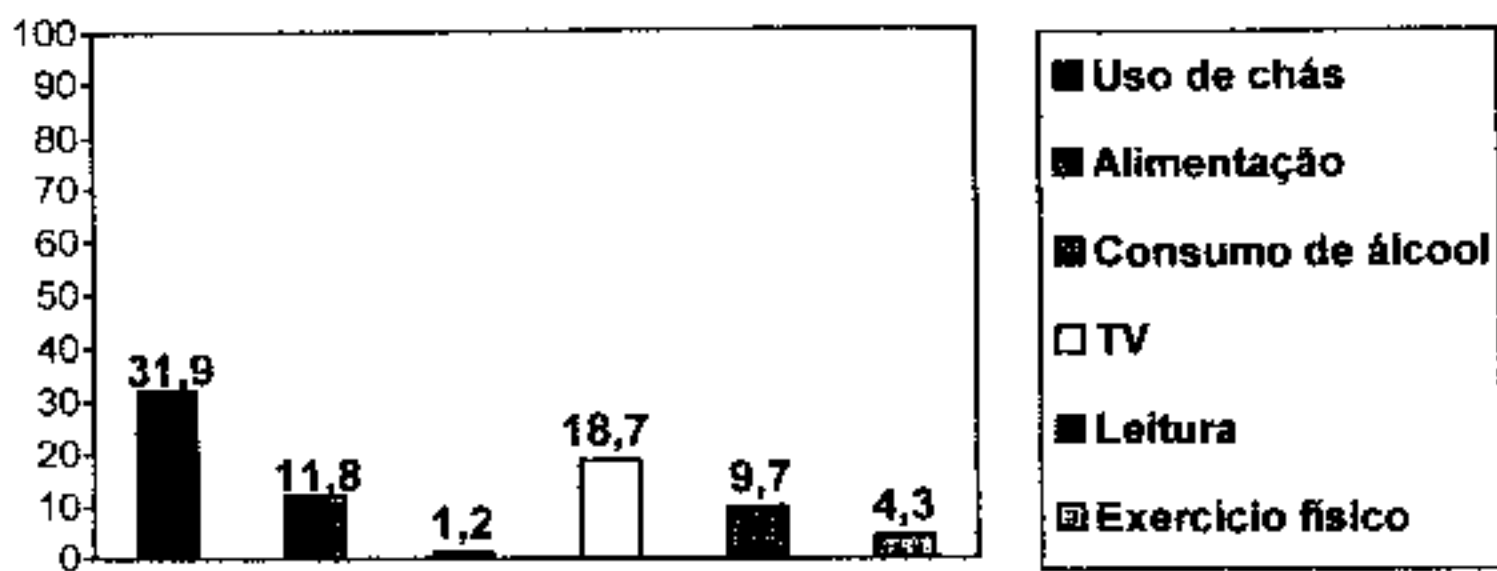


Figura 3. Medidas utilizadas para dormir. Pelotas-2000 (n=587)

Tabela 1. Distribuição da amostra e prevalência de insônia no último mês entre as variáveis em estudo. Pelotas - 2000.

Variáveis		N(%)	Insônia(%)
Renda Familiar(em SM[#])	7,01 ou mais	1303 (33,7)	22,7
	4,01 - 7	799 (20,7)	26,9
	2,01 - 4	980 (25,3)	25,8
	Até 2	785 (20,3)	27,3
Escolaridade	13 anos ou mais	598 (15,2)	23,7
	9 a 12 anos	778 (19,8)	21,7
	5 a 8 anos	1383 (35,3)	24,9
	Até 4	1164 (29,7)	28,9
Sexo	Masculino	1683 (42,8)	18,3
	Feminino	2251 (57,2)	30,3
Idade	20 - 29 anos	921 (23,4)	20,0
	30 - 39 anos	852 (21,7)	22,4
	40 - 49 anos	870 (22,1)	26,6
	50 - 59 anos	598 (15,2)	31,6
	60 ou mais anos	693 (17,6)	28,3
Estado civil	Vive c/ companheiro(a)	2498 (63,5)	23,3
	Solteiro	795 (20,2)	23,3
	Viúvo	322 (8,2)	31,1
	Separado/ divorciado	319 (8,1)	38,9
Cor	Branca	3169 (80,6)	25,2
	Parda/ Preta	765 (19,4)	25,2
Nº de pessoas na casa	Até 2	1098 (28,0)	29,6
	3 - 4	1896 (48,3)	23,9
	5	491 (12,5)	22,0
	6 ou mais	440 (11,2)	23,0
Eventos no último ano	Morte na família	1451 (36,9)	27,6
	Desemprego	471 (12,0)	28,2
	Separação conjugal	220 (5,6)	36,8
	Acidente	416 (10,6)	29,8
	Doença na família	599 (15,2)	33,7
	Roubo	308 (7,8)	30,8
Exercício físico nos últimos 3 meses	Sim	1334 (33,9)	25,0
	Não	2600 (66,1)	25,2
Consumo de bebida alcoólica no último mês	Não	1902 (48,4)	27,4
	Até 3 dias/semana	1732 (44,1)	24,0
	4 ou mais dias/semana	294 (7,5)	18,0
Fumo	Não	1852 (47,1)	24,5
	Fumante	1132 (28,8)	24,0
	Ex-fumante	949 (24,1)	27,3

[#]SM(Salário Mínimo) na época do estudo: R\$ 136,00

Tabela 2. – Descrição da insônia segundo a frequência, duração, consulta médica, uso de medicação e outras medidas para dormir. Pelotas – 2000 (N= 991).

VARIÁVEL		N	%
Frequência de insônia no último mês	Até 7 dias	288	31,6
	7 – 15 dias	121	13,3
	16 dias ou mais	502	55,1
Consulta médica no último mês pela insônia	Sim	185	18,7
	Não	806	81,3
Duração da insônia	< 1 mês	121	13,0
	1 – 6 meses	141	15,1
	7 – 12 meses	95	10,2
	13 meses a 4 anos	217	23,3
	5 – 10 anos	155	16,6
	> 10 anos	202	21,7
	Uso de medicação para dormir	Sim	313
	Não	678	68,4
Uso de alguma medida para dormir melhor	Sim	587	59,2
	Não	404	40,8

Tabela 3.- Análise bruta e ajustada segundo modelo hierarquizado do efeito das variáveis em estudo sobre a presença de insônia no último mês. Pelotas, 2000.

VARIÁVEIS		BRUTA		AJUSTADA	
		RO (IC 95%)	valor-p	RO (IC 95%)	valor-p
Renda Familiar (em SM)	≥ 7,01	1,00	0,06	1,00	0,05
	4,01 - 7	1,25 (1,02 - 1,53)		1,30 (1,01 - 1,67)	
	2,01 - 4	1,16 (0,96 - 1,40)		1,16 (0,91 - 1,47)	
	≤ 2	1,28 (1,04 - 1,56)		1,15 (0,91 - 1,44)	
Escolaridade	≥ 13 anos	1,00	0,004	1,00	0,3
	9 - 12 anos	0,89 (0,69 - 1,15)		0,92 (0,70 - 1,19)	
	5 - 8 anos	1,05 (0,84 - 1,31)		1,03 (0,81 - 1,32)	
	< 4 anos	1,30 (1,05 - 1,61)		1,17 (0,91 - 1,52)	
Sexo	Masculino	1,00	<0,001	1,00	<0,001
	Feminino	1,94 (1,65 - 2,27)		1,94 (1,64 - 2,29)	
Idade	20 - 29 anos	1,00	<0,001	1,00	<0,001
	30 - 39 anos	1,16 (0,91 - 1,47)		1,21 (0,96 - 1,52)	
	40 - 49 anos	1,45 (1,17 - 1,79)		1,48 (1,17 - 1,88)	
	50 - 59 anos	1,85 (1,40 - 2,44)		1,98 (1,46 - 2,67)	
	60 anos ou mais	1,57 (1,19 - 2,10)		1,77 (1,23 - 2,54)	
Estado civil	Casado(a)	1,00	<0,001	1,00	<0,001
	Solteiro(a)	1,00 (0,81 - 1,23)		1,14 (0,93 - 1,41)	
	Viúvo(a)	1,48 (1,12 - 1,96)		1,00 (0,73 - 1,35)	
	Separado(a)	2,08 (1,65 - 2,62)		1,56 (1,20 - 2,02)	
N.º de pessoas na casa	Até 2	1,00	0,005	1,00	0,3
	3 - 4	0,75 (0,63 - 0,89)		0,87 (0,72 - 1,05)	
	5	0,67 (0,51 - 0,88)		0,80 (0,62 - 1,04)	
	6 ou mais	0,71 (0,53 - 0,96)		0,81 (0,60 - 1,11)	
Ingestão de bebida alcoólica (no último mês)	Não	1,00	0,002	1,00	0,3
	≤ 3 dias/ sem	0,84 (0,68 - 1,03)		1,05 (0,86 - 1,29)	
	≥ 4 dias/ sem	0,58 (0,43 - 0,79)		0,81 (0,59 - 1,12)	
Fumo	Não	1,00	0,12	1,00	0,04
	Ex-fumante	0,97 (0,82 - 1,16)		1,06 (0,88 - 1,28)	
	Fuma	1,16 (1,00 - 1,34)		1,22 (1,04 - 1,44)	
Morte	Não	1,00	0,008	1,00	0,2
	Sim	1,23 (1,06 - 1,42)		1,11 (0,96 - 1,30)	
Eventos No Último Ano	Desemprego	1,00	0,12	1,00	0,05
		1,20 (0,95 - 1,51)		1,26 (0,96 - 1,65)	
Separação	Não	1,00	<0,001	1,00	0,02
	Sim	1,81 (1,43 - 2,29)		1,48 (1,14 - 1,91)	
Acidente	Não	1,00	0,03	1,00	0,008
	Sim	1,31 (1,03 - 1,68)		1,38 (1,06 - 1,78)	
Doença na família	Não	1,00	<0,001	1,00	<0,001
	Sim	1,65 (1,35 - 2,04)		1,56 (1,27 - 1,93)	
Roubo	Não	1,00	0,01	1,00	0,01
	Sim	1,36 (1,08 - 1,71)		1,40 (1,11 - 1,76)	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vollrath M, Wicki W, Angst J. The Zurich study: Insomnia: Association with depression, anxiety, somatic syndromes, and course of insomnia. *Eur Arch of Psychiatry Neurol Sciences* 1989;239:113-124.
2. Health National Institutes. Drugs and Insomnia: The use of medication to promote sleep. *JAMA* 1984;18:2410-2414.
3. Balter MB, Uhlenhuth EH. New epidemiologic findings about insomnia and its treatment. *J Clin Psychiatry* 1992;53 Suppl:34-9; discussion 40-2.
4. Johnson EO, Roehrs T, Roth T, Breslau N. Epidemiology of alcohol and medication as aids to sleep in early adulthood. *Sleep* 1998;21(2):178-86.
5. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989;262(11):1479-84.
6. Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and its treatment. Prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42(3):225-32.
7. Bixler EO, Kales A, Soldatos CR, Kales JD, Healey S. Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *Am J Psychiatry* 1979;136(10):1257-62.
8. Klink ME, Quan SF, Kaltenborn WT, Lebowitz MD. Risk factors associated with complaints of insomnia in a general adult population. Influence of previous complaints of insomnia. *Arch Intern Med* 1992;152(8):1634-7.
9. Katz DA, McHorney CA. Clinical Correlates of Insomnia in Patients With Chronic Illness. *Arch Intern Med*. 1998;158:1099-1107.
10. Tan T-L, Kales JD, Kales A, Soldatos CR, Bixler EO. Biopsychobehavioral Correlates of Insomnia, IV: Diagnosis Based on DSM-III. *Am J Psychiatry* 1984;141:357-62.

11. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Hauri PJ, Roth T, Stepanski FJ, Thorpy MJ, et al. Diagnostic concordance for DSM-IV sleep disorders: a report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. *Am J Psychiatry* 1994;151(9):1351-60.
12. Ohayon MM, Caulet M, Lemoine P. Comorbidity of mental and insomnia disorders in the general population. *Compr Psychiatry* 1998;39(4):185-97.
13. Dodge R, Cline MG, Quan SF. The natural history of insomnia and its relationship to respiratory symptoms [see comments]. *Arch Intern Med* 1995;155(16):1797-800.
14. Simon GE, VonKorff M. Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *Am J Psychiatry* 1997;154(10):1417-23.
15. Rosekind MR. The epidemiology and occurrence of insomnia. *J Clin Psychiatry* 1992;53 Suppl:4-6.
16. American Sleep Disorders Association. *International Classification of Sleep Disorders, revised: Diagnostic and Coding Manual*. Rochester, MN; 1997.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC; 1994.
18. Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. I. *Sleep* 1999;22 Suppl 2:S347-53.
19. Kirkwood BR. Sampling Methods. In: Ltd BS, editor. *Essentials of Medical Statistics*. Oxford; 1988. p. 167-172.
20. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br>
21. Altman DG. Inter-Rater Agreement. In: Hall C, editor. *Practical Statistics for Medical Research, First Edition*. London; 1991. p. 404.

22. Rothman KJ, Greenland S. Types of Epidemiologic Study. In: *Modern Epidemiology*. Second Edition ed: Lippincott - Raven; 1998. p. 67-78.
23. Rocha FL. Projeto Bambuí: Um Estudo com Base Populacional de Hábitos de Sono, Prevalência e Fatores Associados a Insônia [Doutorado em Ciências da Saúde]. Brasília: Universidade de Brasília; 2000.
24. Ohayon MM, Caulet M, Priest RG, Guilleminault C. DSM-IV and ICSD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction. *Br J Psychiatry* 1997;171:382-8.
25. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 1994;151(8):1172-80.
26. Karacan I, Thornby JI, Anch M, Holzer CE, Warheit GJ, Schwab JJ, et al. Prevalence of sleep disturbance in a primarily urban Florida County. *Soc Sci Med* 1976;10(5):239-44.
27. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int'l. J. Psychiatry in Medicine* 1996;26(2):213-24.
28. Healey ES, Kales A, Monroe LJ, Bixler EO, Chamberlin K, Soldatos CR. Onset of insomnia: role of life-stress events. *Psychosom Med* 1981;43(5):439-51.
29. Yeo BK, Perera IS, Kok LP, Tsoi WF. Insomnia in the community. *Singapore Med J* 1996;37(3):282-4.

ARTIGO 2

***Epidemiologia do uso de medicamentos para
dormir em adultos de um centro urbano no sul do
Brasil***

Alexandra Virginia Guimarães Oliveira

Mauricio Silva de Lima

Ana Maria Borges Teixeira

ABSTRACT

Objective: To determine prevalence and associated factors with sleep-promoting medication in the general population

Methods: In 1999/2000, a cross-sectional population-based survey was conducted in Pelotas, Southern Brazil. A representative sample was drawn from the urban area of the city with 3.934 adults interviewed through a structured and pre codified questionnaire. The independent variables were: sex, age, years of education, family income, marital status, race, stressful life events (death of a relative, marital disruption, accidents, loss of employment, robbery), alcohol intake, smoking and physical exercise.

Results: Eleven percent of the sample report sleep-promoting medication use. Benzodiazepines were the most frequent used drug. Users were predominantly woman and older people.

Conclusion: These findings highlight the need of attention and additional training of physicians for the treatment of insomnia to minimize potentially harmful consequences, such as the chronic use of the BDZ.

KEYWORDS:

Insomnia

Psychotropic use

Sleep disorders

Stressful life events

Prevalence

Epidemiology

Cross-sectional

RESUMO

Objetivos: Determinar a prevalência e os fatores associados com o consumo de medicamentos para dormir na população geral.

Metodologia: Em 1999/2000, um estudo transversal de base populacional foi conduzido na cidade de Pelotas, sul do Brasil. 3.934 adultos foram entrevistados utilizando-se um questionário estruturado e pré-codificado. As variáveis independentes foram: sexo, idade, escolaridade, renda familiar, estado civil, cor da pele, eventos estressantes (morte na família, separação conjugal, acidentes, perda do emprego, roubo), consumo de bebida alcoólica, fumo e exercícios físicos.

Resultados: Onze por cento da população estudada declarou utilizar medicamentos para dormir no último mês. Benzodiazepínicos foram as drogas mais frequentemente utilizadas. Os usuários de medicação para dormir foram predominantemente mulheres e idosos.

Conclusão: Os achados tornam clara a necessidade de atenção e treinamento adicional dos médicos no tratamento da insônia para minimizar conseqüências potencialmente danosas, tais como o uso crônico de BDZ.

PALAVRAS-CHAVE:

Insônia

Consumo de psicofármacos

Eventos estressantes

Prevalência

Epidemiologia

Transversal

INTRODUÇÃO

A insônia tem sido alvo de vários estudos epidemiológicos, e o achado de alta prevalência é bastante consistente(1-7). Estima-se que aproximadamente um terço da população geral apresente problemas para dormir(8). A insônia é mais frequente entre mulheres, idosos, e pacientes com problemas clínicos e psiquiátrico, tende a ser um problema crônico(2, 9), com conseqüências a curto e longo prazo, variando de modificações comportamentais a morbidades relacionadas — fadiga crônica, consumo indiscriminado de medicações(4, 10) e substâncias psicoativas(11, 12), ansiedade, depressão e outros. Pode-se ainda considerar os custos diretos ou indiretos para o sistema de saúde advindos da prescrição e abuso de medicamentos, assim como das consultas aos profissionais de saúde (13, 14).

Relevantes estudos epidemiológicos têm demonstrado que a prevalência de consumo de medicamentos psicotrópicos varia entre 2 e 12%(4, 8, 12, 15, 16). Tal variabilidade pode ser atribuída a fatores como: diferenças na metodologia empregada nos estudos, intervalos de consumo, assim como subclasses de psicotrópicos considerados.

Balter e cols.(17), em um estudo conduzido na população geral em 1990, verificaram que 15% dos respondentes apresentaram dificuldades sérias para dormir durante o último ano, 9% (60% do grupo insone) referiram que o problema havia sido sério em algum outro ano. Neste mesmo estudo, 2,5% dos respondentes referiram uso de hipnótico durante o último ano.

Em razão da prevalência significativa da insônia e suas conseqüências, é pertinente saber quais as características da população que consome medicações para dormir e quais são as medicações mais utilizadas. O presente estudo tem por objetivo estimar a prevalência do consumo de medicamentos para dormir e sua relação com variáveis demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e eventos psicossociais.

METODOLOGIA

Foi conduzido na cidade de Pelotas-RS, no final do ano de 1999 e início de 2000, um estudo transversal, de base populacional. Este estudo abordou diversos temas em epidemiologia e saúde pública, incluindo o tema deste artigo.

A fim de obter uma amostra representativa da população urbana da cidade de Pelotas, realizou-se amostragem em múltiplos estágios(18). Foi utilizada a divisão da cidade em setores censitários idealizada pelo IBGE(19). Do total de setores da cidade de Pelotas (281 setores), foram sorteados 48 para o estudo. Em cada setor, sorteou-se a quadra e a esquina de início. O primeiro domicílio a ser incluído na amostra foi sorteado entre os três primeiros a partir da esquina à esquerda. A partir do primeiro, sistematicamente selecionou-se os demais. Em cada domicílio foram entrevistados todos os moradores. Este artigo inclui somente os indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos moradores dos domicílios selecionados.

A coleta dos dados ocorreu em visitas realizadas por entrevistadoras treinadas. Durante a entrevista foi aplicado um questionário padronizado e pré-codificado. Os questionários eram codificados e revisados pelas entrevistadoras e novamente revisados pelos supervisores por ocasião de sua entrega.

