


## PERFIL DOS PACIENTES COM QUEIXAS DE SONO EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS, SÃO PAULO

 <https://doi.org/10.56238/arev6n2-050>

Data de submissão: 07/09/2024

Data de publicação: 07/10/2024

**Paulo Afonso Mei**

Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brasil

Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí-SP, Brasil

E-mail: neuromei@hotmail.com

**Claudia Aparecida Stefane**

Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brasil

### RESUMO

**Objetivo:** Relatamos dados do perfil dos pacientes que procuraram nosso ambulatório de distúrbios do sono da Faculdade de Medicina da Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic, durante a Semana do Sono, que ocorreu em março de 2022. **Métodos:** Todos os participantes responderam a um formulário elaborado pela pesquisadora, bem como a questionários comumente utilizados na Pesquisa do Sono, como a Escala de Sonolência de Epworth (ESE), o Índice de Gravidade da Insônia (ISI), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, o questionário STOP-BANG para rastreamento de apneia e o questionário abreviado de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-BREF). **Resultados:** Foram avaliados 30 pacientes, com idade média de 51,8 ( $\pm 14$ ), sendo 63% mulheres. As principais queixas foram insônia (63%), ronco/apneia (23%) e sonolência diurna excessiva (10%). Os escores da ESE foram significativamente maiores entre homens, cochiladores diurnos e usuários de despertadores. Os escores do ISI foram associados de forma importante àqueles que acordavam 2 ou mais vezes por noite, enquanto pessoas fisicamente ativas, não obesas, normotensas e aquelas com classes I e II de Mallampatti Modificado (MM) pontuaram significativamente menos no STOP-BANG. Obesos, MM classes III-IV e pessoas com circunferências cervical e abdominal alteradas tiveram desempenho acentuadamente pior no Domínio 1, enquanto mulheres, idosos e usuários de despertador pioraram no Domínio 4 do WHOQOL-BREF. **Discussão:** Um ou mais distúrbios do sono foram detectados em todos os buscadores de Sleep Care, enfatizando a importância desses tipos de ação.

**Palavras-chave:** Medicina do Sono. Ansiedade. Depressão. Qualidade de Vida. Distúrbios de iniciação e manutenção do sono. Sonolência.

## 1 INTRODUÇÃO

As preocupações com a saúde do sono são uma questão de crescente relevância dentro da comunidade médica, especialmente no que diz respeito às diretrizes para o gerenciamento de questões do sono como parte não apenas da saúde pública, mas também da economia<sup>1</sup>, uma vez que os trabalhadores com sono ruim tendem a estar mais ausentes, o que implica uma escassez de oferta da mão de obra das empresas. Além disso, o cenário pós-pandêmico real mostrou que o aumento dos problemas de sono derivados direta ou indiretamente do vírus SARS-CoV 2 (causador do COVID-19) ainda não retornou aos níveis pré-pandêmicos<sup>2</sup>.

Nesse sentido, este artigo descreve o perfil dos pacientes que procuraram o ambulatório de distúrbios do sono de nossa faculdade, durante uma campanha promovida por nossa universidade em março de 2022, intitulada "*Semana do Sono 2022*", bem como as associações mais marcantes com escores comuns do questionário do sono que obtivemos.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Disponibilizamos 50 consultas médicas, gratuitas, no ambulatório de Distúrbios da Medicina do Sono, localizado dentro do campus da Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic, na cidade de Campinas, SP, Brasil, que atende uma região metropolitana de cerca de 2 milhões de habitantes e funciona em um modelo misto de atendimento de saúde pública e privada. Antes da disponibilidade do atendimento, houve ampla divulgação da campanha por meio de um comunicado de imprensa do nosso departamento de jornalismo<sup>3</sup>, que foi replicado por uma quantidade razoável de mídias locais, principalmente rádios FM e portais de internet.<sup>4 5 6</sup>

Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 10 anos, com queixa de sono ruim para si ou para o cuidador, independentemente de tratamentos anteriores sobre o assunto. Não houve restrições além da idade, pois pretendíamos retratar fielmente por amostragem o perfil das pessoas com problemas de sono em nossa região.

Antes do recrutamento, foi obtida a aprovação ética do conselho de administração da clínica. Os pacientes foram obrigados a agendar consultas por meio de telefonema ou mensagem na web. Pacientes menores de 18 anos ou diante de limitação de compreensão deveriam ser acompanhados por um cuidador ou progenitor.

Na chegada, os pacientes ou responsáveis foram solicitados a ler e assinar um consentimento informado e preencher os seguintes questionários: Escala de Sonolência de Epworth<sup>7</sup> (ESS), Índice de Gravidade da Insônia<sup>8</sup> (ISI), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão<sup>9</sup> (HADS), STOP-BANG<sup>10</sup> questionário para triagem de possíveis pacientes com apneia e pesquisa abreviada sobre qualidade de

vida da Organização Mundial da Saúde<sup>11</sup> (WHOQOL-BREF), que é dividido em quatro domínios (Ds) – D1 (Bem-estar físico), D2 (Bem-estar psicológico), D3 (Bem-estar social) e D4 (Bem-estar ambiental). Todos os questionários foram apresentados nas versões em português validadas correspondentes<sup>12 13 14 15 16</sup>.

Após o preenchimento dos formulários, os pacientes foram consultados pelo chefe do ambulatório (autor) ou por estudantes e estagiários de medicina, sempre sob orientação direta dos primeiros.

Na anamnese, buscou-se identificar condições e comportamentos sabidamente relacionados a problemas de sono, como tipo de turno, presença de comorbidades, tempo de ir para a cama, tempo que adormeceu, média de vezes acordado à noite, horário do último despertar, horário que se levantou da cama, uso de despertador ou smartwatch no dia a dia, consumir cafeína, álcool e tabaco, se os participantes se exercitaram - frequência e horário do dia, medicamentos em uso atual e usados anteriormente, se foram infectados pelo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19) e tempo de infecção, se já fizeram estudo do sono por polissonografia (PSG), etc.

Realizamos um exame físico geral em todos os pacientes, pois no momento da pesquisa os alunos estavam enfrentando rotações normais e sempre foram obrigados a fazê-lo, mas enfatizamos atributos que poderiam interferir no sono, como altura e peso, para calcular ainda mais o índice de massa corporal (IMC), pressão arterial, fenótipo de oclusão dentária (retrognática, normognático ou prognático), tamanho das amígdalas (graus 0 a IV), o escore de Mallampati modificado<sup>17</sup> (MM) - que dividimos ainda em pacientes com via aérea favorável, se houvesse MM Classe I ou II, ou via aérea desfavorável, nos casos de MM Classes III e IV. Também foram medidas as circunferências do pescoço (CP) e da cintura (CC).

### 3 RESULTADOS

Das 50 consultas, 30 pacientes compareceram no horário agendado (40% de não comparecimento). A média de idade foi de 58,1 anos (DP ± 14). Como o paciente mais jovem tinha 23 anos, não havia indivíduos pediátricos.

O perfil demográfico da nossa amostra está retratado na Tabela 1, onde fica evidente que a grande maioria (87%) foi composta por insônia ou ronco/apneia testemunhada como as principais queixas.

Apenas a queixa principal de um paciente do sexo masculino não se enquadrava em uma categoria que pudesse corresponder a um diagnóstico de distúrbio do sono, de acordo com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono, terceira edição<sup>18</sup> (ICSD-3), pois descreveu eventos

paroxísticos noturnos que, a nosso ver, preenchem os critérios para transtorno do pânico, de acordo com a 11ª Classificação Internacional de Doenças<sup>19</sup> (código CID-11 6B01), mas mesmo assim foi incluída na análise, pois os eventos tiveram consequências negativas tanto no sono quanto no funcionamento diurno.

As Tabelas 2 e 3 apresentam dados de nossas análises estatísticas. A Tabela 2 compreende os escores médios dos questionários supracitados para toda a amostra e por grupos. Na Tabela 3, foram exploradas as análises dos atributos categóricos referentes à sonolência diurna excessiva (definida pela ESE  $\geq 9$  pontos) e prováveis insones (ISI  $\geq 15$  pontos). As melhores pontuações de corte de ambas as escalas permanecem contestadas<sup>20 21</sup>, sendo nossas escolhas de valores apoiadas na literatura atual<sup>22</sup>.

Algumas condições, embora indagadas/inspeccionadas pelos pesquisadores, não puderam ser mais examinadas devido ao tamanho reduzido da amostra - não realizamos estatísticas quando um grupo era menor que 5 indivíduos - e, portanto, com baixo poder estatístico, como fumantes (apenas 3) ou desalinhamentos mandibulares (apenas 2 indivíduos retrognáticos e 2 prognáticos). Também não foi possível dividir outros grupos em subgrupos pelo mesmo motivo, como por exemplo, separação, entre aqueles que se exercitavam, de acordo com o tempo preferido de prática (diurno vs. noturno) ou de acordo com a modalidade do exercício (aeróbio vs. anaeróbio) etc.

Tabela 1 - Características da amostra estudada

Demografia	N	%
Total (participantes)	30	100
Idade média ( $\pm$ DP)	51,8 $\pm$ 14	13.9
• Idade mínima	23	—
• Idade máxima	78	—
• Significar	54	
• 1º trimestre	40.3	
• 2º trimestre	53.9	
• 3º trimestre	61.1	
• 4º trimestre	78.0	
Mulher	19	63.3
Homens	11	36.7
Tipo de turno de trabalho	N	%
Exclusivamente diurno (entre as 8h00 e as 18h00)	26	86.7
Diurno estendido (até a noite)	2	6.7
Misto Noturno/Diurno	2	6.7
Exclusivamente noturno	0	0
Queixa principal/Eixo	N	%
Insónia	19	63.3
Ronco / Apneia	7	23.3
Sonolência diurna	3	10.0

Distúrbios do ritmo	0	0
Distúrbios do Movimento	0	0
Parassonias	0	0
Outro	1	3.3
Comorbidades (autorreferidas) e hábitos	N	%
Hipertensão	16	53.3
Dislipidemia	5	16.7
Teve COVID-19	8	26.7
Depressão	8	26.7
Ansiedade	22	73.3
DM ou Pré-DM	6	20.0
Tabagismo	3	10.0
Consumo de álcool	17	56.7
Exercício	13	43.3
• Apenas diurno	8	26.7
• Apenas noturno	2	6.7
• Diurno e noturno	3	10.0
• Apenas aeróbico	8	26.7
• Apenas anaeróbico	0	0
• Aeróbico + Anaeróbico	5	16.7
Uso do Smartwatch	5	16.7
Uso de despertador	12	40.0
Dormindo	7*	33.3*
• Cochilo matinal	6	
• Cochilo ≤ 20 minutos	1	
• Cochilo > 20 minutos	5	
• Cochilo à tarde	2	
• Cochilo > 20 min	1	
• Cochilo > 20 min	1	
Dados do exame físico	N	SD
IMC médio	30.8	7.4
Circunferência média do pescoço	38.9	4.4
Circunferência abdominal média	105.3	17.2
Pressão sistólica média	131.7	19.2
Pressão diastólica média	84.0	12.5
Investigações anteriores		
Já fez a polissonografia (PSG)	4	13.3
• PSG feito nos últimos 5 anos	2	6.7

\*N = 21

Tabela 2 – Média dos escores testados de acordo com diferentes grupos ou condições e resultados independentes do teste t para comparação de variáveis categóricas vs. contínuas

	ESS	HADS-A	HADS-D	ISI	STOP-BANG	WHOQOL-BREF			
						D1	D2	D3	D4

Condição/Grupo	Sig nifi car	p	Sig nifi car	p	Sig nifi car	p	Sig nifi car	p	Sig nifi car	p	Sig nifi car	p	Sig nifi car	p	Sig nifi car	p	Sig nifi car	p
Mulher	6.47	.013	11.26	.106	8.74	.236	17.24	.157	3.18	.070	48.6	.473	53.8	.246	67.8	.581	55.4	.045
Homens	11.55		8.82		6.91		14.36		4.55		53.0		60.0		65.9		64.9	
Metade mais jovem	8.46	.998	10.43	.938	8.43	.652	16.38	.798	3.08	.110	52.4	.498	58.1	.466	66.6	.373	64.2	.027
Metade mais velha	8.47		10.31		7.75		15.87		4.27		48.3		54.3		60.1		54.1	
Teve COVID antes	8.14	.861	11.25	.473	9.63	.205	17.57	.399	3.57	.829	48.6	.463	55.6	.840	62.2	.807	55.4	.443
Nunca teve COVID	8.57		10.05		7.50		15.62		3.76		53.4		56.9		64.3		59.9	
Exercícios	7.30	.409	11.17	.378	8.83	.403	15.60	.708	2.90	.049d	54.7	.274	52.6	.306	62.5	.856	57.0	.505
Sedentário	9.11		9.83		7.56		16.39		4.17		47.9		58.2		63.9		60.3	
Pratica SH	5.75	.095	10.78	.718	8.00	.954	17.75	.299	3.63	.882	50.5	.970	62.1	.151	65.5	.717	61.9	.470
Não pratica SH	9.55		10.19		8.10		15.45		3.75		50.3		53.9		62.6		58.1	
2+ despertares/noite	9.27	.412	10.31	.938	7.25	.240	17.94	.028	3.50	.514	48.7	.530	56.6	.858	66.1	.388	58.3	.668
0-1 despertar/noite	7.54		10.43		9.00		13.67		4.00		52.5		55.7		59.8		60.3	
Cochilos*	11.86	.043	8.43	.074d	9.00	.766	15.43	.371	4.00	.261	42.4	.110	55.6	.931	56.0	.402	59.0	.824
Não-cochiladores	6.86		10.64		8.43		17.57		3.07		54.1		56.1		63.7		57.7	
Usa despertador	10.83	.044	9.00	.126	8.00	.942	16.58	.683	4.00	.545d	45.9	.199	57.8	.586d	64.6	.779	66.0	.008
Não usa despertador	6.69		11.28		8.11		15.75		3.50		53.6		55.1		62.5		54.0	
Obeso	9.54	.340	10.50	.867	7.38	.322	15.14	.335	4.71	.005	44.0	.028	53.9	.386	59.5	.285	57.4	.474
Não obesos	7.53		10.25		8.86		17.07		2.71		56.7		58.5		67.3		60.9	
Sobrepeso + Obeso	8.79	.446	10.24	.704	8.52	.171	16.33	.582	3.92	.183	49.6	.571	56.9	.541	62.8	.709	59.6	.653
IMC normal	6.5		11.0		5.8		14.75		2.50		54.5		52.3		66.8		56.5	
Hipertensos	7.93	.589	10.25	.863d	7.38	.322	15.8	.744	4.67	.004	48.8	.587	50.8	.373	58.4	.198	59.6	.855
Normotensa	9.08		10.50		8.86		16.46		2.62		52.1		53.7		67.7		58.71	
MM classes 3-4	9.44	.522	11.33	.393	7.78	.802	18.22	.141	5.33	.001	41.8	.042	54.2	.605	63.9	.926	59.0	.967
MM classes 1-2	8.00		9.95		8.19		15.11		2.95		54.4		57.2		63.2		59.21	
WC anormal <sup>‡</sup>	8.76	.625	10.50	.767	8.27	.649	16.24	.822	4.05	.022d	46.9	.038	56.1	.914	64.7	.547	58.2	.513
Normal WC	7.57		10.00		7.50		15.71		2.17		60.7		56.7		53.6		61.9	
NC <sup>◊</sup> anormal	9.08	.611	10.69	.702	8.15	.919	15.67	.639	4.85	.005d	44.9	.082	58.4	.428	68.5	.171d	59.5	.878

Normal NC	8.0 0		10.1 2		8.00		16.6 2		2.73		55.1		54.3		58. 9		58. 8	
WHOQOL- Bref**																		
• D1 ≥ 60%	8.6 7	.84 3	10.1 2	.743	8.12	.753	16.6 8	.09 2	3.80	.514	—	—	—	—	—	—	—	—
• D1 < 60%	9.3 3		9.33		7.33		11.3 3		3.00									
• D2 ≥ 60%	8.5 8	.81 4	10.4 0	.432	8.50	.338	15.9 0	.74 6	3.45	.267	—	—	—	—	—	—	—	—
• D2 < 60%	9.1 3		9.3		6.88		16.6 3		4.38									
• D3 ≥ 60%	7.9 2	.48 4	10.0 0	.967	9.58	.074	17.2 5	.32 3	3.58	.766	—	—	—	—	—	—	—	—
• D3 < 60%	9.4 0		10.0 6		6.88		15.2 5		3.81									
• D4 ≥ 60%	7.2 3	.16 1	11.0 7	.155	9.07	.173	16.6 4	.59 5	3.79	.851	—	—	—	—	—	—	—	—
• D4 < 60%	10. 14		9.00		7.00		15.5 7		3.64									

N = 21, \*\* N = 28, <sup>d</sup> - teste t para amostras independentes; ‡ - circunferência da cintura considerada alterada quando ≥ 91 cm em mulheres e ≥ 98 cm em homens; ◇ - circunferência do pescoço considerada alterada quando ≥ 38 cm em mulheres e ≥ 41 cm em homens; D1, D2, D3 e D4 — Domínios 1 (Físico), 2 (Psico), 3 (Social) e 4 (Ambiental) do WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life - Versão Breve, ESS - Escala de Sonolência de Epworth, HADS-A e HADS-D — Escala Hospitalar de Ansiedade (A) e Depressão (D), SH — Higiene do Sono, ISI — Índice de Gravidade da Insônia, MM — Escore de Mallampati Modificado

Tabela 3 – testes de independência Qui-Quadrado e exato de Fisher para diferentes grupos ou condições, considerando ESE e ISI como atributos categóricos (pessoas com SDE vs. sem SDE e insones vs. não insones, respectivamente, com valores de corte de 9 para ESE e 15 para ISI)

Condição/Grupo	ESS < 11		ESS ≥ 11		p	ISI < 15**		ISI ≥ 15**		p
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Snorer	3	57,1	4	57,1	.181f	4	42,9	3	42,9	.666
Não ronca	17	26,1	6	26,1		9	60,9	14	60,9	
Insônia	15	21,1	4	21,1	.108f	7	63,2	12	63,2	.454f
Não insônia	5	54,5	6	54,5		6	45,5	5	45,5	
WC anormal	6	25,0	2	25,0	.682f	8	63,6	14	63,6	.175f
Normal WC	14	36,4	8	36,4		5	37,5	3	37,5	
NC anormal	11	35,3	6	35,3	1.0f	10	61,5	16	61,5	.242f
Normal NC	9	30,8	4	30,8		2	0	0	0	
Obeso	8	42,9	6	42,9	.442f	5	64,3	9	64,3	.431
Não obesos	12	25,0	4	25,0		8	50,0	8	50,0	
Sobrepeso + Obeso	15	40,0	10	40,0	.140f	10	60,0	15	60,0	.628f
IMC normal	5	0,0	0	0,0		3	40,0	2	40,0	
MM graus 3-4	6	33,3	3	33,3	1.0f	2	77,8	7	77,8	.229f
MM graus 1-2	14	33,3	7	33,3		11	47,6	10	47,6	
2+ despertares/noite	12	29,4	5	29,4	.705f	4	75,0	12	75,0	.121f
0-1 despertar/noite	8	38,5	5	38,5		7	41,7	5	41,7	
HADS-A ≥ 12	10	16,7	2	16,7	.235f	5	58,3	7	58,3	.880
HADS-A < 12	10	44,4	8	44,4		8	55,6	10	55,6	
HADS-D ≥ 12	4	42,9	3	42,9	.657f	2	71,4	5	71,4	.427f
HADS-D < 12	16	30,4	7	30,4		11	52,2	12	52,2	
STOP-BANG ≥ 5	3	62,5	5	62,5	.078f	3	62,5	5	62,5	1.0f
STOP-BANG < 5	17	22,7	5	22,7		10	54,5	12	54,5	
Bebedores de álcool	11	35,3	6	35,3	.547	7	58,8	10	58,8	.785
Bebedores sem álcool	11	35,3	6	35,3		6	53,8	7	53,8	



Hipertensos	11	5	31.3	1.0f	7	9	56.3	.961
Normotensos	9	5	35.7		6	8	57.1	
Diabético/Pré-diabético	6	4	40.0	.633f	1	4	80.0	.619f
Não-(Pré) Diabético	15	9	37.5		10	13	56.5	
Usa despertador	5	7	58.3	.045f	3	9	75.0	.098
Não usa despertador	15	3	16.7		10	8	44.4	
Usa smartwatch	3	2	40.0	1.0f	0	4	100	.132f
Não usa smartwatch	17	8	32.0		11	13	21.4	
Exercícios	9	3	25.0	.694f	5	7	58.3	.880
Sedentário	11	7	38.9		8	10	55.6	
Pratica SH	6	3	33.3	.704f	2	7	77.8	.229f
Não pratica SH	12	9	42.9		11	10	47.6	
Cochilos*	3	4	57.1	.102f	2	5	71.4	.642f
Não cochiladores*	11	3	21.4		7	7	50.0	
WHOQOL BREF**								
D1 ≥ 60%	4	7	63.6	.020f	2	1	33.3	.543f
D1 < 60%	14	3	17.6		9	16	64.0	
D2 ≥ 60%	4	2	33.3	1.0f	4	4	50.0	.671f
D2 < 60%	14	8	36.4		7	13	65.0	
D3 ≥ 60%	11	5	31.3	.687f	7	9	56.3	.705f
D3 < 60%	6	5	45.5		4	8	66.7	
D4 ≥ 60%	7	7	50.0	.115	6	8	57.1	.699
D4 < 60%	11	3	21.4		5	9	64.3	

\* N = 21, \*\* N = 28, f – O teste exato de Fisher foi realizado nesta situação (caso contrário, o teste Qui-quadrado foi realizado)

#### 4 DISCUSSÃO

Houve associações relevantes na Tabela 2, em relação à ESS, ISI, STOP-BANG e WHOQOL-BREF, mas não em relação à HADS.

Com relação à ESE, as mulheres foram significativamente associadas a escores mais baixos, e cochiladores diurnos e pessoas que acordavam com o auxílio de despertador foram associados a escores mais altos.

Por outro lado, as pontuações do ISI foram significativamente mais altas apenas naqueles que acordaram 2 ou mais vezes por noite, em média, em contraste com aqueles que acordaram apenas uma vez ou não acordaram.

Quanto ao STOP-BANG, os pacientes sedentários, obesos (mas não com sobrepeso), com via aérea respiratória desfavorável (MM das classes 3 e 4) e hipertensos apresentaram escores significativamente maiores do que os correlatos. Pessoas com circunferências cervicais mais largas e obesas também tiveram uma correlação positiva, mas já fazem parte da pontuação neste questionário - embora, em termos de massa corporal, apenas o IMC  $\geq 35$ , (ou seja, obesidade Classes II e III), conta como um ponto ao pontuar STOP-BANG, e em nossa série, incluímos pessoas com IMC  $\geq 30$  para também abraçar obesos Classe I, então esse comportamento era esperado.

O WHOQOL-BREF apresentou associações estatisticamente significativas apenas para o primeiro e quarto domínios, que representam o bem-estar físico e ambiental, respectivamente. Não



obesos, pessoas com vias aéreas mais favoráveis (MM Classes I e II) e pessoas com CC normal pontuaram significativamente mais do que suas contrapartes em D1, enquanto homens e pessoas que dependiam de um despertador para acordar tiveram um desempenho muito melhor do que as mulheres e aqueles que não usavam despertador, nessa ordem.

Ambas as Tabelas 2 e 3 frequentemente mostram maiores escores (na Tabela 2) ou maior tendência a serem mais freqüentemente classificados em dormidores diurnos ou insones (Tabela 3) em grupos que deveriam ter pior desempenho, mas em muitas vezes - especialmente na Tabela 3, eles não conseguiram atingir significância estatística - exemplos: Na Tabela 2, o escore médio da HADS-D das mulheres foi de 11,3, enquanto os homens foram de 8,9, 57% de EDS foi encontrada em roncadores vs. 26% em não roncadores, ou sintomas de insônia em 75% daqueles que acordaram 2 ou mais vezes à noite vs. 42% naqueles que não o fizeram - apenas a associação de despertador e pontuações mais altas de D1 foram associadas a um nível de  $p < 0,05$ .

Acreditamos que a pequena amostra contribuiu negativamente para a significância estatística para a maior parte dos casos. No entanto, como dito, na maioria das vezes, os resultados estão de acordo com o esperado, tanto pela experiência dos autores quanto pelos vastos resultados da literatura anterior.

## 5 CONCLUSÃO

Trata-se de um inquérito transversal que pretende trazer à luz algum conhecimento do perfil das queixas de sono na nossa população local. De acordo com nossa revisão da literatura, as principais queixas foram insônia e ronco/apneia testemunhada.

As queixas de sono foram associadas à piora da qualidade de vida em nossa amostra, principalmente nos domínios físico e ambiental, de acordo com o WHOQOL-BREF. Nossa amostra reflete uma população local com um índice considerável de problemas de sono, e serve de alerta para a importância de políticas públicas de saúde voltadas para a conscientização da população e dos profissionais de saúde para o cuidado com a saúde do sono.

## REFERÊNCIAS

- Benjafield, A. V., Ayas, N. T., Eastwood, P. R., et al. (2019). Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis. *\*Lancet Respiratory Medicine*, 7\*(8), 687–698.
- Lin, Y. N., Liu, Z. R., Li, S. Q., et al. (2021). Burden of Sleep Disturbance During COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *\*Nature and Science of Sleep*, 13\*, 933–966.
- Faculdade São Leopoldo Mandic. (n.d.). MEDMANDIC oferece avaliações gratuitas para pacientes com distúrbio do sono. Disponível em: <<https://slmandic.edu.br/medmandic-oferece-avaliacoes-gratuitas-para-pacientes-com-disturbio-do-sono/>>.
- Portal A Cidade On. (n.d.). MEDMANDIC oferece avaliações gratuitas para pacientes com distúrbio do sono. Disponível em: <<https://www.acidadeon.com/campinas/cotidiano/Faculdade-de-medicina-oferece-avaliacao-para-pacientes-com-disturbio-do-sono-20220317-0030.html>>.
- Portal G1 Campinas. (2022, March 18). Clínica popular universitária abre 50 vagas em avaliações gratuitas para pessoas com distúrbios do sono em Campinas. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2022/03/18/clinica-popular-universitaria-abre-50-vagas-em-avaliacoes-gratuitas-para-pessoas-com-disturbios-do-sono-em-campinas.ghtml>>.
- Portal Diário Campineiro. (n.d.). Campanha faz avaliação gratuita de pessoas com distúrbios do sono. Disponível em: <<https://diariocampineiro.com.br/campanha-faz-avaliacao-gratuita-de-pessoas-com-disturbios-do-sono/>>.
- Johns, M. W. (1991). A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *\*Sleep*, 14\*(6), 540–545.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *\*Sleep Medicine*, 2\*(4), 297–307.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *\*Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67\*(6), 361–370.
- Chung, F., Abdullah, H. R., & Liao, P. (2016). STOP-Bang Questionnaire. *\*Chest*, 149\*(3), 631–638.
- World Health Organization (WHO). (1996). WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version, December 1996. Geneva: World Health Organization.
- Bertolazi, A. N., Fagundes, S. C., Hoff, L. S., et al. (2009). Portuguese-language version of the Epworth sleepiness scale: validation for use in Brazil. *\*Journal of Brazilian Pneumology*, 35\*(9), 877–883.
- Castro, L. S. (2011). *\*Adaptação e validação do Índice de Gravidade de Insônia (IGI): Caracterização Populacional, Valores Normativos e Aspectos Associados\** (Tese de Mestrado). Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <<https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/23193/Tese-14242.pdf>>.

Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., et al. (1995). Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. \*Revista de Saúde Pública, 29\*(5), 359–363.

Duarte, R. L. de M., Fonseca, L. B. de M., Magalhães-da-Silveira, F. J., et al. (2017). Validation of the STOP-Bang questionnaire as a means of screening for obstructive sleep apnea in adults in Brazil. \*Journal of Brazilian Pneumology, 43\*(6), 456–463.

Berlim, M. T., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A. K., et al. (2005). Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. \*Quality of Life Research, 14\*(2), 561–564.

Nuckton, T. J., Glidden, D. V., Browner, W. S., et al. (2006). Physical Examination: Mallampati Score as an Independent Predictor of Obstructive Sleep Apnea. \*Sleep, 29\*(7), 903–908.

Sateia, M. J. (2014). International classification of sleep disorders. \*Chest, 146\*(5), 1387–1394.

World Health Organization (WHO). (2022). \*International Classification of Diseases-11 for Mortality and Morbidity Statistics\*. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11>>.

Sun, D.-S., Xu, S., Wang, L., et al. (2022). The Weighted Combination of the Epworth Sleepiness Scale and the STOP-Bang Questionnaire Improved the Predictive Value of for OSAHS in Hypertensive Patients. \*International Journal of General Medicine, 15\*, 6909–6915.

Trimmel, K., Żebrowska, M., Böck, M., et al. (2018). Wanted: a better cut-off value for the Epworth Sleepiness Scale. \*Wiener klinische Wochenschrift, 130\*(9), 349–355.

Ong, J. C., & Suh, S. (2013). Diagnostic Tools for Insomnia. In: \*Encyclopedia of Sleep\* (pp. 268–273). Elsevier.