

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EPIDEMIOLOGIA

***FATORES ASSOCIADOS A QUEIXAS DE INSÔNIA
ENTRE AUXILIARES DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO DE JANEIRO***

JAQUELINE RODRIGUES ROBAINA

Orientadora: Claudia de Souza Lopes

Co-orientadora: Lúcia Rotenberg

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro
2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

*Somos da mesma essência de que se constituem os sonhos,
e nossa ínfima existência é um breve sono!*

*A meu pai
Que se mantém vivo nos meus sonhos.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, razão da minha existência e fonte de toda sabedoria e criatividade, sem os quais não poderia escrever esse trabalho.

**À minha mãe, Nahyr, pelo exemplo de força e coragem, nunca se deixando abater,
mesmo nos momentos mais difíceis.**

A meus afilhados Beto, Beatriz e Júlia Manhães, e aos meus sobrinhos João Vitor e Júlia Robaina, que enchem minha vida de alegria e diversão. E a seus pais que me deram esses valiosos presentes.

Aos meus parentes, principalmente tia Lúcia, pelas palavras de conforto, sempre me incentivando a lutar pelos meus objetivos.

Aos meus amigos Ana Paula, Liana e Juaci, pelo apoio e incentivo a minha vida acadêmica.

Aos novos amigos que conheci durante esse percurso, Daniele, Flávia, Alexandre, Ana Lúcia, Valeska, Max e especialmente aos amigos Leila e Rogério pelas horas de estudo e diversão, que tornaram mais suave essa caminhada.

À professora Claudia de Souza Lopes pelo carinho e atenção demonstrados, iniciado quando nos conhecemos e acentuado durante a confecção desse trabalho. Sua disposição em doar um pouco do seu tempo (sempre tão escasso) e de sua experiência, foram cruciais para o meu desempenho durante o desenvolvimento da dissertação.

À professora Lúcia Rotenberg que contribuiu gentilmente para o delineamento deste trabalho. Sempre interferiu nos momentos certos, corrigindo dos pequenos aos grandes erros, sempre dedicando tempo e interesse a orientação deste estudo.

Aos professores Evandro Coutinho, Guilherme Werneck, Joaquim Valente, sempre tão generosos, a minha profunda admiração.

Aos funcionários do Instituto de Medicina Social, Márcia, Silvia, Ariadne e Marcos Paulo pela colaboração, competência e disponibilidade. A Elir Ferrari, pela ajuda nos momentos de desespero.

À FAPERJ pelo apoio financeiro.

Enfim, a todos que passaram na minha vida e que contribuíram de alguma forma no meu crescimento pessoal.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 A insônia como problema de saúde pública.....	2
1.2 Definição de insônia	4
1.3 Prevalência de insônia no Brasil e no mundo.....	6
1.4 Fatores associados à insônia.....	8
2. JUSTIFICATIVA.....	17
3. HIPÓTESES E OBJETIVOS.....	20
3.1 Hipóteses.....	21
3.2 Objetivos.....	22
3.2.1 Objetivo Geral.....	22
3.2.2 Objetivos Específicos.....	22
4. MÉTODOS.....	23
4.1 Desenho de estudo.....	24
4.2 População de Estudo.....	24
4.3 Instrumentos.....	25
4.4 Variáveis de estudo.....	26
4.4.1 Variável Dependente - Queixa de Insônia	26
4.4.2 Variáveis Explicativas.....	26
4.5 Procedimentos	30
4.5.1 Treinamento de pessoal.....	30
4.5.2 Pré-testes, estudo piloto, estudo de confiabilidade.....	31
4.5.3 Coleta de dados, revisão e digitação.....	32
4.6 Aspectos éticos.....	32
4.6.1 Confidencialidade.....	32
4.6.2 Recrutamento de participação e consentimento informado.....	33
4.6.3 Risco potenciais.....	33
4.7 Processamento e análise dos dados.....	33
5 ARTIGO.....	35
6 CONCLUSÕES.....	67
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS.....	78

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da população de estudo e prevalências de queixas de insônia total, segundo características sócio-demográficas e econômicas.....	49
Tabela 2: Distribuição da população de estudo e prevalências de queixas de insônia total, segundo co-habitar com crianças até 6 anos, plantão noturno e TMC.....	50
Tabela 3: Distribuição da população de estudo e prevalências de queixas de insônia total, segundo Eventos de vida produtores de estresse.....	51
Tabela 4: Razão de prevalência bruta e ajustada, segundo características sócio-demográficas e econômicas.....	52
Tabela 5: Razão de prevalência bruta e ajustada, segundo co-habitar com crianças de até 6 anos, plantão noturno e TMC.....	53
Tabela 6: Razão de prevalência bruta e ajustada, segundo eventos de vida produtores de estresse.....	55

Lista de Anexos

Perguntas do questionário Pró-Saúde (Fase 1) sobre:

I. Queixas de insônia.....	79
II. General Health Questionnaire (GHQ-12).....	80
III. Eventos de vida produtores de estresse (EVPE).....	82
IV. Situação conjugal e renda domiciliar.....	84
V. Grau de instrução, raça, sexo e idade.....	85
VI. Plantão noturno e parentesco.....	86

RESUMO

Introdução: A produção nacional em estudos sobre insônia/queixas de insônia é ainda muito escassa e desconhecemos a verdadeira dimensão do transtorno no país, apesar de ser a insônia um problema de saúde pública que demanda um alto custo econômico.

Objetivo: O objetivo desse estudo é estimar a prevalência e avaliar fatores associados a queixas de insônia em auxiliares de enfermagem de um hospital universitário.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal entre 493 auxiliares de enfermagem de um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro. Este trabalho insere-se no Estudo Pró-Saúde, um estudo de coorte cujo objetivo geral é investigar determinantes sociais de morbidade física e mental entre funcionários de uma universidade. Foram utilizados questionários autopreenchíveis para avaliar questões relativas às queixas de insônia, plantão noturno, coabitação com crianças menores de 6 anos de idade, transtorno mental comum (TMC), eventos de vida produtores de estresse (EVPE) e dados sócio-demográficos e econômicos (gênero, idade, situação conjugal, grau de instrução, raça e renda).

Resultados: A prevalência de queixas de insônia foi de 23,8%. Os fatores associados com queixas de insônia no nosso estudo, após ajuste para sexo, idade, renda familiar *per capita* e situação conjugal, foram: presença de TMC (RP = 3,7; IC 95% 2,61-5,36), ter passado por dificuldades financeiras graves (RP = 2,9; IC 95% 1,27 – 2,74); problemas graves de saúde (RP = 2,1; IC 95% 1,52 – 2,92), e rompimento de relação amorosa (RP = 2,0; IC 95% 1,45 – 2,83).

Conclusões: A importância de se identificar queixas de insônia, principalmente entre profissionais de enfermagem, se deve ao fato dessa categoria ter, durante o seu

horário de trabalho, a responsabilidade por vidas humanas e em um ambiente onde um acidente de pequeno porte pode por em risco a vida das pessoas sob seus cuidados. A identificação dos principais fatores associados a uma maior prevalência de transtornos do sono, poderá oferecer subsídios a uma política trabalhista que leve em consideração a prevenção de tais transtornos.

Palavras-chave: Insônia, Transtorno Mental Comum, Eventos de Vida Produtores de Estresse, Estudo Pró-Saúde, Estudo transversal, Auxiliares de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: National studies on insomnia / insomnia complaints are still scarce and there is no notice on the dimensions of the disorder in the country, despite of the fact that insomnia is a public health problem which demands high costs.

Objectives: To estimate the prevalence and evaluate the items associated to complaint of insomnia among nursing assistants in a university hospital.

Methods: A cross-sectional study on 493 nursing assistants of a university hospital in the state of Rio de Janeiro, as part of The Pró-Saúde Study – a cohort study that investigates the social determinants for the physical and mental morbidity among employees of a university. Methods included a self-administered questionnaire to assess questions related to insomnia complaints, night shift working, living with under-6-year-old children, common mental disorder (CMD), stressful life events (SLE) and sociodemographic and economic data (gender, age, marital status, education, race and income).

Results: Insomnia complaints had a prevalence rate of 23.8%. After adjustment by sex, age, income and marital status, factors associated to insomnia complaints were: presence of CMD (PR = 3,7; IC 95% 2,61-5,36), severe financial problems (PR = 2,9; IC 95% 1,27 – 2,74), severe health problems (PR = 2,1; IC 95% 1,52 – 2,92), and disruption love relationships (PR = 2,0; IC 95% 1,45 – 2,83).

Conclusions: it is important to identify the insomnia complaints, mainly for nursing professionals, because they take care of human lives and work in a place where a slight accident may risk people's lives. The identification of these prime items associated to a major prevalence of sleeping disorder can grant a job policy that leads to the prevention of such disorders.

Keywords: insomnia, mental common disorders, stressful life events, Pró-Saúde Study, cross-sectional study, nursing assistants.

1. INTRODUÇÃO

1.1 *A insônia como problema de saúde pública*

A insônia é o transtorno do sono mais freqüente na população geral e também um dos mais estudados nos países desenvolvidos, devido ao ônus imposto sobre o bem-estar individual e coletivo (Roth et al., 1999). É também um importante problema de saúde, pois exerce um impacto negativo na performance social, na habilidade para o trabalho e na qualidade de vida dos indivíduos (Billiard & Bentley, 2004).

Um sono adequado é essencial para um funcionamento saudável. Especialmente entre adolescentes e adultos jovens, práticas inadequadas e insalubres de sono são comuns. Em 2002, um inquérito realizado pelo *National Sleep Foundation* estimou que 40% dos adultos (de 30 a 64 anos de idade) e 44% dos jovens com idade entre 18 a 29 anos relatavam sonolência diária severa o suficiente para interferir com o trabalho e o funcionamento social por pelo menos alguns dias a cada mês (NCSDR, 2003).

Inúmeras são as conseqüências na vida dos indivíduos que sofrem de a insônia, entre as quais podemos citar: a queda na qualidade de vida, uma ocorrência maior de problemas de atenção, concentração e memória, menor satisfação com relacionamentos, prejuízo na performance diária e maior suscetibilidade à ocorrência de acidentes (ambos relacionados à sonolência diurna). Indivíduos com insônia também utilizam mais o sistema de saúde, apresentam um aumento da mortalidade e da morbidade geral, de transtornos mentais (como depressão e ansiedade) e de uso/abuso de substâncias (p. ex., álcool e drogas) e aumento no uso de medicamentos sem prescrição médica (Walsh & Üstun, 1999; Rocha & Costa, 2000; Schubert et al., 2002; Léger et al., 2002; NCSDR, 2003).

O absenteísmo é outra conseqüência que ocorre com maior freqüência em indivíduos com insônia. Eles têm um número de faltas ao trabalho duas vezes maior,

mesmo quando pareado por atividade profissional e horário de trabalho do que observado entre não insones (Léger et al., 2002).

Problemas de sonolência diurna e fadiga, conseqüências de um sono inadequado e/ou trabalho noturno, contribuem para um aumento de acidentes e erros humanos e têm altos custos em perdas de vidas e impacto econômico (NCSDR, 2003).

Apesar do impacto na sociedade, sua alta prevalência, alto custo econômico e humano e das sérias conseqüências para os indivíduos, a insônia não tem recebido a devida atenção entre os profissionais da área da saúde (Walsh & Üstun, 1999; NCSDR, 2003).

A maioria das pessoas que sofrem de insônia não procura médicos ou outros profissionais capacitados para ajudá-las e raramente são questionadas sobre problemas de sono durante consultas realizadas por outros motivos que não os relacionados a problemas do sono (Wash & Üstun, 1999; Ancoli-Israel & Roth, 1999). Uma pesquisa demonstrou que 69% dos indivíduos que sofriam de insônia nunca haviam discutido esse problema com um médico, 26% relataram seus problemas quando procuraram médicos com outros propósitos que não a insônia e apenas 5% dos insones procuraram médicos específicos para tratar dos seus problemas relacionados ao sono (Ancoli-Israel & Roth, 1999).

Estimativas realizadas nos EUA avaliaram em aproximadamente U\$10,9 bilhões em 1990 e U\$13,58 bilhões em 1995 o custo econômico direto da insônia. Os gastos referentes a serviços médicos com a insônia foram estimados em U\$9,8 bilhões e U\$11,96 bilhões (em 1990 e 1995, respectivamente) e os custos relativos a substâncias utilizadas para dormir em U\$1,1 bilhão (1990) e U\$1,6 bilhões (1995). Foram incluídos nessa estimativa os medicamentos prescritos e não prescritos por médicos e também bebidas alcoólicas utilizadas para promover o sono. Embora sejam provavelmente maiores do que os custos diretos, não constam dessas estimativas os custos indiretos da insônia, devido à insuficiência de dados. Entre os aspectos não considerados estão a queda na produtividade

e o aumento do absenteísmo dos funcionários com insônia e os acidentes de trânsito relacionados à fadiga (Wash & Üstun, 1999).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), através de um documento de consenso (1996), expressa a preocupação com a insônia e entre as recomendações presentes está incluída a realização de pesquisas voltadas para a identificação da prevalência deste transtorno em países em desenvolvimento e sua associação com dados demográficos (Roth et al., 1999).

1.2 Definição de insônia

Por ser uma área relativamente nova da medicina, várias mudanças vêm ocorrendo no conceito de insônia ao longo dos últimos anos, e ainda hoje não existe um consenso entre as classificações voltadas para a definição de insônia em termos de sua sintomatologia, frequência e severidade (Ohayon & Shapiro, 2002).

Desde o conceito de “sono insatisfatório” desenvolvido pelo Instituto de Medicina Americano (1979), passando pela definição da Classificação Internacional de Transtornos do Sono (ICSD, 1990), segundo a qual insônia corresponde à queixa de sono insuficiente quase todas as noites ou de se sentir cansado após seu período habitual de sono, observamos variações na definição e conseqüentemente na prevalência obtida a partir dos diferentes conceitos (Ohayon, 2002).

No critério utilizado pelo Código Internacional das Doenças (CID-X), organizado pela Organização Mundial de Saúde, a insônia é definida como dificuldade de iniciar ou manter o sono, ou despertar matinal precoce, ocorrendo no mínimo três noites por semana com duração mínima de um mês.

Na definição atual de insônia da *American Sleep Disorders Association* (ASDA) a insônia é caracterizada pela presença de qualquer queixa sobre o sono no último mês, de

qualquer dificuldade de mais de 30 min para pegar no sono (insônia inicial), de acordar durante a noite por mais de duas vezes por 30 min ou mais (insônia intermediária), de acordar mais cedo do que o desejado (insônia terminal). Em todos os casos leva-se em conta uma frequência de no mínimo três vezes por semana, seguida de qualquer grau de efeito negativo no desempenho das atividades diárias no dia seguinte. A insônia é definida como aguda, se a duração for de um mês, ou crônica quando a duração for maior do que um mês.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), 4ª. edição (APA, 1994) desenvolvido pela Associação Psiquiátrica Americana, a insônia faz parte dos Transtornos Primários do Sono (TPS) e decorre de anormalidades endógenas nos mecanismos de geração ou nos horários de sono/vigília e geralmente é agravada por fatores de condicionamento.

Os TPS são subdivididos em parassonias, que são eventos comportamentais ou fisiológicos anormais que ocorrem em associação com o sono, estágios específicos do sono ou transições de sono/vigília (como por exemplo, pesadelo, sonambulismo), e as dissonias que são caracterizadas por anormalidade na quantidade, qualidade ou tempo do sono (ex. narcolepsia e a insônia primária).

A característica essencial da insônia primária, segundo o DSM-IV, é de queixa de dificuldade para iniciar ou manter o sono ou de um sono não reparador, que dura no mínimo um mês (Critério A), causando sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério B). O distúrbio do sono não ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno do sono, como narcolepsia, transtornos do sono relacionados à respiração, transtorno do ritmo circadiano do sono ou de uma parassonia (Critério C) ou de outro

transtorno mental (Critério D) nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral (Critério E).

1.3 Prevalência de insônia no Brasil e no mundo

Diferente do que ocorre em países em desenvolvimento, muito se tem estudado sobre a epidemiologia e os fatores relacionados aos padrões de sono e seus transtornos em países desenvolvidos, nos últimos anos. Esses estudos geralmente são de base populacional e se propõem a descrever a prevalência, as características das populações e os fatores associados à insônia (Bixler et al., 1979; Ohayon, 2002).

Apesar do grande número de estudos de prevalência realizados em países desenvolvidos, os resultados devem ser comparados com cautela.

A dificuldade em se estudar a insônia de acordo com os critérios diagnósticos propostos se deve à necessidade de se usar especialistas como entrevistadores ou instrumentos laboriosos para a correta mensuração. Além disso, a freqüente associação entre a insônia e transtornos mentais, faz com que haja uma grande variação entre os conceitos utilizados e a forma de mensurar a insônia primária. Como consequência, encontramos uma grande variação na prevalência deste transtorno (Rocha & Costa, 2000) quando analisamos os diversos estudos.

Os fatores metodológicos que podem influenciar a prevalência encontrada nos diferentes estudos são: a definição de insônia utilizada na pesquisa, o tempo mínimo para a duração da insônia, a abrangência no período de vida, a formulação da pergunta utilizada, a amplitude das possíveis respostas, a faixa etária pesquisada, as diferenças regionais e sazonais, as variações culturais ao longo do tempo e o processo de amostragem. (Rocha & Costa, 2000).

Segundo o DSM-IV (1994), a prevalência encontrada na população adulta varia de 30% a 40%. Rocha e Costa (2000), após uma revisão bibliográfica realizada com base no *Medline* (Jan 87 a Jun 99), descrevem uma variação de 2% a 50% de insônia na população geral mundial. Ohayon e Roth (2001) em um estudo transversal com uma amostra representativa da população da França, Reino Unido, Alemanha, Itália, Portugal e Espanha, com 15 anos ou mais, totalizando 24.600 indivíduos, encontraram uma prevalência de 10,1% para dificuldade de iniciar o sono e 22,2% para manter-se dormindo, com uma frequência maior ou igual a três vezes por semana. Quando utilizado o critério do DSM-IV para diagnosticar insônia (queixa de dificuldade para iniciar ou manter o sono ou de um sono não reparador, com duração mínima de 1 mês, causando sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento do indivíduo) essa prevalência é de 11,1%.

Também na França, Léger et al. (2000), em uma amostra de 12.778 pessoas, relatam uma prevalência de 21% e 16%, em iniciar o sono e manter-se dormindo, respectivamente, e de 19% de insônia, de acordo com os critérios do DSM-IV.

Em um estudo na cidade de Hong Kong, onde a definição utilizada foi a resposta positiva (às vezes ou sempre) pelo menos três vezes na semana no último mês, a prevalência encontrada em 9.851 indivíduos de 18 a 65 anos, foi de 4,5% para dificuldade de iniciar o sono, 6,9% para manter-se dormindo após interrupção do sono e 4,0% para o acordar precoce. A prevalência de insônia (considerada como resposta positiva a qualquer uma das 3 perguntas) foi de 11,9% (Li et al., 2002).

No Brasil, existem poucos estudos sobre transtornos do sono e sua ocorrência na população. Rocha et al. (2002), em Bambuí (MG), encontraram uma prevalência de 35,4% de insônia na população adulta (acima de 18 anos), sendo que a queixa mais comum foi de insônia intermediária (27,3%), seguida de insônia inicial (18,3%) e insônia final (14,3%), com frequência igual ou superior a 3 vezes por semana, durante o último mês. Em São

Paulo, cerca de 50% dos entrevistados relataram alguma queixa de insônia ao menos uma vez na semana, em um estudo realizado por Giglio (apud Rocha & Costa, 2000).

Na cidade de Campo Grande (MS), uma pesquisa realizada com uma amostra de 408 habitantes acima de 18 anos, mostrou uma prevalência de insônia de 19,1%, utilizando a definição de insônia da Associação Americana de Transtornos do Sono (ASDA) (Souza et al., 2002).

1.4 Fatores associados à insônia

Fatores sócio-demográficos e econômicos

➤ Gênero

Entre os fatores comumente associados à insônia, os estudos demonstram que a prevalência é maior no gênero feminino do que no masculino (Breslau et al., 1996; Rocha et al., 2000; Léger et al., 2000; Sutton et al., 2002; Ohayon, 2002; Ohayon & Partinen, 2002; Ohayon & Hong, 2002). Poucos são os estudos onde a prevalência é maior no sexo masculino (Kim et al., 2000).

As mulheres relatam um número maior de sintomas de insônia, de consequências diurnas, insatisfação com o sono e de ter diagnóstico de insônia quando comparadas ao sexo masculino. A relação mulher/homem para sintomas de insônia fica em torno de 4:1, aumentando com a idade (Ohayon, 2002).

Léger et al. (2000) demonstraram que quanto mais restrito o critério para insônia, mais importante é a diferença entre os sexos. A prevalência encontrada, quando o critério utilizado avalia apenas uma queixa de insônia é de 78% entre as mulheres e 68% entre os homens. Quando utilizado o critério do DSM-IV, a prevalência é de 22,8% entre mulheres e 14% entre os homens e, se o critério incluir mais de uma queixa sobre problemas de

insônia com consequências diárias (critério para insônia severa), a prevalência é de 12% nas mulheres e 6,3% nos homens.

Uma das possíveis explicações para essa diferença entre os sexos é dada pelo fato de que as mulheres apresentam uma maior prevalência de transtornos mentais, especialmente depressão e ansiedade (Li et al., 2002), o que aumentaria o risco de insônia nesta categoria. Uma outra explicação, segundo Panda-Moreno et al. (2001), é que a mulher seria também mais sensível aos métodos utilizados para mensurar a insônia, pois culturalmente se permite à mulher uma maior liberdade para demonstrar suas emoções enquanto os homens tendem a ocultá-las ou não admiti-las.

Estudo realizado com homens de 30 a 69 anos concluiu que a insônia está relacionada com fatores relacionados ao estilo de vida do indivíduo como obesidade, inatividade física, dependência de álcool, mas não com a idade (Jason et al., 2001).

Um outro estudo apontou alguns fatores de risco específicos para gênero. Baixo nível educacional e aposentadoria associaram-se a maior risco de insônia em homens, enquanto que ser divorciada ou viúva, dona de casa e dormir em ambiente barulhento, associaram-se a maior risco de insônia em mulheres (Li et al., 2002).

➤ **Idade**

A maioria dos estudos epidemiológicos relata um aumento na prevalência dos sintomas de insônia com a idade (Bixler et al., 1979; Vela-Bueno et al., 1999; Léger et al., 2000; Kim et al., 2000; Rocha et al., 2000), mas alguns autores associam esse crescimento na prevalência a um aumento de doenças associadas ao envelhecimento e não à idade *per se* (Lamberg, 2003).

Sutton et al. (2002) em estudo conduzido em uma amostra representativa da população canadense acima de 15 anos, não encontraram associação significativa entre

idade e insônia. Para estes e outros autores, a insônia não deveria ser considerada um componente do processo de envelhecimento e os estudos deveriam levar em consideração a etiologia multifatorial da insônia em idosos. Nesta faixa etária, os indivíduos apresentam maior dificuldade para ajustar sua vida a novas mudanças, como por exemplo, aposentadoria, mudança de domicílio e perda de familiares (Panda-Moreno et al., 2001). Nesta faixa etária, aumenta também a ocorrência de doenças circulatórias, digestivas e respiratórias (Ohayon e Zulley, 2001), mudanças no ritmo circadiano (Roth & Roehrs, 2003), alergias, enxaquecas, transtornos reumáticos (Ohayon e Zulley, 2001), etc. Todos esses fatores mostram uma associação importante com insônia.

Em alguns estudos (Pallesen et al., 2001; Ohayon e Partinen, 2002) a prevalência de insônia não se comportou como o esperado. A prevalência de insônia inicial foi maior nos grupos mais jovens, resultado que provavelmente está relacionado ao estilo de vida do grupo (por exemplo, ficar acordado até tarde nos finais de semana) ou a fatores circadianos. Ohayon e Zulley (2001) relatam que entre jovens, o estresse teria um papel mais importante na prevalência de insônia do que em idosos, quando provavelmente as doenças físicas seriam fatores mais significantes.

➤ ***Situação conjugal***

Estudos que examinam a associação entre situação conjugal e insônia geralmente reportam uma maior prevalência em indivíduos que são separados/divorciados ou viúvos (Ohayon et al., 1997; Léger et al., 2000; Li et al., 2002) quando comparados aos solteiros ou casados.

No Brasil, os resultados do estudo conduzido por Rocha et al. (2002) confirmam esta associação. Os viúvos (OR = 2,3; IC 95% 1,5 – 3,5) e separados/divorciados (OR =

2,2; IC 95% 1,2 – 4,2) apresentaram maiores chances de sofrerem de insônia quando comparados aos indivíduos casados.

➤ ***Renda e Grau de Instrução***

A prevalência de insônia é maior em indivíduos com baixa renda e naqueles com baixo grau de instrução (Bixler, 1979; Li et al., 2002). Entretanto, estudos que usam adicionalmente análises multivariadas não identificaram baixa renda e baixo grau de instrução como fatores de risco independentes para insônia (Ohayon et al., 1997).

Uma hipótese para explicar esses resultados seria que, entre os indivíduos com baixo grau de instrução e baixa renda, estes fatores poderiam refletir desvantagens sociais adicionais como desemprego e más condições de vida em geral (Pallesen et al., 2001), que poderiam alimentar o estresse diário ou levar à insônia (Kim et al., 2000).

A alta ocorrência de problemas de saúde física e mental seria uma possível explicação, apresentada por Rocha et al. (2002), para uma maior prevalência de insônia entre indivíduos com baixo nível sócio-econômico.

➤ ***Raça***

A prevalência de insônia geralmente é mais elevada entre negros quando comparada com brancos (Bixler et al., 2002).

Folley et al. (1999) em um estudo de coorte entre idosos (65 anos ou mais), com 3 anos de seguimento, descrevem que a incidência de insônia foi maior em mulheres negras (19%), seguida por homens e mulheres brancos com 14% e por homens negros (12%). Entre os negros, as mulheres tiveram um maior risco de desenvolver insônia (OR bruto = 1,58; IC 95% 1,03 – 2,41), quando comparadas com os homens. Entre os brancos, o risco

de desenvolver insônia não diferiu entre homens e mulheres (OR bruto = 0,77; IC 95% 0,50 – 1,20).

No estudo brasileiro realizado em Bambuí (Rocha et al., 2002) a prevalência foi maior entre indivíduos brancos (52,8%), seguida por mulatos/morenos (44,3%) e negros (2,9%). A análise univariada realizada não encontrou associação estatisticamente significativa, entre insônia e raça, quando comparados os brancos com mulatos/morenos (OR bruto = 1,0; IC 95% 0,80 – 1,3) e negros (OR bruto = 1,4; IC 95% 0,6 – 3,0).

Horário de trabalho

Outro fator a ser considerado é o horário de trabalho. De maneira geral, os estudos que analisam a associação entre o sono e o horário de trabalho mostram um efeito nocivo do trabalho noturno e/ou em turnos de rodízio sobre o sono (Åkerstedt et al., 2002; Ohayon et al., 2002; Parkes, 2002; Sallinen et al., 2003). As diferenças de gênero podem ser importantes neste contexto, já que as mulheres que trabalham à noite tendem a enfrentar mais dificuldades em relação ao sono, quando comparadas aos homens (Dirkx, 1991). São diferenças atribuídas mais a componentes sociais (como a responsabilidade pela casa) do que a fatores biológicos (Nachreiner, 1998). Este aspecto se expressa, em particular, nos estudos que avaliam a presença de crianças em casa, que se mostra associada a maiores dificuldades quanto ao sono (Rotenberg et al., 2000; 2001).

As conseqüências do trabalho em turnos e noturno sobre o sono decorrem das características temporais do organismo humano, cuja organização biológica favorece a atividade de dia e o repouso à noite (Menna-Barreto, 2003). Desta forma, ao tentar dormir de dia, a pessoa está, na realidade, na “contramão” dos ritmos biológicos, como comentam Moreno e Louzada (2004). De fato, as queixas sobre o sono estão entre os principais problemas enfrentados por esses trabalhadores, já que o sono diurno tende a ser mais curto

e mais superficial que o sono noturno (Rutenfranz et al., 1989; Costa, 1996). Além disso, a vida social também está organizada no sentido da atividade diurna. Assim, além da claridade, há os ruídos que são altamente prejudiciais ao sono (Rutenfranz et al., 1989). Os trabalhos em turnos ou em horários irregulares freqüentemente resultam em interrupção do ritmo circadiano¹ normal causando sonolência quando é necessário estar alerta e insônia durante o principal período de sono (Ohayon et al., 2002). Embora numerosos estudos revelem aspectos negativos do horário de trabalho sobre o sono, deve-se ressaltar que nem todos esses estudos se voltam para as queixas de insônia, já que alguns deles avaliam outros aspectos do sono, como a sua duração (Åkerstedt, 1996) e a denominada qualidade do sono (Gold et al., 1992).

Dentre os que estudaram as queixas de insônia, há estudos que se referem ao trabalho em turnos como fator de risco para a insônia (Ohayon et al., 2002; Sallinen et al., 2003; Roth & Roehrs, 2003). Por outro lado, diversos estudos não observam tal associação. Por exemplo, ao estudar trabalhadores de um hospital, Ohayon et al. (2002) observaram (1) maior prevalência de insônia entre os que trabalhavam à noite ou em turnos de rodízio, quando comparados aos que trabalhavam de dia, embora as diferenças não tenham sido significativas e (2) maior número de queixas sobre dificuldade de pegar no sono entre os que trabalhavam em turnos de rodízio diurnos. Linton (2004), em estudo prospectivo, associou o desenvolvimento de queixas de insônia ao estresse psicossocial do ambiente de trabalho, mas não ao trabalho em turnos. Sutton et al. (2002), em estudo representativo da população canadense não confirmaram a associação entre o trabalho em turno/noturno e a insônia, tendo atribuído seus resultados a dois fatores: (1) o fato de que as pessoas que trabalham em turnos de rodízio podem aceitar a insônia como consequência invariável do trabalho, resultando em uma sub-estimativa do efeito do horário de trabalho

¹ Entre os ritmos biológicos, os ritmos circadianos são os mais conhecidos, pois são aqueles que coincidem aproximadamente com o período do ciclo dia/noite de 24 horas (Menna-Barreto, 2003).

gerando, assim, uma falta de associação e (2) o efeito do trabalhador saudável, segundo o qual as pessoas que têm mais dificuldade em relação ao sono diurno tendem a abandonar voluntariamente (ou não aceitar) o trabalho noturno. Resultados similares a este último estudo, ou seja, a ausência de associação entre a insônia e o horário de trabalho, também foram obtidos por Kageyama et al. (2001) em profissionais da enfermagem que trabalhavam em turnos de rodízio, tendo os autores também mencionado o efeito do trabalhador saudável como hipótese explicativa para os resultados.

Transtornos mentais comuns (TMC)

Embora seja freqüentemente relatada por pacientes com certas condições médicas, a insônia é mais freqüente em pacientes com transtornos psiquiátricos (Breslau et al., 1996; Li et al., 2002).

Entre pacientes com diagnóstico de depressão maior, a presença de sintomas de insônia foi relatada em 80% dos indivíduos, e níveis próximos a 90% entre os pacientes com diagnóstico de transtorno de ansiedade (Ohayon, 2002).

Pesquisa realizada por Breslau et al. (1996) entre adultos jovens (21 a 30 anos) em Michigan, encontrou, após ajuste para gênero, um OR = 3,9 (IC 95% 2,22 – 7,0) para depressão maior e OR = 1,97 (IC 95% 1,08 – 3,6) para qualquer tipo de ansiedade, entre os indivíduos que relataram histórico de insônia nas duas últimas semanas.

O GHQ-12 (General Health Questionnaire-12) é um instrumento de rastreamento para transtornos mentais comuns na população geral, que abrange períodos de tensão, depressão, falta de confiança, enfrentamento, incapacidade de luta, insônia de fundo nervoso e outros problemas psicológicos (Wall et al., 1997). Indivíduos com problemas de sono têm níveis significativamente mais elevados no GHQ-12. Pesquisa realizada por Üstün et al. (1996), em 15 cidades de 14 diferentes países com pacientes de ambulatórios médicos

com idade entre 15 e 65 anos, mostrou que após excluir o item relacionado ao sono do questionário (“nas últimas duas semanas, você tem perdido muito sono por preocupação?”), o *score* do GHQ-12 foi duas vezes mais alto entre os paciente com problemas de sono quando comparados com os pacientes que não apresentam problemas de sono. Nessa mesma pesquisa, entre os indivíduos que responderam afirmativamente para qualquer pergunta sobre problemas de insônia, o risco relativo de ter depressão foi de 9,0 (IC 95% 7,7 – 10,5) e de ansiedade generalizada 3,9 (IC 95% 3,3 – 4,6).

Estudo realizado entre cobradores e motoristas de ônibus urbanos na cidade de São Paulo (Souza & Silva, 1998), utilizando o SRQ-20, mostrou que aqueles que dormiam menos de 6 horas diárias apresentavam uma maior chance de TMC (OR = 1,69; IC 95% 1,13 – 2,53) quando comparados àqueles que dormiam mais de 6 horas diárias. Entre a população adulta de Hong Kong (Li et al., 2002), pesquisa utilizando o SRQ-20 também mostrou associação entre TMC e insônia (OR = 3,55; IC 95% 3,11 – 4,06).

Eventos de vida produtores de estresse (EVPE)

Eventos de vida estressores têm se mostrado associados à insônia em estudos realizados em populações gerais (Kim et al., 2000; Ohayon & Zulley, 2001). Ohayon & Hong, (2002) alertam para a importância do bem estar mental em insones que tendem com frequência a refletir uma vida estressada ou insatisfação com a vida social.

Na maioria dos casos a insônia pode ser induzida por uma situação de estresse, como: afastamento de um familiar, tristeza, perda do emprego, dificuldade econômica, intervenção cirúrgica, etc., que ocupariam a mente do indivíduo enquanto tenta dormir (Monti, 2000). Segundo Yaniv (2004), cerca de 74% dos indivíduos que têm dificuldade para dormir se recordam de experiências de vida estressantes associadas com o início de sua insônia (p.ex. perdas pessoais, doenças, conflito no casamento, etc). Após passado o

período crítico de ocorrência do evento desencadeante, a insônia subsequente poderia ser um fator a mais de estresse, já que afeta atividades relacionadas à vida diária (por exemplo, aumentando o risco de demissão no emprego por conta do comprometimento da eficiência no ambiente trabalho). Ao longo do tempo o efeito do estresse poderia ser amplificado resultando em um círculo vicioso que aumentaria os níveis de insônia e estresse.

Entre os eventos relatados por americanos adultos como causadores de dificuldades para dormir entre os que sofriam de insônia ocasional, o estresse no trabalho foi relatado por 28% dos indivíduos, o estresse familiar por 20% e morte na família por 12%, segundo pesquisa realizada pela *National Sleep Foundation* em conjunto com a *Gallup Organization* (Ancoli-Israel & Roth, 1999).

Uma pesquisa realizada na Alemanha entre a população geral com 15 anos ou mais, os indivíduos que relataram ter sofrido algum evento estressor no último ano apresentaram mais chance de estarem insatisfeitos com o seu sono, mesmo após ajuste para idade e sexo (OR = 1,8; IC 95% 1,4 – 2,5). Entre as pessoas que se percebiam sofrendo um alto grau de estresse (OR = 2,2; IC 95% 1,5 – 3,2), seguido de médio nível de estresse (OR = 1,5; IC 95% 1,0 – 2,1), quando comparados com os indivíduos que não relataram estresse (Ohayon & Zulley, 2001).

Justificativa

2. JUSTIFICATIVA

No Brasil, ainda são poucos os estudos sobre a prevalência e fatores associados à insônia em populações específicas.

Por demandarem o funcionamento ininterrupto por 24 horas, os hospitais adotam o trabalho em plantões diurnos e noturnos. Assim, muitos dos profissionais que atuam em hospitais tendem a manifestar dificuldades em relação ao sono.

A perda de sono relacionada ao trabalho e fadiga em profissionais de saúde tem, até recentemente, recebido pouca atenção. Pesquisas recentes da Academia Nacional de Ciências, nos EUA, concluíram que 100.000 mortes de pacientes por ano podem decorrer de erros médicos. Acredita-se amplamente que um número substancial desses eventos adversos resulte de fadiga devido a prolongadas horas de trabalho e sono inadequado entre médicos e enfermeiras. As consequências da perda de sono relacionada ao trabalho em turnos entre médicos e enfermeiras incluem efeitos no desenvolvimento de tarefas profissionais, problemas de memória, aprendizado, na saúde pessoal, de segurança e responsabilidade, além de consequências familiares (NCSDR, 2003).

Até o momento, poucos estudos investigaram a prevalência e associação entre queixas de insônia e o trabalho noturno, fatores sócio-demográficos e econômicos, transtornos mentais comuns e eventos de vida produtores de estresse entre profissionais de saúde. Levando em conta o caráter multifatorial da insônia, já apresentado na introdução, deve-se ressaltar que não há estudos brasileiros que analisem todos esses fatores, simultaneamente.

No que concerne a profissionais de enfermagem, Menezes (1996), em estudo conduzido entre mulheres de um hospital público, observou maior frequência de queixas relacionadas ao sono entre as que trabalhavam de noite, quando comparadas às que trabalhavam de dia. Fischer et al. (2002) demonstraram que os auxiliares de enfermagem e

enfermeiros que trabalhavam no plantão noturno apresentavam uma queda sensível na auto-avaliação do alerta no decorrer das horas de trabalho, o que pode propiciar tanto um maior índice de acidentes no ambiente de trabalho, quanto um aumento na morbidade dessa população.

A produção nacional de estudos sobre insônia/queixas de insônia é ainda muito escassa. Na realidade desconhecemos a verdadeira dimensão do transtorno no país, apesar de ser a insônia um problema de saúde pública que demanda um alto custo econômico.

A identificação dos principais fatores associados a uma maior prevalência de transtornos do sono, poderá oferecer subsídios a uma política trabalhista que leve em consideração a prevenção de tais transtornos.

Hipóteses e Objetivos

3. HIPÓTESES E OBJETIVOS

3.1 Hipóteses

1. A prevalência de queixas de insônia é mais elevada entre mulheres.
2. A prevalência de queixas de insônia é mais elevada entre os mais velhos.
3. A prevalência de queixas de insônia é mais elevada entre separados/divorciados em relação aos solteiros.
4. A prevalência de queixas de insônia é mais elevada entre os auxiliares de enfermagem com menor grau de instrução.
5. A prevalência de queixas de insônia é mais elevada entre negros, quando comparados aos brancos.
6. A prevalência de queixas de insônia é mais elevada entre os auxiliares de enfermagem com menor renda familiar *per capita*.
7. Trabalhar em plantão noturno associa-se a uma maior prevalência de queixas de insônia nesta população.
8. Co-habitar com crianças de até 6 anos associa-se com maior prevalência de queixas de insônia.
9. Indivíduos com transtorno mental comum (TMC) apresentam uma maior prevalência de queixas de insônia.
10. Indivíduos com relato de eventos de vida produtores de estresse (EVPE) nos últimos 12 meses apresentam uma maior prevalência de queixas de insônia, independente da presença de TMC.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo Geral

Estimar a prevalência e detectar fatores associados a queixas de insônia entre auxiliares de enfermagem de um hospital universitário.

3.2.2 Objetivos Específicos

1 – Estimar a prevalência de queixas de insônia entre auxiliares de enfermagem, incluindo queixas de insônia inicial, intermediária e total.

2 – Avaliar a associação entre trabalho noturno e queixas de insônia total.

3 – Avaliar a associação entre variáveis sócio-demográficas e econômicas (gênero, idade, situação conjugal, grau de instrução, raça e renda familiar *per capita*) e queixas de insônia total.

4 - Avaliar a associação entre co-habitar com crianças de até 06 anos de idade e queixas de insônia total.

5 - Avaliar a associação entre transtorno mental comum (TMC) e queixas de insônia total.

6 - Avaliar a associação entre eventos de vida produtores de estresse (EVPE) e queixas de insônia total.

Métodos

4. MÉTODOS

4.1 Desenho de estudo

Este trabalho insere-se no Estudo Pró-Saúde, cujo objetivo geral é investigar o papel uma série de determinantes biológicos e sócio-culturais nos padrões de saúde e de morbidade de funcionários técnico-administrativos de uma universidade no estado do Rio de Janeiro (Lopes et al., 2003).

O Estudo Pró-Saúde é um estudo de coorte realizado de forma censitária. A 1ª. Fase, realizada em 1999, constituiu a “linha de base” da coorte. A 2ª. Fase, implementada em 2001, consistiu em um segundo contato com os funcionários da universidade para uma nova etapa de coleta de dados, direcionada para a avaliação de desfechos em estudo e da complementação de dados da base.

O presente trabalho é um estudo transversal entre os auxiliares de enfermagem de um hospital universitário que participaram das Fases 1 (1999) e 2 (2001) do Estudo Pró-Saúde.

4.2 População de Estudo

A população alvo do Estudo Pró-Saúde são todos os funcionários técnico-administrativos de uma universidade no estado do Rio de Janeiro no ano de 1999 (Fase 1) 4.614 funcionários. Dentre esta população os inelegíveis são os funcionários licenciados para a pós-graduação ou sem vencimentos, os cedidos e os aposentados. A população elegível foi 4.448 funcionários. Após descontar as recusas e os não entrevistados por outras razões (licença médica, não localizado, etc.) o número de funcionários que participaram do estudo foi de 4.030 (que representam 90,6% população elegível).

O presente estudo limitou-se à população de auxiliares de enfermagem do Hospital Universitário. As questões relativas às Queixas de Insônia, questões sócio-demográficas,

plantão noturno, transtorno mental comum, co-habitar com crianças até 6 anos e eventos de vida produtores de estresse foram aplicadas apenas na Fase 1 do estudo (1999) e a questão relativa à ocupação do funcionário estava presente apenas no questionário aplicado na Fase 2 (2001). Desta forma, tornou-se necessário que a população deste estudo fosse composta pelos auxiliares de enfermagem participantes das duas fases do estudo Pró-Saúde e que na Fase 2 responderam que sua ocupação é anterior a 1999, perfazendo um total de 695 auxiliares de enfermagem. Após excluir os indivíduos que não responderam as perguntas sobre queixas de insônia e os que responderam “às vezes”, o total final da população de estudo foi de 493 auxiliares de enfermagem.

4.3 Instrumentos

Foram utilizados questionários auto-preenchíveis, aplicados por entrevistadores treinados, contendo escalas/instrumentos, já validados para avaliar a história e situação atual das condições sócio-econômicas, padrões de dieta, atividade física, consumo de tabaco e álcool, histórico de diagnósticos e tratamentos médicos, morbidade auto-referida, comportamentos e exposições que repercutem sobre a saúde, além de blocos específicos para aferir transtorno mental comum, eventos de vida produtores de estresse, apoio e rede social, entre outros (Lopes et al., 2003, Chor et al., 2001).

As questões relativas às queixas de insônia, regime de plantão e dados sócio-demográficos e econômicos (gênero, idade, situação conjugal, grau de instrução, raça e renda), coabitação com crianças menores de 6 anos de idade, transtorno mental comum e eventos de vida produtores de estresse da população, estão localizadas no questionário da Fase 1 (1999) e a pergunta sobre a ocupação do funcionário está contida no questionário da Fase 2 (2001).

4.4 Variáveis de Estudo

4.4.1 Variável Dependente - Queixa de Insônia

No presente estudo, as questões relativas ao sono não contemplam todos os critérios necessários para diagnosticar a insônia primária, de acordo com o critério diagnóstico do DSM-IV, e por esse motivo, a variável será denominada como queixa de insônia.

A avaliação das queixas de insônia é baseada nas seguintes perguntas presentes na Fase I: Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, com que frequência você teve dificuldade para pegar no sono? (pergunta relacionada com a insônia inicial) e

Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, com que frequência você acordou durante o sono e teve dificuldade para dormir de novo? (relacionada à insônia intermediária).

A resposta a essas perguntas poderia ser: Sempre, Quase sempre, Às vezes, Raramente e Nunca. Neste estudo, as queixas de insônia foram dicotomizadas em “presente” ou “ausente”, tendo sido considerado “presente” sempre que o respondente marcava “sempre” ou “quase sempre” e “ausente” para as opções de “raramente” e “nunca” (anexo I).

A variável “queixa de insônia total” foi criada a partir das perguntas para queixa de insônia inicial e intermediária, sendo dicotomizada como “presente” para aqueles que marcavam “sempre” ou “quase sempre” para uma das duas perguntas.

4.4.2 Variáveis Explicativas

Variáveis Sócio-Demográficas e Econômicas

Gênero

Masculino ou Feminino

Idade

Calculada a partir da data de nascimento e da data da entrevista. Foi calculada em anos completos e categorizada nas seguintes faixas etárias, segundo padronização do Estudo Pró-Saúde (anexo V).

Até 29 anos / De 30 a 39 anos / De 40 a 49 anos / 50 anos ou mais

Situação Conjugal

Baseada na pergunta “Atualmente você é, ...” (anexo IV)

Casado(a) ou vive em união estável

Separado(a) ou divorciado(a)

Viúvo(a)

Solteiro(a)/Nunca se casou ou viveu em união

Grau de Instrução

O grau de instrução (anexo V) foi categorizado de acordo com recomendação da coordenação do Estudo Pró-Saúde em:

1º. grau incompleto // 1º. grau completo/2º. grau incompleto

2º. grau completo/universitário incompleto // Universitário completo/pós-graduação

Renda familiar *per capita*

Que foi trabalhada como renda familiar *per capita* – média dos valores de cada categoria dividida pelo salário mínimo (SM) da época (R\$136,00) e categorizada de acordo com critérios do Estudo Pró-Saúde (anexo IV) em:

Até 3 SM / De 3 a 6 SM / Mais de 6 SM

Raça

Baseada na pergunta “O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?...” (anexoV).

Preta / Parda / Branca / Amarela / Indígena

Plantão noturno

Avaliada com base na questão “Atualmente, você trabalha em algum plantão noturno ou de 24 horas, no HUPE, Campus da UERJ, ou fora da UERJ?” Com opções de resposta sim e não. “Se sim, com que frequência?” Com opções de resposta - Menos frequentemente que 1 vez por mês, 1 a 3 vezes por mês, 1 vez por semana, 2 a 3 vezes por semana, 4 ou mais vezes por semana (anexo IV). Que foi categorizada em:

Realizar plantão noturno / Não realizar plantão noturno

Co-habitar com crianças de até 06 anos

Categorizada a partir da resposta dada a questão “Em relação a todos os outros adultos e crianças que moram em sua casa informe o parentesco ou relação que cada uma tem com você e a idade dessas pessoas.” Com a informação sobre a idade dos moradores da residência foi criada uma nova variável com os funcionários que co-habitam com crianças de até 06 anos de idade (anexo IV).

Transtornos Mentais Comuns (TMC)

Foi utilizado o *General Health Questionnaire* na sua versão resumida (GHQ-12) para avaliar a presença de transtorno mental comum (TMC) (Goldberg & Blackwell, 1972), um instrumento de rastreamento para transtornos mentais comuns já bem estabelecido e amplamente utilizado em pesquisas epidemiológicas internacionais e nacionais nesta área (Mari & Williams, 1985; Araya et al., 1992; Weich & Lewis, 1998; Stanfeld et al., 1997). A validação, tendo como padrão ouro o *Clinical Interview Shedule* (Goldberg & Blackwell, 1970), foi realizado na versão original (Stanfeld & Marmot, 1999) e na versão brasileira (Mari & Williams, 1985).

O GHQ-12 foi escolhido por ser um instrumento simples, com poucos itens, autopreenchível e de fácil compreensão quanto ao enunciado da pergunta e possibilidades de resposta. O ponto de corte utilizado para o questionário considerou cada item como presente ou ausente (0 ou 1), de acordo com o método do *General Health Questionnaire* (Goldberg & Williams, 1998; Weich & Lewis, 1998). Aqueles que foram positivos para 3 ou mais dos 12 itens que compõem o instrumento foram considerados como casos de TMC (Goldberg & Williams, 1998). O período de referência do GHQ foram as duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário. A versão utilizada neste estudo encontra-se em anexo (anexo II).

Eventos de Vida Produtores de Estresse (EVPE)

Foram utilizadas perguntas simples e breves, com período de referência, para a ocorrência do evento, nos 12 meses anteriores ao preenchimento do questionário (anexo III). As perguntas foram dicotomizadas em sim ou não e analisadas separadamente. As perguntas utilizadas no presente estudo foram:

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você teve algum problema de saúde que o(a) impediu de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer) por mais de um mês?

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você esteve internado em hospital por uma noite, ou mais, em razão de doença ou acidente?

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, faleceu algum parente próximo seu (pai, mãe, cônjuge, companheiro(a), filho ou irmão)?

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você enfrentou dificuldades financeiras mais severas do que as habituais?

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi forçado a mudar de casa contra a sua vontade (por exemplo, por aumento de aluguel)?

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você passou por algum rompimento de relação amorosa, incluindo divórcio ou separação?

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi assaltado ou roubado, isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi vítima de alguma agressão física?

4.5 Procedimentos

4.5.1 Treinamento de pessoal

Foram treinados aplicadores, supervisores e um coordenador de campo, para a aplicação do questionário e padronização na aferição das medidas antropométricas. A importância da adesão do corpo de funcionários foi enfatizada durante o treinamento e realizaram-se simulações de todas as atividades previstas para o censo e de situações passíveis de ocorrer durante o trabalho de campo.

Diferentes manuais de instrução foram confeccionados para supervisores, aplicadores, codificadores (Faerstein et al., 1999).

4.5.2 Pré-testes, estudo piloto, estudo de confiabilidade

As fases de pré-teste dos dois Censos envolveram voluntários com semelhante perfil social e funcional da população alvo. Funcionários da FIOCRUZ (Instituto Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública e Instituto Fernandes Figueira), Universidade Federal do Rio de Janeiro (Faculdades de Enfermagem e Nutrição, Museu Nacional), e Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro que preencheram 4 versões diferentes do questionário, nas duas fases da pesquisa, onde foram analisadas a compreensão das perguntas, possíveis resistências a em responder a determinadas perguntas e a distribuição das respostas por categorias de sexo e grau de instrução (Faerstein et al., 1999).

Na Fase 1 participaram do estudo piloto uma amostra sistemática de 200 funcionários técnico-administrativos contratados como prestadores de serviço da universidade, cujas características sócio-demográficas (gênero, idade e grau de instrução) dessa amostra foram semelhantes as dos funcionários efetivos da universidade. Foram realizadas todas as atividades previstas para o Censo, inclusive a aferição de altura e peso dos participantes.

O estudo de confiabilidade (teste-reteste) foi realizado 2 semanas após o preenchimento do 1º questionário com 192 funcionários (96%) que participaram do estudo piloto e que concordaram em participar do reteste.

O estudo piloto da Fase 2 foi realizado em agosto de 2001 entre 100 funcionários contratados, com as mesmas características dos da Fase 1.

4.5.3 Coleta de dados, revisão e digitação

Durante os meses de agosto a outubro de 1999 foram realizadas a coleta de dados da Fase 1 e a coleta da Fase 2 entre outubro e dezembro de 2001.

O questionário foi aplicado em auditórios e salas das unidades da universidade, durante o horário de expediente, após intensa divulgação do Censo. Foram realizadas, após a coleta dos dados, a dupla revisão dos questionários.

Para garantir a qualidade da digitação, cada questionário foi digitado por 2 diferentes profissionais, realizando-se a correção dos possíveis erros, aplicação do programa de crítica e nova correção dos dados.

4.6 Aspectos éticos

Os protocolos referentes às pesquisas nas duas Fases foram submetidos ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto e do Instituto de Medicina Social, sendo considerada adequada para ser realizada em populações humanas, em ambas ocasiões.

4.6.1 Confidencialidade

A identificação dos questionários foi realizada através de numeração e sua ligação com o nome do funcionário é de conhecimento exclusivo da coordenação da pesquisa, garantindo que não sejam divulgados, sob qualquer forma. Os dados obtidos foram analisados de forma agregada.

4.6.2 Recrutamento de participação e consentimento informado

Como estratégias para aumentar a adesão foram utilizadas cartas, cartazes, mensagens em contracheque e por correio eletrônico (e-mail), e matérias nos boletins da universidade.

Antes do preenchimento do questionário foram realizados esclarecimentos sobre a pesquisa, além de solicitado a leitura e assinatura do Termo de Consentimento.

4.6.3 Risco potenciais

Embora dados a respeito de questões consideradas sensíveis tenham sido coletados (consumo de bebida alcoólica, uso de medicamento, diagnóstico de doenças, entre outros), o estudo não envolve riscos físicos, sociais ou legais aos participantes. Todos os esforços são utilizados para garantir a confidencialidade das informações.

4.7 Processamento e análise dos dados

Utilizou-se o programa EPI-INFO v 6.0 para a entrada dos dados e o programa Stata 7.0 e EPI-INFO 2003 para a análise.

Na primeira etapa foi realizada e examinada a descrição geral dos dados através de frequências para cada variável de estudo.

Foram realizadas análises bivariadas para avaliar associação entre as variáveis explicativas (gênero, idade, situação conjugal, grau de instrução, renda familiar *per capita*, raça, plantão noturno, co-habitar com crianças de até 06 anos, TMC e EVPE) e a variável dependente (queixas de insônia).

A associação da variável dependente com as variáveis explicativas foi investigada através da estimativa das razões de prevalência (RP) simples e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Para avaliar a significância estatística das associações

foram utilizados os testes de qui-quadrado de Pearson (independência) e *Cochran- Mantel-Haenzel* (tendência linear).

A análise multivariada foi feita através da construção de modelo de regressão logística, com cálculo das razões de prevalência (RP) simples a ajustadas. A escolha se deve ao fato da razão de prevalência (RP) ser indicada em estudos seccionais com prevalência acima de 20%, pois a razão de chances (OR) superestimaria a associação nesta situação. Foram incluídas nos modelos as variáveis que mostraram associação com desfecho com $p \leq 0,25$ (Hosmer & Lemeshow, 1989). Caso este critério excluísse variáveis relevantes, segundo a literatura, a inclusão destas foi considerada. Permaneceram no modelo as variáveis independentes que mantiveram associação com desfecho após ajuste ($p \leq 0,05$), de acordo com teste de razão de verossimilhança (*likelihood ratio test*).

Artigo

5. ARTIGO

Fatores associados a queixas de insônia entre auxiliares de enfermagem de um hospital universitário no Rio de Janeiro: Estudo Pró-Saúde

RESUMO

Introdução: A produção nacional em estudos sobre insônia/queixas de insônia é ainda muito escassa e desconhecemos a verdadeira dimensão do transtorno no país, apesar de ser a insônia um problema de saúde pública que demanda um alto custo econômico.

Objetivo: O objetivo desse estudo é estimar a prevalência e avaliar fatores associados a queixas de insônia em auxiliares de enfermagem de um hospital universitário.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal entre 493 auxiliares de enfermagem de um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro. Este trabalho insere-se no Estudo Pró-Saúde, um estudo de coorte cujo objetivo geral é investigar determinantes sociais de morbidade física e mental entre funcionários de uma universidade. Foram utilizados questionários autopreenchíveis para avaliar questões relativas às queixas de insônia, plantão noturno, coabitação com crianças menores de 6 anos de idade, transtorno mental comum (TMC), eventos de vida produtores de estresse (EVPE) e dados sócio-demográficos e econômicos (gênero, idade, situação conjugal, grau de instrução, raça e renda).

Resultados: A prevalência de queixas de insônia foi de 23,8%. Os fatores associados com queixas de insônia no nosso estudo, após ajuste para sexo, idade, renda familiar *per capita* e situação conjugal, foram: presença de TMC (RP = 3,7; IC 95% 2,61-5,36), ter passado por dificuldades financeiras graves (RP = 2,9; IC 95% 1,27 – 2,74); problemas graves de saúde (RP = 2,1; IC 95% 1,52 – 2,92), e rompimento de relação amorosa (RP = 2,0; IC 95% 1,45 – 2,83).

Conclusões: A importância de se identificar queixas de insônia, principalmente entre profissionais de enfermagem, se deve ao fato dessa categoria ter, durante o seu horário de trabalho, a responsabilidade por vidas humanas e em um ambiente onde um acidente de pequeno porte pode por em risco a vida das pessoas sob seus cuidados. A

identificação dos principais fatores associados a uma maior prevalência de transtornos do sono, poderá oferecer subsídios a uma política trabalhista que leve em consideração a prevenção de tais transtornos.

Palavras-chave: Insônia, Transtorno Mental Comum, Eventos de Vida Produtores de Estresse, Estudo Pró-Saúde, Estudo transversal, Auxiliares de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: National studies on insomnia / insomnia complaints are still scarce and there is no notice on the dimensions of the disorder in the country, despite of the fact that insomnia is a public health problem which demands high costs.

Objectives: To estimate the prevalence and evaluate the items associated to complaint of insomnia among nursing assistants in a university hospital.

Methods: A cross-sectional study on 493 nursing assistants of a university hospital in the state of Rio de Janeiro, as part of The Pró-Saúde Study – a cohort study that investigates the social determinants for the physical and mental morbidity among employees of a university. Methods included a self-administered questionnaire to assess questions related to insomnia complaints, night shift working, living with under-6-year-old children, common mental disorder (CMD), stressful life events (SLE) and sociodemographic and economic data (gender, age, marital status, education, race and income).

Results: Insomnia complaints had a prevalence rate of 23.8%. After adjustment by sex, age, income and marital status, factors associated to insomnia complaints were: presence of CMD (PR = 3,7; IC 95% 2,61-5,36), severe financial problems (PR = 2,9; IC 95% 1,27 – 2,74), severe health problems (PR = 2,1; IC 95% 1,52 – 2,92), and disruption love relationships (PR = 2,0; IC 95% 1,45 – 2,83).

Conclusions: it is important to identify the insomnia complaints, mainly for nursing professionals, because they take care of human lives and work in a place where a slight accident may risk people's lives. The identification of these prime items associated to a major prevalence of sleeping disorder can grant a job policy that leads to the prevention of such disorders.

Keywords: insomnia, mental common disorders, stressful life events, Pró-Saúde Study, cross-sectional study, nursing assistants.

INTRODUÇÃO

A insônia é o transtorno do sono mais freqüente na população geral e também um dos mais estudados nos países desenvolvidos, devido ao ônus imposto sobre o bem-estar individual e coletivo (Roth et al., 1999). É um importante problema de saúde pública, pois exerce um impacto negativo na saúde física e mental dos indivíduos, na sua performance social, habilidade para o trabalho e qualidade de vida. (Walsh & Üstun, 1999; Rocha & Costa, 2000; Schubert et al., 2002; Léger et al., 2002; NCSDR, 2003; Billiard & Bentley, 2004).

Segundo o DSM-IV (1994), a prevalência encontrada na população adulta varia de 30% a 40%. Rocha e Costa (2000), após uma revisão bibliográfica realizada com base no *Medline* (Jan 87 a Jun 99), descrevem uma variação de 2% a 50% de insônia na população geral mundial.

Apesar do impacto na sociedade, sua alta prevalência, alto custo econômico e humano e das sérias conseqüências para os indivíduos, a insônia não tem recebido a devida atenção entre os profissionais da área da saúde (Walsh & Üstun, 1999; NCSDR, 2003) e a maioria dos insones não procuram por ajuda profissional qualificada (Wash & Üstun, 1999; Ancoli-Israel & Roth, 1999).

Diferente do que ocorre em países em desenvolvimento, muito se tem estudado sobre a epidemiologia e os fatores relacionados aos padrões de sono e seus transtornos em países desenvolvidos, nos últimos anos (Bixler et al., 1979; Ohayon, 2002). No Brasil, ainda são poucos os estudos sobre a prevalência e fatores associados à insônia. Rocha et al. (2002), em Bambuí (MG), encontraram prevalência de 35,4% de insônia na população geral acima de 18 anos, sendo que a queixa mais comum foi de insônia intermediária (27,3%), seguida de insônia inicial (18,3%) e insônia final (14,3%), com freqüência igual ou superior a 3 vezes por semana, durante o último mês. Em São Paulo, cerca de 50% dos

entrevistados relataram alguma queixa de insônia ao menos uma vez na semana, em um estudo realizado por Giglio (apud Rocha e Costa, 2000). Na cidade de Campo Grande (MS), uma pesquisa realizada com amostra representativa da população geral acima de 18 anos, mostrou uma prevalência de insônia de 19,1%, utilizando a definição de insônia da Associação Americana de Transtornos do Sono (ASDA) (Souza et al., 2002).

A importância de se identificar tais transtornos entre os profissionais de enfermagem, se deve ao fato dessa categoria ter, durante o seu horário de trabalho, a responsabilidade por vidas humanas e em um ambiente onde um acidente de pequeno porte pode por em risco a vida das pessoas sob seus cuidados. A identificação dos principais fatores associados a uma maior prevalência de queixas de insônia, poderá oferecer subsídios a uma política trabalhista que leve em consideração a prevenção de tais transtornos.

O objetivo deste estudo é estimar a prevalência e detectar fatores associados a queixas de insônia pelos auxiliares de enfermagem de um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho de estudo

Este trabalho insere-se no Estudo Pró-Saúde, cujo objetivo geral é investigar o papel de vários determinantes biológicos e sócio-culturais nos padrões de saúde e de morbidade de funcionários técnico-administrativos de uma universidade no estado do Rio de Janeiro (Lopes et al., 2003). O presente trabalho é um estudo transversal entre os auxiliares de enfermagem de um hospital universitário que participaram da Fase 1 (1999) do Estudo Pró-Saúde.

População de Estudo

A população alvo do Estudo Pró-Saúde são todos os funcionários técnico-administrativos de uma universidade no estado do Rio de Janeiro nos anos de 1999 (Fase 1) e 2001 (Fase 2). Nosso estudo limitou-se à população de auxiliares de enfermagem do Hospital Universitário. As questões relativas às Queixas de Insônia e questões sócio-demográficas foram aplicadas apenas na Fase 1 do estudo (1999) e a questão relativa à ocupação do funcionário estava presente apenas no questionário aplicado na Fase 2 (2001). Desta forma, tornou-se necessário que a população deste estudo fosse composta pelos auxiliares de enfermagem participantes das duas fases do estudo Pró-Saúde e que na Fase 2 responderam que sua ocupação é anterior a 1999, perfazendo um total de 695 auxiliares de enfermagem. Após excluir as respostas dos indivíduos que não responderam as perguntas sobre queixas de insônia e os que responderam “às vezes”, a população final de estudo foi de 493 auxiliares de enfermagem.

Instrumentos

Foram utilizados questionários autopreenchíveis, aplicados por entrevistadores treinados, (Faerstein et al., 1999; Lopes et al., 2003). As questões relativas às queixas de insônia, regime de plantão e dados sócio-demográficos e econômicos (gênero, idade, situação conjugal, grau de instrução, raça e renda familiar *per capita*), coabitação com crianças de até 6 anos de idade, transtorno mental comum e eventos de vida produtores de estresse da população, estão localizadas no questionário da Fase 1 (1999) e a pergunta sobre a ocupação do funcionário está contida no questionário da Fase 2 (2001). As questões de estudo encontram-se em anexo.

Variáveis de estudo

Variável Dependente - Queixa de Insônia

No presente estudo, as questões relativas ao sono não contemplam todos os critérios necessários para diagnosticar a insônia primária, de acordo com o critério diagnóstico do DSM-IV, e por esse motivo, a variável será denominada como “Queixa de Insônia”.

A avaliação das Queixas de insônia são baseadas nas seguintes perguntas presentes na Fase I: “Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, com que frequência você teve dificuldade para pegar no sono?” (pergunta relacionada com a insônia inicial) e “Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, com que frequência você acordou durante o sono e teve dificuldade para dormir de novo?” (relacionada à insônia intermediária).

A resposta a essas perguntas poderia ser: Sempre, Quase sempre, Às vezes, Raramente ou Nunca. Neste estudo, as queixas de insônia foram dicotomizadas em “presente” ou “ausente”, tendo sido considerado “presente” sempre que o respondente marcava “sempre” ou “quase sempre” e “ausente” para as opções de “raramente” e “nunca”.

A variável “Queixa de insônia total” foi criada a partir das perguntas para queixa de insônia inicial e intermediária, sendo dicotomizada como “presente” para aqueles que marcavam “sempre” ou “quase sempre” para uma das duas perguntas.

Variáveis Independentes

Variáveis Sócio-Demográficas e Econômicas

Foram avaliadas as seguintes variáveis sócio-demográficas e econômicas: gênero, idade (até 29 anos - de 30 a 39 anos - de 40 a 49 anos - 50 anos ou mais), situação conjugal (casado(a) ou vive em união estável - separado(a) ou divorciado(a) - viúvo(a) - solteiro(a)/nunca se casou ou viveu em união), grau de instrução (1º. grau incompleto - 1º.

grau completo/2º. grau incompleto - 2º. grau completo/universitário incompleto - universitário completo/pós-graduação), renda familiar *per capita* (média dos valores de cada categoria dividido pelo salário mínimo (SM) da época, R\$136,00 e categorizada em: Até 3 SM - De 3 a 6 SM - Mais de 6 SM), raça (preta, parda, branca, amarela, indígena).

Co-habitar com crianças de até 6 anos

Com a informação sobre a idade dos moradores da residência, foi criada uma nova variável com os funcionários que co-habitam com crianças de até 06 anos de idade.

Plantão noturno

Avaliada com base na questão “Atualmente, você trabalha em algum plantão noturno ou de 24 horas, no HUPE, Campus da UERJ, ou fora da UERJ?”, com opções de resposta sim e não. A variável foi categorizada em: “Realizar plantão noturno” ou “Não realizar plantão noturno”.

Transtorno Mental Comum (TMC)

Foi utilizado o *General Health Questionnaire* na sua versão resumida (GHQ-12) (Goldberg & Blackwell, 1972), um instrumento de rastreamento para transtornos mentais comuns (TMC) já bem estabelecido e amplamente utilizado em pesquisas epidemiológicas internacionais e nacionais nesta área (Mari & Williams, 1985; Araya et al., 1992; Stanfeld et al., 1997; Weich & Lewis, 1998). A validação, tendo como padrão ouro o *Clinical Interview Schedule* (Goldberg & Blackwell, 1970), foi realizado na versão original (Stanfeld & Marmot, 1992) e na versão brasileira (Mari & Williams, 1985).

O período de referência do GHQ-12 foram as duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário. O ponto de corte utilizado para o questionário considerou

cada item como presente ou ausente (0 ou 1), de acordo com o método do *General Health Questionnaire* (Goldberg & Williams, 1998; Weich & Lewis, 1998). Aqueles que foram positivos para 3 ou mais dos 12 itens que compõem o instrumento foram considerados como casos de TMC (Goldberg & Williams, 1998).

Eventos de Vida Produtores de Estresse (EVPE)

Foram utilizadas perguntas simples e breves, com período de referência para a ocorrência do evento nos 12 meses anteriores ao preenchimento do questionário. As perguntas foram dicotomizadas em sim ou não e analisadas separadamente. Os eventos pesquisados foram: problemas graves de saúde, internação hospitalar (por qualquer motivo que não parto), falecimento de parente próximo, dificuldade financeiras severas, mudança forçada de moradia, rompimento de relação amorosa/divórcio, assalto ou roubo mediante violência e agressão física (Lopes & Faerstein, 2001; Lopes et al., 2003).

Processamento e análise dos dados

Utilizou-se o programa EPI-INFO v 6.0 para a entrada dos dados e o programa Stata 7.0 e EPI-INFO 2003 para a análise. Foi realizada e examinada a descrição geral dos dados através de frequências para cada variável de estudo. Foram realizadas análises bivariadas para avaliar associação entre as variáveis explicativas (gênero, idade, situação conjugal, grau de instrução, renda familiar *per capita*, raça, plantão noturno, co-habitar com crianças de até 06 anos, TMC e EVPE) e a variável dependente (queixa de insônia).

Para avaliar a significância estatística das associações foram utilizados os testes de qui-quadrado de Pearson (independência) e *Cochran-Mantel-Haenzel* (tendência linear).

A análise multivariada foi feita através da construção de modelo de regressão logística, com cálculo da estimativa das razões de prevalência (RP) simples e ajustadas e

seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A escolha se deve ao fato da razão de prevalência (RP) ser indicada em estudos seccionais com prevalência acima de 20%, pois a razão de chances (OR) superestimaria a associação nesta situação. Foram incluídas nos modelos as variáveis que mostraram associação com desfecho com $p \leq 0,25$ (Hosmer & Lemeshow, 1989). Caso este critério excluísse variáveis relevantes, segundo a literatura, a inclusão destas foi considerada. Permaneceram no modelo as variáveis independentes que mantiveram associação com desfecho após ajuste ($p \leq 0,05$), de acordo com teste de razão de verossimilhança (*likelihood ratio test*).

RESULTADOS

A população de estudo foi constituída por 493 auxiliares de enfermagem, dentre os quais 113 (22,92%) eram homens e 380 (77,08%) mulheres, sendo observado um maior percentual de funcionários casado/vivendo em união estável, com faixa etária entre 30 a 49 anos e renda familiar *per capita* até 6 salários mínimos. A prevalência de insônia inicial foi de 18,22% (IC 95% 15,0 – 21,9) e a prevalência de insônia intermediária foi de 18,74% (IC 95% 15,5 – 22,4). A prevalência de queixa de insônia total foi de 23,53% (IC 95% 19,9 – 27,6). A prevalência de queixas de insônia entre as mulheres foi de 25,53% e 16,81% para os homens, resultado que não se apresentou estatisticamente significativo ($p = 0,055$). Observamos que a prevalência de queixas de insônia tende a aumentar conforme aumenta a idade ($p = 0,006$). Entre as categorias de renda familiar *per capita* dos auxiliares de enfermagem, a maior prevalência de queixas de insônia está entre os que dispõem de até 3 salários mínimos mensais (30%). Quanto ao grau de instrução dos funcionários, excluindo-se os 2 funcionários que possuem 1º grau incompleto, observa-se que a prevalência de queixas de insônia diminui conforme aumenta o grau de instrução. Os separados/divorciados apresentam uma prevalência maior (36,47%), seguidos dos casados

(22%), solteiros (19%) e viúvos (16,7%). A prevalência de queixas de insônia entre as categorias de raça foi maior entre os negros (27,9%), em relação aos pardos (24%) e aos brancos (20,6%), mas estas diferenças não foram estatisticamente significantes (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da população de estudo e prevalências de queixas de insônia total, segundo características sócio-demográficas e econômicas, com respectivos intervalos de confiança de 95% e p-valores entre auxiliares de enfermagem de um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro. Estudo Pró-Saúde, 1999.

	Distribuição		Queixas de Insônia Total		
Variáveis	N*	%	n	% (IC 95%)	p
Sexo					
Masculino	113	22,92	19	16,81 (10,4 - 25,0)	0,055
Feminino	380	77,08	97	25,53 (21,3 - 30,3)	
Idade					
20-29 anos	33	6,69	6	18,18 (7,0 - 35,5)	0,006
30-39 anos	218	44,22	37	16,97 (12,2 - 22,6)	
40-49 anos	181	36,71	52	28,73 (22,3 - 35,9)	
50 anos ou mais	61	12,37	21	34,43 (22,7 - 47,7)	
Renda familiar <i>per capita</i>					
Até 3 Salários Mínimos	153	33,12	46	30,07 (22,9 - 38,0)	0,026
Entre 3 e 6 SM	211	45,67	38	18,01 (13,1 - 23,9)	
Mais de 6 SM	98	21,21	22	22,45 (14,6 - 32,0)	
Grau de instrução					
1º Grau incompleto	9	1,85			0,008
1º Grau comp./2º Grau inc.	125	25,72	40	32,00 (23,9 - 40,9)	
2º Grau comp./universitário inc.	259	53,29	60	23,17 (18,2 - 28,8)	
Universitário comp./pós-graduação	93	19,14	13	13,98 (7,7 - 22,7)	
Situação conjugal					
Casado/vivendo em união estável	270	57,82	59	21,85 (17,1 - 27,3)	0,021
Separado/Divorciado	85	18,20	31	36,47 (26,3 - 47,6)	
Viúvo	18	3,85	3	16,67 (3,6 - 41,4)	
Solteiro	94	20,13	18	19,15 (11,8 - 28,6)	
Raça					
Preta	122	24,90	34	27,87 (20,1 - 36,7)	0,351
Parda	182	37,14	44	24,18 (18,1 - 31,1)	
Branca	170	34,69	35	20,59 (14,8 - 27,5)	
Amarela	10	2,04			
Indígena	6	1,22			

* Os totais podem variar em função de respostas ignoradas

Plantão noturno ($p = 0,599$) e co-habitar com crianças de até 6 anos de idade ($p = 0,345$) não se mostraram estatisticamente associados a queixas de insônia, tendo prevalências de 24% e 24,4%, respectivamente. Dentre os funcionários que foram positivos para TMC, aproximadamente metade (48,6%) relatam queixas de insônia (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição da população de estudo e prevalências de queixas de insônia total, segundo co-habitar com crianças de até 6 anos, plantão noturno e TMC, com respectivos intervalos de confiança de 95% e p-valores entre auxiliares de enfermagem de um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro. Estudo Pró-Saúde, 1999.

	Distribuição		Queixas de Insônia Total		
Variáveis	N*	%	n	% (IC 95%)	p
Co-habitar com crianças de até 6 anos					
Não	299	70,69	73	24,41 (19,7 - 29,7)	0,345
Sim	124	29,31	25	20,16 (13,5 - 28,3)	
Plantão noturno					
Não	259	53,18	62	23,94 (18,9 - 29,6)	0,599
Sim	228	46,82	50	21,93 (16,7 - 27,9)	
Transtorno mental comum					
Ausente	327	69,72	40	12,23 (9,0 - 16,4)	0,000
Presente	142	30,28	69	48,59 (40,1 - 57,1)	

* Os totais podem variar em função de respostas ignoradas

A maior prevalência de queixas de insônia entre as pessoas que responderam afirmativamente para os EVPE foi de 43,4% observada entre os que relataram “rompimento de relação amorosa”. Outros fatores que apresentaram prevalências elevadas e significância estatística foram: “ter sido vítima de agressão física” com 40%, “problemas sérios de saúde” com 38%, “mudança forçada de moradia” com 37%, “falecimento de parente próximo” com 35,6% e “ter sofrido dificuldades financeiras” 30,7% (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição da população de estudo e prevalências de queixas de insônia total, segundo eventos de vida produtores de estresse, com respectivos intervalos de confiança de 95% e p-valores entre auxiliares de enfermagem de um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro. Estudo Pró-Saúde, 1999.

Variáveis	Distribuição		Queixas de Insônia Total		
	N*	%	n	% (IC 95%)	p
Problemas graves de saúde					
Não	359	74,02	67	18,66 (14,8 - 23,2)	0,000
Sim	126	25,98	48	38,10 (29,6 - 47,2)	
Internado em hospital					
Não	432	89,07	97	22,45 (18,7 - 26,7)	0,119
Sim	53	10,93	17	32,08 (19,9 - 46,3)	
Falecimento de parente próximo					
Não	426	87,84	93	21,83 (18,1 - 26,1)	0,019
Sim	59	12,16	21	35,59(23,6 - 49,1)	
Dificuldade Financeira					
Não	223	45,51	34	15,25 (10,8 - 20,6)	0,000
Sim	267	54,49	82	30,71 (25,2 - 36,6)	
Mudar de casa contra vontade					
Não	440	89,61	96	21,82 (18,1 - 26,0)	0,014
Sim	51	10,39	19	37,25 (24,1 - 51,9)	
Rompimento de relação amorosa/Divórcio					
Não	407	83,06	79	19,41 (15,7 - 23,7)	0,000
Sim	83	16,94	36	43,37 (32,5 - 54,7)	
Assalto ou roubo					
Não	422	85,77	96	22,75 (18,9 - 27,1)	0,421
Sim	70	14,23	19	27,14 (17,2 - 39,1)	
Vítima de agressão Física					
Não	467	94,92	105	22,48 (18,8 - 26,6)	0,044
Sim	25	5,08	10	40,0 (21,1 - 61,3)	

* Os totais podem variar em função de respostas ignoradas

Após análise de regressão logística e ajuste pelas variáveis situação conjugal, renda familiar *per capita* e idade, apenas ser do sexo feminino manteve associação limítrofe com queixa de insônia (Tabela 4).

Tabela 4: Razão de prevalência bruta e ajustada, segundo características sócio-demográficas e econômicas, com respectivos intervalos de confiança de 95% entre auxiliares de enfermagem de um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro. Estudo Pró-Saúde, 1999.

	RP Bruta (IC 95%)	RP Ajustada (IC 95%)
Sexo		
Masculino	1	1
Feminino	1,52 (0,97 - 2,37)	1,54 (0,96 - 2,47)*
Idade		
Até 29 anos	1	1
30-39 anos	0,93 (0,43 - 2,04)	0,91 (0,41 - 2,01)**
40-49 anos	1,58 (0,74 - 3,37)	1,60 (0,75 - 3,44)**
Mais de 50 anos	1,89 (0,85 - 4,22)	1,85 (0,81 - 4,21)**
Grau de instrução		
1º Grau compl./2º Grau incompleto	2,29 (1,30 - 2,87)	1,72 (0,94 - 3,15)***
2º Grau compl./universitário incompleto	1,66 (0,95 - 2,87)	1,43 (0,82 - 2,52)***
Universitário compl./pós-graduação	1	1
Situação conjugal		
Casado/vivendo em união estável	1,14 (0,71 - 1,83)	0,42 (0,33 - 0,53)****
Separado/Divorciado	1,90 (1,15 - 3,14)	1,30 (-)****
Viúvo	0,87 (0,28 - 2,65)	0,30 (0,11 - 0,83)****
Solteiro	1	1
Renda familiar <i>per capita</i>		
Até 3 Salários Mínimos	1,34 (0,86 - 2,08)	1,17 (0,76 - 1,80)*****
Entre 3 e 6 SM	0,80 (0,50 - 1,28)	0,73 (0,46 - 1,16)*****
Mais de 6 SM	1	1
Raça		
Preta	1,35 (0,90 - 2,04)	1,27 (0,82 - 1,96)***
Parda	1,17 (0,79 - 1,73)	1,18 (0,78 - 1,78)***
Branca	1	1

* RP Ajustada para idade, situação conjugal e renda familiar *per capita* (IC 95%).

** RP Ajustada para sexo, situação conjugal e renda familiar *per capita* (IC 95%).

*** RP Ajustada para sexo, idade, situação conjugal e renda familiar *per capita* (IC 95%).

**** RP Ajustada para sexo, idade e renda familiar *per capita* (IC 95%).

***** RP Ajustada para sexo, idade e situação conjugal (IC 95%).

Ser positivo para TMC apresentou $RP = 3,7$ (IC 95% 2,61-5,36) após ajuste por sexo, situação conjugal, renda familiar *per capita* e idade, a mesma significância estatística não foi encontrada com plantão noturno e co-habitar com crianças de até 6 anos (Tabela 5).

Tabela 5: Razão de prevalência bruta e ajustada, segundo co-habitar com crianças de até 6 anos, plantão noturno e TMC, com respectivos intervalos de confiança de 95% entre auxiliares de enfermagem de um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro. Estudo Pró-Saúde, 1999.

	RP Bruta (IC 95%)	RP Ajustada (IC 95%)*
Co-habitar com crianças de até 6 anos		
Não	1	1
Sim	0,82 (0,55 - 1,23)	0,99 (0,65 - 1,52)
Plantão noturno		
Não	1	1
Sim	0,92 (0,66 - 1,27)	1,01 (0,72 - 1,42)
Transtorno Mental Comum		
Ausente	1	1
Presente	3,97 (2,84 - 5,56)	3,74 (2,61 - 5,36)

* RP ajustada para sexo, idade, situação conjugal e renda familiar *per capita* (IC 95%).

Foram realizados dois tipos diferentes de ajustes para os eventos de vida produtores de estresse: o primeiro com as variáveis sexo, idade, situação conjugal e renda familiar *per capita*. No segundo, a RP foi ajustada também para TMC, além das variáveis sócio-demográficas e econômicas utilizadas no primeiro ajuste. Os EVPE que se apresentam associados com queixas de insônia mesmo após o ajuste pelas variáveis sócio-demográficas e econômicas são: “problemas graves de saúde” $RP = 2,1$ (IC 95% 1,52 – 2,92), “rompimento de relação amorosa” $RP = 2,03$ (IC 95% 1,45 – 2,83) e “ter passado por dificuldades financeiras graves” $RP = 1,9$ (IC 95% 1,27 – 2,74). “Mudança forçada de

moradia” RP = 1,47 (IC 95% 0,97 – 2,23) e “ser vítima de agressão física” RP = 1,60 (IC 95% 0,95 – 2,69) mostraram-se marginalmente significante. “Ter sido internado em hospital por problemas de saúde”, “falecimento de parente próximo” e “ter sido vítima de assalto ou roubo” não foram estatisticamente significante. Mesmo, após ajuste por sexo, idade, renda familiar *per capita*, situação conjugal e TMC, a associação entre os EVPE e queixas de insônia permanecem estatisticamente significante para “rompimento de relação amorosa” RP = 2,22 (IC 95% 1,58 – 3,11), “problemas graves de saúde” RP = 1,77 (IC 95% 1,28 – 2,44) e “ter passado por dificuldades financeiras graves” RP = 1,5 (IC 95% 1,06 – 2,17) (Tabela 6).

Tabela 6: Razão de prevalência bruta e ajustada, segundo eventos de vida produtores de estresse, com respectivos intervalos de confiança de 95% entre auxiliares de enfermagem de um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro. Estudo Pró-Saúde, 1999.

	RP Bruta (IC 95%)	RP Ajustada (IC 95%) *	RP Ajustada (IC 95%) **
Problemas graves de saúde			
Não	1	1	1
Sim	2,04 (1,50 – 2,78)	2,10 (1,52 – 2,92)	1,77 (1,28 – 2,44)
Internado em hospital			
Não	1	1	1
Sim	1,43 (0,93 - 2,19)	1,40 (0,91 - 2,16)	1,39 (0,90 - 2,13)
Falecimento de parente próximo			
Não	1	1	1
Sim	1,63 (1,11 - 2,40)	1,33 (0,88 - 2,02)	1,18 (0,80 - 1,73)
Dificuldade Financeira			
Não	1	1	1
Sim	2,01 (1,41 - 2,88)	2,86 (1,27 - 2,74)	1,51 (1,06 - 2,17)
Mudança forçada de moradia			
Não	1	1	1
Sim	1,71 (1,14 - 2,54)	1,47 (0,97 - 2,23)	1,21 (0,86 - 1,71)
Rompimento relação amorosa/ Divórcio			
Não	1	1	1
Sim	2,23 (1,63 - 3,06)	2,03 (1,45 - 2,83)	2,22 (1,58 - 3,11)
Assalto ou roubo			
Não	1	1	1
Sim	1,19 (0,78 - 1,82)	1,16 (0,76 - 1,78)	0,53 (0,35 - 0,78)
Vítima de agressão Física			
Não	1	1	1
Sim	1,78 (1,07 - 2,96)	1,60 (0,95 - 2,69)	1,11 (0,68 - 1,82)

* RP Ajustada para sexo, idade, situação conjugal e renda familiar *per capita* (IC 95%).

** RP Ajustada para sexo, idade, situação conjugal, renda familiar per capita e TMC (IC 95%).

DISCUSSÃO

A prevalência de queixas de insônia entre os auxiliares de enfermagem foi de 23,5%. Outro estudo com profissionais da área de enfermagem mostra uma prevalência de

29,2% para a insônia (Kageyama et al., 2001). A prevalência aqui observada é semelhante às apresentadas em estudos populacionais em outros países (Breslau et al., 1996; Kim et al., 2000; Sutton et al., 2002), assim como no Brasil (Souza et al., 2002), com valores variando entre 19,1% e 24,6%. Estudo realizado em Bambuí (MG) em uma população adulta encontrou uma prevalência de insônia de 35,4% (Rocha et al., 2002); Gigli (apud Rocha e Costa, 2000), usando uma definição de insônia, com frequência mínima de uma vez por semana encontrou uma prevalência de 50% na população geral, com idade acima de 20 anos, na cidade de São Paulo.

Em relação ao grau de instrução, estudos demonstram relação inversa entre insônia e grau de instrução (Bixler, 1979; Li et al., 2002; Sutton et al., 2002; Doi et al., 2003), resultado que em nossa amostra não se mostrou estatisticamente significativo.

Foi encontrada uma forte associação entre queixas de insônia e transtorno mental comum (TMC), mesmo após ajuste. No nosso estudo, os auxiliares de enfermagem que são positivos para TMC têm quase 4 vezes mais chance de apresentar queixas de insônia (RP=3,7), do que aqueles que não apresentam TMC. Muito provavelmente, esta associação reflete, mais do que um fator de risco, uma superposição entre a presença de TMC (de acordo com o GHQ-12) e queixas de insônia, pois estas últimas aproximam-se de um dos itens do GHQ-12. No GHQ-12 a pergunta relacionada à insônia é formulada da seguinte forma: “nas últimas 2 semanas, você tem perdido muito sono por preocupação?” (anexo II). Pesquisa realizada por Üstün et al. (1996), em 15 cidades de 14 diferentes países com pacientes de ambulatórios médicos com idade entre 15 e 65 anos, mostrou que após excluir o item relacionado ao sono do questionário, o score do GHQ-12 foi duas vezes mais alto entre os paciente com problemas de sono quando comparados com os pacientes que não apresentam problemas de sono. Resultado de estudo realizado entre cobradores e motoristas de ônibus urbanos na cidade de São Paulo (Souza & Silva, 1998) mostrou

associação entre dormir menos de 6 horas e TMC (OR = 1,69). Entre a população adulta de Hong Kong (Li et al., 2002), pesquisa utilizando o SRQ-20 também mostrou associação entre TMC e insônia (OR = 3,55).

Quanto aos eventos de vida produtores de estresse (EVPE) ocorridos nos últimos 12 meses, dos oito eventos estudados, seis mostraram associação com queixas de insônia. Após ajuste por sexo, idade, renda familiar *per capita* e situação conjugal, “rompimento de relação amorosa” foi o evento mais fortemente associado com queixas de insônia (RP=2,2); outros EVPE também se mantiveram fortemente associados com queixas de insônia, como “problemas graves de saúde” (RP = 2) e “ter passado por dificuldades financeiras graves” (RP = 2). Mesmo, após incluir os transtornos mentais comuns (TMC) como fator de ajuste, a associação entre os EVPE e queixas de insônia permanecem estatisticamente significante para “rompimento de relação amorosa” RP = 2,22 (IC 95% 1,58 – 3,11), “problemas graves de saúde” RP = 1,77 (IC 95% 1,28 – 2,44) e “ter passado por dificuldades financeiras graves” RP = 1,5 (IC 95% 1,06 – 2,17), resultado que corrobora os de Healey et al. (1981) onde os insones relatam maior número de eventos indesejáveis, particularmente relacionados a perdas ou doenças. Entre os eventos relatados, por americanos adultos, como causadores de dificuldades para dormir entre os que sofriam de insônia ocasional, o estresse no trabalho foi relatado por 28% dos indivíduos, o estresse familiar por 20% e morte na família por 12%, segundo pesquisa realizada pela National Sleep Foundation em conjunto com a Gallup Organization (Ancoli-Israel & Roth, 1999).

Semelhante ao que é encontrado na literatura (Ohayon et al., 1997; Vela-Bueno et al., 1999; Léger et al., 2000; Rocha et al., 2002; Doi et al., 2003), ser do sexo feminino está associado a queixas de insônia, mesmo após ajuste para idade, situação conjugal e renda familiar *per capita*, apesar dessa associação ser limítrofe no nosso estudo.

Idade em nosso estudo não se mostrou associada à queixas de insônia. Segundo Sutton et al. (2002), que encontrou resultados semelhantes na população canadense, a insônia não deveria ser considerada um componente do processo de envelhecimento e os estudos deveriam levar em conta a etiologia multifatorial da insônia em idosos, como, por exemplo, aposentadoria, mudança de domicílio e perda de familiares (Panda-Moreno et al., 2001), aumento da ocorrência de doenças circulatórias, digestivas e respiratórias (Ohayon e Zulley, 2001), mudanças no ritmo circadiano (Roth & Roehrs, 2003), alergias, enxaquecas, transtornos reumáticos (Ohayon e Zulley, 2001), etc.

Raça, em nosso estudo, não está associada com queixas de insônia, resultado que é semelhante ao achado por Rocha et al. (2002) em Bambuí, onde a análise univariada não demonstrou associação estatisticamente significativa, entre insônia e raça, quando comparados os brancos com mulatos/morenos (OR bruto = 1,0) e negros (OR bruto = 1,4). Em nosso grupo de auxiliares de enfermagem a variável renda familiar *per capita* também não se mostrou associada à insônia, resultado que também é semelhante ao de Bambuí (Rocha et al., 2002). Entre aos canadenses somente a faixa de renda mais baixa mostrou-se associada à insônia (Sutton et al., 2002).

Realizar plantão noturno não se mostrou associado com a queixa de insônia, resultado que se assemelham aos de Portela et al. (2004) também conduzido entre profissionais de enfermagem, em que não houve associação entre fazer plantão e dificuldade de pegar no sono e dificuldade de continuar a dormir após interrupção do sono. Uma das possíveis explicações para os nossos resultados, também aventada por Sutton et al. (2002), está relacionada ao efeito do trabalhador saudável (v. item Limitações metodológicas), segundo o qual os profissionais que enfrentam mais dificuldades em relação ao sono poderiam ter abandonado voluntariamente o trabalho noturno. Além disso, Sutton et al. (2002) também sugerem a possibilidade de que as pessoas que trabalham à

noite aceitem a insônia como uma consequência natural do esquema de trabalho, o que resultaria em uma subestimativa do efeito e, conseqüentemente, a uma falta de associação entre o trabalho noturno e a queixa de insônia. Uma outra explicação para os resultados pode estar relacionada à formulação das perguntas sobre o sono (Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, com que frequência você teve dificuldade para pegar no sono?” e “Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, com que frequência você acordou durante o sono e teve dificuldade para dormir de novo?”), que foram elaboradas para avaliar queixas de insônia em população geral. Como as pessoas que fazem plantão noturno dormem ora de dia, ora de noite, as perguntas utilizadas no presente estudo podem não ser adequadas para este grupo, por não esclarecer a que período (diurno ou noturno) se referem. Deve-se mencionar, neste contexto, que nossos resultados divergem dos obtidos por Menezes (1996), que também estudou profissionais de enfermagem no Brasil. A autora observou maior prevalência da queixa sobre dormir mal entre as que trabalhavam à noite, quando comparadas às que trabalhavam de dia. A análise conjunta dos diversos estudos sugere que algumas especificidades deste grupo de trabalhadores (número de noites de trabalho, número de empregos, entre outras) sejam levadas em conta quando da elaboração de pesquisas relacionadas ao sono, com base em sintomas referidos.

Co-habitar com crianças até 6 anos não se mostrou associado a queixas de insônia em nosso estudo, o que corrobora os resultados observados na literatura. No estudo de Kageyama et al. (2001) entre enfermeiras japonesas os autores obtiveram os mesmos resultados ao avaliar a insônia entre as que tinham filhos menores e maiores 6 anos; Akerstedt et al. (2002), em uma amostra de trabalhadores de 40 companhias suecas, observaram que possuir filhos menores de 7 anos apresentou um OR bruto = 0,83.

Limitações Metodológicas

Algumas limitações no presente estudo devem ser levadas em consideração:

Tendo em vista o desenho de estudo utilizado, um estudo transversal, não podemos descartar a possibilidade de causalidade reversa entre queixas de insônia e transtornos mentais comuns (TMC).

Não é esperado, para os itens dos EVPE, a possibilidade de causalidade reversa, somente em relação a problemas sérios de saúde, queixas de insônia poderiam levar a problemas sérios de saúde. Entretanto, o fato de o período de referência dos EVPE ser os 12 meses anteriores ao preenchimento do questionário e a avaliação de queixas de insônia se referir às 2 semanas anteriores, minimiza esta possibilidade. Apenas uma pequena parcela destes eventos poderá ter ocorrido durante o período avaliado pelas perguntas sobre queixas de insônia.

A nossa amostra de estudo diferencia-se da população geral por ser constituída pelos funcionários de uma universidade pública, ou seja, uma população de trabalhadores com estabilidade no emprego, representando assim uma parcela da população que possui um patamar sócio-econômico mais elevado. Sabemos que as populações desempregadas, com nível sócio-econômico mais baixo ou instabilidade no emprego estão mais sujeitas a eventos de vida estressantes ou transtornos mentais comuns e também a uma maior ocorrência de queixas de insônia.

Em estudos epidemiológicos realizados em populações empregadas deve ser avaliada a possibilidade de ocorrência do viés do trabalhador saudável. Como comentam Santana e Cordeiro (2003), este é um viés inevitável nos estudos de saúde ocupacional, já que em qualquer ambiente de trabalho ocorre uma seleção dos trabalhadores em função de fatores do próprio trabalho. Uma forma de minimizar esse tipo de viés na nossa população foi realizar uma busca ativa de todos os funcionários que estivessem em licença médica.

Essas pessoas foram contactadas por telefone e muitos compareceram a universidade para o preenchimento do questionário, e foram realizadas visitas domiciliares para a maioria dos funcionários que estivessem incapacitados de se locomover.

A pesquisa realizada entre os funcionários não foi elaborada especificamente para atender aos objetivos do presente estudo e, desta forma, critérios necessários para o diagnóstico de insônia, como por exemplo, frequência das queixas de insônia, período mínimo de 1 mês, etc., não foram contemplados.

A não utilização das respostas “às vezes” nas perguntas sobre queixas de insônia, para criar as categorias no nosso estudo, deve-se à tentativa de diminuir possíveis erros de classificação diferencial, que poderiam ocorrer tanto se a resposta “às vezes” fosse incluída na categoria que representa a presença ou como se fosse incluída na que representa a ausência de queixas de insônia, o que não nos permitiria saber a direção do efeito. Por outro lado, a retirada destas respostas pode ter “forçado” as diferenças entre os grupos, maximizando, portanto, os efeitos encontrados. Entretanto, este tipo de erro apresenta menos problemas, já que permite entender a direção do viés, o que não ocorreria caso esta categoria fosse incluída entre os casos ou entre os não casos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÅKERSTEDT, T.; KNUTSSON, A.; WESTERHOLM, P.; THEORELL, T.; ALFREDSSON, L. & KECKLUND, G., 2002. Sleep disturbances, work stress and work hours. A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53:741-748.

ANCOLI-ISRAEL, S. I. & ROTH, T., 1999. Characteristics of insomnia in the United States: Result of the 1991 National Sleep Foundation Survey I. *Sleep*, 22(2):347-353.

- ARAYA, R.; WYNN, R. & LEWIS, G., 1992. Comparison of two self-administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27:168-173.
- BILLIARD, M. & BENTLEY, A., 2004. Is insomnia best categorized as a symptom or a disease? *Sleep Medicine*, 5(Suppl. 1):S35-S40.
- BIXLER, E. O.; KALES, A.; SOLDATOS, C. R.; KALES, J. D. & HEALEY, S., 1979. Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles Metropolitan Area. *American Journal of Psychiatry*, 136(10): 1257-1262.
- BRESLAU, N.; ROTH, T.; ROSENTHAL, L. & ANDRESKI, P., 1996. Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. 1996. *Biological psychiatry*, 39:411-418.
- DÓI, Y.; MINOWA, M. & TANGO, T., 2003. Impact and correlates of poor sleep quality in Japanese white-collar employees. *Sleep*, 26(4):467-471.
- FAERSTEIN, E.; LOPES, C. S.; VALENTE, K.; PLÁ, M. A. S. & FERREIRA, M. B., 1999. Pré-testes e um questionário multidimensional autopreenchível: A experiência do Estudo Pró-Saúde UERJ. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 9(2):117-130.
- GOLDBERG, D. P. & WILLIAMS, P., 1998. *The User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: Nfer-Nelson.
- GOLDBERG, E. L. & BLACKWELL, B., 1970. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, 1:439-442.
- GOLDBERG, E. L. & BLACKWELL, B., 1972. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley monograph 21. London: Oxford University Press.

- HEALEY, E. S.; KALES, A.; MONROE, L. J.; BIXLER, E. O.; CHAMBERLIN, K. & SOLDATOS, C. T., 1981. Onset of insomnia: role of life-stress events. *Psychosomatic Medicine*, Oct; 43(5):439-451.
- HOSMER, D. W. & LEMESHOW, S., 1989. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons.
- KAGEYAMA, T.; NISHIKIDO, N.; KOBAYASHI, T.; OGA, J. & KAWASHIMA, M., 2001. Cross-sectional survey on risk factors for insomnia in Japanese female hospital nurses working rapidly rotating shift systems. *Journal of Human Ergology*, 30:149-154.
- KIM, K.; UCHIYAMA, M.; OKAWA, M.; LIU, X. & OGIHARA, R., 2000. Na epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep*, 23(1):1-7.
- LÉGER, D.; GUILLEMINAULT, C.; BADER, G.; LÉVY, E. & PAILLARD, M., 2002. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep*, 25(6); 621-625.
- LÉGER, D.; GUILLEMINAULT, C.; DREYFUS, J. P.; DELAHAYE, C. & PAILLARD, M., 2000. Prevalence of insomnia in a survey of 12778 adults in France. *Journal of Sleep Research*, 9:35-42.
- LI, R. H. Y.; HO, S. C.; FONG, S. Y. Y., 2002. Gender differences in insomnia – a study in the Hong Kong Chinese population. *Journal of Psychosomatic Research*, 53:601-609.
- LOPES, C. S. & FAERSTEIN, E., 2001. Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário autopreenchido: Estudo Pró-Saúde. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3):126-33.
- LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. & CHOR, D., 2003. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(x):109-118.

MARI, J. J. & WILLIAMS, P., 1985. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, 15:651-659.

MENEZES, G. M. S., 1996. Trabalho noturno e saúde: um estudo com profissionais de enfermagem de um hospital público em Salvador, Bahia. Dissertação de Mestrado, Salvador. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

NCSDR (NATIONAL CENTER ON SLEEP DISORDERS RESEARCH). 2003. National sleep disorders research plan. US Department of health and human services national institute of health. National heart, lung, and blood institute.

http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/sleep/res_plan/index.html

OHAYON, M. M. & ZULLEY, J., 2001. Correlates of global sleep dissatisfaction in the German population. *Sleep*, 24(7):780-787.

OHAYON, M. M., 2002. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine*, 6(2):97-111.

OHAYON, M. M.; CAULET, M.; PRIEST, R. G. & GUILLEMINAULT, C., 1997. DSM-IV and ICSD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction. *The British Journal of Psychiatry*, 171(10):382-388.

OHAYON, M. M.; LEMOINE, P.; ARNAUD-BRIANT, V. & DREYFUS, M., 2002. Prevalence and consequences of sleep disorders in a shift worker population. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(1):577-583.

PANDA-MORENO, M.; BELTRÁN, C. A.; ALDRETE, M. E. A.; ROAL, P. L. M. & ESTRADA, J. G. S., 2001. Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1):63-69.

- PORTELA, L.F., ROTENBERG, L., WAISSMANN, W., 2004. Self-reported health and sleep complaints among nursing personnel working 12-h night and day-shifts. *Chronobiology International*, 21(6): 859-870.
- ROCHA, F. L. & COSTA, M. F. F. L., 2000. Epidemiologia e impacto dos distúrbios do sono. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 5:167-180.
- ROCHA, F. L.; GUERRA, H. L. & COSTA, M. F. F. L., 2002. Prevalence of insomnia and associated socio-demographic factors in a Brazilian community: the Bambuí study. *Sleep Medicine*, 3: 121-126.
- ROTH T. & ROEHRS T., 2003. Insomnia: Epidemiology, characteristics, and consequences. *Clinical Cornerstone*, 3(3):5-15.
- ROTH, T.; ROEHRS, T.; SILVA, J. A. C. & CHASE, M. H., 1999. Public health and insomnia: Consensus statement regarding its status and needs for future actions. *Sleep*, 22(suppl 3): S417-S420.
- SANTANA, V. & CORDEIRO, R., 2003. Detecção de agravos à saúde relacionados com o trabalho, em estudos epidemiológicos. In: *Patologia do Trabalho* (R. Mendes, org), pp. 299-229, São Paulo: Editora Atheneu.
- SCHUBERT, C. R.; CRUICKSHANKS, K. J.; DALTON, D. S.; KLEIN, B. E. K.; KLEIN, R. & NONDAHL, D. M., 2002. Prevalence of sleep problem and quality of life in an older population. *Sleep*, 25(8): 48-52.
- SOUZA, J. C.; MAGNA, L. A. & REIMÃO, R., 2002. Insomnia and hypnotic use in Campo Grande general population, Brazil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 60(3-B):702-707.
- SOUZA, M. F. M. & SILVA, G. R., 1998. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 32 (1):50-58.

- STANFELD, S. A. & MARMOT, M. G., 1992. Social class and minor psychiatric morbidity. A validated screening survey using the General Health Questionnaire in British civil servants. *Psychological Medicine*, 22:739-749.
- STANFELD, S. A.; RAEL, E. G.; SHIPLEY, M. & MARMOT, M., 1997. Social support and psychiatric sickness absence: A prospective study of British civil servants. *Psychological Medicine*, 27:35-48.
- SUTTON, D. A.; MOLDOFSKY, H. & BADLEY, E. M., 2002. Insomnia and health problems in Canadians. *Sleep*, 24(6): 665-670.
- VELA-BUENO, A.; ICETA, M. & FERNÁNDEZ, C., 1999. Prevalencia de los trastornos del sueño en la ciudad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 13(6):441-448.
- WALSH, J. & ÜSTÜN, T. B., 1999. Prevalence and health consequences of insomnia. *Sleep*, 22(supl 3): 427-436.
- WEICH, S. & LEWIS, G., 1998. Poverty, unemployment, and common mental disorders: Population based cohort study. *British Medical Journal*, 317: 115-119.

Conclusões

6. CONCLUSÕES

A identificação dos principais fatores associados a uma maior prevalência de transtornos do sono, poderá oferecer subsídios a uma política trabalhista que leve em consideração a prevenção de tais transtornos.

A importância de se identificar tais transtornos, principalmente entre profissionais de enfermagem, se deve ao fato dessa categoria ter, durante o seu horário de trabalho, a responsabilidade por vidas humanas e em um ambiente onde um acidente de pequeno porte pode por em risco a vida das pessoas sob seus cuidados.

Nossos resultados alertam para a forte associação entre queixas de insônia e transtorno mental comum e eventos de vida produtores de estresse (principalmente ter passado por dificuldades financeiras graves, problemas graves de saúde, mudança forçada de moradia e rompimento de relação amorosa). Estes fatores que podem contribuir para o aparecimento da insônia primária, geralmente não são levados em consideração quando o paciente procura por ajuda médica. Os tratamentos medicamentosos atuam no sintoma (insônia) sem, contudo, atuar na causa do problema, que persistindo ao longo do tempo, poderá tornar a insônia crônica.

São necessárias, portanto, políticas públicas de saúde direcionadas a esse grupo sob risco e atuem na sua prevenção.

Referências bibliográficas

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÅKERSTEDT, T., 1996. Wide awake at odd hours: shift work, time zones and burning the midnight oil. Stockholm: Swedish Council for Work Life Research.
- ÅKERSTEDT, T.; FREDLUND, P.; GILLBERG, M. & JANSSON, B., 2002. Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 53:585-588.
- ANCOLI-ISRAEL, S. I. & ROTH, T., 1999. Characteristics of insomnia in the United States: Result of the 1991 National Sleep Foundation Survey I. *Sleep*, 22(2):347-353.
- APA (American Psychiatric Association), 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: fourth edition* (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association.
- ARAYA, R.; WYNN, R. & LEWIS, G., 1992. Comparison of two self-administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27:168-173
- ASDA (American Sleep Disorders Association), 1990. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual* (ICSD). Diagnostic Classification Steering Committee, Thorpy Mj, Chairman. Rochester, MN:
- ASDA (American Sleep Disorders Association), 1997. *International Classification of Sleep Disorders, Revised. Diagnostic and Coding Manual*. Rochester, Minnesota.
- ASDC (Association of Sleep Disorders Centers). 1979. Diagnostic classification of sleep and arousal disorders. *Sleep*, 2:5-122.
- BILLIARD, M. & BENTLEY, A., 2004. Is insomnia best categorized as a symptom or a disease? *Sleep Medicine*, 5 Suppl. 1:S35-S40.

- BIXLER, E. O.; KALES, A.; SOLDATOS, C. R.; KALES, J. D. & HEALEY, S., 1979. Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles Metropolitan Area. *American Journal of Psychiatry*, 136(10):1257-1262.
- BIXLER, E. O.; VGONTZAS, A. N.; LIN, H. M.; VELA-BUENO, A. & KALES, A., 2002. Insomnia in Central Pennsylvania. *Journal of Psychosomatic Research*. 53:589-592.
- BRESLAU, N.; ROTH, T.; ROSENTHAL, L. & ANDRESKI, P., 1996. Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. 1996. *Biological psychiatry*, 39:411-418
- CHOR, D.; GRIPE, R. H.; LOPES, C. S. & FAERSTEIN, E., 2001. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4):887-896
- COSTA, G., 1996. Effects on health and well-being. In: *Shiftwork – Problems and Solutions* (WP Coulquoun, G Costa, S Folkard & P Knauth, org), pp 113-139, Frankfurt: Peter Lang.
- DIRKX, J., 1991. Recent research on night work for women: a review. In: *Ergonomics, Health and Safety: Perspectives for the nineties*. (Singleton WR, Dirkx J (eds)) p. 59-75, Leuven Univ. Press, Leuven.
- FAERSTEIN, E.; LOPES, C. S.; VALENTE, K.; PLÁ; M. A. S. & FERREIRA, M. B., 1999. Pré-testes e um questionário multidimensional autopreenchível: A experiência do Estudo Pró-Saúde UERJ. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 9(2):117-130.
- FISHER, F.M.; TEIXEIRA, L. R.; BORGES, F. N. S.; GONÇALVES, M. B. L.; FERREIRA, R. M., 2002. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área da enfermagem. *Cadernos de Saúde Pública*; 18(5): 1261-1269.
- FOLEY, D. J.; MONJAN, A. A.; IZMIRLIAN, G.; HAYS, J. C. & BLAZER, D. G., 1999. Incidence and remission of insomnia among elderly adults in a biracial cohort. *Sleep*, 22, suppl. 2:S373-S378

- GOLD, D. R.; ROGACZ, S.; BOCK, N.; TOSTESON, T. D.; BAUM, T. M.; SPEIZER, F. E. & CZEISLER, C. A., 1992. Rotating shift work, sleep and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *American Journal of Public Health*, 82(7):1011-1014.
- GOLDBERG, D. P. & WILLIAMS, P., 1998. *The User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: Nfer-Nelson.
- GOLDBERG, E. L. & BLACKWELL, B., 1970. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, 1:439-442.
- GOLDBERG, E. L. & BLACKWELL, B., 1972. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley monograph 21. London: Oxford University Press.
- HOSMER, D. W. & LEMESHOW, S., 1989. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons.
- JANSON, C.; LINDBERG, E.; GISLASON, T.; ELMASRY, A. & BOMAN, G., 2001. Insomnia in men – a 10 year prospective population based study. *Sleep*, 24(4):425-430.
- KAGEYAMA, T.; NISHIKIDO, N.; KOBAYASHI, T.; OGA, J. & KAWASHIMA, M., 2001. Cross-sectional survey on risk factors for insomnia in Japanese female hospital nurses working rapidly rotating shift systems. *Journal of Human Ergology*, 30:149-154.
- KIM, K.; UCHIYAMA, M.; OKAWA, M.; LIU, X. & OGIHARA, R., 2000. Na epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep*, 23(1):1-7.
- LAMBERG, L., 2003. Illness not age itself most often the trigger of sleep problems in older adults. *Journal of the American Medical Association*, 290(3):319-323.
- LÉGER, D.; GUILLEMINAULT, C.; BADER, G.; LÉVY, E. & PAILLARD, M., 2002. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep*, 25(6):621-625.

- LÉGER, D.; GUILLEMINAULT, C.; DREYFUS, J. P.; DELAHAYE, C. & PAILLARD, M., 2000. Prevalence of insomnia in a survey of 12778 adults in France. *Journal of Sleep Research*, 9:35-42.
- LI, R. H. Y.; HO, S. C.; FONG, S. Y. Y., 2002. Gender differences in insomnia – a study in the Hong Kong Chinese population. *Journal of Psychosomatic Research*, 53:601-609.
- LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. & CHOR, D., 2003. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(x):109-118.
- MARI, J. J. & WILLIAMS, P., 1985. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, 15:651-659.
- MENEZES, G. M. S., 1996. Trabalho noturno e saúde: um estudo com profissionais de enfermagem de um hospital público em Salvador, Bahia. Dissertação de Mestrado, Salvador. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- MENNA-BARRETO, L., 2003. Cronobiologia Humana. In: *Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas* (Fisher FM, Moreno CRC & Rotenberg L), 33-41, São Paulo: Editora Atheneu.
- MONTI, J. M., 2000. Insônia primária: diagnóstico diferencial e tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1):31-34
- MORENO, C. R. C. & LOUZADA, F. M., 2004. What happens to the body when one works at night? *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6):1739-1745.
- NACHREINER, F., 1998. Individual and social determinants of shiftwork tolerance. *Scandinavian Journal of Work Environmental Health*, 24 (suppl 3):35-42.

NCSDR (NATIONAL CENTER ON SLEEP DISORDERS RESEARCH). 2003. *National sleep disorders research plan*. US Department of health and human services national institute of health. National heart, lung, and blood institute.

http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/sleep/res_plan/index.html

OHAYON, M. M. & HONG, S. C., 2002. Prevalence of insomnia and associated factors in South Korea. *Journal of Psychosomatic Research*, 53:593-600.

OHAYON, M. M. & PARTINEN, M., 2002. Insomnia and global sleep dissatisfaction in Finland. *Journal of Sleep Research*, 11:339-346.

OHAYON, M. M. & ROTH, T., 2001. What are the contributing factors for insomnia in the general population? *Journal of Psychosomatic Research*, 51:745-755.

OHAYON, M. M. & SHAPIRO, C. M., 2002. Tenses of insomnia epidemiology. *Journal of Psychosomatic Research*, 53:525-527.

OHAYON, M. M. & ZULLEY, J., 2001. Correlates of global sleep dissatisfaction in the German population. *Sleep*, 24(7):780-787.

OHAYON, M. M., 1997. Prevalence of DSM-IX diagnostic criteria of insomnia: distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *Journal of Psychiatry Research*, 31(3):333-346.

OHAYON, M. M., 2002. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine*, 6(2):97-111.

OHAYON, M. M.; CAULET, M.; PRIEST, R. G. & GUILLEMINAULT, C., 1997. DSM-IX and ICSD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction. *The British Journal of Psychiatry*, 171(10):382-388.

OHAYON, M. M.; LEMOINE, P.; ARNAUD-BRIANT, V. & DREYFUS, M., 2002. Prevalence and consequences of sleep disorders in a shift worker population. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(1):577-583.

- OMS (Organização mundial da Saúde), 1997. *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-X: referência rápida*. (Vol 1). Porto Alegre: Artes Médicas.
- PALLENSEN, S.; NORDHUS, I. H.; NIELSEN, H.; HAVIK, O. E; KVALE, G.; JOHNSEN, B. H. & SKJOTSKIFT, S., 2001. Prevalence of insomnia in the adult Norwegian population. *Sleep*, 24(7):771-779.
- PANDA-MORENO, M.; BELTRÁN, C. A.; ALDRETE, M. E. A.; ROAL, P. L. M. & ESTRADA, J. G. S., 2001. Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. *Caderno de Saúde Pública*, 17(1):63-69.
- PARKES, K. R., 2002. Age, smoking and negative affectivity as predictors of sleep patterns among shiftworkers in two environments. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(2):156-173
- ROCHA, F. L. & COSTA, M. F. F. L., 2000. Epidemiologia e impacto dos distúrbios do sono. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 5:167-180.
- ROCHA, F. L.; GUERRA, H. L. & COSTA, M. F. F. L., 2002. Prevalence of insomnia and associated socio-demographic factors in a Brazilian community: the Bambuí study. *Sleep Medicine*, 3:121-126.
- ROCHA, F. L.; GUERRA, H. L. & COSTA, M. F. F. L., 2000. Padrões de sono e prevalência de insônia na comunidade: resultados do inquérito de saúde de Bambuí. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 7:229-238.
- ROTENBERG, L., PORTELA, L. F.; MARCONDES, W. B.; MORENO, C. & NASCIMENTO, C. P., 2001. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(3):639-649.
- ROTENBERG, L.; MORENO, C.; PORTELA, L. F.; BENEDITO-SILVA A. A. & MENNA-BARRETO, L., 2000. The amount of diurnal sleep, and complaints of fatigue and poor sleep, in night-

working women: The effects of having children. *Biological Rhythm Research*, 31(4):515-522.

ROTH T. & ROEHRS T., 2003. Insomnia: Epidemiology, characteristics, and consequences. *Clinical Cornerstone*, 3(3):5-15.

ROTH, T.; ROEHRS, T.; SILVA, J. A. C. & CHASE, M. H., 1999. Public health and insomnia: Consensus statement regarding its status and needs for future actions. *Sleep*, 22 (suppl 3): S417-S420

RUTENFRANZ, J.; KNAUTH, P. & FISCHER, F. M., 1989. *Trabalho e turno e noturno*. São Paulo, Hucitec.

SALLINEN, M.; HÄRMÄ, M.; NUTANEN, P.; RANTA, R.; VIRKKALA, J. & MÜLLER, K., 2003. Sleep-wake rhythm in an irregular shift system. *Journal of Sleep Research*, 12:103-112.

SCHUBERT, C. R.; CRUICKSHANKS, K. J.; DALTON, D. S.; KLEIN, B. E. K.; KLEIN, R. & NONDAHL, D. M., 2002. Prevalence of sleep problem and quality of life in an older population. *Sleep*, 25(8):48-52.

SOUZA, J. C.; MAGNA, L. A. & REIMÃO, R., 2002. Insomnia and hypnotic use in Campo Grande general population, Brazil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 60(3-B):702-707.

SOUZA, M. F. M. & SILVA, G. R., 1998. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 32 (1):50-58.

STANFELD, S. A. & MARMOT, M. G., 1992. Social class and minor psychiatric morbidity. A validated screening survey using the General Health Questionnaire in British civil servants. *Psychological Medicine*, 22:739-749.

STANFELD, S. A.; RAEL, E. G. & SHIPLEY, M., 1997. Social support and psychiatric sickness absence: A prospective study of British civil servants. *Psychological Medicine*, 27:35-48.

SUTTON, D. A.; MOLDOFSKY, H. & BADLEY, E. M., 2002. Insomnia and health problems in Canadians. *Sleep*, 24(6):665-670

- VELA-BUENO, A.; ICETA, M. & FERNÁNDEZ, C., 1999. Prevalencia de los trastornos del sueño en la ciudad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 13(6):441-448.
- WALL, R. I.; BOLDEN, C. S.; BORRI, A. J., 1997. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. *Journal of Psychiatry*, 171:519-523.
- WALSH, J. & ÜSTÜN, T. B., 1999. Prevalence and health consequences of insomnia. *Sleep*, 22(supl 3):427-436.
- WEICH, S. & LEWIS, G., 1998. Poverty, unemployment, and common mental disorders: Population based cohort study. *British Medical Journal*, 317:115-119.
- YANIV, G., 2004. Insomnia, biological clock, and the bedtime decision: an economic perspective. *Health Economics*, 13:1-8.

Anexos

ANEXOS

Anexo I

A13. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, com que frequência você teve dificuldade para pegar no sono?

- 1 Sempre
- 2 Quase sempre
- 3 Às vezes
- 4 Raramente
- 5 Nunca

A14. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, com que frequência você acordou durante o sono e teve dificuldade para dormir de novo?

- 1 Sempre
- 2 Quase sempre
- 3 Às vezes
- 4 Raramente
- 5 Nunca

AnexoII

A16. Agora, nós gostaríamos de saber como você tem passado, nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, em relação aos aspectos abaixo relacionados. Aqui, queremos saber somente sobre problemas mais recentes, e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado.

Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você tem...

Perdido muito sono por preocupação?

1 De jeito nenhum	2 Não mais do que de costume	3 Um pouco mais que de costume	4 Muito mais que de costume
-------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

Se sentido constantemente nervoso(a) e tenso(a)?

1 De jeito nenhum	2 Não mais do que de costume	3 Um pouco mais que de costume	4 Muito mais que de costume
-------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

Sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?

1 Mais que de costume	2 O mesmo de sempre	3 Menos que de costume	4 Muito menos que de costume
-----------------------	---------------------	------------------------	------------------------------

Sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?

1 Mais que de costume	2 O mesmo de sempre	3 Menos útil que de costume	4 Muito menos útil que de costume
-----------------------	---------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Sido capaz de enfrentar seus problemas?

1 Mais que de costume	2 O mesmo de sempre	3 Menos capaz que de costume	4 Muito menos capaz que de costume
-----------------------	---------------------	------------------------------	------------------------------------

Se sentido capaz de tomar decisões?

1 Mais que de costume	2 O mesmo de sempre	3 Menos capaz que de costume	4 Muito menos capaz que de costume
-----------------------	---------------------	------------------------------	------------------------------------

Sentido que está difícil de superar suas dificuldades?

1 De jeito nenhum	2 Não mais do que de costume	3 Um pouco mais que de costume	4 Muito mais que de costume
-------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

Se sentido feliz de um modo geral?

1 Mais que de costume	2 O mesmo de sempre	3 Menos que de costume	4 Muito menos que de costume
-----------------------	---------------------	------------------------	------------------------------

Tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?

1 Mais que de costume	2 O mesmo de sempre	3 Menos que de costume	4 Muito menos que de costume
-----------------------	---------------------	------------------------	------------------------------

Se sentido triste e deprimido(a)?

1 De jeito nenhum	2 Não mais do que de costume	3 Um pouco mais que de costume	4 Muito mais que de costume
-------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

Perdido a confiança em você mesmo?

1 De jeito nenhum	2 Não mais do que de costume	3 Um pouco mais que de costume	4 Muito mais que de costume
-------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

Se achado uma pessoa sem valor?

1	De jeito nenhum	2	Não mais do que de costume	3	Um pouco mais que de costume	4	Muito mais que de costume
---	-----------------	---	----------------------------	---	------------------------------	---	---------------------------

Anexo III

As próximas perguntas referem-se a alguns acontecimentos ou situações desagradáveis que podem ter ocorrido com você nos últimos 12 meses.

D 25. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você teve algum problema de saúde que o(a) impediu de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer) por mais de um mês?

- 1 Sim _____
- 2 Não

Se SIM, qual foi esse problema de saúde?

D 26. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você esteve internado em hospital por uma noite, ou mais, em razão de doença ou acidente?

- 1 Sim _____
- 2 Sim, mais de uma vez _____
- 3 Não

Se SIM, qual(is) o(s) motivo(os) dessa(s) internação(coes)?

D 27. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, faleceu algum parente próximo seu (pai, mãe, cônjuge, companheiro(a), filho ou irmão)?

- 1 Sim
- 2 Não

D 28. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você enfrentou dificuldades financeiras mais severas do que as habituais?

- 1 Sim
- 2 Não

D 29. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi forçado a mudar de casa contra sua vontade (por exemplo, por aumento de aluguel)?

- 1 Sim
- 2 Não

D 30. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você passou por algum rompimento de relação amorosa, incluindo divórcio ou separação?

- 1 Sim
- 2 Não

D 31. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi assaltado ou roubado, isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?

- 1 Sim
- 2 Sim, mais de uma vez
- 3 Não

D32. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi vítima de alguma agressão física?

- 1 Sim
- 2 Sim, mais de uma vez
- 3 Não

Anexo IV

E19. Atualmente, você é...

- 1 Casado(a) ou vive em união
- 2 Separado(a), ou divorciado(a)
- 3 Viúvo(a)
- 4 Solteiro(a) (Nunca casou ou viveu em união)

E33. No mês passado, qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

- 1 Até 500 reais
- 2 Entre 501 e 1000 reais
- 3 Entre 1001 e 1500 reais
- 4 Entre 1501 e 2000 reais
- 5 Entre 2001 e 2500 reais
- 6 Entre 2501 e 3000 reais
- 7 Entre 3001 e 4000 reais
- 8 Entre 4001 e 5000 reais
- 9 Mais de 5000 reais

E34. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário.

_____ pessoas

Anexo V

E35. Qual é o seu grau de instrução?

- 1 1º grau incompleto
- 2 1º grau completo
- 3 2º grau incompleto
- 4 2º grau completo
- 5 Universitário incompleto
- 6 Universitário completo
- 7 Pós-graduação

E39. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?

- 1 Preta
- 2 Parda
- 3 Branca
- 4 Amarela
- 5 Indígena

E40. Qual é o seu sexo?

- 1 Masculino
- 2 Feminino

E41. Qual é a sua data de nascimento?

____/____/____
dia mês ano

Anexo VI

E15. Atualmente, você trabalha em algum plantão noturno ou de 24 horas, no HUPE, Campus da UERJ, ou fora da UERJ?

- 1 Sim
- 2 Não

Se SIM, com que frequência?

- 1 Menos frequentemente que 1 vez por mês
- 2 1 a 3 vezes por mês
- 3 1 vez por semana
- 4 2 a 3 vezes por semana
- 5 4 ou mais vezes por semana

E26. Em relação a todos os outros adultos e crianças que moram em sua casa, informe o parentesco ou relação que cada uma tem com você e a idade dessas pessoas.

Nº	Parentesco/relação com você	idade
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)