



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
TESE DE DOUTORADO

**PROBLEMAS DO SONO EM ADULTOS ASSISTIDOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FEIRA DE SANTANA -
BAHIA**

NÚBIA SAMARA CARIBÉ DE ARAGÃO

FEIRA DE SANTANA, BA

2022

NÚBIA SAMARA CARIBÉ DE ARAGÃO

**PROBLEMAS DO SONO EM ADULTOS ASSISTIDOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FEIRA DE SANTANA -
BAHIA**

Tese apresentada como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Linha de Pesquisa: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Orientador: Prof^o. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica de Andrade Nascimento.

FEIRA DE SANTANA, BA

2022

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

A672

Aragão, Núbia Samara Caribé de

Problemas do sono em adultos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana - Bahia / Núbia Samara Caribé de Aragão. – 2022.

143 f.: il.

Orientador: Carlito Lopes Nascimento Sobrinho.

Coorientadora: Mônica de Andrade Nascimento.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Pós-graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2022.

1. Transtorno do sono – adultos. 2. Estratégia Saúde da Família – Feira de Santana, Bahia. 3. Transtorno do Ciclo Sono-Vigília. 4. Estudos transversais. 5. Epidemiologia. I. Título. II. Nascimento Sobrinho, Carlito Lopes, orient. III. Nascimento, Mônica de Andrade, coorient.

CDU 616.8-009.836(814.22)

NÚBIA SAMARA CARIBÉ DE ARAGÃO

**PROBLEMAS DO SONO EM ADULTOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM FEIRA DE SANTANA - BAHIA**

Defesa em: 03 de junho de 2022

BANCA EXAMINADORA



Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
Doutor em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia



Dra. Adriana Alves Nery
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo



Dra. Márcia Oliveira Staffa Tironi
Doutora em Medicina e Saúde Humana pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública
Fundação Baiana para o Progresso da Ciência

Dra. Cláudia Cerqueira Graça Carneiro
Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia



Dr. Éder Pereira Rodrigues
Doutor em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas pela Universidade Federal da Bahia

Feira de Santana, 03 de junho de 2022.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela dádiva da vida, por estar presente em todos os meus dias e por ter enviado pessoas especiais, sem as quais, certamente não teria forças para alcançar este objetivo.

Às minhas mães, Linda Cristina e Lecy Caribé (*in memoriam*) por sempre acreditar em minha capacidade, me achar uma filha e neta maravilhosa e afirmar que sou a melhor em tudo, mesmo não sendo! Isso me fez ir além do que poderia imaginar. Obrigada pelo amor incondicional.

À minha filha, Lavínia, por ser o primeiro grande amor que escolhi para minha vida e que permanecerá até o fim. Por acreditar em mim, sempre dizer que posso mais, mesmo quando eu mesma já não acreditava. Pelo apoio e maturidade nos momentos mais difíceis. Minha companheira, obrigada por seu amor e confiança.

Aos meus irmãos, Jerônimo Maks, Leila Cristina, Hebert Franklin e Hércules Alexandre, meu Nando (*in memoriam*), meu agradecimento especial. Pelo cuidado, amor e confiança.

Aos meus melhores amigos, da infância para o resto da vida, Edmilson Souza, Franco Lima e Rita Daltro, amores eternos. Sou grata pelo amor incondicional de vocês por mim, por quererem o meu bem e me valorizarem tanto como ser humano. Não tenho palavras para descrever todas as suas qualidades e o quanto amo vocês. Obrigada por estarem ao meu lado, mesmo à distância e por acreditarem tanto em mim. Não teria espaço para descrever como amo vocês e saber que estão comigo sempre que precisar, mesmo distantes fisicamente, torna a minha caminhada mais leve. Vocês permanecerão aqui para sempre. Obrigada pela amizade sincera, carinho e amor dedicado.

Às minhas amigas, Isabel Nery, Telma Sampaio, Celeide Santos, Selma Lima, Tatiana Souza, Laura Ainsworth, Thatiane Tapioca, Sarah Conceição e Aline Padilha e aos meus amigos David Klein, Aristeu Vieira e Nelito Borges, presentes de Deus. Obrigada pelo apoio, confiança e torcida.

Aos parceiros do pedal, corrida de orientação e de aventura, aqui representados pelos nomes dos grupos “*Boca da Onça*”, “*Caatinga Trekkers*” e “*Aventureiros do Agreste*”, minha gratidão por conseguirem mesmo em meio a tantas atribuições acadêmicas e de trabalho, servirem como uma válvula de escape, me fazerem fugir do cotidiano e para além da atividade física, me ajudaram na redução do estresse e ansiedade.

Ao meu orientador Carlito Sobrinho, não apenas um professor, hoje posso considerá-lo um amigo especial, um parceiro na aventura acadêmica, para além de sua inteligência, responsabilidade e competência, é compreensivo, sensível e foi meu principal suporte para a concretude desta realização. Agradeço por acreditar em meu potencial, pelo incentivo, apoio, ensinamentos, serenidade, leveza e compreensão na condução durante todo o processo. Sempre disponível e disposto a ajudar. Você é uma referência de profissional e ser humano para meu crescimento. Obrigada por estar ao meu lado.

A todos os alunos, colegas da turma, em especial aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Aos membros da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística, em especial a professor Davi, pela disponibilidade e gentileza.

Às professoras Adriana Nery, Cláudia Carneiro, Márcia Tironi e ao professor Éder Rodrigues, membros da banca examinadora, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta tese, foi uma honra ter vocês neste momento, agradeço a sensibilidade. Vocês contribuíram para o aperfeiçoamento deste trabalho e para meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada pelas sugestões e palavras de incentivo.

Finalmente, agradeço a oportunidade de estudar na Universidade Estadual Feira de Santana, Bahia, local em que estou concretizando este sonho. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), que subsidiam a pesquisa. Por fim, a realização deste trabalho não seria possível sem o precioso apoio de várias pessoas. A todos que contribuíram direta ou indiretamente, o meu sincero agradecimento.

“Aprendi com o Mestre dos Mestres que a arte de pensar é o tesouro dos sábios. Aprendi um pouco mais a pensar antes de reagir, a expor - e não impor - minhas ideias e a entender que cada pessoa é um ser único no palco da existência.

Aprendi com o Mestre da Sensibilidade a navegar nas águas da emoção, a não ter medo da dor, a procurar um profundo significado para a vida e a perceber que nas coisas mais simples e anônimas se escondem os segredos da felicidade.

Aprendi com o Mestre da Vida que viver é uma experiência única, belíssima, mas brevíssima. E, por saber que a vida passa tão rápido, sinto necessidade de compreender minhas limitações e aproveitar cada lágrima, sorriso, sucesso e fracasso como uma oportunidade preciosa de crescer.

Aprendi com o Mestre do Amor que a vida sem amor é um livro sem letras, uma primavera sem flores, uma pintura sem cores. Aprendi que o amor acalma a emoção, tranquiliza o pensamento, incendeia a motivação, rompe obstáculos intransponíveis e faz da vida uma agradável aventura, sem tédio, angústia ou solidão. Por tudo isso Jesus Cristo se tornou, para mim, um Mestre Inesquecível”.

(Augusto Cury)

ARAGÃO, Núbia Samara Caribé de. **Problemas do Sono em Adultos Assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Feira De Santana – Bahia**. 143 p. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2022.

RESUMO

Introdução: As alterações no sono são consideradas como um relevante problema de saúde pública, devido às inúmeras consequências que podem causar ao bem-estar físico e mental dos indivíduos. Podendo ocasionar aumento da fadiga, cansaço extremo, falhas de memória, dificuldade de atenção e concentração, doenças crônicas não transmissíveis, uso abusivo de substâncias como álcool, tabaco, drogas lícitas e ilícitas e elevar o risco de acidentes de trabalho e de trânsito. Alguns estudos que avaliaram os problemas do sono em grupos populacionais específicos foram encontrados, porém, no Brasil, são poucos estudos de base populacional que avaliaram esse tema, evidenciando uma lacuna no conhecimento científico na área. **Objetivos:** Os objetivos desta tese foram descrever a produção científica sobre prevalência e fatores associados aos problemas do sono em adultos por meio de uma revisão sistemática e, estimar a prevalência e investigar os fatores associados aos problemas do sono em adultos cadastrados e assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, por meio de um estudo de corte transversal. **Métodos:** Esse estudo foi dividido em duas partes. Na primeira, realizou-se uma Revisão Sistemática direcionada pelos descritores Transtornos do Sono-Vigília; Estudos Transversais; Adulto e seus respectivos sinônimos, acrescida da palavra-chave *Mini Sleep Questionnaire*, atendendo aos critérios de elegibilidade, com a utilização de operadores *booleanos AND* e *OR*, selecionando artigos indexados em bases de dados eletrônicas consideradas relevantes, por meio do portal CAPES (acesso *CAFe*): *Web of Science*; *Lilacs*; *Cinahl*; *Scopus*; *Pubmed*, além dos artigos encontrados nos estudos incluídos na Revisão Sistemática, sem restrição de idioma ou data de publicação. Na segunda parte, um estudo de corte transversal, no qual foram incluídos, aleatoriamente, 791 adultos (idade igual ou superior a 18 anos) cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, Brasil. A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2017 a fevereiro de 2018. Para avaliar os problemas do sono, foi utilizado o *Mini Sleep Questionnaire*. As variáveis independentes investigadas foram as características sociodemográficas, estilo de vida e autoavaliação da saúde. A Razão de Prevalência e o Intervalo de Confiança de 95% (RP-IC 95%) foram utilizados para medir a associação e a

significância estatística entre as variáveis estudadas, realizou-se a análise multivariada por meio da Regressão Logística. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. **Resultados:** Evidenciou-se elevada prevalência de problemas do sono em indivíduos adultos que foram avaliados nos estudos incluídos na revisão sistemática, que atenderam aos critérios de inclusão. Já na pesquisa empírica realizada em Feira de Santana, Bahia, a prevalência de problemas de sono foi de 49,6%. Observou-se associação estatisticamente significativa entre não realizar atividade de trabalho remunerada, não ter atividade de lazer, fazer uso de tabaco, presença de doença crônica e autoavaliação negativa da saúde com problemas do sono. **Conclusões:** Os resultados da revisão sistemática sugerem a necessidade da realização de estudos com rigor metodológico. No estudo empírico observou-se elevada prevalência de problemas de sono. Esses resultados podem contribuir para uma melhor compreensão dos problemas do sono na população adulta e assim, colaborar com a adoção de medidas mais eficazes para o enfrentamento desse problema.

Palavras-chave: Transtornos do Sono-vigília; Epidemiologia; Estudos Transversais; Adulto; Prevalência; *Mini Sleep Questionnaire*.

ARAGÃO, Núbia Samara Caribé. **Sleep Problems in Adults Assisted by the Family Health Strategy in Feira De Santana - Bahia.** 143 p. Doctoral thesis in Public Health. – Department of Health, State University of Feira de Santana, Bahia, 2022.

ABSTRACT

Introduction: Changes in sleep are considered a relevant public health problem, due to the numerous consequences they can cause to the physical and mental well-being of individuals. It can cause increased fatigue, extreme tiredness, memory failure, difficulty in attention and concentration, chronic non-communicable diseases, abusive use of substances such as alcohol, tobacco, licit and illicit drugs and increase the risk of work and traffic accidents. Some studies that evaluated sleep problems in specific population groups were found, however, in Brazil, there are few population-based studies that evaluated this topic, showing a gap in scientific knowledge in the area. **Objective:** The objectives of this thesis were to describe the scientific production on the prevalence and factors associated with sleep problems in adults through a systematic review, and to estimate the prevalence and investigate the factors associated with sleep problems in adults registered and assisted by the Family Health Strategy. in Feira de Santana, Bahia, through a cross-sectional study. **Methods:** This study was divided into two parts. In the first one, a Systematic Review was carried out, guided by the descriptors Sleep-Wake Disorders; Cross-sectional Studies; Adult and their respective synonyms, plus the keyword Mini Sleep Questionnaire, meeting the eligibility criteria, using the Boolean operators AND and OR, selecting articles indexed in electronic databases considered relevant, through the CAPES portal (CAFe access): Web of Science; Lilacs; Cinahl; Scopus; Pubmed, in addition to the articles found in the studies included in the Systematic Review, without restriction of language or publication date. In the second part, a cross-sectional study, in which 791 adults (aged 18 years or older) enrolled in the Family Health Strategy in Feira de Santana, Bahia, Brazil was randomly included. Data collection was carried out between September 2017 and February 2018. To assess sleep problems, the Mini Sleep Questionnaire was used. The independent variables investigated were sociodemographic characteristics, lifestyle, and self-rated health. The Prevalence Ratio and the 95% Confidence Interval (PR-CI 95%) were used to measure the association and statistical significance between the variables studied. Multivariate analysis was performed using Logistic Regression. The study was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Feira de Santana, Bahia. **Results:** There was a high prevalence of sleep problems in adult individuals who were

evaluated in the studies included in the systematic review, which met the inclusion criteria. In the empirical research carried out in Feira de Santana, Bahia, the prevalence of sleep problems was 49.6%. There was a statistically significant association between not performing paid work, not having leisure activities, using tobacco, presence of chronic disease and negative self-rated health with sleep problems. **Conclusions:** The results of the systematic review suggest the need to carry out studies with methodological rigor. In the empirical study, a high prevalence of sleep problems was observed. These results may contribute to a better understanding of sleep problems in the adult population and thus contribute to the adoption of more effective measures to face this problem.

Keywords: Sleep-wake disorders; Epidemiology; Cross-sectional Studies; Adult; Mini Sleep Questionnaire.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Quadro 1. Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais, CID-10, Capítulo V - F51.

Quadro 2. Os transtornos do sono de acordo com a CID-10, Capítulo VI – G47.

Quadro 3. Os transtornos do sono de acordo com o ICSD-3.

Tabela 1. Principais características de questionários de autoavaliação do sono.

Quadro 4. *Mini-Sleep Questionnaire*.

Figura 1. Fluxograma da elegibilidade dos trabalhos encontrados conforme recomendações PRISMA.

Quadro 1. Caracterização e resultados da prevalência de problemas do sono em pessoas adultas dos estudos incluídos na Revisão Sistemática.

Quadro 2. Características sociodemográficas e hábitos de vida da população dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Quadro 3. Avaliação da qualidade de estudos observacionais sobre problemas do sono em população adulta geral com base na Escala de *Newcastle-Ottawa* (NOS), adaptada para estudos transversais.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
BNSQ	<i>Basic Nordic Sleep Questionnaire</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde - 10° Revisão
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSAU	Departamento de Saúde
DSM-IV	<i>Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders – Four Edition</i>
DSM-V	<i>Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders – Fifth Edition</i>
EEG	Eletroencefalograma
eSF	equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESS	<i>Epworth Sleepiness Scale</i>
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
IC	Intervalo de Confiança
ICSD-3	<i>International Classification of Sleep Disorders – Third Edition</i>
ISI	<i>Insomnia Severity Index</i>
MS	Ministério da Saúde
MRLM	Modelo de Regressão Logística
MSQ	<i>Mini Sleep Questionnaire</i>
NREM	<i>Non-Rapid Eye Movements</i>
NOS	<i>Newcastle-Ottawa</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PECO	População, Exposição, Comparador, <i>Outcome</i> (Desfecho)
PN	Polissonografia Noturna
PRESS	<i>Peer Review of Electronic Search Strategies</i>
PRISMA	Principais itens para relatar revisões sistemáticas e metanálise
PROSPERO	<i>International Prospective Register of Systematic Reviews</i>
PSQI	<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>

QAAS	Questionário de Autoavaliação do Sono
RP	Razão de Prevalência
RS	Revisão Sistemática
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SSAEE	Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística
SSS	<i>Stanford Sleepiness Scale</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLMS	Teste de Latência Múltipla do Sono
TMV	Teste de Manutenção da Vigília
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 Fisiologia e Fisiopatologia do Sono	18
3.2 Problemas do Sono: classificações e métodos diagnósticos existentes na literatura	23
3.3 Instrumentos para medir os problemas do sono e o <i>Mini-Sleep Questionnaire</i>	25
3.4 Prevalência dos Problemas do Sono e suas implicações para a saúde	28
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	31
4.1 Caracterização dos Estudos	31
4.2 Local da Pesquisa de Campo	31
4.3 Seleção dos Participantes	32
4.4 Coleta de Dados	32
4.5 Variáveis	33
4.6 Análise de Dados	34
5 RESULTADOS	35
5.1 Manuscrito 1. Prevalência e fatores associados aos problemas do sono em adultos: uma revisão sistemática.	35
5.2 Manuscrito 2. Problemas do sono em adultos assistidos pela estratégia de saúde da família	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE 1. Checklist Peer Review of Electronic Search Strategies	79
APÊNDICE 2. Estratégia de busca por base de dados para a Revisão Sistemática	82
APÊNDICE 3. Material suplementar com informações dos estudos incluídos e os excluídos com todas as justificativas	83
APÊNDICE 4. Questionário sociodemográfico utilizado na coleta de dados	84
APÊNDICE 5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86
APÊNDICE 6. Manuscrito 3: Prevalência e Fatores Associados aos Distúrbios Psíquicos Menores na População Adulta Brasileira: uma revisão sistemática de estudos que utilizaram o instrumento de autorrelato SRQ-20	88

APÊNDICE 7. Manuscrito 4: Prevalência de Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária da Bahia	106
ANEXO 1. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e metanálise (PRISMA)	127
ANEXO 2. Fluxograma do processo de identificação e seleção dos estudos incluídos ou excluídos nas diferentes fases da revisão sistemática	128
ANEXO 3. International prospective register of systematic reviews (PROSPERO)	129
ANEXO 4. Escala de <i>Newcastle-Ottawa</i> para avaliação da qualidade metodológica de estudos transversais	131
ANEXO 5. Registro de submissão do manuscrito 1 à Revista <i>Cogitare Enfermagem</i>	132
ANEXO 7. Mini-Sleep Questionnaire	139
ANEXO 8. Registro de submissão do manuscrito 2 à Revista <i>Ciências e Saúde</i>	141

1 INTRODUÇÃO

O sono é considerado um aspecto fundamental da vida do ser humano. Possui função restauradora, de conservação de energia e de proteção. Sua privação pode determinar importante prejuízo em curto ou em longo prazo nas atividades diárias, causando prejuízos sociais, somáticos, psicológicos e cognitivos (CHOKROVERTY, 2010).

O sono é um processo biológico e apresenta uma função restauradora da energia vital para prosseguir com as atividades do dia a dia. Estudos apontam que no decorrer dos últimos anos, tem sido percebida uma considerável diminuição do tempo de sono na população adulta (LUYSTER; STROLLO; ZEE, et al., 2012), simultaneamente a este fato, observa-se uma diminuição na qualidade do sono (SANTOS; BITTENCOURT; PIRES, et al., 2010).

Os problemas relacionados ao sono mais frequentemente encontrados na literatura são dificuldades para iniciar e manter o sono, o que pode provocar uma série de consequências na vida das pessoas afetando o bem-estar físico e mental. Em adultos, pode-se observar aumento da queixa de cansaço físico e mental, fadiga frequente, falha de memória, privação da atenção e redução da capacidade de concentração, além da possibilidade de aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis e uso abusivo de drogas lícitas, como álcool, cigarro e drogas ilícitas como maconha, cocaína, entre outras (DALEY; MORIN; LEBLANC, et al., 2009).

De acordo com James; Michael; Gary (2019), foi atribuído um em cada cinco acidentes de trânsito à sonolência excessiva ao conduzir veículos. Nessa perspectiva, é possível observar que acidentes de trabalho e de trânsito podem estar associados aos problemas do sono, identificado atualmente como um relevante problema de saúde pública, levando em consideração que a dificuldade para dormir poderá ocasionar graves consequências ao bem-estar físico e psíquico das pessoas. É importante destacar que, dormir é uma necessidade humana básica, assim como, respirar, comer e beber, nesse sentido, é fundamental para uma boa saúde e bem-estar no decurso da vida.

Em estudo realizado com população adulta no estado de São Paulo foi encontrada uma prevalência de problemas relacionados ao sono de 46,7%, este resultado apresentou associação com o sexo feminino, a presença de sobrepeso e a uma menor escolaridade e foi superior ao verificado em estudos anteriores que abordaram o tema de maneira semelhante, em populações adultas de outros países (LUYSTER; STROLLO; ZEE, et al., 2012; CASTRO; POYARES; LEGER, et al., 2013; SIU; CHAN; WONG, et al., 2012).

Uma breve consulta sobre o tema na base de dados da *Pubmed* e no *Google Acadêmico*, utilizando os descritores “*Sleep Wake Disorders*” AND “*Adult*” AND “*Cross-Sectional Studies*” AND “*Brazil*”, revelou a escassez de estudos sobre problemas do sono em populações adultas no Brasil. Na base de dados da *Pubmed* foi encontrado apenas um artigo, cujo objetivo foi analisar a frequência de tristeza, nervosismo e distúrbios do sono durante a pandemia da COVID-19 no Brasil e no *Google Acadêmico*, dos cinco artigos encontrados, quatro eram do tipo revisão de literatura e apenas um artigo tratava-se de estudo epidemiológico de corte transversal (MACHADO; WENDT; WEHRMEISTER, 2018; BARROS; LIMA; MALTA, 2020).

Os problemas relacionados ao sono são frequentes na população geral e podem ser manifestados por insônia que geralmente é a principal queixa, sonolência excessiva diurna, dificuldade para dormir ou acordar no dia seguinte, má qualidade do sono, mudança no comportamento, mau humor, entre outros (GIORELLI; SANTOS; CARNAVAL, 2012; NEVES; MACÊDO; GOMES, 2017; MEDIC; WILLE; HEMELS, 2017).

Ademais, um estado inadequado do sono pode estar associado a fatores biológicos, ambientais e sobretudo ao estilo de vida e pode elevar o risco para problemas de saúde como: hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade e câncer. Muitas vezes as pessoas subestimam as consequências individuais e coletivas, que podem incluir doenças, riscos de acidentes, custos indiretos elevados, como por exemplo, absenteísmo ao trabalho ou custos diretos elevados como utilização de serviços médicos. É importante estar atento pois, a deficiência do sono poderá representar uma oportunidade para as pessoas, instituições e comunidades buscarem melhorias para qualidade de vida e promoção da saúde (LUYSTER; STROLLO; ZEE, et al., 2012).

Colaboradores da *National Sleep Foundation*, recomendam que o mínimo diário ideal de sono para adultos jovens e adultos deve ser de sete a nove horas, e de sete a oito horas de sono para adultos mais velhos (MAX; KAITL; STEVEN, et al., 2015). Sob o mesmo ponto de vista, autores consideram ótimo este mesmo tempo, porém, salientam que depende de cada indivíduo e sua idade, entretanto, para ser considerado um sono saudável é necessário qualidade e quantidade para que as pessoas possam manter o estado de vigília durante o dia em condições favoráveis. A realidade, no entanto, é que grandes proporções da população estão dormindo muito menos do que esses níveis recomendados e apresentando má qualidade do sono, com implicações na vida cotidiana, como por exemplo, queda no rendimento, predisposição a acidentes, sonolência diurna, lentidão no raciocínio, estresse emocional, entre outros (HALL, J. E; GUYTON, 2017).

Diante do exposto e levando em conta que ainda existem lacunas de estudos no Brasil sobre os problemas do sono, que podem afetar uma grande parcela da população. Considerando-se ainda que, diversos fatores podem estar associados aos problemas do sono na população adulta e que a sua prevalência pode ser elevada, expondo as pessoas afetadas a inúmeras consequências negativas para a saúde física, mental e social, o que pode gerar um gasto elevado para o sistema de saúde, justifica-se assim, o interesse em abordar o tema mencionado nesta tese de doutorado.

Nessa perspectiva, esta tese apresenta as seguintes perguntas de investigação: “Qual a prevalência e os fatores associados aos problemas do sono em adultos (idade igual ou superior a 18 anos) identificados na produção científica atual e pretérita sobre o tema” e “Qual a prevalência e os fatores associados aos problemas do sono em adultos (idade igual ou superior a 18 anos) cadastrados e assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia”. Assim sendo, apresenta-se como produtos desta pesquisa dois artigos, sendo eles:

Artigo 01 - Prevalência de problemas do sono em adultos: uma revisão sistemática. Esse artigo busca identificar o que tem sido produzido na literatura científica nacional e internacional sobre a prevalência e os fatores associados aos problemas do sono em pessoas adultas.

Artigo 02 - Problemas do sono em adultos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. Neste artigo, pretende-se estimar a prevalência e os fatores associados aos problemas do sono na população adulta assistida pela Estratégia Saúde da Família, em Feira de Santana, Bahia.

Ressalta-se que essa Tese é um subproduto do Projeto de Pesquisa Vigilância à Saúde para a detecção de Distúrbios Psíquicos Menores e Transtornos Mentais em Feira de Santana, Bahia, desenvolvido por pesquisadores da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE) do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (DSAU-UEFS), coordenada pelo Professor Carlito Lopes Nascimento Sobrinho. O projeto matriz obteve financiamento junto a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) Termo de Outorga n°SUS0006/2018 e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo n° 408440/2016-3.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estimar a prevalência e investigar os fatores associados aos problemas do sono em adultos (idade igual ou superior a 18 anos) cadastrados e assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia.

2.2 Objetivos Específicos

Revisar a literatura nacional e internacional sobre a prevalência e os fatores associados aos problemas do sono em adultos.

Caracterizar e investigar na amostra estudada a associação entre as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, problemas de saúde autorreferidos e os problemas do sono.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo foram abordadas questões conceituais, dados, evidências científicas e procedimentos fundamentais para a compreensão do estudo, bem como abordagens da avaliação de problemas do sono. Entre as questões conceituais encontram-se: a fisiologia e fisiopatologia do sono; problemas do sono: classificações e métodos diagnósticos existentes na literatura; uma abordagem sobre os instrumentos utilizados para medir os problemas do sono e o *Mini Sleep Questionnaire* (MSQ), além da prevalência dos problemas do sono e suas implicações para a saúde.

3.1 Fisiologia e Fisiopatologia do Sono

Desde a antiguidade, o sono é um tema de interesse de muitas pessoas, partindo da curiosidade do que se pode compreender do que acontece durante o tempo em que permanecemos adormecidos e até os anos 50 do século XX, a maioria dos indivíduos imaginava que dormir era apenas um momento passivo e improdutivo entre as atividades cotidianas. Atualmente, sabe-se que o cérebro se mantém ativo durante o sono e que sua privação afeta o desempenho diário, a saúde física e mental de várias maneiras e embora grandes descobertas tenham ocorrido com o advento da medicina do sono que é relativamente recente, ainda existem muitos mistérios relacionados a este tema (MAGALHÃES; MATURANA, 2007).

Com relação a função do sono, considera-se com exatidão que é importante em vários aspectos para a sobrevivência do ser humano, muito se tem investigado para compreender melhor este processo. Atualmente sabe-se que, a quantidade e a qualidade do sono estão relacionadas com o aparecimento de muitas alterações em funções como: imunológica, cognitiva, metabólica e psicológica, em contrapartida, é necessário compreender que os aspectos clínicos individuais e sociais podem influenciar negativamente na quantidade e qualidade do sono (ANDERS, et al., 2014; CHATTU; SAKHAMURI; KUMAR et al., 2018).

Autores corroboram que o sono se constitui em um aspecto fundamental da vida do ser humano. Possui função restaurativa, de conservação de energia e de proteção. Sua privação pode determinar importante prejuízo em curto ou em longo prazo nas atividades diárias, causando prejuízos, sociais, somáticos, psicológicos e cognitivos (CHOKROVERTY, 2010; GOMES; QUINHONES; ENGELHARDT, 2010).

O sono é um estado comportamental complexo de natureza cíclica e recorrente, de redução fisiológica do nível de consciência no qual o indivíduo pode despertar-se por vários estímulos, sendo os sensoriais os mais importantes. Diferente do coma, que se caracteriza por um estado patológico de rebaixamento do nível de consciência, em que o indivíduo não desperta, o sono possui padrões de atividade cerebral, que podem ser aferidas pelo eletroencefalograma, função e qualidade diferenciadas (CHOKROVERTY, 2010; GOMES; QUINHONES; ENGELHARDT, 2010; GULYANI; SALAS; GAMALDO, 2012).

A vigília, em contrapartida, caracteriza-se por elevada atividade motora, por alta responsividade e por um ambiente neuroquímico que favorece o processamento e o registro de informações e a interação com o ambiente. A alternância entre sono e vigília ocorre de forma circadiana, sendo esse ciclo variável de acordo com idade, sexo e características individuais e sua regulação homeostática envolve diversas citocinas e fatores neuro-humorais e endócrinos (CHOKROVERTY, 2010; GOMES; QUINHONES; ENGELHARDT, 2010; GULYANI; SALAS; GAMALDO, 2012).

O sono é definido cientificamente como um conjunto de alterações comportamentais e fisiológicas que ocorrem de forma conjunta e em associação com atividades elétricas cerebrais características. É um estado comportamental complexo no qual existe uma postura relaxada, a atividade motora encontra-se reduzida ou ausente e há um elevado limiar para resposta a estímulos externos. Outra característica é que o sono é reversível à estimulação (CHOKROVERTY, 2010; GOMES; QUINHONES; ENGELHARDT, 2010; GULYANI; SALAS; GAMALDO, 2012).

O sono é ativamente gerado a partir de dois mecanismos que regulam o ciclo sono-vigília: (1) o impulso homeostático pelo sono, ou seja, substâncias que promovem o sono; (2) o ciclo circadiano, regulado pelo núcleo supraquiasmático do hipotálamo, que promove o despertar. O fator homeostático refere-se a aumento da sonolência após longos períodos de vigília pelo acúmulo de adenosina, já o fator circadiano refere-se a variações no estado de vigília e do sono fisiológico (tempo, duração e outras características) que mudam ciclicamente no decorrer do dia. Na parte da manhã, após o despertar, a unidade homeostática do sono é praticamente nula e o fator circadiano gera influências excitatórias que levam ao despertar (CHOKROVERTY, 2010; GOMES; QUINHONES; ENGELHARDT, 2010; GULYANI; SALAS; GAMALDO, 2012; ALÓE, F; ALVES, R.C; ARAÚJO, et al., 2010).

Ao longo do dia, o impulso homeostático aumenta, assim como a atividade excitatória circadiana (*output* do núcleo supraquiasmático), no entanto, essa atividade excitatória é reduzida à noite, resultando no início do sono. O ciclo sono-vigília encontra-se relacionado ao

foto periodismo decorrente da alternância dia-noite, sendo influenciado pela luz ambiente durante o dia e pela produção de melatonina durante a noite – atua no início e na manutenção do sono (CHOKROVERTY, 2010; GOMES; QUINHONES; ENGELHARDT, 2010; GULYANI; SALAS; GAMALDO, 2012).

Segundo Gulyani e Gamaldo (2012), a regulação do ciclo sono-vigília pode ser prejudicada por alterações em qualquer um desses mecanismos. A luz é o fator mais importante na sincronização do relógio circadiano com o ambiente externo. A informação de luminosidade é trazida ao núcleo supraquiasmático, pelo trato retino-hipotalâmico, e nesse local é feita a regulação do ciclo circadiano endógeno por meio do controle na secreção de melatonina.

O tempo médio de sono considerado ótimo é de sete a oito horas por noite, porém o período, a duração e a estrutura do sono variam entre os indivíduos e sua idade. Uma série de evidências sugere que o sono e suas alterações podem interferir em determinadas funções cerebrais como no aprendizado, memória e regulação da secreção endócrina e autonômica (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2014; ALÓE; ALVES; ARAÚJO, 2010; MAX; KAITL; STEVEN, et al, 2015).

A regulação do sono é muito importante pois controla a transição entre estar acordado e dormindo, embora ainda não seja completamente compreendida, esta regulação da vigília e do sono envolve algumas vias principais, tais como, diversas citocinas e fatores neuro-humorais e endócrinos (NEVES; MACÊDO; GOMES, 2017; CHATTU; SAKHAMURI, KUMAR et al., 2018; MAX; KAITL; STEVEN, et al, 2015; CHOKROVERTY, 2010).

Um sono saudável é aquele que possui qualidade e quantidade determinadas para manter um estado de vigília durante o dia. A cada episódio de sono, uma pessoa apresenta períodos que se alternam um com o outro e são classificados com base no eletroencefalograma (EEG), movimentos oculares ou eletro-oculografia, tônus muscular avaliado pela eletromiografia do músculo mental e padrão cardiorrespiratório: o sono de ondas lentas NREM (*non-rapid eyes moviment* - sono sem movimentos oculares rápidos) que apresenta ondas eletromagnéticas cerebrais com grande amplitude e o sono REM (*rapid eyes moviment* - sono com movimentos rápidos dos olhos) também conhecido como Sono Paradoxal ou Sono Dessincronizado caracterizado pelos movimentos rápidos dos olhos, mesmo a pessoa estando nesse estado fisiológico de inconsciência. A vigília (estágio W) é identificada por um EEG de baixa voltagem rápido, tônus musculares elevados e movimentos oculares rápidos (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2014;

CHOKROVERTY, 2010; ALÓE; ALVES; ARAÚJO, 2010; MAX; KAITL; STEVEN, et al, 2015).

O sono NREM é a fase do sono mais duradoura (75 a 80% de todo o sono), possui a particularidade de ser profundo e restaurador. O indivíduo o apresenta na primeira hora de sono após horas de estado de vigília/alerta e apresenta maior densidade na infância. Ele pode estar ausente em indivíduos saudáveis idosos. A fase de sono NREM acompanha-se de uma diminuição do tônus vascular periférico e de funções vegetativas do corpo, como pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura corporal. É subdividido em estágios N1, N2 e N3. Neuroanatomicamente associa-se ao sistema de neurônios no hipotálamo anterior que inibe o sistema reticular ativador e a atividade neuronal monoaminérgica (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2014; CHOKROVERTY, 2010; ALÓE; ALVES; ARAÚJO, 2010; MAX; KAITL; STEVEN, et al, 2015).

O sono REM ou paradoxal, ocupa aproximadamente 20 a 25% do tempo de sono de adultos jovens, variando de cinco a trinta minutos, recorrendo a cada 90 a 110 minutos e seu primeiro episódio ocorre na segunda hora do sono (quatro a seis ciclos são observados no sono do adulto). Essa fase caracteriza-se por sonhos vívidos e movimentos corporais, existe maior dificuldade em despertar o indivíduo por estímulos sensoriais. Outras características fisiológicas do sono paradoxal é que neste: o tônus muscular está mais reduzido o que caracteriza inibição das áreas de controle da medula espinhal, há um padrão de irregularidade da frequência cardíaca e respiratória, oscilações da pressão arterial, movimentos musculares irregulares podem ocorrer apesar da inibição medular, mobilidade irregular da língua, movimento rápido dos olhos e uma marcante ativação eletromagnética e metabólica do cérebro objetivamente identificada pelo eletroencefalograma, que mostra traçado de ondas cerebrais semelhante ao que ocorre no estado de vigília, por isso sono paradoxal. Neuroanatomicamente o sono REM correlaciona-se à ativação dos neurônios colinérgicos no tegumento pontino dorsal e é inibido pela ativação da rafe dorsal e do locus ceruleus (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2014; CHOKROVERTY, 2010; ALÓE; ALVES; ARAÚJO, 2010; MAX; KAITL; STEVEN, et al, 2015).

De acordo com Neves, Macedo e Gomes (2017), são identificadas sete categorias principais de problemas do sono: insônia, transtornos do sono relacionados à respiração, hipersonolência de origem central, parassonias, transtornos do ritmo circadiano, transtornos do sono relacionados ao movimento e outros transtornos do sono.

A Insônia é o transtorno do sono mais comum, definida como uma insatisfação com a qualidade ou quantidade de sono associada a um sintoma noturno (dificuldade em iniciar o sono, em manter ou despertar precoce). É mais frequente em mulheres com idade avançada, entre desempregados, aposentados, além disso, aumentam o risco para hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares e distúrbios endócrinos (NEVES; MACEDO; GOMES, 2017).

A sonolência diurna excessiva é considerada um sintoma crônico, podendo ser secundária a algum transtorno do sono, e definida como uma incapacidade de se manter acordado e/ou em alerta durante o dia, resultando em sonolência e lapsos de sono não intencionais. É mais provável de ocorrer em situações monótonas, como na condução de um veículo, condição que pode gerar risco de vida (NEVES; MACEDO; GOMES, 2017).

A variabilidade individual do sono é influenciada por fatores genéticos, comportamentais, médicos e ambientais. Um conjunto de especialistas categorizou os efeitos do sono insuficiente como pertencentes a nove categorias: saúde geral, saúde cardiovascular, saúde metabólica, saúde mental, saúde imunológica, desempenho humano, câncer, dor e mortalidade (WATSON et al., 2015).

Segundo Müller e Guimarães (2007), a qualidade do sono e qualidade de vida estão intimamente relacionados. Eles identificaram três níveis de comprometimento que os problemas do sono geram na vida cotidiana. No primeiro nível, estão as variáveis biológicas que promovem consequências imediatas: cansaço, fadiga, falhas de memória, dificuldade de atenção e de concentração, hipersensibilidade para sons e luz, taquicardia e alteração do humor. No segundo nível, estão as variáveis observadas a médio prazo e com implicações na vida cotidiana, incluindo o aumento do absenteísmo e de riscos de acidentes, problemas de relacionamento e cochilo ao volante. No terceiro nível estão as variáveis observadas a longo prazo e incluem a perda do emprego, sequelas de acidentes, rompimento de relações, surgimento e agravamento de problemas de saúde.

As principais queixas relacionadas ao sono que levam à procura aos serviços de saúde são, a dificuldade de iniciar ou manter o sono, múltiplas interrupções noturnas do sono, despertar cedo, sono não restaurativo, movimentos/comportamentos anormais à noite, fadiga ou sonolência diurna, dificuldade de concentração, irritabilidade, ansiedade, depressão e dores musculares. Esses sintomas afetam tanto a vigília, momento em que o indivíduo se encontra acordado, como o sono (NEVES; MACEDO; GOMES, 2017).

3.2 Problemas do Sono: classificações e métodos diagnósticos existentes na literatura

Existem atualmente na literatura científica três principais sistemas de classificação e métodos diagnósticos utilizados na investigação dos problemas do sono.

A classificação utilizada por médicos em geral foi agrupada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde – CID-10 – Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme descritos no **quadro 1** (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007):

Quadro 1. Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais, CID-10, Capítulo V - F51.

CID10	F51 - Transtornos não-orgânicos do sono devido a fatores emocionais
F51.0	Insônia não orgânica
F51.1	Hipersonia não orgânica
F51.2	Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos
F51.3	Sonambulismo
F51.4	Terros noturnos
F51.5	Pesadelos
F51.8	Outros transtornos do sono devido a fatores não-orgânicos
F51.9	Transtornos do sono devido a fatores não-orgânicos não especificados

Fonte: CID-10, OMS, 2007.

No Capítulo VI, da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde – CID-10, foram agrupadas as Doenças do Sistema Nervoso, no qual inclui no item G47 com uma abordagem sobre os Transtornos do Sono, descritas no **quadro 2** (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Quadro 2. Os transtornos do sono de acordo com a CID-10, Capítulo VI – G47.

CID10	G47 - Transtornos do sono
G47.0	distúrbios do início e da manutenção do sono ou insônia
G47.1	distúrbios do sono por sonolência excessiva ou hipersonia
G47.2	distúrbios do ciclo vigília-sono
G47.3	apneia de sono
G47.4	narcolepsia e cataplexia
G47.8	outros distúrbios do sono
G47.9	distúrbios do sono não especificados

Fonte: CID-10, OMS, 2007.

O Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - DSM-V, divide os transtornos do sono em (a) primários; (b) relacionados a transtornos mentais; (c) relacionados

à condição médica geral e (d) induzidos por substância. Independente de tal divisão, os transtornos relacionados ao sono podem causar sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional, educacional, acadêmico, comportamental ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Por fim, na 3ª Edição da Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ICSD-3) publicada pela Academia Americana de Medicina do Sono em 2014, apresenta critérios semelhantes da segunda classificação, na qual os transtornos do sono são identificados em sete categorias principais, descritas no **quadro 3** (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2014).

Quadro 3. Os transtornos do sono de acordo com o ICSD-3.

ICSD-3	Transtornos do sono
a	insônia
b	transtornos do sono relacionados à respiração
c	hipersonolência de origem central
d	parassonias
e	transtornos do ritmo circadiano
f	transtornos do sono relacionados ao movimento
g	outros transtornos do sono

Fonte: *American Academy of Sleep Medicine*, 2014.

Esses três sistemas classificatórios são independentes e utilizam diferentes critérios de inclusão, o que dificulta a análise em estudos epidemiológicos, de diagnóstico e de interpretação de resultados sobre os diferentes problemas do sono (OMS, 2007).

A abordagem clínica inicial das pessoas com transtornos do sono é considerada uma importante ferramenta na redução de danos para as pessoas acometidas. As queixas descritas nestas consultas, vão desde a dificuldade em iniciar ou manter o sono, despertar durante a noite, até irritabilidade, ansiedade e sintomas depressivos, entre outros (NEVES; MACEDO; GOMES, 2017).

A detecção objetiva da presença de problemas do sono pode ser realizada pelos exames de Polissonografia Noturna (PN); Teste de Latência Múltipla do Sono (TLMS); Teste de Manutenção da Vigília (TVM) e Actigrafia (GOMES; QUINHONES; ENGELHARDT, 2010; MORRISON; RIHA, 2012).

O padrão-ouro para a avaliação objetiva dos problemas do sono é a história clínica associada à polissonografia noturna, exame no qual o indivíduo dorme com sensores fixados ao corpo e consiste em um registro contínuo e simultâneo das alterações fisiológicas durante o sono, fornecendo dados quantitativos e qualitativos importantes. Os principais dados apresentados por esse método são: o tempo total de sono e de vigília, eficiência, latência, proporção dos estágios (REM e NREM), presença de apneias e hipopneias, saturação e dessaturação da oxihemoglobina, movimento de membros inferiores, micro-despertares, ritmo e frequência cardíaca. No entanto, seu uso é dificultado pelo número reduzido de laboratórios do sono e seu alto custo operacional (DOUGLAS; THOMAS; JAN, 1992; TOGEIRO; SMITH, 2005; FERNANDES, 2006; KRYGER et al., 2011).

Outro exame muito utilizado é a actigrafia, que consiste em um dispositivo colocado no punho (como um relógio de pulso), que avalia o ciclo sono-vigília, registrando a atividade motora através dos movimentos durante 24 horas, fornecendo dados quantitativos e qualitativos importantes, como o tempo total de sono, tempo total acordado, número de despertares, latência para o sono, eficiência, índice de fragmentação e informações sobre o ciclo circadiano, quando feito registro de vários dias. Esta avaliação possui menor custo que a polissonografia, mas também menor confiabilidade por ser baseada apenas na movimentação do indivíduo (TOGEIRO; SMITH, 2005; KRYGER et al., 2011).

3.3 Instrumentos para medir os problemas do sono e o *Mini-Sleep Questionnaire*

A detecção da presença de problemas do sono, pode também ser subjetiva, dessa forma, são empregados questionários, escala de autoavaliação e diários do sono, tendo como vantagem o baixo custo e a facilidade de aplicação, além de permitir a avaliação de grandes amostras em seu ambiente natural (GORENSTEIN; TAVARES; ALÓE, 2000). No entanto, os instrumentos para medidas subjetivas não têm finalidade diagnóstica, sendo mais adequados para triagem, avaliação da resposta a um tratamento, em estudos epidemiológicos e pesquisas clínicas. Recomenda-se que tenham rápida aplicação, abranjam os principais aspectos do sono e sejam psicometricamente confiáveis.

Não há um padrão ouro entre os instrumentos de medida subjetiva do sono e alguns desses instrumentos não foram submetidos a estudos de confiabilidade e validação. Em geral, eles possuem baixa especificidade e sensibilidade. Os mais utilizados atualmente em pesquisas podem ser classificados em três grupos: questionários gerais do sono *Pittsburgh Sleep Quality*

Index (PSQI), *Mini-sleep Questionnaire* (MSQ), *Basic Nordic Sleep Questionnaire* (BNSQ) e Questionário de Autoavaliação do Sono (QAAS); questionários de avaliação de sonolência excessiva diurna *Epworth Sleepiness Scale* (ESS) e *Stanford Sleepiness Scale* (SSS); e os diários do sono (GORENSTEIN; TAVARES; ALÓE, 2000). Na **tabela 1** constam as principais escalas de avaliação do sono e suas características psicométricas.

Tabela 1. Principais características de questionários de autoavaliação do sono.

Questionário	Questões	Artigo de Validação para uso no Brasil	Características psicométricas
PSQI	24 questões: refere-se à qualidade do sono no último mês.	BERTOLAZI et al., 2011	α de Cronbach = 0,82; válido e confiável para a avaliação da qualidade do sono.
MSQ	10 questões: avalia a frequência das queixas, no último mês.	FALAVIGNA et al., 2011	α de Cronbach = 0,77; possui consistência interna adequada e confiabilidade teste-reteste.
BNSQ	21 questões: analisa as queixas mais comuns, frequência e intensidade, nos últimos 3 meses.	Não foi validado no Brasil	-
ESS	8 questões: se refere à possibilidade de cochilar em situações cotidianas.	BERTOLAZI et al., 2009	α de Cronbach = 0,83; válido e confiável para a avaliação da sonolência diurna.
SSS	8 questões: avalia a sonolência diurna excessiva no momento de sua aplicação.	Não foi validado no Brasil	-

Fonte: Bertolazi et al., 2009; 2011.

Nesse estudo foi utilizado o *Mini-sleep Questionnaire* (MSQ) que é composto por dez itens (**quadro 4**). Foi desenvolvido por Zomer e colaboradores em 1985 e traduzido para o português brasileiro por Gorenstein, Tavares e Aloé no ano de 2000. Foi padronizado e validado para o português por Falavigna et al., em 2011, já foi utilizado em populações urbanas no Brasil (ZANUTO et al., 2015). O MSQ avalia a qualidade subjetiva do sono, sendo útil para triagem de problemas do sono e contempla o número ideal de questões para este estudo.

O MSQ é constituído por duas subescalas, uma para medir a insônia (quatro itens) e outra que avalia a hipersonia (seis itens). Avalia a qualidade subjetiva do sono, sendo útil para triagem de problemas do sono em populações clínicas. A insônia é avaliada por quatro questões, dificuldade em adormecer, despertar no meio da madrugada, despertar precoce pela manhã e uso de medicação hipnótica (insônia MSQ). Para avaliação da hipersonia, as questões incluem sensação de cansaço ao acordar, adormecer durante o dia, sonolência diurna

excessiva, dores de cabeça matinais, roncos e movimentos excessivos durante o sono (hipersonia MSQ).

As respostas são dadas em uma escala do tipo *Likert* de sete pontos variando de um (nunca) a sete (sempre). A soma total das pontuações é dividida em quatro níveis de dificuldades de sono: 10 a 24 pontos, boa qualidade do sono; 25 a 27 pontos, dificuldades leves no sono; 28-30 pontos, dificuldades moderadas de sono; e ≥ 31 pontos, dificuldades graves de sono. O escore total oferece uma estimativa da qualidade do sono, com maiores pontuações refletindo mais problemas do sono (FALAVIGNA et al., 2011). Nesse estudo para identificação dos problemas do sono foi adotado o ponto de corte ≥ 25 pontos, sugerido por Zanuto e colaboradores (2015). As validações em diversos países consideram o instrumento confiável, válido e adaptável para rastrear problemas do sono em muitos contextos culturais diferentes, especialmente em países em desenvolvimento.

Quadro 4. *Mini-Sleep Questionnaire*

Durante as últimas quatro semanas, com que frequência você tem tido alguns desses problemas relacionados ao sono?

1. Você tem dificuldade em adormecer a noite? <input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 muito raramente <input type="checkbox"/> 3 raramente <input type="checkbox"/> 4 às vezes <input type="checkbox"/> 5 Frequentemente <input type="checkbox"/> 6 muito frequentemente <input type="checkbox"/> 7 sempre
2. Você acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo? <input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 muito raramente <input type="checkbox"/> 3 raramente <input type="checkbox"/> 4 às vezes <input type="checkbox"/> 5 Frequentemente <input type="checkbox"/> 6 muito frequentemente <input type="checkbox"/> 7 sempre
3. Você toma remédios ou tranquilizantes para dormir? <input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 muito raramente <input type="checkbox"/> 3 raramente <input type="checkbox"/> 4 às vezes <input type="checkbox"/> 5 Frequentemente <input type="checkbox"/> 6 muito frequentemente <input type="checkbox"/> 7 sempre
4. Você dorme durante o dia (sem contar cochilos ou sonecas programadas)? <input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 muito raramente <input type="checkbox"/> 3 raramente <input type="checkbox"/> 4 às vezes <input type="checkbox"/> 5 Frequentemente <input type="checkbox"/> 6 muito frequentemente <input type="checkbox"/> 7 sempre
5. Ao acordar de manhã, você ainda se sente cansado (a)? <input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 muito raramente <input type="checkbox"/> 3 raramente <input type="checkbox"/> 4 às vezes <input type="checkbox"/> 5 Frequentemente <input type="checkbox"/> 6 muito frequentemente <input type="checkbox"/> 7 sempre
6. Você ronca a noite (que você saiba)? <input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 muito raramente <input type="checkbox"/> 3 raramente <input type="checkbox"/> 4 às vezes <input type="checkbox"/> 5 Frequentemente <input type="checkbox"/> 6 muito frequentemente <input type="checkbox"/> 7 sempre
7. Você acorda durante a noite? <input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 muito raramente <input type="checkbox"/> 3 raramente <input type="checkbox"/> 4 às vezes <input type="checkbox"/> 5 Frequentemente <input type="checkbox"/> 6 muito frequentemente <input type="checkbox"/> 7 sempre
8. Você acorda com dor de cabeça? <input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 muito raramente <input type="checkbox"/> 3 raramente <input type="checkbox"/> 4 às vezes <input type="checkbox"/> 5 Frequentemente <input type="checkbox"/> 6 muito frequentemente <input type="checkbox"/> 7 sempre
9. Você sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente? <input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 muito raramente <input type="checkbox"/> 3 raramente <input type="checkbox"/> 4 às vezes <input type="checkbox"/> 5 Frequentemente <input type="checkbox"/> 6 muito frequentemente <input type="checkbox"/> 7 sempre
10. Você tem sono agitado (mudanças constantes de posição ou movimentos de perna/braços)? <input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 muito raramente <input type="checkbox"/> 3 raramente <input type="checkbox"/> 4 às vezes <input type="checkbox"/> 5 Frequentemente <input type="checkbox"/> 6 muito frequentemente <input type="checkbox"/> 7 sempre

Em um estudo com 1830 estudantes universitários de graduação, para avaliar as propriedades psicométricas e analisar a validade da versão italiana do MSQ, foi confirmada a sua consistência e confiabilidade e o questionário foi sugerido como uma boa ferramenta de triagem para os transtornos de insônia e hipersonia na população em geral. O alfa de Cronbach geral foi de 0,77, a variação dos escores foi de 10 a 60 (média de $27,89 \pm 8,69$; mediana de 27 e moda, 28) (NATALE, et al., 2014).

No Brasil, o MSQ foi considerado um bom instrumento para avaliar as alterações do sono, com consistência interna e confiabilidade teste-reteste adequadas. O valor do alfa de Cronbach encontrado foi de 0,77. A subescala de hipersonia MSQ demonstrou consistência interna moderada (alfa de Cronbach 0,62), quando usada de forma isolada. Já a subescala de insônia MSQ possui consistência interna adequada para ser aplicada separadamente (alfa de Cronbach 0,75). Ao ser utilizado em amostra de 1.108 alunos de graduação de uma universidade privada do sul do país, o MSQ detectou alterações do sono em 59,3% dos participantes (FALAVIGNA et al., 2011).

O MSQ foi utilizado para analisar a ocorrência de problemas relacionados ao sono numa amostra aleatória de adultos de Presidente Prudente, São Paulo, usando o ponto de corte ≥ 25 pontos. Foi detectada a ocorrência de problemas relacionados ao sono em 46,7% (IC 95%: 43,1-50,2) dessa amostra (ZANUTO et al., 2015).

3.4 Prevalência dos Problemas do Sono e suas implicações para a saúde

Os problemas do sono afetam populações de vários países, com diferentes níveis de desenvolvimento econômico, sendo tanto em regiões urbanas quanto rurais. Nesse estudo, para fins de comparação, foram concentradas a atenção na prevalência dos problemas do sono em populações urbanas.

A Associação Americana de Psiquiatria, em seu Manual Diagnóstico e Estatístico versão 5 (DSM-V), evidencia que pessoas com problemas do sono normalmente têm queixas de sono-vigília com insatisfação na qualidade, tempo e quantidade de sono. As possíveis consequências identificadas pelos pacientes envolvem a angústia diurna e o comprometimento do sono. Problemas persistentes do sono, como insônia e sonolência excessiva, são confirmados como fatores de risco para o desenvolvimento posterior de doenças mentais e transtornos de abuso de substâncias (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

De acordo com estimativas do *National Institutes of Health* dos Estados Unidos da América (2018), nos Estados Unidos, é estimado que entre 25% e 30% da população adulta

seja acometida por algum problema do sono. O número de consultas médicas devido às queixas de sono no país aumentou em 29% entre 1999 e 2010 e a prescrição de medicamentos para dormir apresentou acréscimo de 293% no mesmo período (FORD et al., 2014).

Estudo realizado por Shafazand et al (2012), utilizando o PSQI, encontrou prevalência de problemas do sono de 49% em indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, 45% apresentavam sonolência excessiva diurna e segundo o instrumento *Insomnia Severity Index* (ISI), 68% possuíam sintomas de insônia.

Estudos europeus observaram a prevalência de problemas do sono que variaram de 20% a 40% (ROWSHAN RAVAN et al., 2010). Entre o período de 1993 a 2007, na Inglaterra, foi encontrado aumento modesto na ocorrência de sintomas de insônia entre adultos, passando de 35% para 38,6%, sendo tais sintomas definidos como a presença que qualquer dificuldade para iniciar ou manter o sono no mês anterior à entrevista (CALEM et al., 2012). Na Alemanha, inquérito utilizando o questionário PSQI encontrou que 37,2% dos indivíduos a partir de 18 anos apresentavam pobre qualidade do sono (ANDERS et al., 2014). Em diversos países da Europa encontraram que 24,2% dos idosos autorrelataram apresentar problemas do sono, sendo que a prevalência variou de 16,6% na Dinamarca e na Itália até 31,2% na Polônia (VAN DE STRAAT; BRACKE, 2015).

Com relação a países em desenvolvimento, em Taiwan, 25% dos adultos relataram algum sintoma de insônia no ano de 2005, sendo o mais frequente a dificuldade de iniciar o sono (14,6%), seguido por acordar cedo pela manhã (13,9%) e dificuldade de manter o sono (13,4%) (KAO et al., 2008). Na América do Sul, estudo realizado nas cidades do México, Montevideu (Uruguai), Santiago (Chile) e Caracas (Venezuela), com indivíduos a partir de 40 anos, encontrou prevalência de 60,2% para ronco, 16,4% para sonolência excessiva diurna, 34,7% de sintomas de insônia e 15,1% para uso de sedativos, sendo que os dados foram obtidos através do auto relato dos participantes e pela ESS (BOUSCOULET et al., 2008).

No Brasil, estudos realizados no início dos anos 2000 mostram prevalências de 18,9% para sonolência excessiva diurna, segundo o instrumento ESS (SOUZA; MAGNA; REIMAO, 2002) e 32% para sintomas de insônia, de acordo com critérios do DSM-IV. Já em estudo mais atual, realizado em 132 cidades brasileiras com indivíduos de 16 anos ou mais, foi encontrado 76% desses apresentaram ao menos uma queixa de sono, sendo os mais frequentes os sintomas de insônia e o ronco, respectivamente, em 21% e 25% da amostra, conforme definido por questionário de autoria dos próprios autores (HIROTSU et al., 2014).

No Rio Grande do Sul, na cidade de Caxias do Sul, 59,3% dos indivíduos apresentavam problemas do sono, enquanto no interior de São Paulo a prevalência encontrada

foi de 46,7%, sendo que ambos os estudos utilizaram o questionário MSQ nas avaliações (FALAVIGNA et al., 2011; ZANUTO et al., 2015).

Um estudo transversal, de campo, realizado no ambulatório de neurofisiologia clínica de um hospital no Rio Grande do Sul, entre os anos de 2010 e 2014. Com uma amostra aleatória de pessoas adultas (acima de 18 anos), de ambos os gêneros. Foram estudados 97 pacientes, com 18 a 72 anos, com média de idade de 49,78 anos, sendo 55 do gênero masculino. Encaminhados para realização do exame de polissonografia, se evidenciou que, a maioria das pessoas, apresentavam problemas do sono moderados a graves associados as variáveis ambientais, como por exemplo, tabagismo (62,5%) e etilismo (49,6%); além disso, as características individuais, como índice de massa corporal (34,3%), circunferência abdominal (88,6%) e hipertensão arterial sistêmica (93,8%) foram identificadas associadas ao problema (MIRANDA; BUFFON; VIDOR, 2019).

Estudos prospectivos anteriores, identificaram a presença de problemas do sono com um fator de risco aumentado para a ansiedade, depressão, ideação e comportamento suicida, com razão de chances variando de dois a cinco, em comparação com aqueles sem evidência do problema (BRESLAU; ROTH; ROSENTHAL, et al., 1996; WEISSMAN; GREENWALD; NINO-MURCIA, et al., 1997; FORD; KAMEROW, 1989).

Ao longo da história, o modo como as pessoas e as comunidades compreendem a saúde, o processo de adoecimento, os fatores causais podem modificar-se com o tempo e como consequência, a relação de possibilidades de promoção, proteção, cura e recuperação de danos e eventos relacionados à saúde (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010). Nesse sentido, com o apoio da epidemiologia, busca-se investigar fatores que podem interferir na quantidade e qualidade do sono da pessoa adulta.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 Caracterização dos Estudos

Nesta tese foram realizados dois estudos: um estudo de revisão sistemática da literatura sobre a prevalência e fatores associados aos problemas do sono em adultos e um estudo epidemiológico de corte transversal sobre a prevalência e os fatores associados aos problemas do sono em pessoas adultas assistidas pela Estratégia em Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia.

No manuscrito 1 buscou-se evidenciar o que tem sido descrito na literatura científica nacional e internacional sobre a prevalência e os fatores associados aos problemas do sono na população adulta por meio de uma revisão sistemática. A Revisão Sistemática (RS) é uma síntese das evidências recuperadas em estudos primários sobre determinado tema, cujo objetivo é responder a uma questão de investigação. Inclui um processo de busca extensivo, imparcial e reprodutível, para buscar evidências científicas, avaliar e sintetizar os resultados destes estudos, seguindo um protocolo para que este resultado possa ser reproduzido por qualquer pessoa (HIGGINS; GREEN, 2011; BRASIL, 2014).

O manuscrito 2 é um estudo epidemiológico de corte transversal, integrado ao projeto matriz intitulado “Vigilância à saúde para a detecção de distúrbios psíquicos menores e transtornos mentais em Feira de Santana, Bahia”, desenvolvido por pesquisadores da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (SSAEE/DSAU/UEFS). O presente trabalho consiste em um recorte deste projeto, foram utilizadas variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, problemas do sono autorreferidos e o resultado dos problemas do sono medidos pelo *Mini Sleep Questionnaire*, todas as informações foram descritas no método do segundo artigo. Os dois manuscritos estão apresentados na sessão resultados de maneira detalhada.

4.2 Local da Pesquisa de Campo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, de base populacional, realizado no município de Feira de Santana, segunda maior cidade do estado da Bahia e trigésima quarta do Brasil, que possuía uma população estimada em 2017 de 627.477 pessoas (BRASIL, 2017). No início da pesquisa Feira de Santana contava com 90 equipes de Saúde da Família

(eSF) e uma cobertura de aproximadamente 60,0% da população (BRASIL, 2016).

4.3 Seleção dos Participantes

Para proceder à seleção dos sujeitos da pesquisa, foi utilizada a técnica de amostragem aleatória, sistemática por conglomerado. Foram identificadas 90 Equipes de Saúde da Família (ESF) cadastradas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), dessas, 45 foram sorteadas. Considerou-se que cada ESF apresentava aproximadamente o mesmo número de microáreas e assim foi sorteada uma microárea de cada equipe de saúde da família, compondo as 45 microáreas sorteadas previamente. Para minimizar o número de perdas ou possíveis recusas, foram sorteadas 16 famílias por microárea, totalizando 720 famílias, número maior que a amostra necessária.

Por fim, de cada família selecionada, foi sorteado para entrevista, um indivíduo adulto, esta pessoa deveria atender aos critérios de inclusão, em algumas famílias foram entrevistadas duas pessoas, perfazendo um total de 791 indivíduos participantes. Caso o indivíduo sorteado não fosse encontrado após duas visitas ou em caso de óbito, fazia-se sua substituição por outro indivíduo da mesma família, buscando-se manter a semelhança em relação a faixa etária e sexo, caso não fosse possível manter tais características, outro indivíduo era entrevistado. Foram considerados recusas os indivíduos que decidissem não participar do estudo após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O tamanho da amostra considerou uma prevalência global de problemas do sono de 25% na população adulta (HIROTSU et al., 2014), intervalo de confiança de 95% (IC95%) e um erro amostral de 4%. Foi considerado um efeito de desenho (DEFF = *design effect*) de 1,5 para corrigir o tamanho da amostra, levando-se em conta que a população foi proveniente de várias unidades da ESF. Com essa correção, o tamanho da amostra foi definido pela expressão em 450 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos ($450 \times 1,5=680$).

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2017 a fevereiro de 2018. Para a padronização dos procedimentos de coleta de dados, foi elaborado um curso com carga horária de 12 horas, desenvolvido e realizado pela equipe responsável pela pesquisa para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As perguntas foram lidas e as respostas anotadas pelos próprios entrevistadores. Com o intuito de acompanhar a coleta e esclarecer dúvidas que

pudessem surgir após o treinamento, foi criado um grupo em um programa de mensagens instantâneas.

Com o objetivo de estimar o tempo necessário para aplicação do instrumento, bem como, sua clareza e entendimento, foi realizado estudo-piloto em uma microárea pertencente a uma Unidade de Saúde da Família (USF) não sorteada, do município de Feira de Santana, Bahia. A coleta de dados foi iniciada após os ajustes sugeridos pelo estudo-piloto pelos ACS que atuavam nas microáreas sorteadas.

4.5 Variáveis

Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento padronizado contendo questões que incluíam as variáveis sociodemográficas:

Sexo (masculino; feminino);

Cor da pele (relatada pelo entrevistado e categorizada em preta; parda e outras);

Idade (18 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69 e ≥ 70), posteriormente dicotomizada de acordo com a mediana;

Escolaridade em anos completos (baixa escolaridade – nunca foi a escola a ensino fundamental I completo; alta escolaridade – superior a ensino fundamental I);

Atividade de trabalho remunerada (não; sim), renda média mensal por pessoa (\geq R\$ 937,00; $<$ R\$ 937,00);

Situação conjugal (casado e união estável – com companheiro; solteiro, divorciado/separado/desquitado, viúvo – sem companheiro).

As variáveis relacionadas aos hábitos de vida foram:

Uso de bebida alcoólica (não; sim).

Tabagismo (não - nunca fumou e ex-fumante; sim - fumante).

Atividade física (não; sim).

Atividade de lazer (não; sim).

Autoavaliação da saúde codificada para um resultado binário (positiva; negativa).

A presença de doenças crônicas também foi avaliada e os participantes responderam a seguinte questão: Você possui diagnóstico médico para algum dos seguintes problemas? com opções, incluindo: diabetes, doenças cardíacas, hipertensão, dislipidemia, tuberculose, anemia, asma, doença renal, câncer, úlcera estomacal / péptica, artrite/reumatismo e outras doenças graves. Havia duas opções de resposta (sim = presença de pelo menos um desses agravos; não = ausência desses agravos).

Para mensurar os problemas do sono, foi utilizado o *Mini Sleep Questionnaire* (MSQ), (ZOMER et al, 1985), padronizado e validado no Brasil por Falavigna et al, 2011. Esse instrumento é composto por 10 perguntas, cada uma com sete possibilidades de resposta (nunca = 1; muito raramente = 2; raramente = 3; às vezes= 4; frequentemente = 5; muito frequentemente = 6; e sempre = 7). Assim, o escore varia de 10 a 70 pontos. A pontuação na escala permite a classificação do padrão de sono entre: sono bom (10 a 24), sono levemente alterado (25 a 27), sono moderadamente alterado (28 a 30), e sono muito alterado (acima de 30), quanto maior a pontuação do escore, maior é o comprometimento do sono (ZANUTO et al, 2015).

4.6 Análise de Dados

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas e as medidas de tendência central e de dispersão das variáveis numéricas. Realizou-se a análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, problemas de saúde autorreferidos e o resultado do MSQ. A razão de prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram utilizados para medir a associação entre as variáveis estudadas e a significância estatística dos resultados.

Na sequência, realizou-se a análise estratificada, para examinar a associação principal segundo os estratos das covariáveis, avaliando a existência de interação e potenciais variáveis confundidoras. Por fim, foi realizada uma análise multivariada, utilizando-se o modelo de regressão logística (MRL). Nesta etapa, as variáveis de exposição, desfecho e as covariáveis foram analisadas simultaneamente, utilizando-se o procedimento *backward*. Para a aplicação do modelo de regressão, foram consideradas as variáveis que tiverem um valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada, realizada por meio do teste X^2 (Qui- quadrado).

O modelo de regressão logística produz resultados através da medida de *Odds Ratio* (OR), não sendo uma medida adequada para o estudo de corte transversal, pois, tende a superestimar os valores, quando as prevalências obtidas são elevadas. Dessa forma, aplicou-se a regressão de Poisson, para obter a medida apropriada, a Razão de Prevalência.

Com o intuito de detectar possíveis erros de digitação, foram construídos dois bancos de dados pelo programa EpiData versão 3.1. Após a verificação de erros e inconsistências, para a análise dos dados será utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®) versão 9.0 *for Windows*.

5 RESULTADOS

Os resultados desta tese são apresentados em formato de artigos científicos. O manuscrito 1 está apresentado de acordo com as normas da Revista Cogitare Enfermagem. O manuscrito 2 foi organizado de acordo com as normas da Revista Ciências e Saúde, ambos submetidos para avaliação de publicação em maio de 2022.

5.1 Manuscrito 1. Prevalência e fatores associados aos problemas do sono em adultos: uma revisão sistemática.

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS PROBLEMAS DO SONO EM ADULTOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

RESUMO

Objetivo: Descrever a produção científica sobre prevalência e fatores associados aos problemas do sono em adultos. **Método:** Pesquisa realizada nas bases, *Web of Science, Lilacs, Cinahl, Scopus, Pubmed e Google Acadêmico*. As etapas foram executadas no *Rayyan* e a avaliação do risco de viés através da escala *Newcastle - Ottawa*, após aprovação do protocolo pelo Prospero (CRD42020218850). Considerados elegíveis estudos de corte transversal, independente do país ou ano de publicação, em qualquer idioma, que apresentaram o resultado da prevalência de problemas do sono em população adulta geral medida pelo *Mini-Sleep Questionnaire*. **Resultados:** Esta pesquisa resultou em 1.829 artigos, finalizando com oito artigos que atenderam aos critérios de inclusão. **Conclusão:** Observou-se elevada prevalência de problemas do sono em população adulta, as mulheres foram as mais afetadas. Evidencia-se a necessidade da realização de estudos que tenham como objetivo estimar a prevalência e investigar fatores associados aos problemas do sono em adultos.

DESCRITORES: Transtornos do Sono-Vigília; Estudos Transversais; Adulto; Prevalência; Revisão Sistemática.

INTRODUÇÃO

O sono é um processo fisiológico, complexo, ocorre por processos ativos e organizados, sendo considerado fundamental na vida do ser humano por ser um restaurador físico e mental, permite prosseguir com as atividades do dia a dia^(1,2,3). Em contrapartida, a privação do sono tem elevado potencial de ocasionar alterações comportamentais e fisiológicas que podem colocar a vida em perigo⁽⁴⁾. Estudos apontam que no decorrer dos últimos anos, tem sido percebida uma considerável diminuição do tempo do sono na população adulta⁽⁵⁾, simultaneamente a este fato, observa-se uma diminuição na qualidade do sono⁽⁶⁾.

Os problemas relacionados ao sono frequentemente encontrados na literatura são dificuldades para iniciar e manter o sono, ocasionando uma série de consequências na vida das pessoas. Em adultos, observa-se queixas como, cansaço físico e mental, fadiga, falha de memória, redução da atenção e capacidade de concentração, além da possibilidade de uso abusivo de drogas lícitas, como álcool, cigarro e drogas ilícitas como maconha, cocaína, entre outras^(7,8,9).

Um estudo transversal de base populacional avaliou problemas do sono em adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em oito distritos rurais da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Os problemas do sono foram medidos pelo *Mini-Sleep Questionnaire* (MSQ) que varia em uma escala de 10 a 70 pontos e quanto maior a pontuação, maiores os problemas do sono, o principal resultado evidenciado foi uma média obtida para problemas do sono de 29,4 pontos (IC95% 28,7 a 30,1). Após análise ajustada, as seguintes variáveis foram identificadas como fatores associados com os problemas do sono: sexo feminino, idade maior ou igual a 40 anos, menor escolaridade, sintomas depressivos, envenenamento por pesticidas e pior qualidade de vida⁽⁹⁾. A prevalência encontrada foi superior a observada em estudos que abordaram esse tema em populações adultas^(5,10,11).

É importante compreender os problemas do sono, tendo em vista que são frequentes na população geral e podem ser manifestados por vários sintomas influenciando na qualidade de vida, entre os principais problemas, destacam-se na literatura: a insônia, que geralmente é a principal queixa, sonolência excessiva diurna, dificuldade para dormir ou acordar no dia seguinte, má qualidade do sono, mudança no comportamento, mau humor, entre outros^(12,13).

Ademais, um estado inadequado do sono está associado com fatores biológicos, ambientais e sobretudo ao estilo de vida e a riscos importantes para a saúde. As pessoas muitas vezes subestimam as consequências individuais e coletivas dos problemas do sono,

que podem incluir doenças, riscos de acidentes, custos indiretos elevados, como por exemplo, absenteísmo ao trabalho ou custos diretos elevados como utilização de serviços médicos. É importante estar atento pois, os problemas do sono poderão representar uma oportunidade para as pessoas, instituições e comunidades buscarem melhorias para qualidade de vida, promovendo a saúde com redução dos riscos e gastos com o adoecimento, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade e câncer⁽⁵⁾.

O sono inadequado é considerado importante problema de saúde pública, o que pode gerar impactos negativos nos níveis individual e coletivo, observado rapidamente de acordo com as queixas e mudanças comportamentais, tais como: comprometimento cognitivo, alterações do peso, sonolência diurna, distúrbios emocionais, alterações no metabolismo da glicose, no sistema cardiovascular, reprodutivo, imunológico e inflamatório e, no ciclo circadiano. Cabe destacar que no âmbito coletivo, a privação do sono poderá aumentar a probabilidade de acidentes de trânsito, laborais e afetando o desempenho e produtividade no trabalho⁽¹⁴⁾.

É evidente uma preocupação com os problemas do sono atualmente, no entanto, ainda existe lacuna sobre o conhecimento desses problemas na população adulta, por isso, é importante a realização de estudos científicos que visem estimar a prevalência e os fatores associados aos problemas do sono, com o propósito de contribuir para a elaboração de estratégias com objetivo de minimizar esse problema.

Assim, considerando-se ainda que, diversos fatores podem estar associados aos problemas do sono na população adulta e que sua prevalência pode ser elevada e ter o potencial de provocar inúmeras consequências negativas para a saúde física, mental e social das pessoas, o que pode gerar um gasto elevado para o sistema de saúde, o objetivo deste estudo é descrever a produção científica sobre prevalência e fatores associados aos problemas do sono em adultos, por meio de uma revisão sistemática.

MÉTODOS

Revisão sistemática (RS) elaborada de acordo com as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*⁽¹⁵⁾, conduzida entre os meses de dezembro de 2021 a abril de 2022, por meio de um protocolo construído pelos autores, com registro de todas as fases da revisão, para acesso dos pesquisadores na condução independente, de modo imparcial, para a tomada de decisão, durante a busca de evidências científicas sobre o tema. O protocolo do estudo foi submetido na plataforma *International*

Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO), autorizado sob registro CRD42020218850.

A prática baseada em evidências propõe que pesquisas sobre problemas de saúde sejam organizadas, utilizando-se o acrônimo PECO, que representa a população, intervenção/interesse, comparação/contexto e desfecho, como organização da estratégia para a construção da pergunta de pesquisa e busca das evidências científicas⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, utilizou-se para a formulação da pergunta: P – População adulta; E – características individuais, hábitos de vida, trabalho, comorbidades; C – não se aplica; O – resultado da prevalência de problemas do sono medidos pelo MSQ. Assim, a pergunta desta pesquisa consiste em compreender, qual a prevalência e fatores associados aos problemas do sono em população adulta? Os critérios de inclusão estabelecidos foram: estudos primários cujo delineamento fosse transversal, que avaliassem problemas do sono em população adulta com o instrumento para triagem *Mini-Sleep Questionnaire*. Foram excluídos: artigos que utilizaram o mesmo banco de dados de outro estudo já avaliado, além dos que não apresentaram ou não foi possível calcular a prevalência de problemas do sono. Não foram avaliadas teses; cartilhas; dissertações; monografias; artigos qualitativos; resumos; livros; cartas; publicações em anais; editoriais porque a RS tem o objetivo de reunir e avaliar criticamente os resultados de estudos primários.

A busca foi realizada por meio do portal de periódicos CAPES/MEC (*acesso CAFE*) dos estudos primários nas bases de dados: *Pubmed*; *Web of Science*; *Lilacs*; *Cinahl*; *Scopus*. inicialmente foi realizado o procedimento de criação da principal estratégia de busca de acordo com Descritores da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) e utilização de operadores booleanos em cada base de dados, por dois pesquisadores independentes, direcionados pelos descritores e palavra-chave no idioma inglês: “Transtornos do Sono-Vigília”, “Estudos Transversais”, “Adulto” e sinônimos.

Além disso, foi adicionada a palavra-chave “*Mini-Sleep Questionnaire*”, instrumento indireto amplamente utilizado para avaliar problemas do sono. Vale ressaltar que se optou pela escolha de apenas um instrumento porque a comparação entre os estudos poderia ser comprometida entre as diversas realidades investigadas e buscou-se realizar adaptação de acordo a cada base de dados. Cabe destacar que, este instrumento avalia de maneira mais genérica os aspectos que refletem o padrão de sono, bem como a frequência com que tais fatos ocorrem. O escore total da escala pode variar de 0 a 60, a pontuação total na escala permite a classificação do padrão de sono entre: sono muito bom (0 a 9 pontos), sono bom (10

a 24), sono levemente alterado (25 a 27), sono moderadamente alterado (28 a 30), e sono muito alterado (acima de 30)⁽¹⁷⁾.

Para a realização de todos os procedimentos relacionados a estratégia principal, para que fosse considerada adequada, utilizou-se o checklist *Peer Review of Electronic Search Strategies* (PRESS)⁽¹⁸⁾, uma diretriz de prática baseada em evidências para a revisão por pares de estratégias de pesquisa eletrônica. Também, foi realizada uma pesquisa no *Google Acadêmico* com a principal estratégia. A primeira busca foi realizada em dezembro de 2021 e atualizada em abril de 2022. Ao final, foram analisadas todas as referências encontradas nos artigos incluídos nesta RS.

Para a triagem, seleção e extração dos dados utilizou-se o sistema *Rayyan*, aplicativo gratuito, disponível *online*, desenvolvido pelo *Qatar Computing Research Institute* (QCRI)⁽¹⁹⁾. Inicialmente realizou-se a remoção dos estudos duplicados, dois revisores de forma independente selecionaram os artigos por título e resumo, de acordo com os critérios de elegibilidade definidos em protocolo, posteriormente, por meio do *Rayyan* foi possível confrontar todas as informações coletadas pelos revisores. Em seguida, também de forma independente, foram lidos na íntegra, todos os artigos selecionados pelos dois revisores, os demais pesquisadores analisaram possíveis divergências em todas as etapas.

Os estudos lidos na íntegra que não preenchiam os critérios de validade foram apenas citados, com as devidas justificativas para a inclusão ou exclusão. Os seguintes dados foram extraídos dos estudos incluídos: autores, título no idioma disponível, objetivo principal, ano de publicação, local do estudo e a inclusão do desfecho pesquisado (problemas do sono), informando o resultado da prevalência e os pontos de classificação para problemas do sono medidos pelo MSQ, e posteriormente, realizou-se a descrição das características sociodemográficas e hábitos de vida da população pesquisada nos estudos.

Não foi possível realizar uma metanálise dos dados, pois foi observada uma heterogeneidade entre os estudos incluídos, e pode-se inferir que são relativas aos fatores de medidas de desfecho, os pontos de classificação para a escala do instrumento utilizado pelos autores e as diferenças entre as idades e regionais, entre outras.

Este estudo avaliou o que tem sido encontrado em estudos empíricos sobre a prevalência de problemas do sono em adultos, medidos pelo *Mini-Sleep Questionnaire*, que é uma ferramenta de autorrelato da qualidade do sono atual. Esta pesquisa resultou em 1.829 artigos selecionados a partir das seguintes bases de dados: *Web of Science* (1.643 artigos); *Lilacs* (58 artigos); *Cinahl* (82); *Scopus* (9 artigos); *Pubmed* (37 artigos), destes, foram

excluídos 86 artigos duplicados. Posteriormente, realizou-se uma busca com a estratégia principal sem filtros no *Google Acadêmico* (116 artigos).

Inicialmente, procedeu-se a leitura dos títulos e resumos dos 1.829 artigos das bases de dados e 116 artigos do *Google Acadêmico*, desta análise, foram selecionados para leitura de texto completa (140 artigos). Estas informações foram descritas com as justificativas necessárias para inclusão ou exclusão (arquivo suplementar). Finalmente, 08 artigos publicados entre 2009 e 2021 foram considerados elegíveis (fluxograma PRISMA) (**Figura 1**).

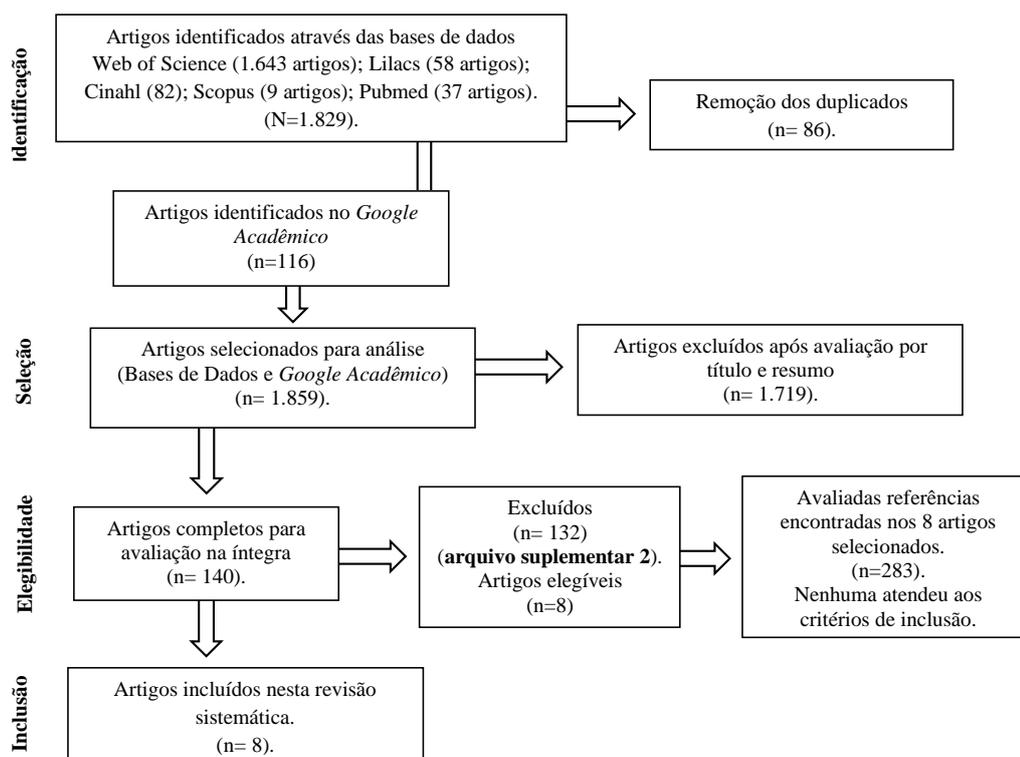


Figura 1. Fluxograma da elegibilidade dos trabalhos encontrados conforme recomendações PRISMA. Page et al⁽¹⁵⁾. Fonte: Autores (2022).

Com relação aos participantes incluídos nos estudos de maneira geral a maioria era mulher, com idade média em torno de 21 a 60 anos, apenas dois estudos relataram estado civil e prática de atividade física, somente um estudo relatou sobre transtorno relacionado ao uso de bebida alcoólica, tabagismo e presença de filhos, quatro informaram escolaridade.

Na apresentação da caracterização dos estudos incluídos, verificou-se que todos foram pesquisas realizadas no Brasil entre os anos de 2009 e 2021, embora os autores não tenham delimitado país e idioma, apenas estudos brasileiros atenderam aos critérios de inclusão.

Dentre os 08 artigos selecionados observou-se variações de 7% e 93% na prevalência de problemas do sono, entre as populações adultas estudadas (**Quadro 1**).

Quadro 1. Caracterização e resultados da prevalência de problemas do sono em pessoas adultas dos estudos incluídos na Revisão Sistemática.

Autor	Título	Objetivo principal	Ano de publicação	Estado	Prevalência de problemas do sono (MSQ)	Pontos de classificação da escala para problema do sono
Castro; Daltro ⁽²⁰⁾	<i>Sleep patterns and symptoms of anxiety and depression in patients with chronic pain</i>	Avaliar os padrões de sono e a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica.	2009	Bahia	93,0% ‡	≥ 25 pontos, alteração do sono.
Oliveira et al ^{(21)†}	<i>Relations between sleep patterns, perceived health and socioeconomic variables in a sample of community resident elders: PENSA Study.</i>	Observar a relação entre alterações do sono associadas à idade, sintomas de insônia, sintomas de apneia e sintomas de parassonias com variáveis socioeconômicas e saúde autopercebida.	2010	Minas Gerais	7,0% ‡	≥ 35 pontos, alteração do sono.
Zanuto et al. 2014 ⁽²²⁾	<i>Sleep quality and its associations with leisure-time exercise and excess weight among civil servants.</i>	Analisar a associação entre qualidade do sono, prática de exercícios físicos no lazer e obesidade entre servidores públicos de uma universidade.	2014	São Paulo	53,8% 45,7% ♂ / 63,0% ♀	≥ 25 pontos, alteração do sono.
Pagnin et al ⁽²³⁾	<i>Influence of burnout and sleep difficulties on the quality of life among medical students.</i>	Avaliar a influência das dimensões de burnout e as dificuldades do sono na qualidade de vida entre os alunos da faculdade de medicina.	2015	Rio de Janeiro	69,4% ‡	≥ 25 pontos, alteração do sono.
Zanuto et al. 2015 ⁽⁸⁾	<i>Sleep disturbances in adults in a city of Sao Paulo State.</i>	Analisar a ocorrência de distúrbios relacionados ao sono entre adultos de Presidente Prudente, São Paulo.	2015	São Paulo	46,7% 38,2% ♂ / 52,1% ♀	≥ 25 pontos, alteração do sono.
Silva et al ⁽²⁴⁾	<i>Sleep pattern, obesity and healthcare expenditures in Brazilian adults.</i>	Analisar a relação entre padrão de sono e gastos com saúde em adultos.	2019	São Paulo	64,9% ‡	≥ 25 pontos, alteração do sono.
Freitas et al ⁽²⁵⁾	<i>Sleep quality and associated factors among professors.</i>	Estimar a prevalência e os fatores associados à má qualidade do sono entre professores de uma universidade pública do estado da Bahia, Brasil.	2021	Bahia	61,3% 56,7% ♂ / 65,0% ♀	≥ 28 a 70 pontos
Canhin et al ⁽²⁶⁾	<i>Physical activity across life stages and sleep quality in adulthood-an epidemiological study.</i>	Analisar a associação entre a atividade física contínua em diferentes estágios de vida com qualidade de sono em adultos.	2021	São Paulo	61,9% ‡	≥ 25 pontos, alteração do sono.

Fonte: Autores (2022).

†Os autores optaram por trabalhar com seis pontos por orientação estatística (a escala possui sete pontos – tipo *likert*), a partir da aglutinação dos pontos de intensidade “com frequência” e “muita frequência”, dando a este novo ponto da escala a denominação “frequentemente”.

‡Não separou por gênero.

A partir dos dados apresentados evidenciou-se que, a prevalência dos problemas do sono foi alta na maioria dos estudos e que afetam homens e mulheres, entretanto, percebe-se nas pesquisas que estudaram os resultados por gênero, a prevalência apresenta-se mais elevada nas mulheres. Com relação a pontuação do *Mini-Sleep Questionnaire* para identificação de problemas do sono, um estudo adotou como ponto de corte para identificação de problemas do sono, uma pontuação igual ou superior a 35 pontos (≥ 35)⁽²¹⁾, outro classificou problemas do sono para uma pontuação entre 28 e 70 pontos⁽²⁵⁾ e os demais, uma pontuação maior e igual a 25 pontos (≥ 25).

De forma geral, com relação às características sociodemográficas e hábitos de vida da população dos estudos incluídos nesta RS, a maioria não relatou informações importantes sobre particularidades da amostra, em uma sociedade de grandes disparidades como a do Brasil, tais informações são de extrema relevância na identificação de possíveis fatores associados aos problemas de saúde em geral (**Quadro 2**).

Quadro 2. Características sociodemográficas e hábitos de vida da população dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Artigo	N	Sexo		Idade (anos)	Estado Civil		Filhos		Educação (anos completos) (%)		Prática de atividade física		Transtorno com o uso de álcool		Tabagismo	
		M	F	Média	Com companheiro	Sem companheiro	S	N	0-8 anos	9 anos ou mais	S	N	S	N	S	N
		n/ (%)		(±DP) †	n	N	(n)/ (%)				%		%		%	
Castro; Daltro ⁽²⁰⁾	400	331 (82,8)	69 (17,2)	45,6± (11,4)	††	††	††	††	22,3	77,7	††	††	††	††	††	††
Oliveira et al ⁽²¹⁾	158	44 (28)	114 (72)	≥60	80	78	††	††	53	47	††	††	††	††	††	††
Zanuto et al. 2014 ⁽²²⁾	92	46 (50)	46 (50)	42,7 (11,1)	††	††	††	††	††	††	75‡	25‡	65,3§	34,7§	14,1	85,9
Pagnin et al ⁽²³⁾	193	89 (46)	104 (54)	21,42 (2,41)	††	††	††	††	††	100	††	††	††	††	††	††
Zanuto et al. 2015 ⁽⁸⁾	743	††	††	49,9 (17,3)	††	††	††	††	38,2	61,8	††	††	††	††	††	††
Silva et al ⁽²⁴⁾	168	52 (31)	116 (69)	63,8 (8,6)	††	††	††	††	††	††	6,4 média	††	††	††	††	††
Freitas et al ⁽²⁵⁾	423	203 (48,0)	220 (52,0)	25-46	216	207	70,3	29,7	††	100	††	††	††	††	††	††
Canhin et al ⁽²⁶⁾	843	329 (38,3)	514 (61,7)	56,6 (18,3)	††	††	††	††	††	††	26,7	73,3	††	††	††	††
Total§§ (N/n/%)	3.020	1.094	1.183	§§	296	285	70,3	29,7	113,5	386,5	§§	§§	65,3	34,7	14,1	85,9

Fonte: Autores (2022).

†DP= Desvio padrão.

‡A prática de atividade física foi avaliada pelo *Baecke Physical Activity Questionnaire*, validado para população brasileira por Florindo; Latorre; Jaime, et al., 2004.

§Consumo do álcool pelo menos uma vez por semana.

††Excluídos dados ignorados.

§§Resultados apresentados em médias, categorizadas ou porcentagem, não foi possível calcular para padronizar.

Embora os autores dos estudos incluídos tenham utilizado o mesmo instrumento para medir problemas de sono em população adulta, nesta revisão, evidenciou-se uma heterogeneidade extrema de $I^2=97,16\%$ (IC95% para $I^2=95,96—98,00$). Pode-se inferir que algumas informações não foram claramente relatadas nos estudos.

Autores apontam que uma inconsistência pode ocorrer por três razões: (1) heterogeneidade clínica entre os estudos, quando os resultados mudam de acordo com a população (redução da prevalência, por exemplo, pela diferença de idade ou perfil dos pacientes), a intervenção no momento da entrevista (momento vivenciado ou entrevista realizada em ambientes diferentes) ou o desfecho (diferentes definições para o instrumento utilizado), (2) heterogeneidade metodológica entre os estudos que adotaram diferentes maneiras de alocação dos participantes da pesquisa, por exemplo; ou (3) devido ao acaso⁽²⁷⁾.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Nesta etapa, a avaliação da qualidade da evidência também foi realizada por dois revisores, em caso de divergências, solicitava-se avaliação do terceiro examinador considerado o mais experiente sobre o tema. Para avaliação dos estudos transversais incluídos nesta RS, foi utilizada a Escala de *Newcastle - Ottawa* (NOS) modificada para estudos transversais. Esta escala surgiu de uma colaboração entre as Universidades de Newcastle (Austrália) e Ottawa (Canadá) cujo objetivo foi desenvolver uma ferramenta simples e fácil para a verificação e categorização de estudos não randomizados, incluídos em revisões sistemáticas quanto à sua qualidade⁽²⁸⁾.

A Escala de Avaliação da Qualidade de *Newcastle-Ottawa* foi adaptada para avaliação de estudos transversais a partir da revisão sistemática, “*Exposure to second-hand smoke and the risk of tuberculosis in children and adults: systematic review and a meta-analysis of 18 observational studies*”⁽²⁹⁾, que passou a ser utilizada em estudos que apresentam a necessidade deste tipo de avaliação.

A Escala *Newcastle-Ottawa* foi usada para avaliar a qualidade de cada estudo incluído, isso inclui seis itens para avaliação da qualidade, incluindo 'seleção', 'comparabilidade' e 'resultado', cada um recebe uma estrela, exceto o item de comparabilidade em que a pontuação varia de 0 a 2 estrelas. De acordo com o padrão de pontuação da NOS, estudos transversais podem ser classificados como de baixa qualidade (0-4 estrelas), de qualidade moderada (5-6 estrelas) e de alta qualidade (pontuações ≥ 7 estrelas). Com relação às principais vantagens desta escala, é fácil de ser aplicada e amplamente conhecida, já com relação a principal

desvantagem, não tem implicações sobre o grau da evidência científica⁽²⁸⁾. O risco de viés dos estudos incluídos é apresentado no **Quadro 3**.

Quadro 3. Avaliação da qualidade de estudos observacionais sobre problemas do sono em população adulta geral com base na Escala de *Newcastle-Ottawa* (NOS), adaptada para estudos transversais.

Estudos	Critérios de seleção			Comparabilidade Os sujeitos em diferentes grupos de resultados são comparáveis†	Resultado		Escore total ≥7 estrelas‡
	Representatividade da amostra	Não-respondentes	Determinação da exposição		Avaliação do desfecho	Teste estatístico	
Castro; Dalro ⁽²⁰⁾	★	NA††	★	★	★	★	5 estrelas
Oliveira et al ⁽²¹⁾ §	★★★	★	★	NA††	★	★	6 estrelas
Zanuto et al. 2014 ⁽²²⁾	★	NA††	★	★	★	★	5 estrelas
Pagnin et al ⁽²³⁾	★★★	★	★	★	★	★	7 estrelas
Zanuto et al. 2015 ⁽⁸⁾	★★★	★	★	★	★	★	7 estrelas
Silva et al ⁽²⁴⁾	★★★	★	★	★★★	★	★	8 estrelas
Freitas et al ⁽²⁵⁾	★★★	★	★	★★★	★	★	8 estrelas
Canhin et al ⁽²⁶⁾	★★★	★	★	★★★	★	★	8 estrelas

†Com base no desenho ou análise do estudo e avaliação dos fatores de confusão.

‡Quanto maior a quantidade de estrelas, menor risco de viés.

§Corte transversal realizado a partir de uma subamostra (n = 158) do estudo PENSA (n= 956 idosos).

††NA – Não Avaliado.

Dos oito estudos transversais sobre problemas do sono incluídos nesta RS, a avaliação da qualidade variou de moderada a alta. Três estudos foram considerados com qualidade moderada, cinco foram considerados de qualidade alta, apontados com baixo risco de viés. Os critérios adotados para classificar os estudos transversais foram os utilizados por Wang et al⁽³⁰⁾ (2017), que consideram escores de baixa qualidade (0-4 estrelas), escores de qualidade moderada (5-6 estrelas) e escores de alta qualidade (≥7 estrelas). O objetivo desta avaliação não foi retirar os estudos, mas classificar quanto a sua qualidade.

DISCUSSÃO

A população total foi de 3.020, com 1.183 mulheres e 1.094 homens. De acordo com os critérios de inclusão, todos os estudos utilizaram o *Mini Sleep Questionnaire* para definir problemas do sono. A partir dos resultados encontrados observou-se que a quantidade de estudos realizados sobre problemas do sono em população adulta ainda é pouco expressiva,

apesar de ser um problema considerado de grande relevância e que pode ocasionar sérias consequências na vida do indivíduo acometido.

Os resultados dos estudos transversais apresentam evidências de que não há consenso entre os pesquisadores sobre a utilização do instrumento utilizado para medir problemas do sono em pessoas adultas, embora a maioria tenha utilizado o que é preconizado como pontuação de corte de acordo com a validação brasileira, acima de 24 pontos⁽⁸⁾, percebe-se que alguns autores realizam a opção de dicotomizar o ponto de corte e identificar os mesmos, como sono bom ou ruim^(21, 25). Esse procedimento, dificulta a realização de uma metanálise, pois interfere na comparação entre os resultados encontrados nos estudos selecionados.

Evidenciou-se nos estudos empíricos que a prevalência de problemas do sono variou entre 7% e 93%, foi mais prevalente no sexo feminino, podendo ser observado nos estudos que comparam os resultados entre os gêneros. A literatura aponta diferenças de gênero para inúmeros problemas de saúde, autores sugerem que as causas destes problemas entre as mulheres estão relacionadas, à influência da variação hormonal e fisiológica do organismo feminino, além de estar associado ao modo de viver, tais como, hábitos de vida, estresse associado ao ritmo e pressão no trabalho e em muitos casos estas desempenham dupla função de mãe/dona de casa e profissional^(10,31,32).

Em uma pesquisa nacional de saúde realizada no Brasil, foi verificada com mais frequência a ocorrência de problemas do sono em “Mais da metade dos dias” entre as mulheres (18,2%) comparada aos homens (11,2%), verificou-se que com o aumento da idade os problemas também tendem a aumentar (40-59 anos: 17,6%, 60 anos ou mais: 19,3%)⁽³²⁾. Uma hipótese para este achado é que as mulheres estão expostas, em sua maioria, a diversos fatores estressantes evidenciados pelo excesso de atividades relacionadas ao trabalho e domésticas. Estudos constatam, em geral, maior prevalência de maus dormidores entre as mulheres, por serem mais susceptíveis a problemas do sono devido às alterações hormonais, a exemplo, das mudanças relacionadas ao ciclo menstrual, gravidez e menopausa^(33,34).

Em um estudo realizado com finlandeses sobre as diferenças sociodemográficas e socioeconômicas na duração do sono e sintomas relacionados à insônia em adultos, foi verificado que, embora a maior prevalência de sintomas relacionados à insônia tenha ocorrido entre as mulheres, a padronização sociodemográfica do sono foi semelhante entre os sexos, no entanto, um exame mais detalhado das diferenças de gênero não foi viável, de acordo com os autores, os múltiplos determinantes sociais não interferem diretamente nas interações relacionadas ao gênero, a duração do sono e sintomas relacionados à insônia foram semelhantes tanto para mulheres quanto para homens⁽³⁵⁾.

Com relação a idade, nas pesquisas empíricas incluídas, foi observado no trabalho de Oliveira et al⁽²¹⁾ (2010) que estudou apenas idosos, a menor prevalência de problemas do sono (7%), em comparação, os resultados encontrados na pesquisa de Pagnin et al⁽²³⁾ (2015), com jovens (idade média em torno de 21 anos), observou-se uma prevalência de 53,8%. A literatura aponta que, normalmente os idosos são mais afetados por alterações no padrão do sono, fazendo parte do processo normal de envelhecimento com a redução da necessidade do tempo ou dificuldade para iniciar o sono⁽³⁶⁾), porém os resultados observados nos estudos selecionados, apontaram o inverso.

Foi observado que, a maioria dos estudos incluídos demonstraram elevada prevalência de problemas do sono em indivíduos com idade entre 21 a 56 anos em média, a literatura evidencia que, queixas relacionadas ao sono apresentam uma maior probabilidade de aumentar com a idade, no entanto são mais prevalentes em indivíduos com idade entre 35 e 44 anos, pode-se inferir que esta faixa etária representa uma população que está economicamente ativa, muitas vezes estudando e trabalhando, há a possibilidade de estar relacionado com a vida atual de multitarefas, em que os indivíduos trabalham e estudam e muitas vezes necessitam cuidar de suas casas, dessa forma, revelando uma associação entre trabalho, estudo e atividades domésticas aos problemas do sono^(8,22,23,25,26,37).

A situação conjugal foi informada em apenas dois estudos, os resultados evidenciam que aproximadamente metade da amostra possuíam companheiro. Na pesquisa realizada por Freitas et al⁽²⁵⁾ (2021), 68% das pessoas entrevistadas que não tinham companheiro, relataram qualidade do sono ruim, já no estudo de Oliveira et al⁽²¹⁾ (2010), quando avaliada a relação entre ter ou não ter companheiro e a prevalência de problemas do sono, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes.

Um estudo realizado na cidade de Campinas em São Paulo observou que, indivíduos sem a presença de companheiro, especialmente, separado/divorciado (39,8%) e viúvo (31,1%), apresentaram prevalências mais elevadas de problemas relacionados ao sono, fato que pode ser relacionado a solidão, insegurança, redução das atividades ou até problemas de saúde⁽³⁸⁾.

Um estudo que analisou a associação entre sono e fatores sociodemográficos e socioeconômicos, evidenciou que, o sono mais curto e os sintomas referentes à insônia são mais prevalentes entre os divorciados e separados em comparação com os adultos casados. Além disso, observou-se que, não ter filhos, ter baixa escolaridade, baixa renda, estar desempregado e ser aposentado por invalidez estavam associados a sintomas frequentes relacionados ao sono ruim⁽³⁵⁾. Nesta RS observou-se que ter filhos, escolaridade, prática de

atividade física e transtornos relacionados ao uso de bebida alcoólica e tabagismo, não foram avaliados pela maioria dos estudos.

No Brasil, em um estudo realizado para investigar os impactos de fatores socioeconômicos e problemas do sono, revelou alta prevalência de queixas do sono em uma amostra da população brasileira, sugerindo que este problema pode ser notadamente frequente, com uma possível associação com a situação socioeconômica dos entrevistados⁽³⁹⁾. Pesquisadores corroboram que fatores sociodemográficos e socioeconômicos podem estar associados aos problemas do sono, como duração e qualidade, por exemplo ^(32,35,40) É importante salientar que, são necessárias abordagens amplas ao longo da vida, com o objetivo de esclarecer os determinantes sociais que podem influenciar no sono.

Apenas dois estudos incluídos apresentaram a prevalência de atividade física e um apresentou informações relacionadas ao transtorno com o uso de álcool e tabagismo entre os entrevistados. Pesquisas revelam que, o estilo de vida é um fator determinante e que a ausência de hábitos saudáveis pode afetar de maneira negativa à saúde, sobretudo com relação ao que se pode controlar, a saber, o hábito de fumar, ingestão de bebidas alcoólicas, comportamentos sedentários, fatores que podem elevar o estresse, apresentando efeito negativo sobre o sono. Em contrapartida, cabe destacar que os fatores positivos encontrados na literatura são: alimentação saudável, atividade física regular que contribuem para a prevenção e o controle de diversas enfermidades^(22,23,26,41).

É importante salientar algumas limitações, a primeira refere-se ao delineamento dos estudos incluídos, de corte transversal, o que impossibilita definir uma sequência temporal entre exposição e desfecho, além da dificuldade em avaliar os fatores que levaram o indivíduo a ter qualidade do sono ruim, além de não captar exatamente os fatos que antecederam a este evento.

A mensuração da qualidade do sono por meio de respostas autorreferidas pode ser um fator limitante para a interpretação dos resultados, entretanto, o *Mini Sleep Questionnaire* é um instrumento importante, validado no Brasil, utilizado em populações urbanas e que apresenta boa confiabilidade, além do baixo custo em sua utilização e possibilidade de captar uma quantidade expressiva de pessoas, com o objetivo de estimar a prevalência de problemas do sono, agravo que tem afetado significativamente a vida das pessoas.

Neste estudo, foi construído material suplementar com a estratégia de busca, bem como sobre as informações dos artigos lidos na íntegra, com explicação para inclusão ou exclusão, buscando conduzir de maneira transparente, imparcial e permitindo a sua reprodutividade, informando todo o processo metodológico que é exigido para revisões

sistemáticas, com todas as etapas seguidas de maneira rigorosa tendo em vista a possibilidade de atualização em estudos futuros.

Em suma, os resultados presentes nos estudos incluídos nesta revisão sistemática certificam a importância da inclusão em estudos epidemiológicos de informações sociodemográficas, sobre hábitos de vida, bem como, a padronização na utilização dos instrumentos utilizados. Não temos evidências suficientes para afirmar que este instrumento seja bom ou ruim, mas é necessário que os pesquisadores ao pensarem em estudos primários, observem todas as variáveis que podem interferir no tema de saúde estudado e busquem realizar um delineamento claro, com o objetivo de reduzir o risco de viés, compreender que qualquer estudo pode estar susceptível a vieses na sua condução e análise, entretanto, estes não devem comprometer a qualidade dos estudos empíricos, conseqüentemente futuras compilações de resultados, por exemplo, por meio de revisões sistemáticas e metanálises.

CONCLUSÃO

Embora não fosse delimitado país ou idioma, apenas estudos brasileiros foram elegíveis de acordo com os critérios de inclusão, nos oito estudos selecionados observou-se elevada prevalência de problemas do sono em população adulta e que estes podem influenciar na qualidade de vida dos indivíduos estudados. Constata-se que o quantitativo de estudos sobre a temática ainda é limitado e, em sua maioria, apresentam baixo nível de evidência, contudo, torna-se necessária uma reflexão e exploração de fatores mais específicos que interferem na percepção de uma qualidade do sono considerada ruim.

Medidas que visem a prevenção e detecção rápida dos problemas relacionados ao sono, bem como fornecimento de suporte adequado quando identificado, são necessárias para melhorar a qualidade de vida da população, bem como para o enfrentamento dos problemas cotidianos e manutenção da saúde mental desses indivíduos. Atenção especial deve ser ofertada às pessoas mais susceptíveis ao desenvolvimento de problemas do sono, tais como, mulheres, idosos, e as que apresentam comportamentos inadequados relacionados aos hábitos de vida. Os resultados desta revisão sugerem a necessidade da realização de estudos que tenham como objetivo estimar a prevalência e investigar fatores associados aos problemas do sono em adultos.

REFERÊNCIAS

1. Ong AD, Kim S, Young S, Steptoe A. Positive affect and sleep: a systematic review. *Sleep Med Rev* [Internet]. 2017 [acesso em 09 dez 2021]; 35:21-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2016.07.006>.
2. Lo K, Woo B, Wong M, Tam W. Subjective sleep quality, blood pressure, and hypertension: a meta-analysis. *J Clin Hypertens (Greenwich)* [Internet]. 2018 [acesso em 08 nov 2021]; 20:592-605. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jch.13220>.
3. Lima MG, Barros MBA, Ceolim MF, Zancanella E, Cardoso TAMO. Sleep duration, health and well-being: a population-based study. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2018 [acesso em 08 nov 2021];52:82. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000602>.
4. Medic G, Wille M, Hemels MEH. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nat Sci Sleep* [Internet]. 2017 [acesso em 03 jan 2022];9:151–161. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/NSS.S134864>.
5. Luyster FS, Strollo, PJJR, Zee PC, Walsh JK. A health imperative. *Sleep*. 2012 [acesso em 20 out 2022];1;35(6):727–734. Disponível em: <https://doi.org/10.5665/sleep.1846>.
6. Santos SR, Bittencourt LR, Pires ML, Mello MT, Taddei JA, Benedito-Silva AA, et al. Increasing trends of sleep complaints in the city of Sao Paulo, Brazil. *Sleep Med*. 2010 [acesso em 20 out 2022];11(6):520-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.12.011>.
7. Daley M, Morin CM, Leblanc M, Grégoire JP, Savard J. The economic burden of insomnia: direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep*. 2009 [acesso em 09 jul 2020];32(1):55-64. Disponível em: <https://doi.org/10.5665/sleep/32.1.55>.
8. Zanuto EA, Lima MC, Araujo RG, Silva EP, Anzolin CC, Araujo MY, et al. Sleep disturbances in adults in a city of São Paulo state. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 [acesso em 02 jul 2020];18(1):42-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010004>.
9. Machado AKF, Wehrmeister FC, Wendt A. Sleep problems and associated factors in a rural population of a Southern Brazilian city. *Rev. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 05 nov 2020];52.1. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000260>.
10. Castro LS, Poyares D, Leger D, Bittencourt L, Tufik S. Objective prevalence of insomnia in the São Paulo, Brazil epidemiologic sleep study. *Ann Neurol*. 2013 [acesso em 05 nov 2020];74(4):537-546. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ana.23945>.
11. Siu YF, Chan S, Wong KM, Wong WS. The comorbidity of chronic pain and sleep disturbances in a Community adolescent sample: prevalence and association with sociodemographic and psychosocial factors. *Pain Med*. 2012 [acesso em 05 nov 2021];13(10):1292-1303. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01473.x>.

12. Giorelli AS, Santos PP, Carnaval T, Gomes MM. Sonolência excessiva diurna: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *Rev Bras Neurol.* 2012 [acesso em 02 out 2021];48(3):17-24. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2012/v48n3/a3209.pdf>.
13. Neves GSML, Macêdo F, Gomes MM. Transtornos do sono: atualização (1/2). *Rev Bras Neurol.* 2017 [acesso em 02 out 2021];53(3):19-30. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876873/rbn-533-3-transtornos-do-sono-1-2.pdf>.
14. Chattu VK, Sakhamuri SM, Kumar R, Spence DW, BaHammam AS, Pandi-Perumal SR. Insufficient Sleep Syndrome: Is It Time to Classify It as a Major Noncommunicable Disease? *Sleep Sci.* 2018[acesso em 02 out 2021];11(2): 56-64. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20180013>.
15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. O comunicado do PRISMA 2020: uma diretriz atualizada para relatórios de revisões sistemáticas. *International Journal of Surgery* 2021[acesso em 05 fev 2022]; 88:105906 Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2021.105906>.
16. Brasil. MS. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes Metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico. Brasília; 2014 [acesso em 02 out 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/ct/PDF/diretrizes_metodologias_estudos_observacionais.pdf.
17. Zomer J, Peled R, Rubin AH, Lavie P. Mini Sleep Questionnaire (MSQ) for screening large population for EDS complaints. In: Koella WP, Ruether E, Schulz H, ditors. *Sleep'84: proceedings of the 7. European Congress on Sleep Research*; 3-7 Sep 1984; Munich, Germany. Basel: Karger; (1985); 469-70.
18. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 [acesso em 05 fev 2022]. Guideline Statement. *J Clin Epidemiol.* 2016; 75:40–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>.
19. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev [Internet].* 2016[acesso em 05 dez 2021];5(1):1–10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.
20. Castro MMC, Daltro C. Sleep patterns and symptoms of anxiety and depression in patients with chronic pain. *Arq. Neuro-Psiquiatr [Internet].* 2009[acesso em 05 nov 2021]; 67(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2009000100007>.
21. Oliveira BHD, Yassuda MS, Cupertino APFB, Neri AL. Relations between sleep patterns, perceived health and socioeconomic variables in a sample of community resident elders – PENSEA Study. *Ciência & Saúde Coletiva [Internet].* 2010 [acesso em 05 dez 2021]; 15(3):851-860. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300028>.
22. Zanuto EAC, Christofaro DGD, Fernandes RA. Sleep quality and its associations with leisure-time exercise and excess weight among civil servants. *Rev. bras. cineantropom.*

- desempenho hum. [Internet]. 2014 [acesso em 05 mar 2022]; 16(1). Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2014v16n1p27>.
23. Pagnin D, Queiroz V. Influence of burnout and sleep difficulties on the quality of life among medical students. SpringerPlus. [Internet]. 2015 [acesso em 05 abr 2022]; 4:676. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40064-015-1477-6>.
24. Silva EP, Rocha APR, Araujo MYC, Turi BC, Fernandes RA, Codogno JS. Sleep pattern, obesity and healthcare expenditures in Brazilian adults. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2019 [acesso em 05 fev 2022]; 24(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.26972017>.
25. Freitas AMC, Araújo TM, Pinho PS, Sousa CC, Oliveira PCS, Souza FO. Sleep quality and associated factors among professors. Rev Bras Saude Ocup. [Internet]. 2021 [acesso em 05 jan 2022]; 46:e2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000018919>.
26. Canhin DS, Tebar WR, Scarabottolo CC, Silva GCR, Pinto RZ, Gobbo LA, Oliveira CBS, Christofaro DGD. Physical activity across life stages and sleep quality in adulthood – an epidemiological study. Sleep Medicine. [Internet]. 2021 [acesso em 12 jan 2022]; 83:34-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.04.035>.
27. Higgins JP, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. Stat Med. [Internet]. 2002 [acesso em 20 jan 2022];21(11):1539–1558. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/sim.1186>.
28. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, Tugwell P. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. [acesso em 01 abr 2022]. Disponível em: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp.
29. Patra J, Bhatia M, Suraweera W, Morris SK, Patra C, Gupta PC, Jha P. Exposure to Second-Hand Smoke and the Risk of Tuberculosis in Children and Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of 18 Observational Studies. Plos Med. [Internet]. 2015 [acesso em 09 abr 2022];12(6):1-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001835>.
30. Wang J, Su H, Xie W. Mobile Phone Use and The Risk of Headache: A Systematic Review and Meta-analysis of Cross-sectional Studies. Scientific Reports. [Internet]. 2017 [acesso em 10 abr 2022];7:12595. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-12802-9>.
31. Krishnan V, Collop NA. Gender differences in sleep disorders. Curr Opin Pulm Med. [Internet]. 2006 [acesso em 10 abr 2022];12(6):383-389. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.mcp.0000245705.69440.6a>.
32. Gajardo YZ, Ramos JN, Muraro AP, Moreira NF, Ferreira MG, Rodrigues PRM. Sleep-related problems and associated factors among the Brazilian population: National Health Survey, 2013. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2021 [acesso em 10 abr 2022];26(02). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.08412020>.

33. Baker FC, Wolfson AR, Lee KA. Association of sociodemographic, lifestyle and health factors with sleep quality and daytime sleepiness in women: findings from the 2007 National Sleep Foundation "Sleep in America Poll". *J Womens Health*. [Internet]. 2009 [acesso em 10 abr 2022];18(6):841-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0986>.
34. Hoefelmann LP, Lopes AS, Silva KS, Silva SG, Cabral LGA, Nahas MV. Lifestyle, self-reported morbidities, and poor sleep quality among Brazilian workers. *Sleep Medicine*. [Internet]. 2012 [acesso em 10 mar 2022];13(9):1198-201. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.05.009>.
35. Lallukka, T., Sares-Jäske, L., Kronholm, E., Sääksjärvi, K., Lundqvist, A., Partonen, T., Rahkonen, O., & Knekt, P. Diferenças sociodemográficas e socioeconômicas na duração do sono e sintomas relacionados à insônia em adultos finlandeses. *BMC saúde pública*. [Internet]. 2012 [acesso em 10 mar 2022];12: 565. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-565>.
36. Moraes W, Piovezan R, Poyares D, Bittencourt LR, Santos-Silva R, Tufik S. Effects of aging on sleep structure throughout adulthood: a population-based study. *Sleep Medicine*. [Internet]. 2014 [acesso em 15 mar 2022];15(4):401-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.11.791>.
37. Bittencourt LRA, Santos-Silva R, Taddei JA, Andersen ML, Mello MT, Tufik S. Sleep complaints in the adult Brazilian population: a national survey based on screening questions. *J Clin Sleep Med*. [Internet]. 2009 [acesso em 22 mar 2022];5(5):459-463. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2762719/>.
38. Barros MBA, Lima MG, Ceolim MF, Zancanella E, Cardoso TAMO. "Quality of Sleep, Health and Well-being in a Population-based Study." *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2019 [acesso em 15 mar 2022];53. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001067>.
39. Hirotsu C, Bittencourt L, Garbuio S, Andersen ML, Tufik S. Sleep complaints in the Brazilian population: Impact of socioeconomic factors. *Sleep Science*. [Internet]. 2014 [acesso em 15 dez 2021];7(3):135-142. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.slsci.2014.08.001>.
40. Grandner MA, Patel NP, Gehrman PR, Xie D, Sha D, Weaver T, Gooneratne N. Who gets the best sleep? Ethnic and socioeconomic factors related to sleep complaints. *Sleep Med*. [Internet]. 2010 [acesso em 22 mar 2022];11:470-478. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.10.006>.
41. Falavigna A, Bezerra MLS, Teles AR, Kleber FD, Velho MC, Steiner B, et al. Sleep disorders among undergraduate students in Southern Brazil. *Sleep and Breathing*. [Internet]. 2011 [acesso em 15 nov 2021];15:519-524. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11325-010-0396-6>.

5.2 Manuscrito 2. Problemas do sono em adultos assistidos pela estratégia de saúde da família

PROBLEMAS DO SONO EM ADULTOS ASSISTIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SLEEP PROBLEMS IN ADULTS ASSISTED IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência e investigar fatores associados aos problemas do sono em adultos cadastrados a Estratégia de Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia. **Métodos:** Estudo transversal, amostral, com 791 indivíduos, com idade igual ou superior a 18 anos, realizado entre os anos de 2017 e 2018. Os problemas de sono foram mensurados pelo *Mini Sleep Questionnaire*, questionário validado no Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana. **Resultados:** A prevalência de problemas de sono foi de 49,6%. Observou-se associação estatisticamente significativa entre não ter uma atividade de trabalho remunerada, não ter atividade de lazer, hábito de fumar, presença de doença crônica e autoavaliação negativa da saúde com os problemas do sono. **Conclusão:** Observou-se elevada prevalência de problemas de sono. Esses resultados podem contribuir para uma melhor compreensão dos problemas do sono na população adulta e assim, colaborar com a adoção de medidas mais eficazes para o enfrentamento desse problema.

Palavras-Chave: Transtornos do Sono-Vigília; Epidemiologia; Estudos Transversais; Adulto.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence and investigate factors associated with sleep problems in adults enrolled in the Family Health Strategy of Feira de Santana, Bahia. **Methods:** A cross-sectional, sample study with 791 individuals, aged 18 years or older, carried out between 2017 and 2018. Sleep problems were measured using the Mini Sleep Questionnaire, a questionnaire validated in Brazil. The study was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Feira de Santana. **Results:** The prevalence of sleep problems was 49.6%. There was a statistically significant association between not having a paid work activity, not having a leisure activity, smoking habit, presence of chronic disease and negative self-rated health with sleep problems. **Conclusion:** A high prevalence of sleep problems was observed. These results may contribute to a better understanding of sleep problems in the adult population and thus contribute to the adoption of more effective measures to face this problem.

Keywords: Sleep-Wake Disorders; Epidemiology; Cross-Sectional Studies; Adult.

Introdução

Nas últimas décadas, o estilo de vida adotado nas sociedades contemporâneas vem gerando efeitos prejudiciais ao sono dos indivíduos. Isso pode explicar parcialmente, as elevadas prevalências de problemas do sono que são encontradas em países com diferentes níveis de desenvolvimento econômico^{1,2}. Nos Estados Unidos, é estimado que entre 25% e 30% da população adulta seja acometida por algum problema do sono³. Em cidades localizadas no México e em alguns países da América do Sul (Uruguai, Chile e Venezuela), o ronco foi o problema do sono mais prevalente e esteve presente em mais da metade da população de com idade de 40 anos ou mais⁴.

Problemas do sono são reconhecidos como um relevante problema de saúde pública, tendo em vista as inúmeras consequências que podem causar ao bem-estar físico e mental dos indivíduos⁵⁻⁷. Dentre elas, encontram-se o aumento na ocorrência de cansaço, fadiga, falhas de memória, dificuldade de atenção e de concentração, doenças crônicas não transmissíveis e uso de substâncias como o álcool, tabaco e drogas ilícitas³. Ademais, os problemas do sono podem aumentar o risco de acidentes de trabalho e acidentes de trânsito³.

Estudo realizado em 132 cidades brasileiras observou em uma amostra constituída por indivíduos com idade igual ou superior a 16 anos, que 76% apresentaram ao menos um problema do sono, sendo os mais frequentes o sono insuficiente e o ronco⁶. Na cidade de São Paulo o problema do sono mais frequente entre adultos, foi a dificuldade de iniciar o sono, com prevalência de 25%⁷.

No Brasil, existem poucos estudos de base populacional que avaliaram esse tema, evidenciado uma lacuna no conhecimento científico nessa área. Resultados de pesquisas conduzidas em outros países não permitem extrapolação para a população brasileira, tendo em vista as características marcadamente distintas no que se refere ao ambiente, à qualidade de vida, ao trabalho e a outros comportamentos⁶.

Diante das altas prevalências de problemas do sono encontradas em alguns estudos internacionais, da existência de poucos estudos conduzidos sobre o tema no Brasil e do impacto desse problema sobre a saúde, o presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência e investigar fatores associados aos problemas do sono em adultos cadastrados a Estratégia de Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia.

Método

Realizou-se um estudo transversal, amostral, no município de Feira de Santana, segunda maior cidade do estado da Bahia e trigésima quarta do Brasil, com uma população estimada de 627.477 em 2017⁸. Feira de Santana apresentava em 2015, 90 equipes de Saúde da Família (eSF) com cobertura de aproximada de 60,0% da população⁹. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob processo número 49272015.0.0000.0053.

Para a seleção da amostra foi estabelecida uma prevalência de 25% de problemas do sono em população adulta⁶. Determinado um intervalo de confiança de 95% (IC95%) e um erro amostral de 4%. Foi considerado um efeito de desenho (DEFF = *design effect*) de 1,5 para corrigir o tamanho da amostra, levando-se em conta que a população foi proveniente de várias unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com essa correção, o tamanho da amostra foi definido em 680 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos ($450 \times 1,5=680$).

Em seguida, foram sorteadas 45 equipes de Saúde da Família (eSF) dentre as 90 cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), utilizou-se a técnica de amostragem aleatória simples, por conglomerado. Considerou-se que, cada ESF apresentava aproximadamente o mesmo número de microáreas, assim, realizou-se mais um sorteio para selecionar uma microárea de cada unidade.

Procedeu-se o sorteio de 16 famílias por microárea, logo após, foi sorteado para a participação na pesquisa, um indivíduo adulto de cada família que atendesse aos critérios de inclusão adotados, totalizando 720 pessoas ($16 \times 45 = 720$), ao final, houve o acréscimo de 71 indivíduos adultos, pertencentes às famílias sorteadas, pois, desejaram participar do estudo. Caso o indivíduo sorteado não fosse encontrado após duas visitas ou em caso de óbito, era realizada a substituição por outro indivíduo da mesma família, buscando-se manter a semelhança em relação à faixa etária e sexo. Eventualmente, se não fosse possível manter as características em relação à faixa etária e sexo, outro indivíduo era entrevistado. Consideradas recusas, os indivíduos que decidissem não participar após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) responsáveis pelas microáreas sorteadas, previamente treinados para a aplicação do instrumento por meio de um curso, com carga horária de 12 horas, desenvolvido e realizado pela equipe responsável pela pesquisa. Com o intuito de acompanhar a coleta e esclarecer

dúvidas que pudessem surgir após o treinamento, foi criado um grupo em um programa de mensagens instantâneas. A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2017 a fevereiro de 2018.

Com o objetivo de estimar o tempo necessário para aplicação do instrumento, bem como, a clareza e o entendimento do mesmo, foi realizado estudo-piloto em uma microárea pertencente a uma ESF não sorteada, do município de Feira de Santana, Bahia. A coleta de dados foi iniciada após os ajustes sugeridos pelo estudo-piloto.

Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento padronizado contendo questões que incluíam as características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, atividade de trabalho remunerada, renda familiar); hábitos de vida (tabagismo, uso de bebida alcoólica, realização de atividade física, realização de atividade de lazer); situação de saúde (morbidade referida e autoavaliação do estado de saúde); para mensurar os problemas do sono foi utilizado o “*Mini Sleep Questionnaire (MSQ)*”.

O *Mini Sleep Questionnaire*, foi padronizado e validado no Brasil¹⁰. Esse instrumento é composto por 10 perguntas, cada uma com sete possibilidades de resposta (nunca = 1; muito raramente = 2; raramente = 3; às vezes = 4; frequentemente = 5; muito frequentemente = 6; e sempre = 7). O escore varia de 10 a 70 pontos, esta pontuação na escala permite a classificação do padrão do sono entre: sono bom (10 a 24), sono levemente alterado (25 a 27), sono moderadamente alterado (28 a 30), e sono muito alterado (≥ 31), quanto maior a pontuação do escore, maior é o comprometimento do sono¹⁰.

O MSQ é constituído por duas subescalas, uma para medir a insônia (4 itens) e outra que avaliar a hipersonia (6 itens). Perguntas relacionadas à insônia incluem dificuldade em adormecer, despertar de madrugada e não voltar a dormir e uso de medicamentos hipnóticos; questões sobre hipersonia incluem sentir-se cansado ao acordar, adormecer durante o dia, sonolência diurna excessiva, dores de cabeça matinais, roncos e movimentos excessivos durante o sono. Nesse estudo o ponto de corte adotado para problemas do sono foi igual ou superior a 25 (≥ 25 pontos) no MSQ⁷.

As variáveis sociodemográficas avaliadas foram: sexo (masculino; feminino); idade, utilizou-se a mediana para categorizar (≥ 42 anos / < 42 anos); situação conjugal (Com Companheiro - casado, união estável; Sem Companheiro - solteiro, divorciado/separado/desquitado, viúvo); escolaridade em anos completos (Baixa Escolaridade – nunca foi a escola a ensino fundamental II completo ou 1º grau completo e Alta Escolaridade – ensino médio a superior completo); atividade de trabalho (remunerada - não; sim), renda média familiar mensal (\geq R\$ 937,00; $<$ R\$ 937,00) – valor do Salário-Mínimo

(SM) em 2017; As variáveis relacionadas aos hábitos de vida foram: uso de bebida alcoólica (não; sim), tabagismo (não - nunca fumou e ex-fumante; sim - fumante), atividade física (não; sim), atividade de lazer (não; sim) e as relacionadas a autoavaliação da saúde codificada para um resultado binário (positiva; negativa).

A presença de doenças crônicas também foi avaliada. Os participantes foram questionados: você possui diagnóstico médico para algum dos seguintes problemas? com opções, incluindo: diabetes, doenças cardíacas, hipertensão, dislipidemia, tuberculose, anemia, asma, doença renal, câncer, úlcera estomacal / péptica, artrite/reumatismo. Havia duas opções de resposta (sim = presença de pelo menos um desses agravos; não = ausência desses agravos).

Com o intuito de detectar possíveis erros de digitação, foram construídos dois bancos de dados pelo programa *EpiData* versão 3.1. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados utilizou os programas *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®) versão 9.0 for Windows¹⁸, *OpenEpi* versão 3.03 e o programa estatístico R.

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas e as média e desvio padrão da idade, posteriormente dicotomizada pela mediana. Realizou-se a análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e situação de saúde e o resultado do MSQ. Na análise bivariada foi utilizada a razão de prevalência (RP) como medida de associação com os seus respectivos intervalos de confiança (IC) com nível de significância de 95%.

Na sequência, realizou-se análise estratificada, para examinar a associação principal segundo os estratos das covariáveis, sendo avaliada a existência de interação e potenciais variáveis confundidoras. Por fim, foi realizada uma análise multivariada, utilizando-se o modelo de regressão logística (MRL). Nesta etapa, as variáveis de exposição, desfecho e as covariáveis foram analisadas simultaneamente, utilizando-se o procedimento *backward*. Foram consideradas para a aplicação do modelo de regressão as variáveis que tiverem um valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada, realizada por meio do teste X^2 (Qui-quadrado).

O modelo de regressão logística produz resultados obtendo como medida de *Odds Ratio* (OR), não sendo está uma medida adequada para o estudo de corte transversal pois, tende a superestimar os valores quando as prevalências obtidas são elevadas. Dessa forma, foi utilizada a regressão de Poisson, para obter a medida apropriada, a Razão de Prevalência.

Resultados

Foram estudados 791 adultos (487 mulheres e 304 homens), entre 18 e 85 anos com média de 44,1(\pm 15) anos, de quarenta e cinco microáreas da Estratégia Saúde da Família. Não ocorreram perdas e/ou recusas e em algumas famílias foram entrevistados dois indivíduos. As mulheres representaram 61,5% da amostra, a maioria possuía companheiro(a) 54,5%, a mediana da idade dos entrevistados foi de 42 anos. Houve um predomínio de pessoas com baixa escolaridade, 54,6%. A maioria percebia renda mensal familiar menor que o salário-mínimo (77,6%) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Características sociodemográficas e hábitos de vida de adultos assistidos pela estratégia de saúde da família em Feira de Santana, Bahia, 2018.

Variáveis sociodemográficas e Hábitos de vida		n*	%*
Sexo	Feminino	486	61,5
	Masculino	304	38,5
Idade	\geq 42	410	52,3
	< 42	374	47,7
Situação conjugal	Com companheiro	427	54,5
	Sem companheiro	356	45,5
Escolaridade	Baixa	432	54,6
	Alta	359	45,4
Renda familiar [salário(s) mínimo(s)] **	< 1 SM	554	77,6
	\geq 1 SM	160	22,4
Atividade remunerada	Não	497	62,8
	Sim	294	37,2
Atividade de lazer	Não	572	74,1
	Sim	200	25,9
Atividade física	Não	531	69,2
	Sim	236	30,8
Uso de bebida alcoólica	Não	526	69,9
	Sim	227	30,1
Tabagismo	Fuma	195	25,8
	Não fuma	561	74,2
Doença crônica	Sim	514	65,0
	Não	277	35,0
Autoavaliação da saúde	Positiva	433	55,7
	Negativa	344	44,3

(*) Valores válidos, excluídos perdidos. **Salário-Mínimo (R\$ 937,00 em 2017).

A prevalência global de problemas do sono foi de 49,6%, sendo que destes 10,4% tiveram alterações leves, 7,6% alterações moderadas e 31,6% alterações severas, a pontuação média do MSQ foi de 26,31. As alterações do sono foram mais prevalentes no sexo feminino 54,3%, com idade \geq 42 anos (52,9%) e nas pessoas com alguma doença crônica 59,9%. A maioria dos entrevistados consideraram a autoavaliação de saúde negativa 72,4%. Em relação

à morbidade referida, as mais frequentes foram: hipertensão arterial 29,0%, rinite/sinusite 18,4%, colesterol alto 14,6%, varizes 12,5% e lombalgia 10,6 %, (**Tabela 2**).

Tabela 2. Razão de prevalência e fatores associados a problemas do sono em adultos assistidos pela estratégia de saúde da família em Feira de Santana, Bahia, 2018.

Variáveis	Problemas do sono ¹ n (%)	Valor p ²	RP ³ (bruta) (IC95%) ⁴
Sexo			
Feminino	264 (54,3)	0,001	1,29 (1,10 -1,50)
Masculino	128 (42,1)		
Idade			
≥ 42	217 (52,9)	0,062	1,14 (0,99- 1,32)
< 42	173 (46,3)		
Situação conjugal			
Sem companheiro	196 (55,1)	0,006	1,22 (1,06-1,40)
Com companheiro	193 (45,2)		
Escolaridade			
Baixa escolaridade	266 (51,8)	0,093	1,14 (0,98 –1,33)
Alta escolaridade	126 (45,5)		
Renda mensal familiar*			
< R\$ 937,00	270 (48,7)	0,405	1,08 (0,89 - 1,31)
≥ R\$ 937,00	72 (45,0)		
Atividade remunerada			
Não	269 (51,1)	0,001	1,27 (1,11- 1,45)
Sim	123 (41,8)		
Atividade de lazer			
Não	310(54,2)	0,000	1,55(1,26 - 1,90)
Sim	70(35,0)		
Atividade física			
Não	531(69,2)	0,009	1,24 (1,05 - 1,48)
Sim	236 (30,8)		
Uso de bebida alcoólica			
Não	269(51,1)	0,094	1,15 (0,97- 1,36)
Sim	101(44,5)		
Tabagismo			
Sim	54 (60,7)	0,025	1,26 (1,05- 1,52)
Não	328 (48,0)		
Doença crônica			
Sim	308 (59,9)	0,000	1,97 (1,63 - 2,39)
Não	84 (30,3)		
Autoavaliação da saúde			
Negativa	249(72,4)	0,000	2,34 (2,00 – 2,73)
Positiva	134(30,9)		

* R\$ 937,00 – Valor do Salário-Mínimo (SM) em 2017.

1. Escore do “*Mini Sleep Questionnaire*” ≥ 25 pontos.

2. p valor < 0,05.

3. Razão de Prevalência.

4 (IC95%): Intervalo de Confiança de 95%;

Foi realizada análise bivariada para a comparação das características sociodemográficas, hábitos de vida, situação de saúde, doença crônica autorreferida com o resultado do MSQ. As variáveis: sexo, situação conjugal, atividade de trabalho remunerada, atividade de lazer, prática de atividade física, tabagismo, ter doença crônica e autoavaliação

negativa da saúde, apresentaram associação estatisticamente significativa com problemas do sono. Na análise ajustada, permaneceram associadas as seguintes variáveis: não ter atividade de trabalho remunerada, não ter atividade de lazer, tabagismo, ter doença crônica e autoavaliação negativa da saúde (**Tabela 3**).

Tabela 3. Modelo de regressão de Poisson - variáveis associadas a problemas do sono em adultos assistidos pela estratégia de saúde da família em Feira de Santana, Bahia, 2018.

Variáveis	RP ¹ (bruta) (IC95%) ³	RP ² (ajustada) (IC95%) ³
Sexo		
Feminino		
Masculino	1,29 (1,10 - 1,50)	1,06 (0,90 - 1,25)
Situação conjugal		
Sem companheiro		
Com companheiro	1,22 (1,06 - 1,40)	1,14 (0,99 - 1,31)
Atividade de trabalho remunerada		
Não		
Sim	1,27 (1,11 - 1,45)	1,20 (1,02 - 1,41) ⁴
Atividade de lazer		
Não		
Sim	1,55 (1,26 - 1,90)	1,32 (1,07 - 1,62) ⁴
Atividade física		
Não		
Sim	1,24 (1,05 - 1,48)	1,02 (0,95 - 1,10)
Tabagismo		
Sim		
Não	1,26 (1,05-1,52)	1,23 (1,03 - 1,48) ⁴
Doença crônica		
Sim		
Não	1,97 (1,63 - 2,39)	1,61 (1,33 - 1,95) ⁴
Autoavaliação da saúde		
Negativa		
Positiva	2,34 (2,00 - 2,73)	2,12 (1,79 - 2,51) ⁴

1. RP: Razão de Prevalência Bruta.

2. RP: Razão de Prevalência ajustada pelas variáveis: sexo, situação conjugal, atividade de trabalho remunerada, atividade de lazer e física, tabagismo, doença crônica e autoavaliação da saúde.

3. (IC95%): Intervalo de Confiança de 95%.

4. Resultado Estatisticamente Significante.

Discussão

A ocorrência de problemas do sono na população estudada foi de 49,6%, percentual semelhante ao observado em estudos anteriores que abordaram este tema em populações adultas no Brasil, com a utilização do *Mini-Sleep Questionnaire* para identificação de problemas do sono no Brasil^{7,11,12}.

Resultados com prevalências mais altas foram encontrados em estudos que utilizaram o mesmo instrumento de avaliação em pessoas adultas^{6, 13-16}, esses achados mostram a magnitude desse problema em pessoas adultas. Pesquisadores apontam que no decorrer dos

últimos anos, tem sido observada uma notável redução do tempo e qualidade do sono em pessoas com idades semelhantes^{1,17}.

Com relação ao gênero, as mulheres apresentaram uma maior frequência de problemas do sono, contudo essa diferença não se manteve estatisticamente significativa após análise ajustada, o que difere de outros estudos em que esta associação esteve presente^{2,7,11,13,15}. Estudos evidenciam que as mulheres têm um risco 40% maior de insônia ao longo da vida em comparação aos homens¹⁸. Esta ocorrência mais elevada pode estar relacionada a alterações específicas das mulheres, a exemplo, durante períodos como a menstruação, gravidez/lactação, menopausa e pós-menopausa que podem ocasionar problemas do sono¹⁹⁻²⁰.

Além disso, sintomas depressivos e de ansiedade, são mais evidenciados no sexo feminino do que no masculino e, alguns estudos tem indicado uma associação entre sintomas de humor e problemas do sono em mulheres²¹⁻²². Ademais, questões sociais relacionadas ao trabalho, cuidados com a família, dentre outros, podem levar as mulheres a um nível mais elevado de estresse, impactando negativamente no sono¹¹.

A idade da amostra estudada variou de 18 a 85 anos. Observou-se uma maior prevalência de problemas do sono entre as pessoas com idade ≥ 42 anos (52,9%), após a análise ajustada este resultado não se mostrou estatisticamente significativo. Estudos apontam que as alterações nos padrões do sono fazem parte do processo normal de envelhecimento, idosos têm mais dificuldade tanto para adormecer como para manter o sono²³. Outros estudos evidenciaram que as queixas do sono tendem a se elevar com a idade, no entanto, tem sido mais prevalente em indivíduos com idade entre 35 e 44 anos²⁴, essa faixa etária corresponde, a população economicamente ativa, na sociedade atual, assim, esses achados podem apontar para uma associação entre trabalho e os problemas do sono, porém, nesse estudo, podemos apenas especular sobre essa associação, uma vez que, essa relação não foi pesquisada.

Quanto a situação conjugal, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre ter ou não companheiro e problemas do sono, após análise ajustada, resultado semelhante foi encontrado no estudo de Oliveira et al (2010)¹¹. Em contrapartida, no estudo realizado por Freitas et al (2021)¹⁵, 68% das pessoas entrevistadas que não tinham companheiro, relataram qualidade do sono ruim e um estudo realizado na cidade de Campinas em São Paulo relatou que, as pessoas que não tinham companheiro, manifestaram prevalências mais elevadas de problemas do sono, que podem estar relacionados a redução das atividades, a solidão e insegurança ou a problemas de saúde²⁵⁻²⁶.

A associação entre não ter atividade de trabalho remunerada e apresentar problemas do sono encontrada neste estudo é consistente na literatura²²⁻²⁴. Estudos apontam que, estar

desempregado e ser aposentado por invalidez também está associado a sintomas frequentes, relacionados ao sono ruim²⁷⁻²⁹, além disso, pode fazer com que os indivíduos assumam comportamentos não saudáveis que impactam negativamente no sono²⁵.

A atividade de lazer foi outro preditor importante para problemas do sono na amostra estudada. Não realizar atividade de lazer apresentou associação estatisticamente significativa com problemas do sono, outros estudos corroboram com esse resultado³⁰. A realização de atividades de lazer pode gerar bem-estar entre os seus praticantes e como consequência pode melhorar a qualidade do sono.

Hellström et al,³⁰ identificaram em seu estudo que, o bem-estar estava positivamente associado à frequência com que as pessoas participavam de atividades de lazer agradáveis (visitas culturais, teatros, eventos de cinema ou música ao vivo, socializar com outras pessoas e passatempos), destacando a importância de vários tipos de atividades de lazer ao longo da vida adulta. Estes achados sugerem que a participação em atividades de lazer pode desempenhar um papel fundamental na mediação da relação entre saúde física e bem-estar³¹, fato que levaria a uma melhor qualidade do sono.

Com relação aos hábitos de vida no que se refere a atividade física e uso de bebida alcoólica, neste estudo, não foi evidenciada associação estatisticamente significativa com os problemas do sono, resultado considerado inesperado, pois estudos apontam que estes hábitos influenciam negativamente na qualidade do sono^{11,16}. Pesquisadores identificaram associação entre consumo de álcool e sintomas de insônia³² e, a inatividade física aos problemas relacionados ao sono¹⁶.

O presente estudo identificou o tabaco como um fator de risco para problemas do sono, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos^{33,34}. Pesquisadores apontam que o tabagismo por ser um comportamento de risco pode estar associado aos problemas relacionados ao sono¹³. Embora os efeitos do tabagismo no sono ainda não estejam completamente elucidados, sabe-se que fumantes apresentam maior dificuldade para adormecer e manter o sono durante toda a noite, além de apresentarem dificuldades para acordar e maior probabilidade para sonolência diurna excessiva, o que se pode atribuir aos efeitos estimulantes da nicotina^{33,34}.

Nesse estudo, investigou-se por meio da morbidade autorreferida a ocorrência de doenças crônicas como diabetes mellitus, hipertensão, dislipidemia, doenças cardiovasculares dentre outras. As pessoas que referiram ter um ou mais desses agravos tiveram duas vezes mais problemas do sono, quando comparado a quem não referiu nenhum deles. Pesquisas demonstram que as alterações no padrão normal do sono, seja na questão da qualidade ou

quantidade, são fatores de risco para várias condições de saúde, incluindo hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, obesidade, depressão e doenças cardíacas^{35,36}.

Em uma meta-análise realizada por Jiki et al³⁷, o sono prolongado foi significativamente associado a aumento na taxa mortalidade de diabetes mellitus, doença cardiovascular, acidente vascular cerebral, doença cardíaca coronária e obesidade, resultados semelhantes, também foram observados, entre curta duração do sono e os mesmos agravos³.

Nossos resultados indicam que a autoavaliação negativa da saúde esteve estatisticamente associada a problemas do sono, esta variável se destacou nos resultados, obtendo a maior força de associação com os problemas do sono. Resultados semelhantes foram relatados em outros estudos^{25,39,41}. A autoavaliação da saúde é uma medida subjetiva, habitualmente usada em estudos epidemiológicos para examinar mudanças no estado de saúde. É uma estratégia prática, de baixo custo e ainda muito adotada para rastrear alterações de saúde individual. Porém, essa avaliação tende a superestimar a ocorrência de problemas de saúde³⁹.

Nesta pesquisa, não foi evidenciada associação significativa entre problemas do sono e baixa escolaridade, entretanto, em outros estudos esta associação ocorreu e apresentou-se estatisticamente significativa^{2,7}. Pesquisas apontam que uma melhor qualidade do sono é mais comumente relatada pelos entrevistados com maior escolaridade^{13,16,26,39}, parte dessa associação pode ser atribuída ao aumento dos níveis de conhecimento, resultando na adoção de estilos de vida mais saudáveis e, conseqüentemente, no melhor estado de saúde. Além disso, a educação também está associada à ocupação e a renda. Níveis educacionais mais elevados estão relacionados a melhores empregos e renda que por sua vez, associam-se à melhor qualidade de vida e do sono^{16,26,39}.

Ao interpretar os resultados aqui apresentados, devem-se considerar algumas limitações do estudo. O delineamento transversal não permite inferir causalidade e sim identificar associações, tendo em vista a relação bidirecional que essas variáveis podem apresentar com os problemas do sono. Todavia, esse delineamento apresenta potencial para levantar hipóteses e subsidiar políticas públicas de saúde. A ausência de informações a respeito do tipo, da carga horária e do turno de trabalho não permitiu a análise mais detalhada sobre sua relação com o desfecho.

É importante salientar que, neste estudo as variáveis, consumo de bebida alcoólica, não praticar atividade física, baixa escolaridade e renda familiar inferior a um salário-mínimo, após a análise ajustada, não apresentaram resultados estatisticamente significantes, embora sejam encontradas associação entre essas variáveis e os problemas do sono em pesquisas com

população adulta. Assim, infere-se que tal resultado, pode estar associado a baixa precisão do instrumento utilizado para a mensuração do consumo de bebida alcoólica e a prática de atividade física e por ser a população estudada, cadastrada a Estratégia de Saúde da Família, uma população majoritariamente de baixa renda e com baixa escolaridade. Esses fatores podem ser considerados limitantes nesta pesquisa.

Além disso, um inconveniente dos estudos que utilizam questionários é que, o sujeito da pesquisa pode não responder a todas as questões colocadas, dificultando o controle das perdas de informação. Nesse estudo, buscando minimizar essa limitação, foi realizado um treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde, buscando evidenciar a importância do preenchimento completo e adequado do instrumento de pesquisa. Além disso, foi realizado estudo piloto para verificar o entendimento do questionário, buscando minimizar limitações relativas à compreensão do instrumento e como consequência reduzir a perda de informações.

Conclusão

Observou-se uma elevada prevalência de problemas do sono na amostra estudada. Os problemas do sono apresentaram-se associados a não ter uma atividade de trabalho remunerada, não ter atividade de lazer, hábito de fumar, presença de doença crônica e autoavaliação da saúde considerada negativa. Os resultados deste estudo podem contribuir para uma melhor compreensão dos problemas do sono na população adulta e assim, colaborar com a adoção de medidas mais eficazes para o enfrentamento desse problema.

A implementação de uma ferramenta de medida subjetiva no atendimento às pessoas adultas na Estratégia de Saúde da Família, pode ser uma solução importante, sem gerar custo ao sistema público de saúde, com o objetivo de identificar problemas do sono precocemente e assim, orientar medidas preventivas, tendo em vista que neste estudo, os hábitos de vida estiveram associados aos problemas do sono.

Referências

1. Santos-Silva R, Bittencourt LR, Pires ML, de Mello MT, Taddei JA, Benedito-Silva AA, et al. Increasing trends of sleep complaints in the city of Sao Paulo, Brazil. *Sleep Med.* 2010;11(6):520-4. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.12.011>.
2. Machado AKF, Wendt A, Wehrmeister FC. Sleep problems and associated factors in a rural population of a Southern Brazilian city. *Rev. Saúde Pública.* 2018;52: (suppl 1). <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000260>.
3. National Institutes of Health (NCSDR). National Institutes of Health Sleep Disorders Research Plan. Bethesda: NIH. 2011.
4. Bouscoulet LT, Vázquez-García JC, Muiño A, Márquez M, López MV, Oca MM, et al. Prevalence of sleep related symptoms in four Latin American cities. *J Clin Sleep Med.* 2008;4(06):579-85 [cited 2022 dec 22]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2603536/pdf/jcsm.4.6.579.pdf>.
5. Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Grégoire J-P, Savard JJS. The economic burden of insomnia: direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. 2009;32(1):55-64. PMID: 19189779; PMCID: PMC2625324.
6. Hirotsu C, Bittencourt L, Garbuio S, Andersen ML, Tufik S. Sleep complaints in the Brazilian population: Impact of socioeconomic factors. *Sleep Sci.* 2014;7(3):135-42. <https://doi.org/10.1016/j.slsci.2014.08.001>.
7. Zanuto EA, de Lima MC, de Araujo RG, da Silva EP, Anzolin CC, Araujo MY, et al. Sleep disturbances in adults in a city of Sao Paulo state. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(1):42-53. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010004>.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo demográfico: resultados preliminares. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/POP2017_20210331.pdf. Acessado em 28 de junho de 2017.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento da Atenção Básica. Saúde da Família [Internet]. Brasília (DF); 2015. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.html>. Básica D da A, organizador. 2016.
10. Falavigna A, de Souza Bezerra ML, Teles AR, Kleber FD, Velho MC, da Silva RC, et al. Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students. *Sleep Breath.* 2011;15(3):351-5. <https://doi.org/10.1007/s11325-010-0392-x>.
11. Oliveira BHD, Yassuda MS, Cupertino APFB, Neri AL. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na

- comunidade - Estudo PENSA. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(3):851-60. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300028>.
12. Zanuto EAC, Christofaro DGD, Fernandes RA. Sleep quality and its associations with leisure-time exercise and excess weight among civil servants. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.* [Internet]. 2014 [acesso em 05 mar 2022]; 16(1). <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2014v16n1p27>.
 13. Pagnin D, Queiroz V. Influence of burnout and sleep difficulties on the quality of life among medical students. *SpringerPlus*. [Internet]. 2015 [acesso em 05 abr 2022]; 4:676. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-1477-6>.
 14. Silva EP, Rocha APR, Araujo MYC, Turi BC, Fernandes RA, Codogno JS. Sleep pattern, obesity and healthcare expenditures in Brazilian adults. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2019 [acesso em 05 fev 2022]; 24(11). <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.26972017>.
 15. Freitas AMC, Araújo TM, Pinho PS, Sousa CC, Oliveira PCS, Souza FO. Sleep quality and associated factors among professors. *Rev Bras Saude Ocup.* [Internet]. 2021 [acesso em 05 jan 2022]; 46:e2. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000018919>.
 16. Canhin DS, Tebar WR, Scarabottolo CC, Silva GCR, Pinto RZ, Gobbo LA, et al. Physical activity across life stages and sleep quality in adulthood – an epidemiological study. *Sleep Medicine*. [Internet]. 2021 [acesso em 12 jan 2022]; 83:34-39. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.04.035>.
 17. Luyster FS, Strollo, PJJR, Zee PC, Walsh JK. A health imperative. *Sleep*. 2012 [acesso em 20 out 2022]; 35(6):727–734. <https://doi.org/10.5665/sleep.1846>.
 18. Mong JA, Cusmano DM. Sex differences in sleep: impact of biological sex and sex steroids. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2016;371(1688):20150110. <https://doi.org/10.1098/rstb.2015.0110>.
 19. Mallampalli MP, Carter CL. Exploring sex and gender differences in sleep health: a Society for Women's Health Research Report. *J Womens Health (Larchmt)*. 2014;23(7):553-62. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4816>.
 20. Nowakowski S, Meers J, Heimbach E. Sleep and Women's Health. *Sleep Med Res*. 2013;4(1):1-22. <https://doi.org/10.17241/smr.2013.4.1.1>.
 21. Singh JK, Learman LA, Nakagawa S, Gregorich SE, Kuppermann M. Sleep problems among women with noncancerous gynecologic conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2014;35(1):29-35. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.868880>.
 22. Frange C, Banzoli CV, Colombo AE, Siegler M, Coelho G, Bezerra AG, et al. Women's Sleep Disorders: Integrative Care. *Sleep science (Sao Paulo, Brazil)*. 2017;10(4):174-180. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20170030>.
 23. Chattu VK, Sakhamuri SM, Kumar R, Spence DW, BaHammam AS, Pandi-Perumal SR. Insufficient Sleep Syndrome: Is It Time to Classify It as a Major Noncommunicable

- Disease? *Sleep Sci.* 2018[acesso em 02 out 2021];11(2): 56-64.
<https://doi.org/10.5935/1984-0063.20180013>.
24. Grandner MA, Jackson NJ, Izci-Balsarak B, Gallagher RA, Murray-Bachmann R, Williams NJ, et al. Social and Behavioral Determinants of Perceived Insufficient Sleep. *Frontiers in Neurology.* 2015;6(112). <https://doi.org/10.3389/fneur.2015.00112>.
 25. Kim J-H, Kim KR, Cho KH, Yoo KB, Kwon JA, Park EC. The association between sleep duration and self-rated health in the Korean general population. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine.* 2013;9(10):1057-64. <https://doi.org/10.5664/jcsm.3082>.
 26. Barros MBA, Lima MG, Ceolim MF, Zancanella E, Cardoso TAMO. "Quality of Sleep, Health and Well-being in a Population-based Study." *Rev. Saúde Pública.* [Internet]. 2019 [acesso em 15 mar 2022];53. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001067>.
 27. Chattu VK, Sakhamuri SM, Kumar R, Spence DW, BaHammam AS, Pandi-Perumal SR. Insufficient Sleep Syndrome: Is It Time to Classify It as a Major Noncommunicable Disease? *Sleep Sci.* 2018[acesso em 02 out 2021];11(2): 56-64.
<https://doi.org/10.5935/1984-0063.20180013>.
 28. Bittencourt LRA, Santos-Silva R, Taddei JA, Andersen ML, de Mello MT, Tufik S, et al. Sleep complaints in the adult Brazilian population: a national survey based on screening questions. 2009;5(05):459-63. PMID: 19961032; PMCID: PMC2762719.
 29. Lallukka, T., Sares-Jäske, L., Kronholm, E., Sääksjärvi, K., Lundqvist, A., Partonen, T., Rahkonen, O., & Knekt, P. Diferenças sociodemográficas e socioeconômicas na duração do sono e sintomas relacionados à insônia em adultos finlandeses. *BMC saúde pública.* [Internet]. 2012 [acesso em 10 mar 2022];12: 565. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-565>.
 30. Hellström A, Hellström P, Willman A, Fagerström C. Association between Sleep Disturbances and Leisure Activities in the Elderly: A Comparison between Men and Women. *Sleep disorders.* 2014;2014:595208-. <https://doi.org/10.1155/2014/595208>.
 31. Paggi ME, Jopp D, Hertzog C. The Importance of Leisure Activities in the Relationship between Physical Health and Well-Being in a Life Span Sample. *Gerontology.* 2016;62(4):450-8. <https://doi.org/10.1159/000444415>.
 32. Haario P, Rahkonen O, Laaksonen M, Lahelma E, Lallukka T. Bidirectional associations between insomnia symptoms and unhealthy behaviours. *J Sleep Res* 2013;22(1):89-95. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2012.01043.x>.
 33. Kim SK, Kim JH, Park SY, Won HR, Lee HJ, Yang HS, et al. Smoking induces ropharyngeal narrowing and increases the severity of obstructive sleep apnea syndrome. *J Clin Sleep Med* 2012; 8(4): 367-74. <https://doi.org/10.5664/jcsm.2024>.
 34. Peters EN, Fucito LM, Novosad C, Toll BA, O'Malley SS. Effect of night smoking, sleep disturbance, and their co-occurrence on smoking outcomes. *Psychol Addict Behav* 2011; 25(2): 312-9. <https://doi.org/10.1037/a0023128>.

35. Hoevenaar-Blom MP, Spijkerman AMW, Kromhout D, Van Den Berg JF, Verschuren WMM. Sleep duration and sleep quality in relation to 12-year cardiovascular disease incidence: the MORGEN study. 2011;34(11):1487-92. <https://doi.org/10.5665/sleep.1382>.
36. Koren D, Dumin M, Gozal D, metabolic syndrome, targets o, therapy. Role of sleep quality in the metabolic syndrome. 2016;9:281. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S95120>.
37. Jike M, Itani O, Watanabe N, Buysse DJ, Kaneita Y. Long sleep duration and health outcomes: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Sleep Medicine Reviews*. 2018;39:25-36. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.06.011>.
38. Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep Medicine*. 2017;32:246-56. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.08.006>.
39. Moraes W, Piovezan R, Poyares D, Bittencourt LR, Santos-Silva R, Tufik SJSm. Effects of aging on sleep structure throughout adulthood: a population-based study. 2014;15(4):401-9. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.11.791>.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (processo nº 408440/2013-3) e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) (convênio nº SUS 006/2017), que subsidiam a pesquisa. À Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana pelo apoio concedido.

Apoio financeiro

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (processo nº 408440/2013-3). Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) (convênio nº SUS 006/2017), que subsidiam a pesquisa.

Número de identificação / aprovação do CEP

CAAE 49272015.0.0000.0053.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciaram elevada prevalência de problemas do sono em populações adultas, tanto nos estudos encontrados na revisão sistemática quanto na pesquisa empírica de corte transversal, bem como, foram observadas a associação entre os fatores sociodemográficos, hábitos de vida, problemas de saúde autorreferidos e os problemas do sono, a saber, não ter uma atividade de trabalho remunerada, não ter atividade de lazer, tabagismo, a presença de doença crônica e autoavaliação da saúde considerada negativa.

Os problemas relacionados ao sono trazem inúmeras repercussões, que podem ser divididas em imediatas, relacionadas ao organismo e incluem alterações fisiológicas como fadiga, falhas na memória, cansaço, dificuldade de manter a atenção e concentração, alterações do humor, já as consequências intermediárias são observadas a médio prazo e se referem a implicações nas atividades cotidianas, por exemplo, absenteísmo no trabalho, baixo rendimento acadêmico, aumento de riscos de acidentes, entre outros. A longo prazo, podem ocasionar a perda do emprego ou desistência de atividades acadêmicas, acidentes, rompimento nas relações e agravamento de problemas de saúde.

Estes resultados podem oferecer informações para uma melhor compreensão dos problemas evidenciados nesse estudo, sendo possível colaborar com a adoção de medidas mais eficazes para o enfrentamento desse problema, como por exemplo, a implementação da avaliação subjetiva dos problemas do sono nas pessoas adultas assistidas, que pode ser utilizada sem gerar custo ao sistema público de saúde, com o objetivo de identificar precocemente problemas do sono e realizar ações de caráter preventivo.

Esse trabalho tem o mérito de ser um estudo original e relevante, representando a população cadastrada e assistida pela Estratégia de Saúde da Família de Feira de Santana. Entretanto, apresenta algumas limitações, a saber, por se tratar de um estudo com delineamento transversal, os dados foram coletados em um único momento, não é possível afirmar que a causa precede o efeito, assim, não permite estabelecer relação de causalidade.

Diante dos resultados encontrados e do mundo contemporâneo, no qual as pessoas estão sujeitas ao excesso de informações, precariedade de vínculo empregatício, consequentemente privação da alimentação saudável, lazer, atividade física, o que aumenta a possibilidade de adoecimento ou piora da saúde física e mental, fazendo com que as pessoas estejam preocupadas com o sustento familiar, repercutindo em diversos campos de suas vidas, especialmente no sono, condição necessária a manutenção da vida humana. É fundamental

desenvolver e incrementar ações de promoção e proteção à saúde pelas Equipes de Saúde da Família com o objetivo de minimizar esse problema, bem como outros agravos a saúde.

Diante o exposto, são necessários novos estudos, preferencialmente com delineamento longitudinal para a avaliar a relação de causalidade entre as variáveis estudadas, como também, de estudos qualitativos para a compreensão das repercussões da privação do sono sobre a saúde das pessoas acometidas, tendo em vista a promoção da saúde e um melhor enfrentamento a tantos fatores estressores que podem repercutir na quantidade e qualidade do sono.

REFERÊNCIAS

ALÓE, F; ALVES, R.C; ARAÚJO, J. F., et al. Diretrizes brasileiras para o tratamento da narcolepsia. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 32, p: 305-14, 2010.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. International Classification of Sleep Disorders, 3rd ed.: **Diagnostic and coding manual.**American Academy of Sleep Medicine, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: **DSM-V** / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento., et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli., et al. 5ª. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre, RS, Artmed, 2014.

ANDERS, M.P. et al. Association between socioeconomic factors and sleep quality in an urban population-based sample in Germany. **Eur J Public Health**, v. 24, n. 6, p. 968-73, Dec 2014.

BARROS, M. B. A; LIMA; M. G; MALTA, D. C, et al. Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic. **Epidemiol Serv Saude.** v. 29, n. 4, 2020. Doi: 10.1590/S1679-49742020000400018.

BERTOLAZI, A.N. et al. Portuguese-language version of the Epworth sleepiness scale: validation for use in Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 9, p. 877–883, set. 2009.

_____. Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Medicine**, v. 12, n. 1, p. 70–75, jan. 2011.

BOUSCOULET, L.T. et al. Prevalence of sleep related symptoms in four Latin American cities. **J Clin Sleep Med**, v. 4, n. 6, p. 579-85, Dec 15 2008.

BRASIL. Estimativa da população para 2017. Brasília, DF. **IBGE.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, organizador. Brasília; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Saúde da Família**. Brasília (DF); 2015. Disponível em:

<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes Metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico**. Brasília; 2014.

BRESLAU, N; ROTH, T; ROSENTHAL, et al. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study os young adults. **Biol. Psychiatry**, v. 39, n. 6, p:411–418, 1996.

CALEM, M. et al. Increased prevalence of insomnia and changes in hypnotics use in England over 15 years: analysis of the 1993, 2000, and 2007 National Psychiatric Morbidity Surveys. **Sleep**, v. 35, n. 3, p. 377-84, Mar 2012.

CASTRO, L. S; POYARES, D; LEGER, D; BITTENCOURT, L; TUFIK, S. Objective prevalence of insomnia in the São Paulo, Brazil epidemiologic sleep study. **Ann Neurol**. v. 74, n. 4, p. 537-546, 2013.

CHATTU, V. K; SAKHAMURI, S. M; KUMAR, R, et al. Insufficient Sleep Syndrome: ¿Is It Time to Classify It as a Major Noncommunicable Disease? **Sleep Sci**. v. 11, n. 2, p: 56-64, 2018.

CHOKROVERTY, S. Overview of sleep & sleep disorders. **Indian J Med Res**. v. 131 p:126-40, 2010.

DALEY, M; MORIN, C. M; LEBLANC, M; GRÉGOIRE, J. P; SAVARD, J. The economic burden of insomnia: direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. **Sleep**. v.32, n. 1, p. 55-64, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.5665/sleep/32.1.55>>. Acesso em: 09.07.2020.

DOUGLAS, N. J; THOMAS, S; JAN, M. A. Clinical value of polysomnography. **Lancet**. v. 339, n. 8789, p:347-50, 1992.

FALAVIGNA, A. et al. Consistency and Reliability of the Brazilian Portuguese Version of the Mini-Sleep Questionnaire in Undergraduate Students. **Sleep and Breathing**, v. 15, n. 3, p. 351–355, set. 2011.

FERNANDES R. M. F. **O sono normal**. Medicina, Ribeirão Preto, v. 39 n. 2, p. 157-168, 2006.

FORD, D. E; KAMEROW, D. B. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. Na opportunity for prevention? **JAMA**. v. 262, n. 11, p: 1479-1484, 1989.

FORD, E. S. et al. Trends in outpatient visits for insomnia, sleep apnea, and prescriptions for sleep medications among US adults: findings from the National Ambulatory Medical Care survey 1999-2010. **Sleep**, v. 37, n. 8, p. 1283-93, 2014.

GIORELLI, A.S; SANTOS, P.P; CARNAVAL, T; et al. Sonolência excessiva diurna: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. **Rev Bras Neurol**. v. 48, n. 3, p: 17-24, 2012.

GOMES, M. M; QUINHONES, M; ENGELHARDT, E. Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. **Revista brasileira de Neurologia**. v. 46, n. 1, p:5-15, 2010.

GULYANI, S; SALAS, R. E; GAMALDO, C. E. Sleep medicine pharmacotherapeutics overview: today, tomorrow, and the future (Part 1: Insomnia and circadian rhythm disorders). **Chest**. v. 142, n. 6, p:1659-68, 2012.

HALL, J. E; GUYTON, A. C. Estudo da atividade cerebral: sono, ondas cerebrais, epilepsia, psicoses. Tratado de Fisiologia Médica. 13 ed. Rio de Janeiro. **Elsevier**; 2017.

HIGGINS, J. P. T. et al. (ed.). **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.0**. Chichester: Cochrane, 2019. Disponível em: www.training.cochrane.org/handbook. Acesso em: 8 jan. 2021.

HIROTSU, C. et al. Sleep complaints in the Brazilian population: Impact of socioeconomic factors. **Sleep Science**, v. 7, n. 3, p. 135-142, 2014.

JAMES, P. K; MICHAEL, J. T; GARY, H. G. The National Center on Sleep Disorders Research progress and promise. **Sleep**. v. 42, n. 6, p. 105, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/sleep/zsz105>>. Acesso em: 05.08.2021.

KAO, C. C. et al. Insomnia: prevalence and its impact on excessive daytime sleepiness and psychological well-being in the adult Taiwanese population. **Qual Life Res**, v. 17, n. 8, p. 1073-80, Oct 2008.

KRYGER, M. H; ROTH, T; DEMENT, W. C. Principles and practice of sleep medicine. 5th. St. Louis: **Elsevier Saunders**, 2011.

LUYSTER, F. S; STROLLO, P. J. J. R; ZEE, P. C, WALSH, J. K. A health imperative. **Sleep**. v. 35, n. 6, p. 727-34, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.5665/sleep.1846>>. Acesso em: 10.07.2021.

MACHADO, A. K. F; WENDT, A; WEHRMEISTER, F.C. Sleep problems and associated factors in a rural population of a Southern Brazilian city. **Rev Saúde Pública**. v. 52. Supl 1:5s. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000260>>. Acesso em 05/08/2021.

MAGALHÃES, F., MATARUNA, J. Sono. In: JANSEN, JM. Medicina da noite: da cronobiologia à prática clínica [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 103-120. ISBN 978-85-7541-336-4, 2007.

MAX, H; KAITL, Y. N. W; STEVEN, M. A, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. **Sleep Health**. v. 1, n. 1, p: 40-43, 2015.

MEDIC, G; WILLE, M; HEMELS, M. E. H. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. **Nat Sci Sleep**. v. 9, p. :151–161, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.2147/NSS.S134864>>. Acesso em 03/08/2021.

MIRANDA, V. S. G; BUFFON, G; VIDOR, D. C. G. M. **Perfil miofuncional orofacial de pacientes com distúrbios do sono: relação com resultado da polissonografia.** v. 31, n. 3, 2019.

MORRISON, I; RIHA, R. L. Excessive daytime sleepiness and narcolepsy--an approach to investigation and management. **European journal of internal medicine.** v. 23, n. 2, p: 110-7, 2012.

MÜLLER, M. R; GUIMARÃES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 24, n. 4, p. 519–528, 2007.

NATALE, V. et al. Psychometric Goodness of the Mini Sleep Questionnaire: Validity of Mini Sleep Questionnaire. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 68, n. 7, p. 568–573, jul. 2014.

NEVES, G. S. M. L; MACÊDO, F; GOMES, M. M. Transtornos do sono: atualização (1/2). **Rev Bras Neurol.** v. 53, n. 3, p: 19-30, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, 10° Revisão. **CID 10.** 10° Revisão, Editora da Universidade de São Paulo, SP, 2007.

PUTTINI, R.F.; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L.R. **Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização.** Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010.

ROWSHAN RAVAN, A. et al. Thirty-six-year secular trends in sleep duration and sleep satisfaction, and associations with mental stress and socioeconomic factors--results of the Population Study of Women in Gothenburg, Sweden. **J Sleep Res**, v. 19, n. 3, p. 496-503, Sep 2010.

SANTOS, S. R.; BITTENCOURT, L. R.; PIRES, M. L.; DE MELLO, M. T.; TADDEI, J. A.; BENEDITO-SILVA, A. A, et al. Increasing trends of sleep complaints in the city of Sao Paulo, Brazil. **Sleep Med.** v. 11, n. 6, p. 520-4, 2010.

SHAFAZAND, S. et al. Sleep disordered breathing, insomnia symptoms, and sleep quality in a clinical cohort of U.S. Hispanics in south Florida. **J Clin Sleep Med**, v. 8, n. 5, p. 507-14, Oct 15 2012.

SIU Y. F; CHAN S; WONG K. M; WONG W. S. The comorbidity of chronic pain and sleep disturbances in a Community adolescent sample: prevalence and association with sociodemographic and psychosocial factors. **Pain Med.** v. 13, n. 10, p. 1292-1303, 2012. Doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012. 01473.x.

SOUZA, J. C.; MAGNA, L. A.; REIMAO, R. Excessive daytime sleepiness in Campo Grande general population, Brazil. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 60, n. 3-A, p. 558-62, Sep 2002.

TOGEIRO, S. M. G. P; SMITH, A. K. Métodos diagnósticos nos distúrbios do sono. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo. v. 27, supl. 1, p. 8-15, 2005.

VAN DE STRAAT, V.; BRACKE, P. How well does Europe sleep? A cross-national study of sleep problems in European older adults. **Int J Public Health**, v. 60, n. 6, p. 643-50, 2015.

WATSON, N.F. et al. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, 2015.

WEISSMAN, M. M; GREENWALD, S; NINO-MURCIA, et al. The morbidity of insomnia uncomplicated by psychiatry disorders. **Gen. Hosp. Psychiatry.** v. 19, n. 4, p:245–250, 1997.

ZANUTO, E. A. C. et al. Distúrbios do sono em adultos de uma cidade do Estado de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.** v. v. 18, n. 1, p. 42-53, 2015.

ZOMER, J; PELED, R; RUBIN, A. H; LAVIE, P. **Mini Sleep Questionnaire (MSQ) for screening large population for EDS complaints.** In: Koella WP, Ruether E, Schulz H,

editors. Sleep'84: proceedings of the 7. European Congress on Sleep Research; 3-7 Sep 1984; Munich, Germany. Basel: Karger; 1985; p.469-70.

APÊNDICE 1. Checklist Peer Review of Electronic Search Strategies

SUBMISSÃO – Cogitare Enfermagem

Revisor: 1 – Núbia Samara Caribé de Aragão. Email: nscaribe@hotmail.com

Data de início: dezembro de 2021, atualizada em abril de 2022.

Título de Revisão Sistemática:

Prevalência de problemas do sono em adultos: revisão sistemática e metanálise

<input checked="" type="checkbox"/>	Minha estratégia principal na base de dados - Primeira vez enviando uma estratégia da pergunta de pesquisa nas bases de dados
<input checked="" type="checkbox"/>	Minha principal estratégia PRIMÁRIA - Revisão de acompanhamento NÃO é a primeira vez que envio uma estratégia para perguntas de pesquisa nas bases de dados. Se essa for uma resposta à revisão por pares, relacione as alterações feitas às sugestões de revisão.
	Estratégia de pesquisa SECUNDÁRIA: primeira vez que envia uma estratégia da pergunta de pesquisa para as bases de dados.
	Estratégia de busca SECUNDÁRIA - NÃO é a primeira vez que envia uma estratégia para da pergunta de pesquisa para as bases de dados. E se essa é uma resposta à revisão por pares, relacione as alterações feitas às sugestões de revisão

Bases de Dados:

Pubmed; Web of Science; Lilacs; Cinahl; Scopus, google acadêmico e estudos encontrados nos artigos incluídos na RS, sem restrição de idioma ou data de publicação, filtros utilizados de acordo a necessidade em cada base de dados.

Estratégia para a formulação da pergunta de investigação:

P	População	População adulta.
E	Exposição - Variáveis preditoras	Hábitos de vida, sociodemográficas.
C	Comparação	
O	Desfecho	Problemas de sono.

Questão de Pesquisa: Qual a prevalência e os fatores associados aos problemas do sono em adultos (idade igual ou superior a 18 anos) identificados na produção científica atual?

Critérios de Inclusão e exclusão:

Inclusão	Sem recorte temporal. Tipo de publicação – Epidemiologia, Saúde Pública. Tipo de estudo – Transversais. Idioma – sem restrição. Artigos completos. Estudos que utilizaram o <i>Mini-Sleep Questionnaire</i> para definir problemas do sono.
Exclusão	Tese; Artigos duplicados; Dissertações; Monografias; Capítulo de livros; Livros; Editoriais; Carta ao editor; Publicações em anais; Cartas; Resumo indisponíveis.

OBS: Para serem elegíveis, os estudos precisam reportar a medida de prevalência do sono ou ofertar dados que permitam o cálculo de tal medida.

Um filtro de pesquisa foi aplicado?

SIM NÃO

Se SIM, qual (is): de acordo com as necessidades de cada base, foram descritas no arquivo suplementar 1.

Estratégia de busca:

Estratégias escolhidas pela 1ª Revisora (2ª busca).

PASSOS DA RS:

- 1 – Construção do protocolo da RS:.
- 2 – Organização de protocolo de formação da estratégia de busca nas bases e primeira busca com as três estratégias:
- 3 – Segunda busca e decisão pela estratégia:
- 4 – Segunda revisora concorda com a decisão de estratégia:
- 4 – Extração dos títulos, ano, autores, resumos, etc.:
- 5– Leitura dos títulos e resumos: inclusão x exclusão (justificativa):

**AValiação DE REVISÃO DE PARES: ESTA SEÇÃO A SER PREENCHIDA
PELOS REVISORES:**

Outros revisores.

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho. Email: mon.ica@terra.com.br – julgador de conflitos (se houver).

Data de conclusão: __/__/2022__

PRAZO DOS REVISORES: 3 DIAS ÚTEIS a partir do recebimento

1 – TRADUÇÃO

A - Sem revisões X	<input checked="" type="checkbox"/>
B - Revisão (ões) sugerida (s)	<input type="checkbox"/>
C - Revisão (s) necessária (s)	<input type="checkbox"/>

Se "B" ou "C", forneça uma explicação:

2 - OPERADORES BOOLEANOS

A - Sem revisões X	<input checked="" type="checkbox"/>
B - Revisão (ões) sugerida (s)	<input type="checkbox"/>
C - Revisão (s) necessária (s)	<input type="checkbox"/>

Se "B" ou "C", forneça uma explicação:

3 - SUBJECT HEADINGS

A - Sem revisões X	<input checked="" type="checkbox"/>
B - Revisão (ões) sugerida (s)	<input type="checkbox"/>
C - Revisão (s) necessária (s)	<input type="checkbox"/>

Se "B" ou "C", forneça uma explicação:

4 – PESQUISANDO PALAVRA DE TEXTO

A - Sem revisões X	<input checked="" type="checkbox"/>
B - Revisão (ões) sugerida (s)	<input type="checkbox"/>
C - Revisão (s) necessária (s)	<input type="checkbox"/>

Se "B" ou "C", forneça uma explicação:

5 - ORTOGRAFIA, SINTAXE E NÚMEROS DE LINHAS

A - Sem revisões X	<input checked="" type="checkbox"/>
B - Revisão (ões) sugerida (s)	<input type="checkbox"/>
C - Revisão (s) necessária (s)	<input type="checkbox"/>

Se "B" ou "C", forneça uma explicação:

SUGESTÕES DOS REVISORES

Fonte de informação	Estratégia de busca	Registros encontrados
Base		
#1		
#2		
#3		

6 – LIMITES E FILTROS

A - Sem revisões	X	<input type="checkbox"/>
B - Revisão (ões) sugerida (s)		<input type="checkbox"/>
C - Revisão (s) necessária (s)		<input type="checkbox"/>

Se "B" ou "C", forneça uma explicação:

AVALIAÇÃO GERAL: (Nota: Se uma ou mais “revisões necessárias” forem mencionadas acima, a resposta abaixo deve ser “revisões necessárias”.)

A - Sem revisões	X	<input type="checkbox"/>
B - Revisão (ões) sugerida (s)		<input type="checkbox"/>
C - Revisão (s) necessária (s)		<input type="checkbox"/>

Se "B" ou "C", forneça uma explicação:

APÊNDICE 2. Estratégia de busca por base de dados para a Revisão Sistemática

Base de dados/ data da coleta/ filtros	Estratégia de Busca	Artigos encontrados (N)
<p>*Principal estratégia: Disorder, Sleep Wake OR Disorders, Sleep Wake OR Sleep Wake Disorder AND Cross Sectional Studies OR Cross-Sectional Study AND Adult AND Mini-Sleep Questionnaire NOT Child</p>		
<p>Base: Web of Science. Data: Filtro:</p>		
<p>Base: Lilacs. Data: Filtro:</p>		
<p>Base: Cinahl Data: Início Filtro:</p>		
<p>Base: Scopus. Data: Filtro</p>		
<p>Base: Pubmed. Data: Filtro:</p>		
<p>Referências dos artigos incluídos na RS.</p>		

* Realizadas adequações de acordo com cada base de dados.

APÊNDICE 3. Material suplementar com informações dos estudos incluídos e os excluídos com todas as justificativas

A	B	C	D	E	F	G	H
AUTHORS	TITLE	ACCESS LINK	INCLUSIO	OBSERVATION	YEAR OF PUBLICA	NEWSPAPER	STUDY DESIG
Machado, A. K. F.; Wendt, A.;	Sleep problems and associated influence of	https://www.revistas.usp.br/article/view/150133	Not	Unable to calculate prevalence	2018	Journal of Public Health	Cross-sectional design
Pagnin D; de Queiroz V.	burnout and sleep disorders among	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26558179/	Yes		2015	SpringerPlus Journal	Cross-sectional design
Falavigna A; de Souza Bezerra ML; Talas Trevisan IB; Vanderlei ICM; Proenca M; et al.	Sleep Quality Associated with Associations of Sleep Disturbance.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33331460/	Not	Unable to calculate prevalence	2021	Brazilian Archives of Cardiology	Cross-sectional design
E. Greenspan, Joel Alexander-Bloch,	Mental health characteristics of sleep disturbance	https://doi.org/10.1088/1068316X.2020.1733571	Not	Questionnaire (MSO)	2020	Journal of Oral & Facial Pain & Psychology, Crime & Law	Cross-sectional design
Benjamin; Miller, Molly Patel, S.P.; Khanna, R.; Choi, J; et al.	Sleep disturbance in adults with sleep status and the associated	https://doi.org/10.3330/ije-rh18031250	Not	Questionnaire (MSO)	2021	Journal of the American Academy International	Observacional
Zhang, Y.; Wang, J.; Lu, X.; Cha, B.; Yu, J. Du, C.; Zan, M.C.H.; Cho, Conroy, D.A.; Hadler, N.L.; Cho, E.; Moreira Bacaro, V.; Chiabudini, M.; Buonanno, C.; et al.	The effects of COVID-19 stay-Insomnia in the Italian Population	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33384625/	Not	Questionnaire (MSO)	2021	Nutrients - Volume 13, Issue 2, pp. 1- Journal of Clinical Sleep Medicina	Cross-sectional design
Fu, W.; Wang, C.; Zou, L.; Guo, Y.; Lu, Z.; Yan, Zhang, F.; Shang, Z.; Ma, H.; et al.	Psychological health, sleep Epidemic area contact history	https://doi.org/10.1038/s41398-020-00913-3	Not	Questionnaire (MSO)	2020	Frontiers in Psychiatry	Cross-sectional design
Choi, J.H.; Lee, B.; Lee, J.Y.; Kim, C.-H.; Park, Hughes, J.C.; Romine, W.; Banerjee, Okawara, M.; Nagata, T.; Nagata, M.; Otani, Ren, Y.; Qian, W.; Li, Z.; Liu, Z.; Zhou, Shen, Y.; Jin, X.; Zhang, Y.; Huang, C.; Lu, Zeng, X.; Li, W.; Sun, H.; Luo, X.; et al.	Relationship between Sleep and Daily Use Association between the Public mental health under the Insomnia in Mental College	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32144371/	Not	Questionnaire (MSO)	2020	Scientific Reports	Cross-sectional design
Wang, J.; Gong, Y.; Chen, Z.; Wu, M.; G. Zhou, L.; Yu, X.;	Development of a Daily Use Association between the Public mental health under the Insomnia in Mental College	https://doi.org/10.1024/16162-9647/a000240	Not	It was not possible to download the article	2020	Journal of GeroPsych: The Journal of	Cross-sectional design
		https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243635	Not	Questionnaire (MSO)	2020	PLoS ONE	Cross-sectional design
		https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33065831/	Not	Questionnaire (MSO)	2020	Journal of Affective Disorders	Cross-sectional design
		https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33323147/	Not	Questionnaire (MSO)	2020	Frontiers in Psychiatry	Cross-sectional design
		https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC757	Not	Questionnaire (MSO)	2020	Frontiers in Psychiatry	Cross-sectional design
		https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32861011/	Not	Questionnaire (MSO)	2020	Sleep Medicine	Cross-sectional design

YEAR OF RESEARCH	COUNTRY OF STUDY	INCLUSION CRITERIA	INSTRUMENT USE	SAMPL	POPULATIO N	AVERAGE AGE OF PARTICIPANTS	MIDDLE AGE STANDARD DEVIATION	SLEEP PROBLEM PREVALENCE
2016	Brazil	Does not attend	Mini Sleep Questionnaire (MSO)	1.421	Adult	47,8 average age	17,4 years	Not without apply
2015	Brazil	Cross-section, regardless of the year of publication, in any	Mini Sleep Questionnaire (MSO)	193	Medical students	21,42 average age	2,4 years	40,4%, not separated by gender.
2007	Brazil	Cross-section, regardless of the year of publication, in any	Mini Sleep Questionnaire (MSO)	1.180	University students	26,5 average age	2,7 years	59,6% from the students. 54,1% ♂
2020	United States of America	The sample was divided into two groups according to the	Mini Sleep Questionnaire (MSO)	42	Adult	18 to 60 years old	Not without apply	Not without apply
2006 a 2013	United States of America	Does not attend	Pittsburg Sleep Quality Index	655	Adult	18 to 44 years old	Not without apply	Not without apply
2019	United States of America	Does not attend	Pittsburg Sleep Quality Index	13	Adult	Not included	Not without apply	Not without apply
2005 a 2006		Does not attend	An instrument to measure functional	5560	Adult	43 average age	Not without apply	Not without apply
2019	China	Does not attend	Questions prepared by the authors.	11036	Adult	18 to 90 years old	15,7 years	Not without apply
2020	China, Irlanda, Malásia, Taiwan, United States of America	Does not attend	Pittsburg Sleep Quality Index	2.254	Adult	Over 18 years old	22,5 ± 5,5 years	Not without apply
2020	United States of America	Does not attend	Online questionnaire developed through the Ad hoc questionnaire.	834	Health care professionals	Over 18 years old	Not without apply	Not without apply
2020	Italy	Does not attend	Insomnia Severity Index.	1.989	Adult	Over 18 years old	Not without apply	Not without apply
2020	China	Does not attend	Athens Insomnia Scale	1.242	Adult	Over 18 years old	Not without apply	Not without apply
2020	China	Does not attend	Pittsburgh Sleep Quality (PSQI) and others.	2.027	Adult	Over 18 years old	Not without apply	Not without apply
2010-2012	Korea	Does not attend	Self-reported sleep was assessed using the	14.490	Adult	Over 19 years old	Not without apply	Not without apply
	Austrália							
2015	Japan	Does not attend	Work Functioning Commitment Scale	51.188	Adult	Over 18 years old	Not without apply	Not without apply
2020	China	Does not attend	Insomnia Severity Index (ISI) and others.	1.172	Adult	Over 18 years old	Not without apply	Not without apply
2020	China	Does not attend	Insomnia Severity Index (ISI) and others.	1.172	University	Over 18 years old	Not without apply	Not without apply

APÊNDICE 4. Questionário sociodemográfico utilizado na coleta de dados

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>			
PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES E TRANSTORNOS MENTAIS EM FEIRA DE SANTANA, BAHIA.			
BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO GERAL INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS			
ÁREA <input style="width: 80px;" type="text"/>	MIC. ÁREA <input style="width: 80px;" type="text"/>	FAMÍLIA <input style="width: 80px;" type="text"/>	DATA <input style="width: 80px;" type="text"/>
1. Sexo: <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino	2. Idade: _____ anos	3. Tem filhos? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim quantos? _____	
4. Situação Conjugal: <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> união consensual / união estável <input type="checkbox"/> divorciado(a) / separado(a) / desquitado(a) <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a)			
5. Escolaridade: <input type="checkbox"/> Nunca foi à escola <input type="checkbox"/> Lê e escreve o nome <input type="checkbox"/> Ensino Médio Fundamental I <input type="checkbox"/> Ensino Médio Fundamental II ou 1º Grau Completo		<input type="checkbox"/> Ensino Médio - Incompleto, <input type="checkbox"/> Ensino Médio - Completo, <input type="checkbox"/> Curso Técnico, <input type="checkbox"/> Superior - Incompleto, <input type="checkbox"/> Superior - Completo)	



CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico



fapesb
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS responda SIM. Se você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder, dê a melhor resposta que você puder.

Questões	Sim	Não
1. Dorme mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tem má digestão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tem dores de cabeça frequentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tem tido ideia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Você se sente pessoa inútil em sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tem dificuldade no serviço? Seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Encontra dificuldade de realizar com satisfação suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE 5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a), através deste documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, **Carlito Lopes Nascimento Sobrinho**, Coordenador do Projeto de Pesquisa "Vigilância à Saúde para a Detecção de Distúrbios Psíquicos Menores em Feira de Santana, Bahia", pretendo lhe explicar com clareza esta pesquisa e convidar-lhe a participar da mesma. Caso o (a) senhor (a) concorde em participar, este documento servirá como comprovante que sua aceitação foi de livre vontade.

Esta pesquisa investigará a ocorrência de Sofrimento Mental (DPM) em pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, no município de Feira de Santana, Bahia. Verificará também possíveis relações entre idade, sexo, trabalho, hábito de beber, hábito de fumar, hábito de realizar atividade física e Sofrimento Mental.

Sua participação consistirá em primeiramente responder um questionário elaborado para esse trabalho e posteriormente caso seja necessário passará por duas avaliações médicas. A entrevista ocorrerá em sua casa com duração aproximada de 40 minutos e as avaliações clínicas, caso seja necessário, tem duração de 40 minutos cada uma e ocorrerão na unidade de saúde mais próxima a sua casa.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação **que** é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a) recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

As pessoas consideradas "suspeitas" de Sofrimento Mental (DPM) receberão um cartão de identificação (CI) e serão encaminhadas para a Unidade de Saúde da Família para acompanhamento médico e de enfermagem.

Os resultados desse trabalho poderão contribuir para a prevenção, detecção e o controle do Sofrimento Mental em Feira de Santana e, assim, poderão colaborar com a melhoria da qualidade de vida dos moradores do município. Os resultados serão divulgados em reuniões comunitárias, agendadas com antecedência e amplamente divulgadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e pelos estudantes dos cursos de Saúde da UEFS. Os resultados também serão divulgados em congressos e revistas científicas. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, pois as informações coletadas nos questionários ficarão guardadas por cinco (05) anos na Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE) do Departamento de Saúde (DSAU) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e depois serão queimados.

Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. n.º 9.279/96 – Lei da Propriedade Industrial a Lei n.º 10.973/04 - Lei da Inovação e o Decreto n.º 5.563/05

Os possíveis riscos desta pesquisa são durante a entrevista você se sentir constrangido com alguma pergunta, contudo você tem o direito de não responder aos questionamentos que lhe gerarem desconforto ou mal-estar psicológico.

Foram elaboradas duas (02) cópias desse documento, sendo que uma (01) dessas cópias ficará com o (a) senhor (a), onde consta o nome completo do pesquisador responsável, seu endereço e telefone, para que possa ser consultado sobre qualquer dúvida ou problema referente à pesquisa.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar **Carlito Lopes Nascimento Sobrinho – Campus Universitário, Departamento de Saúde (DSAU), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, Módulo VI. Telefones: (75) 3661-8088; 3661-8400. E-mail: lua@uefs.br**, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana, situado Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS, Módulo I, MA 17 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br.



Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
Pesquisador

Peço-lhe que assine abaixo ou coloque a sua impressão digital confirmando a sua autorização em participar da pesquisa, após a leitura e concordância com os termos desse documento. Feira de Santana,

_____ de _____ de 2019.

Nome _____

Assinatura _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a), através deste documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, **Carlito Lopes Nascimento Sobrinho**, Coordenador do Projeto de Pesquisa "Vigilância à Saúde para a Detecção de Distúrbios Psíquicos Menores em Feira de Santana, Bahia", pretendo lhe explicar com clareza esta pesquisa e convidar-lhe a participar da mesma. Caso o (a) senhor (a) concorde em participar, este documento servirá como comprovante que sua aceitação foi de livre vontade.

Esta pesquisa investigará a ocorrência de Sofrimento Mental (DPM) em pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, no município de Feira de Santana, Bahia. Verificará também possíveis relações entre idade, sexo, trabalho, hábito de beber, hábito de fumar, hábito de realizar atividade física e Sofrimento Mental.

Sua participação consistirá em primeiramente responder um questionário elaborado para esse trabalho e posteriormente caso seja necessário passará por duas avaliações médicas. A entrevista ocorrerá em sua casa com duração aproximada de 40 minutos e as avaliações clínicas, caso seja necessário, tem duração de 40 minutos cada uma e ocorrerão na unidade de saúde mais próxima a sua casa.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação ~~que~~ é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

As pessoas consideradas "suspeitas" de Sofrimento Mental (DPM) receberão um cartão de identificação (CI) e serão encaminhadas para a Unidade de Saúde da Família para acompanhamento médico e de enfermagem.

Os resultados desse trabalho poderão contribuir para a prevenção, detecção e o controle do Sofrimento Mental em Feira de Santana e, assim, poderão colaborar com a melhoria da qualidade de vida dos moradores do município. Os resultados serão divulgados em reuniões comunitárias, agendadas com antecedência e amplamente divulgadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e pelos estudantes dos cursos de Saúde da UEFS. Os resultados também serão divulgados em congressos e revistas científicas. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, pois as informações coletadas nos questionários ficarão guardadas por cinco (05) anos na Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE) do Departamento de Saúde (DSAU) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e depois serão queimados.

Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. nº 9.279/96 – Lei da Propriedade Industrial a Lei nº 10.973/04 - Lei da Inovação e o Decreto nº 5.563/05

Os possíveis riscos desta pesquisa são durante a entrevista você se sentir constrangido com alguma pergunta, contudo você tem o direito de não responder aos questionamentos que lhe gerarem desconforto ou mal-estar psicológico.

Foram elaboradas duas (02) cópias desse documento, sendo que uma (01) dessas cópias ficará com o (a) senhor (a), onde consta o nome completo do pesquisador responsável, seu endereço e telefone, para que possa ser consultado sobre qualquer dúvida ou problema referente à pesquisa.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar **Carlito Lopes Nascimento Sobrinho – Campus Universitário, Departamento de Saúde (DSAU), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, Módulo VI. Telefones: (75) 3661-8088; 3661-8400. E-mail: lus@uefs.br**, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana, situado Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS, Módulo I, MA 17 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br.



Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
Pesquisador

Peço-lhe que assine abaixo ou coloque a sua impressão digital confirmando a sua autorização em participar da pesquisa, após a leitura e concordância com os termos desse documento. Feira de Santana,
_____ de _____ de 2019.

Nome _____

Assinatura _____

APÊNDICE 6. Manuscrito 3: Prevalência e Fatores Associados aos Distúrbios Psíquicos Menores na População Adulta Brasileira: uma revisão sistemática de estudos que utilizaram o instrumento de autorrelato SRQ-20

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS WITH SMALL PSYCHIC DISORDERS IN BRAZILIAN ADULT POPULATION: a systematic review of studies using the SRQ-20 Self-Report Questionnaire

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LOS DISTURBIOS PSÍQUICOS MENORES EN LA POBLACIÓN ADULTA BRASILEIRA: una revisión sistemática de estudios que utiliza el instrumento de auto relato SRQ-20

Eder Pereira Rodrigues¹²

Núbia Samara Caribé de Aragão³

Eduardo Pondé de Sena⁴

Mônica de Andrade Nascimento⁵

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho⁶

RESUMO

Introdução: Os distúrbios psíquicos menores compreendem sintomas de irritabilidade, fadiga, esquecimento, queixas somáticas, dificuldades de concentração e sentimentos de inutilidade. No Brasil tem sido observadas elevadas prevalências em adultos, no cenário da atenção primária à saúde. **Material e métodos:** revisão sistemática direcionada pelos descritores “Transtornos Mentais”; “Prevalência”; “Adulto”; “Estratégia Saúde da Família”; “Atenção Primária à Saúde” e sinônimos. A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas: Medline/Pubmed; Lilacs; Web of Science; Scopus, sem restrição de data. **Resultados:** foram selecionados 10 artigos, publicados entre os anos de 2005 a 2018. Os estudos analisados revelaram elevada prevalência dos distúrbios psíquicos menores e a variável mais associada foi sexo feminino e estado civil. **Conclusão:** Os estudos consultados evidenciaram elevada prevalência de distúrbios psíquicos menores e associação com as

¹ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.

³ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil

⁴ Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil.

⁵ Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil.

⁶ Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil.

condições socioeconômicas, idade e sexo, na população adulta brasileira, no cenário atenção primária à saúde. A maioria dos autores utilizaram pontos de corte diferentes do *self-reporting questionnaire* para a identificação dos distúrbios psíquicos menores, o que dificulta a comparação entre os estudos incluídos.

Descritores: Transtornos Mentais; Prevalência; Adulto; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Minor psychic disorders include symptoms of irritability, fatigue, forgetfulness, somatic complaints, concentration difficulties and feelings of worthlessness. In Brazil, high prevalence has been observed in adults, in the scenario of primary health care. **Material and methods:** systematic review guided by the descriptors “Mental Disorders”; “Prevalence”; “Adult”; “Family Health Strategy”; “Primary Health Care” and synonyms. The research was carried out in the electronic databases: Medline/Pubmed; Lilacs; Web of Science; Scopus, no date restriction. **Results:** 10 articles were selected, published between 2005 and 2018. The analyzed studies revealed a high prevalence of minor psychic disorders and the most associated variable was female gender and marital status. **Conclusion:** The consulted studies showed a high prevalence of minor psychic disorders and association with socioeconomic conditions, age and sex, in the Brazilian adult population, in the primary health care setting. Most authors used cut-off points different from the self-reporting questionnaire to identify minor psychiatric disorders, which makes it difficult to compare the included studies.

Descriptors: Mental disorders; Prevalence; Adult; Family Health Strategy; Primary Health Care; Brazil.

RESÚMEN

Introducción: Los trastornos psíquicos menores incluyen síntomas de irritabilidad, fatiga, olvidos, quejas somáticas, dificultades de concentración y sentimientos de inutilidad. En Brasil, se ha observado una alta prevalencia en adultos, en el escenario de la atención primaria de salud. **Material y métodos:** revisión sistemática guiada por los descriptores “Trastornos mentales”; “Predominio”; “Adulto”; “Estrategia de Salud de la Familia”; “Atención Primaria de Salud” y sinónimos. La investigación se realizó en las bases de datos electrónicas: Medline/Pubmed; lilas; Web de la Ciencia; Scopus, sin restricción de fecha. **Resultados:** Se seleccionaron 10 artículos, publicados entre 2005 y 2018. Los estudios analizados revelaron una alta prevalencia de trastornos psíquicos menores y la variable más asociada fue el sexo femenino y el estado civil. **Conclusión:** Los estudios consultados mostraron una alta prevalencia de trastornos psíquicos menores y asociación con condiciones socioeconómicas, edad y sexo, en la población adulta brasileña, en el ámbito de la atención primaria de salud. La mayoría de los autores utilizaron puntos de corte diferentes al cuestionario de autoinforme para identificar trastornos psiquiátricos menores, lo que dificulta la comparación de los estudios incluidos.

Descriptor: Trastornos Mentales; Prevalencia; Adulto; Estrategia Salud de la Familia; Atención Primaria a la Salud; Brasil.

Introdução

O sofrimento psíquico tem sido objeto de investigação na literatura em saúde, aproximadamente, 30% da população adulta brasileira apresentam Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) (Schmidt et al., 2011). Os DPM são caracterizados pela presença de manifestações clínicas mistas de depressão e ansiedade, pela existência de sintomas clínicos inespecíficos e não psicóticos como: insônia, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, esquecimento e queixas somáticas: cefaleia, alterações no apetite e desconforto epigástrico (Goldberg & Huxley, 1992; Tavares et al., 2011). A prevalência deste sofrimento pode variar a depender da população estudada e os métodos utilizados em pesquisas científicas (Santos & Siqueira, 2010). Embora esse conjunto de sintomas não atendam aos critérios de adoecimento mental de acordo com a Associação Psiquiátrica Americana e com a Classificação Internacional de Doenças (Association-APA, 2014; Saúde, 1993), afetam de maneira significativa a vida das pessoas (Tavares et al., 2011).

No campo da saúde mental, os DPM apresentam considerada relevância e se constituem em um dos principais problemas que atingem pessoas adultas. A Organização Mundial de Saúde, estima a ocorrência de 25% de DPM em indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos (Organization World Health, 2001). No Brasil, vários autores têm evidenciado alta prevalência desses transtornos nas populações estudadas (Araújo, Aquino, Menezes, Santos, & Aguiar, 2003; A. G. d. Costa & Ludermir, 2005; J. S. D. d. Costa et al., 2002; Lima, Soares, & Mari, 1999; Ludermir & Melo Filho, 2002). Em uma meta-análise que avaliou 174 publicações, de 1980 a 2013, de 63 países de alta, média e baixa renda, evidenciou-se que 17,6% dos adultos apresentaram distúrbios psíquicos menores nos últimos doze meses (Steel et al., 2014).

Fatores como a pobreza, sexo, idade, doenças físicas, fatores familiares e ambientais são apontados como fortemente associados ao DPM (Organization World Health, 2001). As consequências individuais e sociais, reforçam a necessidade de identificação precoce para orientar intervenções individuais e coletivas (Lima et al., 1999; Organization World Health, 2001). Os DPM constituem importante problema de saúde, por sua frequência e forte associação a comorbidades físicas, nível de incapacitação com prejuízo a qualidade de vida, além disso, apresentam impacto econômico relevante em função das demandas geradas aos serviços de saúde e absenteísmo no trabalho (Coutinho, Almeida Filho, & Mari, 1999).

Diante ao exposto e tendo em vista a magnitude deste problema na sociedade, buscou-se contribuir para a melhor compreensão sobre o que tem sido descrito na literatura sobre a temática. O presente trabalho teve por objetivo avaliar sistematicamente os resultados de estudos brasileiros que utilizaram o instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para rastreamento dos DPM no cenário da atenção primária à saúde (APS), assim, a pergunta de investigação segue a estrutura: o que tem sido evidenciado nas pesquisas científicas que utilizaram o SRQ-20 sobre a prevalência e os fatores associados aos distúrbios psíquicos menores na população adulta brasileira no cenário da atenção primária à saúde?

Material e Métodos

Trata-se de uma Revisão Sistemática (RS) acerca da prevalência e os fatores associados aos Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) na população adulta brasileira, conduzido por meio das orientações preconizadas pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). A recomendação PRISMA apresenta uma lista para verificação de estudos científicos, contendo 27 itens, considerada importante para a realização de revisões sistemática (Galvão, Pansani, & Harrad, 2015; Liberati et al., 2009).

A revisão sistemática é um estudo retrospectivo e secundário, que possibilita a sumarização das evidências científicas a respeito de um assunto cujo objetivo é responder a uma questão específica de investigação, com uma metodologia sistematizada e julgamento crítico dos resultados selecionados (Galvão et al., 2015; Liberati et al., 2009), estabelecidos previamente. Para levantamento dos dados foi construído um protocolo para a condução da pesquisa com o propósito de manter um rigor metodológico da revisão sistemática, assim os itens incluídos foram: a pergunta de investigação, formação da equipe de revisores, definição dos critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão), organização da estratégia de busca para cada base de dados, extração dos dados, avaliação da qualidade metodológica, síntese dos resultados encontrados, interpretação dos resultados (Brasil, Saúde, Secretaria de Ciência, & Tecnologia, 2014; De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, Takahashi, & Bertolozzi, 2011; Galvão et al., 2015; Green & Higgins, 2008; Liberati et al., 2009), todas as etapas foram analisadas por pares.

A pesquisa foi conduzida no mês de junho de 2019, nas bases de dados eletrônicas: *Medline/Pubmed; Lilacs; Web of Science; Scopus*, sem restrição de data, por meio do programa Start (*State of the Art through Systematic Review*), uma ferramenta gratuita

desenvolvida no Laboratório de Pesquisa em Engenharia de Software da UfScar para condução de revisão sistemática, considerando o intenso processo manual de uma RS, a ferramenta foi utilizada como apoio à condução deste trabalho. Tal ferramenta apoia as três fases principais de uma RS: planejamento, execução e sumarização (Fabbri et al., 2016).

Foram utilizados os seguintes descritores: *disorder, mental; disorders, mental; mental disorders; adult; prevalence; cross-sectional studies*, na língua inglesa, em conformidade com o *Medical Subject Headings* (MeSH) e português e espanhol nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e as palavras-chave, *self-reporting questionnaire, common mental disorders*, utilizando conectores AND e NOT.

Foram adotados como critérios de inclusão: artigos completos e disponíveis, estudos de prevalência sobre distúrbios psíquicos menores; sem recorte temporal; estudos que utilizaram o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para a suspeição de DPM; pesquisas em que os indivíduos pesquisados sejam adultos; e que apresentem o resultado da prevalência ou que seja possível calculá-la. Excluídos: teses; artigos duplicados; editoriais; estudos qualitativos, cartas; dissertações; monografias; revisão da literatura, sistemática e integrativa; resumos; livros; publicações em anais; e estudos que utilizaram o mesmo banco de dados.

O SRQ-20 é um questionário projetado para uso em estudos de morbidade psiquiátrica em instituições de cuidados primários de saúde de países em desenvolvimento, contém 20 questões sobre sintomas que tenham acontecido nos últimos 30 dias. Cada uma das opções de resposta apresenta score de (0) a (1), em que um (1) mostra que os sintomas existiam no último mês e zero (0) quando ausentes (Beusenber, Orley, & Organization, 1994; de Jesus Mari & Williams, 1986). O grau de suspeição para DPM é avaliado a partir do score alcançado para cada indivíduo com o ponto de corte igual ou maior que sete (07) respostas positivas. Alguns estudos utilizam ponto de corte de seis ou mais respostas positivas para homens e de oito ou mais para mulheres (Araújo et al., 2003; de Jesus Mari & Williams, 1986; Delcor et al., 2004).

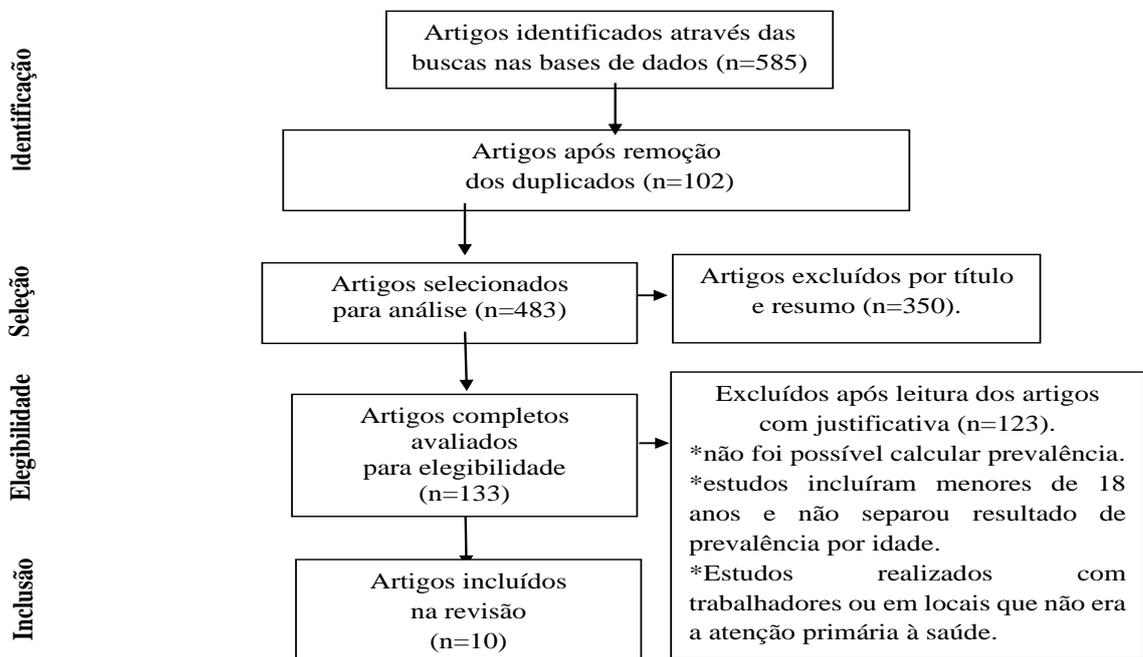
A busca e triagem dos artigos foi conduzida por dois pesquisadores de forma independente, avaliando o título inicialmente. Posteriormente, realizada a leitura do resumo dos artigos, observando se atendiam aos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Em seguida, a seleção dos artigos que obedeceram aos critérios de elegibilidade, os mesmos foram lidos na íntegra, para avaliação da metodologia utilizada e da prevalência do DPM. Havendo conflito entre os dois revisores, solicitava-se avaliação por um terceiro examinador.

Os resultados extraídos dos artigos incluídos nesta pesquisa foram sumarizados em figura e tabelas, contendo: descrição dos autores, título da publicação, ano em que foi publicado o estudo, objetivo, periódico, características sociodemográficas e relacionadas ao resultado da prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores na população adulta brasileira no cenário da atenção primária à saúde com os respectivos pontos de corte adotados.

Resultados

De acordo com as estratégias de busca determinadas em protocolo, foram encontrados um total de 585 artigos (Figura 1), sendo *Medline/Pubmed* (257 artigos); *Lilacs* (18 artigos); *Scopus* (212 artigos); *Web of Science* (99 artigos).

Figura 1 - Fluxograma das informações com as diferentes fases da revisão sistemática.



(Liberati et al., 2009); (Galvão et al., 2015) (adaptado).

A revisão constitui-se de 10 artigos publicados entre o ano de 2005 a 2018. A Tabela 1 descreve a caracterização dos estudos elegíveis, os quais foram organizados em relação aos autores, título, objetivo, ano de publicação, local onde foi realizado, periódico e base eletrônica onde foi encontrado.

Tabela 1 - Caracterização dos estudos segundo autores, objetivo, ano de publicação, país, periódico e base onde foi indexado.

Artigo	Autor(es)	Título	Objetivo	Ano de Publicação	Cidade/ Estado	Periódico/ BASE
1 (Senicato, Azevedo, & Barros, 2018)	(Senicato, Azevedo, & Barros, 2018) Senicato, et al.	Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis.	Avaliar os fatores socioeconômicos e demográficos, os comportamentos e as morbidades associados ao transtorno mental comum em mulheres adultas.	2018	Campinas/ São Paulo	Ciência & Saúde Coletiva Pubmed
2	(Silva et al., 2018).	Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil.	Estimar a prevalência e os fatores associados a Transtornos Mentais Comuns (TMC) na população idosa residente em um município brasileiro.	2018	Ibicuí/ Bahia	Ciência & Saúde Coletiva Pubmed
3 (Barreto do Carmo et al., 2018)	Barreto do Carmo, et al.	Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis?	To assess the prevalence of CMD using the SRQ-20 in a sample of women living in a Brazilian urban area; and to identify differences between the standard cutoff approach and alternative statistical methods to describe CMD symptoms and prevalence.	2018	Salvador/ Bahia	Revista Brasileira de Psiquiatria Pubmed
4 (Moraes, Silva, Oliveira, & Peres, 2017)	Moraes et al.	Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in Southern Brazil.	Investigate the prevalence and factors associated with Common Mental Disorders in adults in a capital city in Southern Brazil.	2017	Florianópolis/ Santa Catarina	Revista Brasileira de Epidemiologia Lilacs
5 (Borges et al., 2016)	Borges, et al.	Common Mental Disorders in Primary Health Care Units: Associated Factors and Impact on Quality of Life	To investigate factors associated with the incidence of common mental disorders and its impact on the quality of life in primary health care patients.	2016	São Paulo	Journal of the American Psychiatric Nurses Association Pubmed
6 (Rocha, Araújo, Almeida, & Júnior, 2011)	Rocha, et al.	Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil	Analisar a associação entre atividade física no lazer e a prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos	2011	Feira de Santana/ Bahia	Jornal Brasileiro de Psiquiatria Lilacs
7 (Jansen et al., mar, 2011)	Jansen, et al.	Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil	Verificar a prevalência de DPM e sua associação com qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.	2011	Pelotas/ Rio Grande do Sul	Cad. Saúde Pública Web of Science
8 (Rodrigues-Neto, et al., 2018)	Rodrigues Neto et al.	Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e	Verificar a prevalência de transtorno mental comum na cidade de Montes Claros, norte de	2008	Montes Claros/ Minas Gerais	Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Figueiredo, Fagundes, & Faria, 2008)		alternativa – estudo de base populacional	Minas Gerais, e identificar a possível associação entre fatores socioeconômicos e culturais e a utilização da Práticas Integrativas Complementares/Medicina Complementar Alternativa com o DPM			Scopus
9(Coelho et al., 2009)	Coelho, et al	Transtornos mentais comuns e enfermidades crônicas em adultos: estudo de base populacional	Avaliar a prevalência de DPM em pessoas com 40 anos ou mais, que sofrem de doenças crônicas e identificar os subgrupos com maior prevalência de DPM.	2009	Pelotas Rio Grande do Sul	Cadernos de Saúde Pública Web of Science
10(A. G. d. Costa & Ludermir, 2005)	Costa & Ludermir	Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil	Estimar a prevalência dos transtornos mentais comuns e sua associação com o apoio social em moradores da comunidade do Pirauá, em Macaparana, na Zona da Mata Pernambucana, Brasil	2005	Macaparana, na Zona da Mata/ Pernambucana	Cadernos de Saúde Pública Scopus

Fonte: Revisão Sistemática, 2019.

A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas da população. Observou-se um total de 11.425 pessoas participantes dos estudos incluídos na RS. Dentre os resultados extraídos, houve predominância do sexo feminino, a maioria dos indivíduos tinham companheiros, em relação a idade e o nível de escolaridade não foi possível realizar um cálculo para comparabilidade entre os estudos, tendo em vista que cada autor utilizou critérios específicos, assim, foi constatado que a maioria dos estudos não apresentavam todas as informações com relação a caracterização da população estudada, procedimento importante em estudos sobre sofrimento mental.

Tabela 2 - Características sociodemográficas da população dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Artigo	N	Sexo		Faixa Etária	Estado Civil		Filhos		Nível de Escolaridade %
		M %	F %		Com companheiro (%)	Sem companheiro (%)	S	N	
1 (Senicato et al., 2018)	848	-	100	18 a 64 anos	56,6	43,3	624	224	≥ 13 anos = 200 0 a 12 anos = 647
2 (Silva et al., 2018)	310	43,5	56,5	≥ 60 anos	49	51	-	-	Não alfabetizado = 61 Alfabetizado = 51,7
3 (Barreto do Carmo et al., 2018)	1095	-	100	19 a 55 anos	72,4	27,6	1095	-	19,8% ensino médio e superior
4 (Moraes et al., 2017)	1.720	761 44,5	959 55,5	20 a 59 anos	60,1	39,9	-	-	Anos de estudo: ≥ 12 = 43,9 9-11 = 33,4 Abaixo de 8 = 22,7
5 (Borges et al., 2016)	430	15,1	84,9	18 a 83 anos	59,3	40,7	-	-	≤ 8 anos = 42,3 ≥ 9 anos = 57,7
6 (Rocha et al., 2011)	562	30,4	69,6	≥ 60 anos	49,8	50,2	-	-	Nunca foi a escola / Lê e escreve = 28,0 Ensino Fundamental I e II = 57,4 Ensino Médio / Superior = 14,6
7 (Jansen et al., mar, 2011)	1560	43,6	56,4	18 a 24 anos	-	-	-	-	
8 (Rodrigues-Neto et al., 2008)	3090	37,3	62,7	18 a ≥40 anos	52,4	47,6	-	-	Oito ou mais anos de estudo = 41,4% Até oito anos de estudo = 58,6%
9 (Coelho et al., 2009)	483	41,41	58,59	≥ 20 anos	70,62	29,38	-	-	Ensino médio e mais = 12,68% Ensino fundamental = 46,15% Analfabeto = 41,16%
10 (A. G. d. Costa & Ludermir, 2005)	1327	34,1	65,9	≥ 40 anos	58,3	41,7	-	-	Analfabeto = 8,1% 1-4 anos = 28,6% 5-8 anos = 31,5% ≥ 9 anos = 31,8

Fonte: Revisão Sistemática, 2019.

-Resultados ausentes.

Na **Tabela 3** são apresentados os resultados referentes aos distúrbios psíquicos menores medidos pelo *Self Reporting Questionnaire* obtidos nos estudos incluídos na revisão sistemática, resultados globais da prevalência de DPM e com relação ao sexo, pontos de corte utilizados para a identificação e principais resultados com relação à definição de DPM segundo os autores dos artigos. Os resultados apresentados evidenciaram diferenças em relação ao ponto de corte adotado para a caracterização de DPM, o que afeta a análise comparativa dos resultados encontrados nos diferentes estudos.

Tabela 3 – Resultados encontrados referente aos distúrbios psíquicos menores, medidos pelo *Self Reporting Questionnaire* nos estudos incluídos na revisão sistemática.

Artigo	Prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) (total) (%)	Distúrbios Psíquicos Menores (DPM)		Distúrbios Psíquicos Menores (DPM)		Ponto de corte utilizado	Principais resultados
		Com companheiro (%)	Sem companheiro (%)	Homens (%)	Mulheres (%)		
1 ^(Senicato et al., 2018)	18,7	35,8	46,8	-	18,7	≥ 6 respostas afirmativas	Este estudo destaca que mulheres mais velhas, com baixa escolaridade, donas de casa, separadas ou viúvas, com dieta alimentar inadequada, que dormem pouco, doentes e que sofrem violência fazem parte dos segmentos mais vulneráveis ao transtorno mental comum e, portanto, devem ser tratadas com prioridade pelos serviços de saúde.
2 ^(Silva et al., 2018)	55,8	54,6	57	33,1	66,9	≥ 5 respostas afirmativas	A prevalência geral de DPM encontrada foi mais elevada quando comparada a outros estudos. Entre os sintomas de DPM, os mais relatados foram relacionados à dimensão humor depressivo (assusta-se com facilidade e sente-se nervoso, tenso ou preocupado). Diversos fatores podem estar relacionados a esse quadro, dentre eles a elevada presença de comorbidades e incapacidades, condições precárias de vida, episódios de estresse durante a vida e isolamento social.
3 ^(Barreto do Carmo et al., 2018)	37,6	-	-	-	37,6	≥ 8 respostas afirmativas	Foi encontrada alta prevalência de TMC usando o SRQ-20, independentemente do método de classificação, desta (37,6%) quando se utiliza o ponto de corte convencional.
4 ^(Moraes et al., 2017)	14,7	14,2	36,5	7,4	20,5	8 ou mais respostas afirmativas para ambos os sexos.	A prevalência de DPM na população foi de 14,7% (IC95% 12,2 - 17,2), maior no sexo feminino, negros, com idade superior a 30 anos, baixa escolaridade, indivíduos com baixo nível socioeconômico e entre divorciados / separados /

							indivíduos viúvos.
5 (Borges et al., 2016)	41,4	38,8	58	26,2	44,1	H ≥ 6 respostas afirmativas M ≥ 8 respostas afirmativas	DPM são altamente prevalentes em ambientes de APS e afetam a qualidade de vida dos pacientes.
6 (Rocha et al., 2011)	32,1	-	-	-	-	≥ 7 respostas afirmativas	Dentre os indivíduos estudados, 18,3% foram classificados como ativos no lazer. A prevalência de TMC foi de 32,1% sendo menor entre os indivíduos ativos no lazer, após ajuste por faixa etária e renda
7 (Jansen et al., mar, 2011)	24,5	-	-	14,6	32,2	≥ 7 respostas afirmativas	A prevalência de TMC na amostra estudada foi de 24,5% (N = 382), apresentando-se mais evidente entre as mulheres, entre aqueles que pertenciam à menor classe socioeconômica, não estavam estudando, não estavam trabalhando, consumiram álcool e usaram tabaco pelo menos uma vez na última semana e que fizeram uso de alguma substância ilícita nos últimos três meses.
8 (Rodrigues -Neto et al., 2008)	23,2	54,9	45,1	16,9	83,1	≥ 7 respostas afirmativas	Dos 23,2% indivíduos com DPM, 75% eram usuários de práticas integrativas complementares ou medicina complementar e alternativa. A prevalência de DPM foi maior naqueles com menor escolaridade, menor nível socioeconômico, com mais de 40 anos, mulheres, e maior naqueles que faziam uso da homeopatia e recorriam às benzedeiras.
9 (Coelho et al., 2009)	36,0	34,22	41,13	24,50	44,17	≥ 6 respostas afirmativas	Prevalência de 36% de DPM, sendo mais frequentes em pessoas com baixo apoio social, mulheres, idade entre 40 e 59 anos, divorciado (ou separado ou viúvo), analfabetos, naquelas que não trabalham e que tem renda menor que R\$50,00
10 (A. G. d. Costa & Ludermir, 2005)	30,2	37,3	43,1	36,2	40,5	H ≥ 6 respostas afirmativas M ≥ 8 respostas afirmativas	Prevalência de 30,2% de DPM, sendo mais frequente associado a baixa escolaridade, classe social, idade entre 46 e 65 anos, doenças crônicas e número de doenças crônicas

Fonte: Revisão Sistemática, 2019.

H = homem.

M = mulher.

ESF = Estratégia Saúde da Família.

DPM – Distúrbio Psíquico Menor.

APS = Atenção Primária à Saúde.

Discussão

O principal objetivo deste estudo foi descrever a produção científica nacional sobre a prevalência de distúrbios psíquicos menores na população adulta brasileira, no cenário da atenção primária à saúde, sem delimitação de tempo. Obteve-se um reduzido número de estudos sobre DPM nessa população e os resultados apontam que as investigações incluídas nesta revisão sistemática de acordo com os critérios de inclusão, começaram a partir de 2005, verificando-se aumento das publicações nos anos seguintes.

Os artigos selecionados são estudos de corte transversal. Os resultados desses estudos apontaram prevalências de DPM que variaram entre 14,7% e 55,8% nos diferentes estados brasileiros (J. S. D. d. Costa et al., 2002; Coutinho et al., 1999; de Jesus Mari & Williams, 1986; Lima et al., 1999; Rocha et al., 2011; Souza et al., 2017). A menor prevalência foi observada em uma amostra representativa da população com idade entre 20 a 59 anos (Moraes et al., 2017), enquanto que a maior prevalência encontrada foi em um estudo com idosos, sendo importante salientar que neste estudo os autores utilizaram como critério para definição de DPM o resultado ≥ 5 de respostas afirmativas no SRQ-20 (Silva et al., 2018).

Verificou-se em estudo realizado nos estados de São Paulo, Bahia e Santa Catarina, com população de idades semelhantes, resultados de prevalência de DPM de 18,7% (Schmidt et al., 2011), 37,6% (Tavares et al., 2011) e 14,7% (Santos & Siqueira, 2010), respectivamente. Em estudo realizado com pessoas cadastradas na Estratégia Saúde da Família que apresentavam idade entre 18 a 59 anos, foi encontrada prevalência de DPM de 23,2% (Souza et al., 2017). Os DPM atingem mais de 25% da população em todo o mundo, afetam pessoas em todas as idades, ambos os sexos e diferentes grupos sociais (Organization World Health, 2001).

Em relação a variável sexo, o feminino foi mais presente nos estudos selecionados. É importante destacar que, embora a maioria das pesquisas tenham relatado esta informação, em três estudos o resultado da prevalência de distúrbios psíquicos menores não foi separado por sexo. Observou-se uma maior prevalência de DPM em mulheres (Borges et al., 2016; Coelho et al., 2009; A. G. d. Costa & Ludermir, 2005; Jansen et al., mar, 2011; Rodrigues-Neto et al., 2008; Silva et al., 2018; Souza et al., 2017). A explicação encontrada na literatura para este achado, aponta para a dupla jornada de trabalho, aspectos relacionados à reprodução, cuidados com os filhos, a casa e baixos salários, tendo em vista que a mulher que vivencia o trabalho e

a responsabilidade familiar, geralmente, experimenta ansiedade, frustração, adoecimento físico e conseqüentemente episódios de distúrbios psíquicos menores (Senicato et al., 2018).

Dentre os estudos selecionados nesta revisão com relação ao estado civil, a maioria abordou a associação dessa variável com DPM, sendo observada as maiores prevalências DPM entre aqueles que informaram não ter companheiros (Borges et al., 2016; Coelho et al., 2009; A. G. d. Costa & Ludermir, 2005; Moraes et al., 2017; Rocha, Almeida, Araújo, & Virtuoso Júnior, 2010; Senicato et al., 2018; Silva et al., 2018).

Com relação ao nível de escolaridade, não foi possível realizar comparabilidade entre os estudos selecionados, tendo em vista que os autores utilizaram métodos diferentes para apresentar essa informação, por exemplo, apresentaram esta informação em alfabetizados e não alfabetizados, ou tempo de estudo em anos, ou ensino fundamental, médio e superior. Essa associação é considerada importante em pesquisas sobre sofrimento psíquico, pois estudos demonstraram que a baixa escolaridade é um importante preditor dos DPM (Carlotto, Amazarray, Chinazzo, & Taborda, 2011; Rocha et al., 2010).

Em relação a associação entre as variáveis sociodemográficas e DPM, os resultados dos estudos selecionados foram heterogêneos, assim, por não haver homogeneidade entre aos resultados apresentados, não foi possível nessa revisão, apontar a relação entre estes e o DPM. A relação entre algumas variáveis como: faixa etária, ter ou não filhos, nível de escolaridade, não foram descritas ou bem estabelecidas na maioria dos estudos selecionados.

O instrumento utilizado nos estudos selecionados para identificação de DPM, foi o SRQ-20, que apresenta elevada sensibilidade e especificidade e valores preditivos tanto na sua versão em inglês, como na versão em português (Barreto do Carmo et al., 2018; Beusenberg et al., 1994) o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), desenvolvido por Harding, et al (1980) (Harding et al., 1980), sob coordenação da OMS e validado para utilização no Brasil por Mari & Williams (1986) (de Jesus Mari & Williams, 1986), versão mais utilizada em estudos de base populacional, composta por 20 questões (04 sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas psicoemocionais). As respostas são do tipo “sim” ou “não”, atribuindo-se, respectivamente, valores de “1” e “0”. O ponto de corte sugerido por Mari & Williams (1986) (Beusenberg et al., 1994; de Jesus Mari & Williams, 1986) para a suspeição de Distúrbio Psíquico Menor é o de 07 respostas positivas.

É importante destacar que, embora validado para a população brasileira e amplamente utilizado por pesquisadores, a falta de consenso no ponto de corte do SRQ-20, para a

definição dos distúrbios psíquicos menores, prejudica a comparação dos resultados entre os estudos incluídos.

Em três estudos (Jansen et al., mar, 2011; Rocha et al., 2011; Rodrigues-Neto et al., 2008), os autores utilizaram pontos de corte para o SRQ-20 de ≥ 7 respostas afirmativas para homens e mulheres, sendo observada uma prevalência de 32,1%, 24,5% e 23,2%, respectivamente. Dois estudos analisaram os resultados por sexo, identificando uma prevalência de DPM nos homens de 14,6% (Jansen et al., mar, 2011) e 16,9% (Rodrigues-Neto et al., 2008) e nas mulheres 32,2% (Jansen et al., mar, 2011) e 83,1% (Rodrigues-Neto et al., 2008). Um estudo realizado na cidade de Pelotas no Rio Grande do Sul, a prevalência global de distúrbios psíquicos menores foi de 22,7%, sendo 17,9% entre homens e 26,5% entre as mulheres (Lima et al., 1999). Autores corroboram que os DPM são mais frequentes nas mulheres e em indivíduos com nível socio econômico mais baixos (A. G. d. Costa & Ludermir, 2005) .

Nos estudos incluídos nesta RS, realizados por Costa e Ludermir (A. G. d. Costa & Ludermir, 2005) e Borges, et al. (Borges et al., 2016): os autores utilizaram diferentes pontos de corte para avaliação da presença de distúrbios psíquicos menores de acordo com o sexo, para homens, ≥ 6 respostas afirmativas, para mulheres ≥ 8 respostas afirmativas, encontrando uma prevalência de 24,5% (A. G. d. Costa & Ludermir, 2005) e 26,2% (Borges et al., 2016) nos homens, 44,17 (A. G. d. Costa & Ludermir, 2005) e 44,1% (Borges et al., 2016) nas mulheres. Em estudos que utilizaram o mesmo critério para definir DPM em homens, e nas mulheres ≥ 6 respostas afirmativas, foram encontradas prevalências de 18,7% (Senicato et al., 2018) e 44,17% (Coelho et al., 2009).

Em outro estudo que considerou ≥ 8 respostas afirmativas para identificar DPM em homens, observou-se prevalência de 7,4 (Moraes et al., 2017). Alterações nos pontos de corte de um instrumento diagnóstico como o SRQ-20 alteram a sua sensibilidade, especificidade e os valores preditivos. Dessa forma, esses ajustes podem gerar subestimação ou superestimação da prevalência seja na população em geral ou em segmentos populacionais, como sexo masculino ou feminino. Assim é necessário um consenso na interpretação dos resultados do SRQ-20 para que possamos realizar comparações mais consistentes. É consenso na literatura a maior prevalência dessas manifestações em mulheres quando comparada aos homens (Beusenberg et al., 1994; Coutinho et al., 1999; Patel, Araya, de Lima, Ludermir, & Todd, 1999; Steel et al., 2014). Autores realizaram uma pesquisa epidemiológica em países periféricos, apontando que ser mulher é um fator associado ao DPM (Patel et al., 1999).

Os resultados apontaram que a prevalência de DPM no Brasil é elevada, acometendo 22,7% a 50,3% da população adulta (Fortes et al., 2011; Gomes, Miguel, & Miasso, 2013). O desenvolvimento dos distúrbios psíquicos menores envolve um processo muitas vezes imperceptível, o que dificulta a sua prevenção e o diagnóstico precoce. Os resultados apresentados apontaram as condições socioeconômicas, idade e sexo como fatores associados aos DPM.

Conclusão

Os resultados apresentados nos estudos incluídos nesta revisão sistemática evidenciaram elevada prevalência dos distúrbios psíquicos menores e associação com as condições socioeconômicas, idade e sexo, na população adulta brasileira em diferentes estados no cenário atenção primária à saúde.

Cabe destacar que, para uma comparação mais consistente dos resultados entre os diferentes estudos é imprescindível o consenso entre os pesquisadores, em relação aos valores adotados como ponto de corte pelo SRQ-20 para a identificação dos portadores de DPM.

É importante qualificar os profissionais que atuam na atenção primária à saúde especialmente os Agentes Comunitários de Saúde, para a detecção dos distúrbios psíquicos menores em indivíduos adultos. O *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) pode ser adotado na rotina da atenção primária à saúde para a suspeição de DPM, em virtude da sua simplicidade, reduzido tempo de aplicação e boa sensibilidade, especificidade e valores preditivos.

Referências

- Araújo, T. M., Aquino, E., Menezes, G., Santos, C. O., & Aguiar, L. (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 424-433.
- Association-APA, A. P. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: Artmed Editora.
- Barreto do Carmo, M. B., Santos, L. M., Feitosa, C. A., Fiaccone, R. L., Silva, N. B., Santos, D. N., . . . Amorim, L. D. (2018). Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis? *Braz J Psychiatry*, 40(2), 115-122. doi:10.1590/1516-4446-2016-2139
- Beusenberg, M., Orley, J. H., & Organization, W. H. (1994). *A User's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)*. Retrieved from
- Borges, T. L., Miasso, A. I., Reisdöfer, E., Dos Santos, M. A., Vedana, K. G., & Hegadoren, K. M. (2016). Common Mental Disorders in Primary Health Care Units: Associated

- Factors and Impact on Quality of Life. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 22(5), 378-386. doi:10.1177/1078390316655207
- Brasil, Saúde, M. d., Secretaria de Ciência, T. e. I. E., & Tecnologia, D. d. C. e. (2014). Diretrizes metodológicas: Elaboração de Revisão Sistemática e Metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico. In: MS Brasília.
- Carlotto, M., Amazarray, M., Chinazzo, I., & Taborda, L. (2011). Common Mental Disorders and associated factors among workers: an analysis from a gender perspective. *Cad Saúde Coletiva*, 19(2), 172-178.
- Coelho, F. M. d. C., Pinheiro, R. T., Horta, B. L., Magalhães, P. V. d. S., Garcias, C. M. M., & 3, C. V. d. S. (2009). Transtornos mentais comuns e enfermidades crônicas em adultos: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, 25, 59-67.
- Costa, A. G. d., & Ludermir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil %J Cadernos de Saúde Pública. 21, 73-79.
- Costa, J. S. D. d., Menezes, A. M. B., Olinto, M. T. A., Gigante, D. P., Macedo, S., Britto, M. A. P. d., & Fuchs, S. C. (2002). Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS %J Revista Brasileira de Epidemiologia. 5, 164-173.
- Coutinho, E. d. S. F., Almeida Filho, N., & Mari, J. d. J. J. R. p. c. (1999). Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. 26(5), 246-256.
- De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, M., Takahashi, R., & Bertolozzi, M. (2011). Revisão sistemática: noções gerais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1260-1266. doi:<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500033>
- de Jesus Mari, J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *J The British Journal of Psychiatry*, 148(1), 23-26.
- Delcor, N. S., Araújo, T. M., Reis, E. J., Porto, L. A., Carvalho, F. M., Silva, M. O., . . . Andrade, J. M. d. J. C. d. S. P. (2004). Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. 20, 187-196.
- Fabbri, S., Silva, C., Hernandes, E., Octaviano, F., Di Thommazo, A., & Belgamo, A. (2016). *Improvements in the start tool to better support the systematic review process*. Paper presented at the Proceedings of the 20th International Conference on Evaluation and Assessment in Software Engineering.
- Fortes, S., Lopes, C. S., Villano, L. A., Campos, M. R., Gonçalves, D. A., & Mari, J. d. J. (2011). Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 33(2), 150-156.
- Galvão, T. F., Pansani, T. d. S. A., & Harrad, D. J. E. e. S. d. S. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. 24, 335-342.
- Goldberg, D. P., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*: Tavistock/Routledge.
- Gomes, V. F., Miguel, T. L. B., & Miasso, A. I. J. R. l.-a. d. e. (2013). Common mental disorders: socio-demographic and pharmacotherapy profile. 21(6), 1203-1211.
- Green, S., & Higgins, J. P. (2008). Defining the review question and developing criteria for including studies. In *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Vol. 1, pp. 83): Wiley Online Library.
- Harding, T. W., De Arango, V., Baltazar, J., Climent, C., Ibrahim, H., Ladrido-Ignacio, L., & Wig, N. J. P. m. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. 10(2), 231-241.

- Jansen, K., Mondin, T. C., Ores, L. d. C., Souza, L. D. d. M., Konradt, C. E., Pinheiro, R. T., & Silva, R. A. d. (mar, 2011). Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 27(3), 440-448.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Moher, D. J. P. m. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. 6(7), e1000100.
- Lima, M. S. d., Soares, B. G. d. O., & Mari, J. J. J. R. p. c. (1999). Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. 26(5), 225-235.
- Ludermir, A. B., & Melo Filho, D. A. d. (2002). Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saude Publica*, 36(2), 213-221.
- Moraes, R. S. M., Silva, D. A. S., Oliveira, W. F., & Peres, M. A. (2017). Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in Southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol*, 20(1), 43-56. doi:10.1590/1980-5497201700010004
- Organization World Health, W. (2001). Relatório mundial da saúde. Saúde mental: uma nova concepção, nova esperança. *Organização Mundial da Saúde*, 25p-25p.
- Patel, V., Araya, R., de Lima, M., Ludermir, A., & Todd, C. (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med*, 49(11), 1461-1471. doi:10.1016/s0277-9536(99)00208-7
- Rocha, S. V., Almeida, M. M. G. d., Araújo, T. M. d., & Virtuoso Júnior, J. S. (2010). Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia %J Revista Brasileira de Epidemiologia. 13, 630-640.
- Rocha, S. V., Araújo, T. M., Almeida, M. M. G. d., & Júnior, J. S. V. (2011). Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr.*, 60(2), 80-85.
- Rodrigues-Neto, J. F., Figueiredo, M. F. S., Fagundes, M., & Faria, A. A. d. S. (2008). Common mental disorders and the use of complementary and alternative medicine – population – based survey. *J Bras Psiquiatr.*, 57(4), 233-239.
- Santos, É. G. d., & Siqueira, M. M. d. J. J. B. P. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. 59(3), 238-246.
- Saúde, O. M. d. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. In: Artes Médicas Porto Alegre.
- Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Silva, G., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., & Barreto, S. M. (2011). Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.
- Senicato, C., Azevedo, R. C. S. d., & Barros, M. B. d. A. (2018). Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2543-2554.
- Silva, P. A. S. S., Rocha, S. V., Santos, L. B., Santos, C. A. D., Amorim, C. R., & Vilela, A. B. A. (2018). [The prevalence of common mental disorders and associated factors among the elderly in a Brazilian city]. *Cien Saude Colet*, 23(2), 639-646. doi:10.1590/1413-81232018232.12852016
- Souza, L. P. S. e., Barbosa, B. B., Silva, C. S. d. O. e., Souza, A. G. d., Ferreira, T. N., & Siqueira, L. d. G. (2017). Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde %J Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 59-66.

- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*, 43(2), 476-493. doi:10.1093/ije/dyu038
- Tavares, J. P., Beck, C. L. C., Magnago, T. S. B. d. S., Greco, P. B. T., Prestes, F. C., & Silva, R. M. d. (2011). Produção científica sobre os distúrbios psíquicos menores a partir do self report questionnaire. 2011, 1(1), 11 %J Revista de Enfermagem da UFSM. doi:10.5902/217976922091

APÊNDICE 7. Manuscrito 4: Prevalência de Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária da Bahia

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA DA BAHIA**

Eder Pereira Rodrigues, e-mail: eder@ufrb.edu.br, ORCID ID <https://orcid.org/0000-0002-5972-2871>, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil.

Núbia Samara Caribé de Aragão, e-mail: nscaribe@hotmail.com, ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-2308-7474>, Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana-Bahia, Brasil.

Mônica Andrade Nascimento, e-mail: monica@uefs.br, ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-3945-4301>, Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Feira de Santana- Bahia, Brasil.

Urbanir Santana Rodrigues, e-mail: urbanir@gmail.com, ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-0614-9183>, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, Santo Antônio de Jesus- Bahia, Brasil.

Eduardo Pondé De Sena, e-mail: eduardopondedesena@gmail.com, ORCID ID <https://orcid.org/0000-0002-6166-8093>, Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, Salvador - Bahia, Brasil.

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, e-mail: mon.ica@terra.com.br, ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-6387-3760>, Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana- Bahia, Brasil.

Autor Correspondente: Eder Pereira Rodrigues
Endereço: Avenida Carlos Amaral, 1015 – Cajueiro, Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus – BA, CEP:44574-490
E-mail: eder@ufrb.edu.br

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (processo nº 408440/2013-3) e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) (convênio nº SUS 006/2017), que subsidiam a pesquisa.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não existir nenhum conflito de interesses relativos ao presente artigo

Apoio financeiro

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (processo nº 408440/2013-3) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) (convênio nº SUS 006/2017), que subsidiam a pesquisa.

Número de identificação / aprovação do CEP

CAAE 49272015.0.0000.0053.

Contribuição dos Autores:

Rodrigues, E.P. - responsável pela revisão de literatura, definição do desenho de estudo, coleta de dados, supervisão e participação na produção e sistematização dos dados, análise e interpretação de resultados e pela redação do artigo

Sena, E.P. de - concepção do estudo, da análise e interpretação de resultados e da redação do artigo.

Nascimento, M.A. - concepção do estudo, da análise e interpretação de resultados e da redação do artigo.

Rodrigues, U.S - concepção do estudo, da análise e interpretação de resultados e da redação do artigo.

Aragão, N. C. de - concepção do estudo, da análise e interpretação de resultados e da redação do artigo.

Nascimento Sobrinho, C.L. - responsável pela revisão de literatura, definição do desenho de estudo, coleta de dados, supervisão e participação na produção e sistematização dos dados, análise e interpretação de resultados e pela redação do artigo

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência e os fatores associados ao Transtorno Mental Comum em adultos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, em Feira de Santana, Bahia. **Método:** Estudo de corte transversal, exploratório com amostra aleatória. Investigou-se 791 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos. Utilizou-se um questionário com variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e o *Self-Report Questionnaire* para identificar o Transtorno Mental Comum. **Resultados:** A prevalência de Transtorno Mental Comum foi de 28,2% e esteve associada com escolaridade e renda. **Conclusões:** Observou-se elevada prevalência de Transtorno Mental Comum, indicando esse transtorno, como importante problema de saúde pública. A atenção primária é o cenário ideal para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental e prevenção do Transtorno Mental Comum.

Palavras-chave: Saúde mental, Transtorno mental comum. Estudos transversais. Atenção Primária.

ABSTRACT

Introduction: Common Mental Disorder is characterized by symptoms such as insomnia, fatigue, irritability, forgetfulness, difficulty concentrating, and somatic complaints, which demonstrate disruption of the individual's normal functioning, but are not characterized as mental illness. **Objective:** To estimate the prevalence and factors associated with this disorder in adults registered in the Family Health Strategy, in Feira de Santana, Bahia. **Method:** Cross-sectional study, with a stratified random sample, systematic by the cluster. Individuals aged 18 years or over, residing in randomly selected households, were investigated. A questionnaire with sociodemographic and lifestyle habits was used, in addition to the Self-Report Questionnaire to identify the disorder. The Prevalence Ratio and 95% Confidence Interval (PR-95% CI) were used to measure the association and statistical significance between the variables studied. **Results:** 791 adults were studied, with 61.5% (486) women. The mean age was 44.21 years (± 15.27); the predominant age group of 64% was 30-59 years. Regarding the level of education, 30.2% (239) studied until elementary school I; 5.9% (47) individuals were illiterate, and 10.4% (82) could only read and write their names. The prevalence of this disorder was 28.2% (223) and was associated with education and income. **Conclusions:** The repercussions of suffering, stress, and anxiety are no longer contested. The findings of this research corroborate those of other studies, revealing the disorders as a public health problem. Primary care is one of the ways of accessing health care, where people with various problems seek to resolve their demands, making it the ideal setting for the development of actions to prevent diseases and promote mental health.

Keywords: Common mental disorder. Cross-sectional studies. Mental health. Psychic suffering. Primary Health Care.

Introdução

No campo da saúde mental, Goldberg e Huxley¹ definiram uma síndrome caracterizada por sintomas depressivos, ansiosos e somáticos, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e a denominaram de Transtorno Mental Comum (TMC, em inglês, *Common Mental Disorders -CMD*), que designa situações de sofrimento mental, embora não preencham todos os critérios formais para diagnóstico da *Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10)*² ou do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV)*³.

O TMC tem ganhado relevância e se constitui em um importante problema que atinge os indivíduos adultos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se a ocorrência de 25% de TMC e 5 a 10% de transtornos mentais graves em indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos. Fatores como pobreza, sexo, idade, doenças físicas, fatores familiares e ambientais são apontados como associados ao TMC⁴.

No Brasil, em diversos estudos, essa síndrome apresentou diferentes nomenclaturas: Transtorno Mental Comum, Transtornos Mentais Comuns, Distúrbios Psiquiátricos Menores, Problemas Psiquiátricos Menores e Transtornos Mentais Menores, para tratar de uma mesma condição clínica⁵⁻⁸. Neste trabalho, essa síndrome será identificada pelo termo Transtorno Mental Comum (TMC).

O TMC pode acarretar sofrimento, diminuição na qualidade de vida e incapacidade funcional com reflexos nas atividades laborais. Apresenta elevada prevalência em termos mundiais⁹, que varia entre 24,6% a 45,3% de acordo com os estudos internacionais¹⁰, fazendo com que os sintomas sejam considerados um importante problema de saúde pública em diversos países¹¹.

A pesquisa epidemiológica em saúde mental permite estimar a frequência com que este problema ocorre na população adulta, além de permitir a identificação de fatores associados que possam identificar grupos de risco. Porém, esses estudos ainda são escassos no Brasil. Assim, objetiva-se estimar a prevalência e os fatores associados ao TMC em adultos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), da cidade de Feira de Santana, Bahia.

Método

Trata-se de um estudo de corte transversal, exploratório, populacional, realizado no município de Feira de Santana, segunda maior cidade do estado da Bahia e 34ª do Brasil, com uma população estimada, em 2017, de 627.477 pessoas¹². No início da pesquisa, foram identificadas 90 Equipes de Saúde da Família (eSF) em atividade no município, com cobertura de aproximadamente 60,0% da população¹³.

Foram coletados dados de uma amostra aleatória de indivíduos, com idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados junto à ESF local. O tamanho da amostra considerou uma prevalência global de TMC de 25% na população adulta, intervalo de confiança de 95% (IC95%) e um erro amostral de 4%. Foi considerado um efeito de desenho (DEFF = *design effect*) de 1,5 para corrigir o tamanho da amostra, levando-se em conta que a população foi proveniente de várias unidades da ESF. Com essa correção, o tamanho da amostra mínima necessária foi definido em 450 indivíduos, com idade igual ou superior a 18 anos ($450 \times 1,5=680$)¹⁴.

Para proceder à seleção dos sujeitos da pesquisa, utilizou-se a técnica de amostragem aleatória estratificada, sistemática por conglomerado. Identificaram-se 90 Equipes de Saúde da Família cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); dessas, 45 foram sorteadas. Considerou-se que cada eSF apresentava aproximadamente o mesmo número de microáreas e assim, foram sorteadas 45 microáreas, uma de cada eSF. Sorteou-se 16 famílias por microárea, totalizando 720 famílias. Por fim, de cada família selecionada, sorteou-se para entrevista um indivíduo adulto que atendesse aos critérios de inclusão, número maior que a amostra mínima necessária. Caso ele não fosse encontrado após duas visitas ou em caso de óbito, fazia-se sua substituição por outro indivíduo da mesma família, buscando-se manter a semelhança em relação a faixa etária e sexo. Caso não fosse possível manter as características em relação a faixa etária e sexo, outro indivíduo era entrevistado, buscando-se garantir o prazo de 120 dias para a realização da coleta de dados. Foram excluídos do estudo indivíduos acamados, gestantes e portadores de deficiência mental. Foram consideradas recusas os indivíduos que decidissem não participar do estudo após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuavam nas microáreas sorteadas, previamente treinados para a aplicação do instrumento, por meio de um curso com carga horária de 12 horas, desenvolvido e realizado pela equipe

responsável pela pesquisa. Com o intuito de acompanhar a coleta e esclarecer dúvidas que pudessem surgir após o treinamento, foi criado um grupo em um programa de mensagens instantâneas. A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2017 a fevereiro de 2018.

Com o objetivo de estimar o tempo necessário para aplicação do instrumento, bem como, sua clareza e entendimento, realizou-se estudo-piloto em uma microárea pertencente a uma eSF não sorteada, do município de Feira de Santana, Bahia. A coleta de dados foi iniciada após os ajustes sugeridos pelo estudo-piloto.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento padronizado contendo questões que incluíam as características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, ocupação, renda familiar); hábitos de vida (fumo, uso de bebida alcoólica, realização de atividade física); para avaliação da saúde mental dos indivíduos foi utilizado o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) e o teste CAGE para a detecção de bebedores-problema.

O SRQ-20 é um questionário projetado para uso em estudos de morbidade psiquiátrica, em instituições de cuidados primários de saúde de países em desenvolvimento¹⁵. É uma ferramenta de rastreamento, simples e rápido, que tanto pode ser aplicada por pessoas previamente treinadas, como ser utilizada como questionário autoaplicável. O grau de suspeição para TMC foi avaliado a partir do escore alcançado para cada indivíduo no SRQ-20. Adotou-se o ponto de corte igual ou maior que sete respostas positivas.

O teste CAGE também é um questionário padronizado, composto por quatro perguntas. Sua denominação é derivada das iniciais das palavras-chave de cada pergunta do original em inglês: 1) Alguma vez sentiu que deveria diminuir ou parar de beber? (*Cut down?*) 2) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? (*Annoying by criticism?*) 3) Sente-se culpado pela maneira como costuma beber? (*Guiltier about drinking?*) 4) Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo e a ressaca? (*Eye-opener drink?*). O CAGE é utilizado como teste de triagem para detecção de abuso no consumo de bebidas alcoólicas, adotando-se o ponto de corte duas ou mais respostas positivas para as quatro questões do teste. Apresenta alta sensibilidade, especificidade e valores preditivos, tanto na sua versão em inglês, como na versão em português¹⁶.

Com o intuito de detectar possíveis erros de digitação, construíram-se dois bancos de dados pelo programa EpiData, versão, 3.1. Após a verificação de erros e inconsistências, para a análise dos dados utilizaram-se os programas *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 9.0 for Windows, e OpenEpi, versão 3.03.

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas e as medidas de tendência central e de dispersão das variáveis numéricas. Realizou-se a análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas, dos hábitos de vida e do resultado do SRQ-20. A razão de prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram usados para medir a associação entre as variáveis estudadas e a significância estatística dos resultados.

Na sequência, realizou-se análise estratificada, para examinar a associação principal segundo os estratos das covariáveis, sendo avaliada a existência de interação e confundimento. Por fim, foi realizada uma análise multivariada, utilizando-se o modelo de regressão logística (MRL). Nesta etapa, as variáveis de exposição, desfecho e as covariáveis foram analisadas simultaneamente, utilizando-se o procedimento *backward*.

A regressão logística foi utilizada para analisar a independência da associação de cada variável que se mostrou associada com TMC, na análise inicial. No modelo final, incluíram-se apenas as variáveis associadas de forma independente. Calcularam-se as RP ajustadas para as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com TMC na análise multivariada, sendo a significância estatística verificada pelo teste do qui-quadrado. Considerou-se o nível crítico de 95% ($p < 0,05$)¹⁷.

Este estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde da Feira de Santana e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) CAAE 49272015.0.0000.0053.

Resultados

Neste estudo, participaram 791 indivíduos (número maior do que o inicialmente calculado), pois em algumas famílias foram entrevistados dois indivíduos. Nesse estudo não ocorreram perdas e/ou recusas. Entre os entrevistados, 61,5% eram do sexo feminino. A média da idade foi de 44,2 ($\pm 15,3$), a faixa etária predominante (64%) foi a de 30-59 anos. Em relação ao grau de escolaridade, 5,9% eram analfabetos, 10,4% sabiam apenas ler e escrever o próprio nome e 30,2% estudaram até o ensino fundamental I. A maioria era casada (38,2%), católica (42,1%), com filhos (84,7%) média de 2,8 e com renda média de R\$ 533,90, que equivale a aproximadamente US\$ 163,77, em valores da época. As demais características da amostra estão descritas na Tabela 1.

Com relação aos hábitos de vida, 29,8% dos sujeitos informaram realizar atividade física, pelo menos uma vez por semana, destes, 37,7% são homens e 29% são mulheres (Tabela 2).

No tocante a principal fonte de renda dos sujeitos pesquisados, 31,6% informaram trabalho autônomo; 17,2% tinham emprego regular com carteira assinada; 18,4% viviam de pensão ou aposentadoria; e 29,0% referiram não ter renda pessoal.

Quando indagados sobre quem era o principal responsável pelo sustento da família, 47,3% referiram-se ser o principal responsável, seguido pelo cônjuge (26,4%), sendo que 12,9% referiram que a responsabilidade pelo sustento era dividida com o cônjuge e 11,4% informaram ter ajuda de outras pessoas.

O principal motivo relatado para não exercer alguma atividade econômica foi a necessidade de cuidar da família e de se dedicar às atividades domésticas (32,7%); estar procurando trabalho, porém, sem consegui-lo foi a resposta de 29,3%; e estar aposentado foi referido por 13,5%.

A maioria dos entrevistados (77,0%) afirmou que seu estado de saúde era bom ou regular, porém, ao serem questionados sobre algum diagnóstico médico, as doenças mais relatadas foram: hipertensão arterial 29% (188), rinite/sinusite 18,4% (119), distúrbio do sono 17,1% (110), colesterol alto 14,6% (94), varizes 12,5% (81), lombalgia 10,6% (68), alergia/eczema 10,1% (65), artrite/reumatismo 9,8% (63), diabetes 9,4% (61), gastrite 8,9% (57), infecção urinária (57) 8,9%, obesidade (48) 7,5%, anemia (42) 6,5%, hérnia de disco (29) 4,5%, LER/DORT (25) 3,9%. A prevalência de TMC foi de 28,2% (223).

A análise bivariada para comparação das características sociodemográficas e hábitos de vida resultaram da aplicação do SRQ-20. As variáveis: sexo, ter doença crônica e não ter ocupação remunerada apresentaram associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com TMC. As razões de prevalência para outras associações estão descritas na Tabela 3.

Quanto à análise multivariada, no modelo final obtido foram mantidas as seguintes variáveis: sexo, ter filhos, atividade remunerada, atividade de lazer, tabagismo e ter doença crônica. Estas variáveis conservaram associação estatisticamente significativa ao TMC (Tabela 4).

Discussão

Observou-se uma prevalência de TMC de 28,2%. Esse resultado foi menor que os encontrados nos estudos de Lucchese e colaboradores (31,47%)⁷, Costa e Ludermir (36,03%)¹⁸ e Gonçalves e Kapezinsk (38%)¹⁹, estudos escolhidos para comparação por serem de base populacional e adotarem o mesmo instrumento de rastreamento, o SRQ-20.

A prevalência de TMC encontrada neste estudo revela um grande número de pessoas em situação de sofrimento mental e vulnerabilidade, que não havia sido identificado pela Estratégia Saúde da Família. Essa situação é apresentada pela OMS²⁰, ao relatar que os recursos destinados para a atenção à saúde mental em países em desenvolvimento são insatisfatórios, fator que impacta negativamente nos cuidados à saúde da população de baixa renda, a qual não dispõe de serviços com profissionais treinados para identificar e encaminhar casos suspeitos de TMC.

Outrossim, diversos estudos associam TMC à incapacidade^{21,22}, ao absenteísmo no trabalho²³, à elevação nos custos de cuidado à saúde e perda de produtividade econômica²⁴⁻²⁸. Outros estudos relacionam TMC com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)^{5,29-32} e foram encontradas também associações entre doenças cardiovasculares e TMC^{33,34}. Araújo e colaboradores³⁵ encontraram associação entre TMC e tuberculose.

No presente estudo, ter doença crônica também esteve significativamente associada a TMC. Assim, os resultados apontam para a necessidade de a Estratégia de Saúde da Família intensificar as ações de promoção à saúde mental na população de Feira de Santana.

Em 2001, em seu relatório sobre a saúde no mundo, a OMS já sinalizava a necessidade de fortalecimento das ações de Atenção Primária à Saúde, apontando as ações de saúde mental como um caminho fundamental para permitir que um maior número de pessoas tenha acesso mais fácil e mais rápido aos serviços. Esse mesmo relatório destaca ainda a necessidade de diminuir as barreiras enfrentadas por populações mais pobres no acesso à atenção em saúde, destacando a pouca oferta de recursos em saúde mental disponíveis para as classes sociais mais pobres²⁰.

No presente estudo, encontrou-se uma maior prevalência de TMC em mulheres. Esta diferença foi estatisticamente significativa e corrobora achados de outros estudos^{36,39}. As possíveis causas da associação com sexo feminino ainda necessitam ser esclarecidas, na opinião de Gonçalves e Kapczinski¹⁹.

Entretanto, para Nunes e colaboradores⁴⁰ e Pinho e Araújo⁴¹, essa maior prevalência pode estar relacionada ao sofrimento resultante da desigualdade de gênero, representada pela sobrecarga decorrente da multiplicidade de atividades exercidas pelas mulheres, principalmente as que associam o trabalho remunerado com o volume excessivo de tarefas domésticas, assim como, o enfrentamento de estressores psicossociais como: discriminação sexual, altas taxas de violência⁴² e violência de gênero. Para Bandeira⁴³, a violência de gênero pode ser manifesta na forma de: humilhação, intimidação, desqualificação, ridicularização, coação moral, suspeitas, desqualificação da sexualidade, desvalorização cotidiana como pessoa, de sua personalidade, de seu corpo, de suas capacidades cognitivas, de seu trabalho, de seu valor moral, dentre outras.

Outros fatores, além dos sociodemográficos, podem interferir na maior probabilidade do sexo feminino a taxas mais elevadas de TMC⁴⁴. Fatores biológicos, como mudanças no humor decorrente de alterações hormonais, como parte do ciclo menstrual ou pós-parto, podem contribuir para a maior prevalência de TMC nas mulheres. Supõem-se que esses fatores podem interagir com papel tradicional exercido pelas mulheres na sociedade. Nesse contexto, as mulheres necessitam de atenção especial no que se refere a estratégias de promoção e proteção de sua saúde mental, por meio do fomento a discussão em torno da assistência e proteção às mulheres, com articulação das políticas públicas de saúde e de assistência social, nas questões relativas ao gênero.

Neste estudo, foi possível estabelecer uma associação entre escolaridade e TMC na análise bivariada; os indivíduos com menos de 8 anos de estudo apresentaram uma maior prevalência de TMC, quando comparados com aqueles que tiveram mais de 8 anos de estudo. Contudo, na análise multivariada, essa associação não permaneceu significativa; outros pesquisadores também encontraram associação entre baixa escolaridade e TMC, como Coutinho e colaboradores⁴⁵ e Moraes e colaboradores⁴². Entretanto, estudos conduzidos por Wiemann e colaboradores, Borges e colaboradores e Gonçalves e colaboradores^{36,46,47} não observaram essa associação. Essas diferenças podem estar relacionadas aos pontos de corte adotados para a definição de baixa escolaridade pelos pesquisadores; no presente estudo, utilizaram-se como referência os anos de estudo quanto ao ensino fundamental brasileiro, que é a formação básica do cidadão.

A escolaridade frequentemente está relacionada a outros preditores de TMC, como empregabilidade e renda. Indivíduos com baixa escolaridade encontram maior dificuldade de inserção em vagas de emprego formal, em virtude da escassez de oportunidades⁴⁸ e da baixa

qualificação, fatores que resultam na percepção de salários menores, reduzida valorização profissional e em piores condições de vida, o que pode desencadear outros problemas sociais e, como consequência, sofrimento mental⁷.

A renda foi outro fator, na população pesquisada, que não estava associada ao TMC, após a análise de regressão logística. Assim, a situação de baixa renda e TMC não foi estatisticamente significativa no presente estudo, tendo outras pesquisas obtido resultados com associações estatisticamente esignificantes^{19,49,50}. Para Souza e colaboradores⁵¹, a baixa renda não gera diretamente sofrimento mental; os autores argumentam que, o sofrimento mental pode estar relacionado a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, tendo como consequência a pouca valorização social e precárias condições de vida, gerando má qualidade de vida e, por consequência, sofrimento mental.

A situação conjugal, comumente associada ao TMC^{37,47,49,50}, não se mostrou estatisticamente significativa neste estudo; apesar disso nos indivíduos sem companheiro (solteiros/viúvos/divorciados) apresentaram maior prevalência (31,74%, RP 1,25, IC 95% 1,00-1,57). Para Carlotto e colaboradores³⁷, a possibilidade de compartilhar as dificuldades cotidianas com os respectivos companheiros em um relacionamento estável pode ser um fator protetor ao desenvolvimento de TMC. No entanto, esta situação não é observada nos casos, em que as mulheres sofrem algum tipo de violência por parte dos companheiros; pesquisas apontam para uma maior prevalência de TMC entre as mulheres vítimas da violência; nesses casos o fato de ter um parceiro contribuiria para o aumento do TMC^{52,53}.

Nesta pesquisa houve associação estatística ente TMC e ter filhos. No estudo realizado por Lucchese e colaboradores⁷ o fato de ter filhos esteve associado a uma maior prevalência de TMC em mulheres trabalhadoras e não com as donas de casa, para a referida autora, isso pode estar relacionado a duplicidade de papéis destas trabalhadoras, ao se comprometerem tanto com a criação dos filhos, quanto com as responsabilidades referentes a atividade laboral.

Conclusões

Os achados dessa pesquisa corroboram os de outros estudos, revelando o TMC como um problema importante de saúde pública. A atenção básica é uma das formas de acesso aos cuidados à saúde, onde pessoas com problemas de saúde variados buscam resolver suas demandas, tornando-se cenário ideal para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental e de prevenção de agravos à saúde.

Não se pode negligenciar a baixa escolaridade e a baixa renda como elementos determinantes do processo de adoecimento mental, aliados a isso, o pouco ou nenhum acesso a atividades de lazer e cultura. Parte da amostra estudada vive abaixo da linha de pobreza, condição que contribuí para a piora do quadro de saúde destes indivíduos.

Este estudo apresenta algumas limitações metodológicas. A principal limitação é de tratar-se de um estudo de corte transversal, pois, não é possível estabelecer nesse tipo de estudo o nexo de causalidade, entre variáveis pesquisadas. Outra possível limitação refere-se ao instrumento utilizado para identificar a variável desfecho, o SRQ-20, pois o mesmo é um teste de triagem, adotado para identificar sintomas e suspeitar de doença mental, portanto, não pode ser utilizado como teste diagnóstico.

Entretanto, é possível afirmar que, embora seja complexo o diagnóstico do sofrimento mental, o conhecimento epidemiológico desenvolvido até aqui com a utilização de um teste de triagem diagnóstica com bom desempenho, validado para a atenção primária e em população geral, qualificam os resultados deste estudo para subsidiar futuras ações voltadas à saúde da população exposta no contexto da atenção primária em Feira de Santana.

Uma maior integração da atenção primária em saúde com os serviços de saúde mental, pode ser uma das respostas para os problemas apontados nesta e em outras pesquisas. Propostas como a pirâmide de serviços da OMS apresentam o caminho que a atenção primária e os serviços de saúde mental tem que trilhar para alcançar este tipo de abrangência e integração.

A integração entre a atenção primária e os serviços de saúde mental pode ser a maneira mais viável de mitigar a deficiência de diagnóstico e tratamento e assegurar cuidados de saúde mental a quem necessita.

Referências

1. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. Tavistock/Routledge; 1992.
2. Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão. 7ª ed. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Família Classificações Internacionais em Português. São Paulo: EDUSP; 2004. 1191 p.
3. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. 1994.
4. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde. Saúde mental: uma nova concepção, nova esperança. 1º ed. Lisboa; 2002. p. 25p-25p.
5. Costa JSD da, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP de, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2002;5(2):164–73. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000200004&nrm=iso
6. Quadros L de CM de, Gigante DP, Kantorski LP, Jardim VM da R. Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2012;28(1):95–103. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22267069>
7. Lucchese R, De Sousa K, Bonfin S do P, Vera I, Santana FR, Sousa K de, et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. ACTA Paul Enferm [Internet]. 2014;27(3):200–7. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300200&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400035>
8. Marconato C da S, Magnago AC de S, Magnago TSB de S, Dalmolin G de L, Andolhe R, Tavares JP. Prevalence and factors associated with minor psychiatric disorders in hospital housekeeping workers*. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2017;51:e03239. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100431&lng=en&tlng=en
9. Murcho N, Pacheco E, Jesus SN de. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. Rev Port Enferm Saúde Ment. 2016;(15):30–6.
10. Bandeira M, Cardoso CS, Scalón JD, Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2011;60(3):221-6. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
11. Jacka FN, Mykletun A, Berk M. Moving towards a population health approach to the primary prevention of common mental disorders. BMC Med. 2012;10(1):149.
12. Brasil. Estimativa da população para 2017. Brasília, DF. IBGE. Instituto Brasileiro de

- Geografia e Estatística, organizador. Brasília; 2017.
13. Brasil. Ministério da Saúde (BR), Departamento da Atenção Básica. Saúde da Família [Internet]. Brasília (DF); 2015 [citado 2016 maio 04]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.html>. Básica D da A, organizador. 2016.
 14. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: open source epidemiologic statistics for public health, version. 2014.
 15. de Jesus Mari J, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *J Br J Psychiatry*. 1986;148(1):23–6.
 16. Abrantes Do Amaral R, Malbergiera A, Amaral RA do, Malbergier A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo (USP) – Campus Capita. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(3):156–63.
 17. Oliveira NF de, Santana VS, Lopes AA, De Oliveira NF, Santana VS, Lopes AA. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística %J *Revista de Saúde Pública*. *Rev Saude Publica* [Internet]. 1997;31(1):90–9. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000100012&nrm=iso
 18. Costa AG da, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil . Vol. 21, *Cadernos de Saúde Pública* . scielo ; 2005. p. 73–9.
 19. Gonçalves DM, Kapczinski F, Goncalves DM, Kapczinski F, Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008/08/02. julho de 2008;24(7):1641–50. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/19.pdf>
 20. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde. Saúde mental: uma nova concepção, nova esperança; [Internet]. 1º ed. Organização Mundial da Saúde. Lisboa,; 2001. p. 25p. Available at: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
 21. Eaton WW, Alexandre P, Joseph Bienvenu O, Clarke D, Martins SS, Nestadt G, et al. The Burden of Mental Disorders. In: *Public Mental Health* [Internet]. Oxford University Press; 2012. p. 2–30. Available at: <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195390445.001.0001/acprof-9780195390445-chapter-1>
 22. Druss BG, Hwang I, Petukhova M, Sampson NA, Wang PS, Kessler RC. Impairment in role functioning in mental and chronic medical disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2009;14(7):728–37. Available at: <https://www.nature.com/articles/mp200813.pdf>
 23. Ferreira RC, Griep RH, Fonseca M de JM da, Rotenberg L. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem %J *Revista de Saúde Pública*. 2012;46:259–68. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200008&nrm=iso

24. Simon G, Ormel J, VonKorff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry*. 1995;152(3):352–7.
25. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unützer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2003/09/10. 2003;60(9):897–903. Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/articlepdf/207831/yoa20766.pdf>
26. Bijl D, van Marwijk HWJ, de Haan M, van Tilburg W, Beekman AJTF. Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2004;10(1):6–12. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/13814780409094220?needAccess=true>
27. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2004;82(11):858–66. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2623050/pdf/15640922.pdf>
28. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. 2007;370(9590):859–77. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61238-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61238-0/fulltext)
29. Gispert R, Rajmil L, Schiaffino A, Herdman M. Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2003/12/23. 2003;38(12):677–83. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-003-0692-6>
30. Coelho FMDC, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PV da S, Garcias CMM, Silva CV da. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad Saude Publica* [Internet]. janeiro de 2009;25(1):59–67. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/06.pdf>
31. Gili M, Comas A, García-García M, Monzón S, Antoni SB, Roca M. Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2010;32(3):240–5. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834310000149>
32. Borim FSA, Barros MB de A, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013/07/12. 2013;29(7):1415–26. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700015&lng=pt&tlng=pt
33. Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. State of the art review: Depression, stress, anxiety, and cardiovascular disease. *Am J Hypertens* [Internet]. 2015/04/26. 2015;28(11):1295–302. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4612342/pdf/hpv047.pdf>
34. Batelaan NM, Seldenrijk A, Bot M, Van Balkom AJLM, Penninx BWJH. Anxiety and new onset of cardiovascular disease: Critical review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2016;208(3):223–31. Available at: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/anxiety-and-new-onset-of-cardiovascular-disease-critical-review-and-metaanalysis/C6A10A1F09B864568234D3983D05114E>

35. Araújo GS de, Pereira SM, Santos DN dos, Marinho JM, Rodrigues LC, Barreto ML, et al. Common mental disorders associated with tuberculosis: A matched case-control study. *PLoS One* [Internet]. 2014;9(6):e99551. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099551>
36. Borges TL, Hegadoren KM, Miasso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015;38(3):195–201. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26757997>
37. Carlotto MS, Barcinski M, Fonseca R. Transtornos mentais comuns e associação com variáveis sociodemográficas e estressores ocupacionais: uma análise de gênero. *Estud e Pesqui em Psicol.* 2015;15(3):1006–26.
38. Soni A, Fahey N, Byatt N, Prabhakaran A, Simas TAM, Vankar J, et al. Association of common mental disorder symptoms with health and healthcare factors among women in rural western India: Results of a cross-sectional survey. *BMJ Open* [Internet]. 2016/07/09. 2016;6(7):e010834. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27388353>
39. Barreto Do Carmo MB, Dos Santos LM, Feitosa CA, Fiaccone RL, Da Silva NB, Doa Santos DN, et al. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: What are the alternative strategies for analysis? *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2017/09/07. 2018;40(2):115–22. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28876378>
40. Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, Brunoni AR, Kemp AH, Benseñor IM, et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: Baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2016;38(2):91–7. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462016000200091&nrm=iso
41. Pinho P de S, Araújo TM de, de Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2012;15(3):560–72. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300010&nrm=iso
42. Moraes RSM de, Silva DAS, Oliveira WF de, Peres MA. Iniquidades sociais na prevalência de desordens mentais comuns em adultos: Estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017;20(1):43–56. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28513793>
43. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação %J *Sociedade e Estado*. *Soc e Estado* [Internet]. agosto de 2014;29(2):449–69. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=pt&tlng=pt
44. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2014;43(2):476–93. Available at:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24648481>
45. Coutinho LMS, Matijasevich A, Scazufca M, Menezes PR. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014;30(9):1875–83. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1875.pdf>
 46. Wiemanna I, Munhoz TN. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados nos Usuários do Centro de Referência de Assistência Social de São Lourenço do Sul, RS. *Ensaio e Ciência Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 2015;19(2):89–94.
 47. Gonçalves DA, Mari J de J, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014;30(3):623–32. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0623.pdf>
 48. Barros RP de, Foguel MN, Ulyseia G. Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente. gráfs. tabs., organizador. Vol. 1. Brasília:Ipea; 2006. 446 p.
 49. Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, de Jesus Mari J. Transtornos mentais comuns em Petrópolis-rj: Um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia de saúde da família. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. junho de 2011;33(2):150–6. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000200010&nrm=iso
 50. Senicato C, de Azevedo RCS, Barros MB de A, Azevedo RCS de, Barros MB de A, de Azevedo RCS, et al. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2018/08/24. 2018;23(8):2543–54. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802543&nrm=iso
 51. Santos G de BV dos, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG, Gianini RJ. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2019 [citado 17 de abril de 2020];35(11). Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001305008&tlng=pt
 52. Ludermir AB, Valongueiro S, Araújo TVB de. Transtornos mentais comuns e violência por parceiro íntimo durante a gravidez. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2014;48(1):29–35. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4206118&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 53. Mendonça MFS, Ludermir AB. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017/04/20. 2017;51:32. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28423141>.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de uma amostra de adultos cadastrados na ESF, Feira de Santana, Bahia, 2018.

Variáveis	N*	%
Sexo	790	100,0
Feminino	486	61,5
Masculino	304	38,5
Cor da pele (autorreferida)	791	100,0
Branca	57	7,2
Amarela	11	1,4
Parda	498	63,0
Preta	219	27,7
Não sabe	06	0,8
Estado Civil	782	100,0
Casado/a	302	38,3
União estável	125	15,9
Solteiro	257	32,6
Divorciado/separado/desquitado/a	49	6,2
Viúvo/a	50	6,3
Escolaridade	791	100,0
Nunca foi à escola/	47	5,9
Lê e escreve o nome	82	10,4
Fundamental I	239	30,2
Fundamental II ou 1º Grau Completo	64	8,1
Ensino Médio – Incompleto	82	10,4
Ensino Médio – Completo	229	29,0
Curso Técnico	11	1,4
Superior – Incompleto	22	2,8
Superior – Completo	15	1,9
Tem Filhos	790	100,0
Não	121	15,3
Sim	669	84,6
Situação da moradia	790	100,0
Própria	677	85,7
Alugada	64	8,1
Imóvel cedido, usufruto, ocupação ou assemelhada	49	6,2
Renda**	781	100,0
até 2 SM	577	73,9
Acima de 2 SM	204	26,1

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: * Resultados válidos, excluídos os ignorados. **Salário-Mínimo (SM) 2017 = R\$ 937,00. ESF- Estratégia de Saúde da Família.

Tabela 2 – Hábitos de Vida de uma amostra de adultos cadastrados na ESF, Feira de Santana, Bahia, 2018.

Hábitos De Vida		N*	%
Atividade Física	Não	531	69,2
	Sim	236	30,8
Tabagismo	Não	683	86,3
	Sim	108	13,7
Uso de Bebida alcoólica	Não	526	69,9
	Sim	227	30,1
Teste CAGE positivo	Não	168	74,2
	Sim	58	25,8
Atividades sociais/lazer	Não	572	74,1
	Sim	200	25,9

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: * Resultados válidos, excluídos os ignorados. ESF- Estratégia de Saúde da Família.

Tabela 3 - Prevalência, Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança de 95% (IC–95%) para a associação entre características sociodemográficas, hábitos de vida e TMC de uma amostra de adultos cadastrados na ESF, Feira de Santana, Bahia, 2018.

Variáveis	Suspeito de TMC				RP	Intervalo de confiança de 95%	
	SIM		NÃO				
	n	%	n	%			
Sexo							
Feminino	173	35,6	313	64,4	2,16	1,63	2,86
Masculino	50	16,4	254	83,6			
Tem filhos							
Sim	197	29,4	472	70,6	1,43	0,99	2,06
Não	25	20,7	96	79,3			
Escolaridade							
≤8 anos	138	31,9	294	61,8	1,35	1,07	1,70
>8 anos	85	23,7	274	76,3			
Atividade remunerada							
Não	173	77,6	324	57,0	2,04	1,54	2,70
Sim	50	22,4	244	43,0			
Atividade de lazer							
Não	184	32,2	388	67,8	1,95	1,39	2,72
Sim	33	16,5	167	83,5			
Atividade física							
Não	181	30,1	551	69,59	1,41	1,03	1,95
Sim	35	21,2	130	78,8			
Hábito de fumar							
Sim	33	37,1	56	62,9	1,34	1,00	1,81
Não	188	27,5	495	72,5			
Sobrepeso							
Não	125	25,3	370	74,7	1,32	1,05	1,65
Sim	93	33,3	186	66,7			
Doença crônica							
Sim	177	34,3	339	65,7	1,99	1,49	2,66
Não	46	17,2	221	82,8			

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda:* Resultados válidos, excluídos os ignorados. ESF- Estratégia de Saúde da Família. TMC- Transtorno mental comum

Tabela 4 - Razão de prevalência (RP) e Intervalo de Confiança de 95% (IC– 95%) para a associação entre características sociodemográficas, hábitos de vida e Transtorno mental comum de uma amostra de adultos cadastrados na ESF, obtidas na análise de regressão logística - Feira de Santana, Bahia, 2018.

Variável	RP ajustadas	IC95%	p
Sexo			
Feminino	1,96	1,47-2,63	0,000
Masculino	1,00		
Tem Filhos			
Sim	1,21	1,05-1,38	0,005
Não	1,00		
Atividade Remunerada			
Não	1,55	1,17-2,04	0,002
Sim	1,00		
Atividade de Lazer			
Não	1,68	1,22-2,31	0,001
Sim	1,00		
Hábito de Fumar			
Sim	1,47	1,10-1,95	0,008
Não	1,00		
Doença Crônica			
Sim	1,64	1,22 - 2,19	0,001
Não	1,00		

Fonte: Dados da pesquisa.

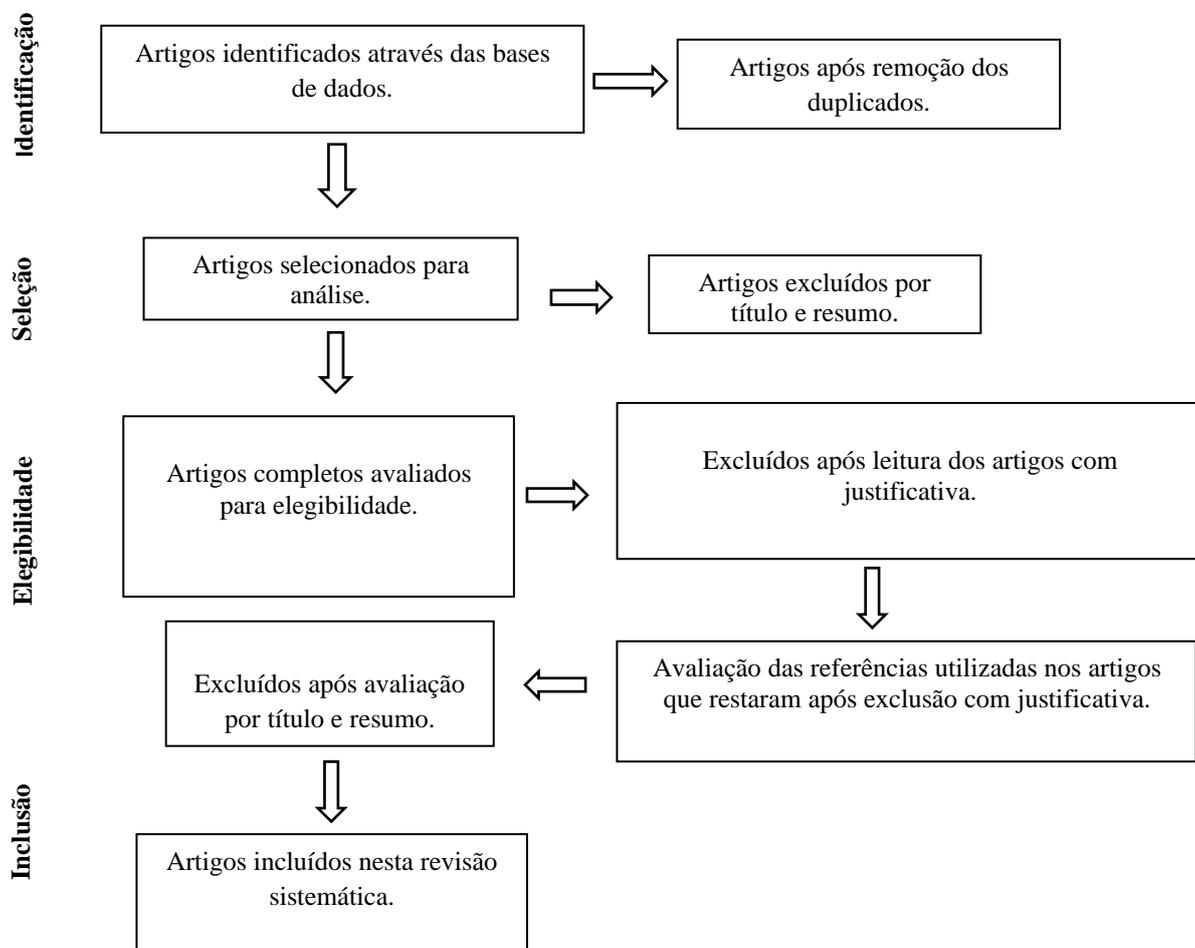
Legenda: ESF- Estratégia de Saúde da Família.

ANEXO 1. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e metanálise (PRISMA)

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página n°
TÍTULO			
Título	1		
RESUMO			
Resumo estruturado	2		
INTRODUÇÃO			
Racional	3		
Objetivos	4		
MÉTODOS			
Protocolo e registo	5		
Crítérios de elegibilidade	6		
Fontes de informação	7		
Busca	8		
Seleção dos estudos	9		
Processo de coleta de dados	10		
Lista dos dados	11		
Risco de viés em cada estudo	12		
Medidas de sumarização	13		
Síntese dos resultados	14		
Risco de viés entre estudos	15		
Análises adicionais	16		
RESULTADOS			
Seleção de estudos	17		
Características dos estudos	18		
Risco de viés em cada estudo	19		
Resultados de estudos individuais	20		
Síntese dos resultados	21		
Risco de viés entre estudos	22		
Análises adicionais	23		
DISCUSSÃO			
Sumário da evidência	24		
Limitações	25		
Conclusões	26		
FINANCIAMENTO			
Financiamento	27		

Fonte: Page; Mckenzie; Bossuyt (2020).

ANEXO 2. Fluxograma do processo de identificação e seleção dos estudos incluídos ou excluídos nas diferentes fases da revisão sistemática



Fonte: Page; Mckenzie; Bossuyt (2020).

ANEXO 3. International prospective register of systematic reviews (PROSPERO)

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews

NHS
National Institute for
Health Research

UNIVERSITY of York
Centre for Reviews and Dissemination

Systematic review

1. * Review title.

Give the title of the review in English

Prevalence and factors associated with sleeping related problems in adults in brazil and exterior: a systematic review

2. Original language title.

For reviews in languages other than English, give the title in the original language. This will be displayed with the English language title.

Prevalência e fatores associados aos problemas relacionados ao sono em adultos no brasil e exterior: uma revisão sistemática

3. * Anticipated or actual start date.

Give the date the systematic review started or is expected to start.

01/10/2020

4. * Anticipated completion date.

Give the date by which the review is expected to be completed.

31/08/2021

5. * Stage of review at time of this submission.

Tick the boxes to show which review tasks have been started and which have been completed. Update this field each time any amendments are made to a published record.

Reviews that have started data extraction (at the time of initial submission) are not eligible for inclusion in PROSPERO. If there is later evidence that incorrect status and/or completion date has been supplied, the published PROSPERO record will be marked as retracted.

This field uses answers to initial screening questions. It cannot be edited until after registration.

The review has not yet started: No

Registre sua avaliação agora

Edite seus detalhes

Você tem 1 discos.

Registros em que estou trabalhando

Esses registros ainda estão sendo editados por você e não foram enviados para publicação.

ID	Título	Estado	Última edição
CRD42020218850	Prevalência e fatores associados a problemas relacionados ao sono em adultos no Brasil e no exterior: revisão sistemática Para permitir que a PROSPERO se concentre nos registros DO COVID-19 durante a pandemia de 2020, este registro de registro foi automaticamente publicado exatamente conforme apresentado. A equipe prospero não verificou a elegibilidade.	Registado	17/12/2021  

ANEXO 4. Escala de *Newcastle-Ottawa* para avaliação da qualidade metodológica de estudos transversais

Seleção: (Máximo de 4 estrelas)

1) Representatividade da amostra:

- a) Verdaderamente representativa da média na população-alvo. * (todos os sujeitos ou amostragem aleatória)
- b) Um pouco representativo da média na população alvo. * (amostragem não aleatória)
- c) Grupo selecionado de usuários.
- d) Nenhuma descrição da estratégia de amostragem.

2) Tamanho da amostra:

- a) Justificado e satisfatório. *
- b) Não justificado.

3) Não respondentes:

- a) A comparabilidade entre as características dos respondentes e dos não respondentes é estabelecida, e a taxa de resposta é satisfatória. *
- b) A taxa de resposta é insatisfatória ou a comparabilidade entre respondentes e não respondentes é insatisfatória.
- c) Nenhuma descrição da taxa de resposta ou das características dos respondedores e dos não respondentes.

4) Aferição da exposição (fator de risco):

- a) Ferramenta de medição validada. **
- b) Ferramenta de medição não validada, mas a ferramenta está disponível ou descrita. *
- c) Nenhuma descrição da ferramenta de medição.

Comparabilidade: (máximo de 2 estrelas)

1) Os sujeitos em diferentes grupos de resultados são comparáveis, com base no desenho ou análise do estudo. Fatores de confusão são controlados.

- a) O estudo controla o fator mais importante (selecione um). *
- b) O controle do estudo para qualquer fator adicional. *

Resultado: (máximo 3 estrelas)

1) Avaliação do resultado:

- a) Avaliação cega independente. **
- b) Registre a ligação. **
- c) autorrelato. *
- d) Sem descrição.

2) Teste estatístico:

- a) O teste estatístico usado para analisar os dados é claramente descrito e apropriado, e a medição da associação é apresentada, incluindo os intervalos de confiança e o nível de probabilidade (valor p). *
- b) O teste estatístico não é apropriado, não descrito ou incompleto.

ANEXO 5. Registro de submissão do manuscrito 1 à Revista Cogitare Enfermagem

#85760 SINOPSE

[RESUMO](#) [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)

SUBMISSÃO

Autores	NÚBIA SAMARA CARIBÉ DE ARAGÃO, Éder Pereira Rodrigues, Márcia Oliveira Staffa Tironi, Adriana Alves Nery, Mônica de Andrade Nascimento, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	
Título	PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS PROBLEMAS DO SONO EM ADULTOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Documento original	85760-344846-1-SMDOCX 02-05-2022	
Docs. sup.	85760-344842-1-SP.JPG 02-05-2022	INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
	85760-344843-1-SP.XLSX 02-05-2022	
	85760-344845-2-SP.DOCX 02-05-2022	
	85760-344865-1-SP.PDF 03-05-2022	
Submetido por	MSc NUBIA SAMARA CARIBE DE ARAGÃO 	
Data de submissão	maio 3, 2022 - 09:33	
Seção	Artigo Original	
Editor	Nenhum(a) designado(a)	

SITUAÇÃO

Situação	Aguardando designação
Iniciado	03-05-2022
Última alteração	03-05-2022

METADADOS DA SUBMISSÃO

[EDITAR METADADOS](#)

ANEXO 6. Parecer consubstanciado de aprovação pelo Comitê de Ética

		UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP			
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA			
Título da Pesquisa: VIGILÂNCIA À SAÚDE PARA A DETECÇÃO DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES E TRANSTORNOS MENTAIS EM FEIRA DE SANTANA, BAHIA.			
Pesquisador: Carlito Lopes Nascimento Sobrinho			
Área Temática:			
Versão: 2			
CAAE: 49272015.0.0000.0053			
Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana			
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio			
DADOS DO PARECER			
Número do Parecer: 1.630.382			
Apresentação do Projeto:			
Trata-se de um projeto de pesquisa (submetido para apoio financeiro a projetos CHAMADA UNIVERSAL MCTI/CNPq Nº 01/2016) a ser desenvolvido junto ao Departamento de Saúde (D\$AU) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), tendo por pesquisador responsável CARLITO LOPES NASCIMENTO SOBRINHO e pesquisadores colaboradores Davi Félix Martins Jr, Eder Pereira Rodrigues, Eduardo Pondé de Sena, Mônica de Andrade Nascimento, Rosely Cabral de Carvalho.			
Segundo o autor, o "Distúrbio Psíquico Menor (DPM) é uma expressão criada por Goldberg & Huxley (1993) para designar sintomas tais como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que demonstram ruptura do funcionamento normal do indivíduo, mas não configuram categoria nosológica na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem como nos Manuais de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana" (Projeto completo, p. 05). Já os Transtornos Mentais, segundo a Organização Mundial de Saúde, "são um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associado na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. Desvio ou conflito social isolado, sem disfunção pessoal, não deve ser incluído como transtorno mental como aqui definido" (Projeto completo, p. 05).			
Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-400 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br			
Página 01 de 08			



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 1.630.362

O projeto informa que há o "reconhecimento dos distúrbios psíquicos menores (DPM) e dos transtornos mentais (TM) como problema relevante de saúde na população adulta de Feira de Santana, Bahia, onde se desenvolvem práticas de integração ensino, serviço, comunidade, do curso de Medicina, do Departamento de Saúde (DSAU), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)", por essa razão, "decidiu-se implementar práticas voltadas à detecção, prevenção e controle de agravos psiquiátricos, na perspectiva da Vigilância à Saúde, articulando estudantes, professores do DSAU/UEFS, profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família (USF) e lideranças comunitárias do município" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 02; Projeto completo, p. 03).

Será realizado "um estudo epidemiológico de corte transversal para estimar a prevalência dos Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) e dos Transtornos Mentais (TM) em Feira de Santana, Bahia" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 02; Projeto completo, p. 03). Primeiramente, "visando verificar o tempo aproximado de preenchimento e a clareza do instrumento de coleta de dados, será realizado um piloto, entrevistando-se aproximadamente 50 sujeitos cadastrados a uma USF do município de Feira de Santana. Esses 50 sujeitos não participarão do estudo final" (Projeto completo, p. 14). Em seguida, "Será selecionada uma amostra aleatória de 880 sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes e cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município [de Feira de Santana,] que responderão a um questionário estruturado, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados será realizada a partir de visitas domiciliares, nos meses de agosto a outubro de 2016, por estudantes do curso de Medicina, bolsistas da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística (SSAEE) do DSAU/UEFS, acompanhados por Professores e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das USF do município" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 02; Projeto completo, p. 03). Sobre a participação destes agentes, o pesquisador responsável esclarece que "Os agentes comunitários de Saúde irão acompanhar as visitas domiciliares dos pesquisadores na primeira etapa da pesquisa para identificar e localizar a residência onde o sujeito sorteado reside. Na segunda etapa o ACS irão convidar os sujeitos identificados como "suspeitos de DPM" para participarem de uma avaliação clínica" (Projeto completo, p. 15; Resposta ao CEP UEFS, p. 03).

O projeto informa que "Serão considerados portadores de DPM os indivíduos positivos ao Self Report Questionnaire (SRQ-20). Após a identificação dos indivíduos com DPM, os mesmos serão

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Projeto: 1.630.302

cadastrados e encaminhados para avaliação com médico de família que utilizará o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e serão reavaliados por médico psiquiatra após 1 a 3 dias, para a identificação dos portadores de transtornos mentais e validação do MINI em atenção primária. Os dados coletados serão processados e analisados no programa SPSS for Windows 9.0 e posteriormente apresentados às comunidades assistidas, por meio de reuniões e outras atividades de caráter coletivo e preventivo" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 02; Projeto completo, p. 03).

O projeto possui cronograma detalhado e orçamento estimado em R\$ 43.330,00, com contrapartida oferecida pela Universidade Estadual de Feira de Santana: as instalações, os laboratórios e o apoio pedagógico.

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO: "Estimar a prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores e Transtornos Mentais e avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça-cor, escolaridade, ocupação, renda familiar etc.), relacionadas ao trabalho (carga horária, remuneração, trabalho noturno etc.), hábitos de vida (fumar, beber, prática de atividade física) e a prevalência de DPM e de TM em uma amostra aleatória de sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados ao PSF de Feira de Santana, Bahia" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 02).

SECUNDÁRIOS: "1. Realizar um estudo de Revisão Sistemática da literatura para verificar os índices de prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira. 2. Descrever o perfil sociodemográfico em uma amostra aleatória de sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados ao PSF de Feira de Santana, Bahia; 3. Detectar, precocemente, sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos de idade portadores de DPM e TM e encaminhá-los para acompanhamento; 4. Medir a confiabilidade (concordância diagnóstica - kappa) e a validade epidemiológica (sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivos [VPP] e negativos [VPN]) do MINI, aplicado por clínicos gerais, com relação aos diagnósticos clínicos dos psiquiatras (adotado como referência); 5. Informar aos sujeitos da pesquisa e para a população em geral sobre fatores de risco, consequências e formas de controle dos DPM" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: "O único risco é a quebra do sigilo e da confidencialidade das informações obtidas, sendo este minimizado pela elaboração de termo de consentimento livre e esclarecido no qual os

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

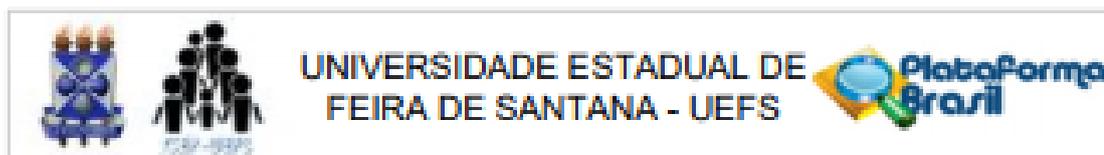
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3181-8267

E-mail: cap@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.600.382

pesquisadores assumem o compromisso de garantir o sigilo e a confidencialidade das informações coletadas" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03).

"Os possíveis riscos desta pesquisa é durante a entrevista você se sentir constrangido com alguma pergunta, contudo você tem o direito de não responder aos questionamentos que lhe gerarem desconforto ou mal estar psicológico" (TCLE_CEP).

"Os possíveis riscos desta pesquisa é durante a entrevista você se sentir constrangido com alguma pergunta, contudo você tem o direito de não responder aos questionamentos que lhe gerarem desconforto ou mal estar psicológico" (TCLE_corrigido_CEP, p. 01).

BENEFÍCIOS: "Identificar os portadores de Distúrbios Psíquicos Menores e Transtornos Mentais entre os indivíduos entrevistados e encaminha-los para serviços de saúde mental para assistência e tratamento adequados" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03).

"Os resultados desse trabalho poderão contribuir para a prevenção, detecção e o controle do Sofrimento Mental em Feira de Santana e, assim, poderão colaborar com a melhoria da qualidade de vida dos moradores do município" (TCLE_CEP, p. 01).

"Os resultados desse trabalho poderão contribuir para a prevenção, detecção e o controle do Sofrimento Mental em Feira de Santana e, assim, poderão colaborar com a melhoria da qualidade de vida dos moradores do município" (TCLE_corrigido_CEP, p. 01).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa mostra-se relevante do ponto de vista científico, pois procura caracterizar a situação dos Distúrbios Psíquicos Menores e Transtornos Mentais entre indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos no município de Feira de Santana, Bahia, bem como apontar possíveis fatores associados para os Distúrbios Psíquicos Menores e Transtornos Mentais entre os referidos indivíduos.

O trabalho atende as exigências do ponto de vista ético da Resolução 466/12, porém trata de um assunto extremamente delicado, que possui interface com o lado emocional das pessoas envolvidas, assim como pode estigmatizá-las perante o meio em que vivem. Portanto, devem tomar todo o devido cuidado, preservando todos os participantes da pesquisa de situações que

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8027 **E-mail:** cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 1.600.360

poderiam vir a causar transtornos aos mesmos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Protocolo completo, atendendo às exigências da Resolução 466/12.

Recomendações:

Recomenda-se que o TCLE seja redigido em parágrafo único a fim de evitar espaços em branco.

Recomenda-se também que as margens sejam maximizadas para que o texto do TCLE caiba em apenas uma lauda. Caso não seja possível, imprimir em frente e verso e rubricar a frente.

Recomenda-se ainda maximizar a fonte para torna a leitura confortável.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROJETO APROVADO

Após o atendimento das pendências, o projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_555036.pdf	08/07/2016 23:37:23		Aceito
Outros	Resposta_CEP_08_07_16.pdf	08/07/2016 23:38:41	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Orçamento	pendencia_nao_atendida_diverigenci	08/07/2016	JEAN MARCEL	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, NA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 1.636.382

Orçamento	a_no_orcamento.docx	00:21:43	OLIVEIRA ARAUJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_DPM_CEP.pdf	21/06/2016 22:33:12	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_CEP.doc	21/06/2016 22:30:03	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Outros	declaracao.pdf	21/06/2016 22:25:18	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Outros	ProjetoDPM_CEP.doc	21/06/2016 21:17:53	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Outros	Quest_DPM_FS.doc	21/06/2016 21:14:43	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Outros	TCLE_CEP.doc	21/06/2016 21:14:25	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Outros	Resposta_ao_CEP_UEFS_190516.pdf	21/06/2016 21:08:54	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Outros	Autorizacao_Pesquisa.pdf	15/09/2015 01:33:13	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Aceito
Outros	Saude-Mental-DSM-07-03.pdf	15/07/2015 19:18:53		Aceito
Folha de Rosto	Folha+de+Rosto.FAPESB.2015+001.jpg	15/07/2015 17:49:36		Aceito
Outros	Curriculo.Prof.Carlito.pdf	15/07/2015 00:57:32		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 10 de Julho de 2016

Assinado por:
JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-480

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3101-8067

E-mail: cep@uefs.br

ANEXO 7. Mini-Sleep Questionnaire

(1) Com que frequência o (a) sr (a) tem dificuldade de adormecer à noite?

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) Ignorado

2) Com que frequência o(a) sr. (a) acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo?

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) Ignorado

3) Com que frequência o(a) sr. (a) toma tranquilizantes ou remédios para dormir?

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) Ignorado

4) Com que frequência o (a) sr. (a) dorme durante o dia?

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) Ignorado

5) Com que frequência ao acordar de manhã, o(a) sr. (a) ainda se sente cansado(a)?

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) Ignorado

6) Com que frequência o (a) sr. (a) ronca à noite (que o (a) sr. (a) saiba)?

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) Ignorado

7) Com que frequência o (a) sr. (a) acorda durante à noite?

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) Ignorado

8) Com que frequência o (a) sr. (a) acorda com dor de cabeça?

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) Ignorado

9) Com que frequência o(a) sr. (a) sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente?

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) Ignorado

10) Com que frequência o(a) sr. (a) tem sono agitado, como mudanças de posição ou movimentos de pernas/braços (que o(a) sr. (a) saiba)?

- (1) Nunca
- (2) Muito raramente
- (3) Raramente
- (4) Às vezes
- (5) Frequentemente
- (6) Muito frequentemente
- (7) Sempre
- (9) Ignorado

ANEXO 8. Registro de submissão do manuscrito 2 à Revista Ciências e Saúde

Revista Ciências em Saúde Tarefas 0 Português (Brasil) Ver o Site nscaribe

HOSPITAL DE CLÍNICAS ITAJUBÁ - MG ASSOCIAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIAL DE ITAJUBÁ

Submissões

PROBLEMAS DO SONO EM ADULTOS ASSISTIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NÚBIA SAMARA CARIBÉ DE ARAGÃO

Submissão Avaliação Edição de Texto Editoração

Arquivos da Submissão Q Buscar

9357-1	nscaribe, Folha de Rosto.docx	maio 14, 2022	Folha de Rosto
9358-1	nscaribe, Manuscrito.Problemas do Sono.docx	maio 14, 2022	Corpo do Manuscrito
9359-1	nscaribe, Declaração de Concordância em Tradução para a Língua Inglesa.docx	maio 14, 2022	Declaração de Concordância com Tradução para a Língua Inglesa
9360-1	nscaribe, Declaração de Potenciais Conflitos de Interesse.docx	maio 14, 2022	Declaração de Potenciais Conflitos de Interesse
9361-1	nscaribe, PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1630382.pdf	maio 14, 2022	Comprovante de aprovação pelo Comitê de Ética
9362-1	nscaribe, STROBE_checklist_v4_combined.docx	maio 14, 2022	Checklist de diretriz de redação
9363-1	nscaribe, Declaração de Originalidade, Autoria e Cessão de Direitos Autorais.docx	maio 14, 2022	Documentos Suplementares