

Prevalência de sintomas relacionados ao sono na atenção primária à saúde

Prevalence of sleep related symptoms in primary health care

David Jonatas Carlos Feitosa¹, Sandra Márcia Carvalho de Oliveira²

RESUMO

Objetivo. Estudar a prevalência dos sintomas relacionados ao sono e os fatores associados na atenção primária à saúde. **Método.** Estudo transversal incluindo 120 pacientes entre 20 e 70 anos de idade atendidos em uma Unidade de Saúde da Família da cidade de Rio Branco, Acre. Informações sobre os desfechos e variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e antropométricas foram coletadas por meio de questionários. A análise estatística foi realizada utilizando-se o Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher. **Resultados.** A prevalência encontrada de ronco foi de 55%, ronco habitual 37,5%, apneia obstrutiva 7,5% e sonolência diurna excessiva 14,2%. Dos 120 pacientes estudados 33,3% relataram ter má qualidade de sono. O relato de ronco habitual foi maior nos homens, com idade maior a 40 anos e nos obesos. A idade, situação conjugal, IMC, qualidade do sono e sonolência diurna excessiva tiveram associação com o relato de apneia obstrutiva. A idade, relato de HAS e tabagismo tiveram associação com o relato de má qualidade de sono. **Conclusão.** Os sintomas relacionados ao sono têm prevalências elevadas na população estudada, reafirmando consequentemente, a necessidade dos Médicos de Família, estarem alerta para esta patologia de modo a fazerem adequadamente o seu diagnóstico e acompanhamento.

Unitermos. Ronco, Apneia Obstrutiva do Sono, Atenção Primária à Saúde

Citação. Feitosa DJC, Oliveira SMC. Prevalência de sintomas relacionados ao sono na atenção primária à saúde.

Trabalho realizado na Universidade Federal do Acre, Rio Branco-AC, Brasil.

1. Graduando em Medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco-AC, Brasil.

2. Médica, Professora Adjunta do Curso de Medicina, Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco-AC, Brasil.

ABSTRACT

Objective. To estimate the prevalence of the most common sleep related symptoms in the primary care and possible associations. **Method.** Cross-sectional study including 120 patients between 20 and 70 years of age seen at a Family Health Unit in the City of Rio Branco, Acre. Information on outcomes and demographics, socioeconomic, behavioral and anthropometric variables were collected through a questionnaire. Statistical analysis was performed using the chi-square test or Fisher's exact test. **Results.** The prevalence of snoring was 55%, habitual snoring 37.5%, obstructive apnea 7.5% and excessive daytime sleepiness 14.2%. Of the 120 patients 33.3% reported having poor sleep quality. The report of habitual snoring was greater in men, with more than 40 years old and obese. The related obstructive apnea was higher among respondents with more than 40 years, individuals with partners (a), obese and who reported poor sleep quality and excessive daytime sleepiness. The age, related about HSA and smoking were associated with reports of poor quality of sleep. **Conclusion.** Sleep related symptoms have a high prevalence in the population studied, confirming therefore the need of Family Doctors, be alert for this condition to properly do their diagnosis and monitoring.

Keywords. Snoring, Obstructive Sleep Apnea, Primary Health Care

Citation. Feitosa DJC, Oliveira SMC. Prevalence of sleep related symptoms in primary health care.

Endereço para correspondência:

Sandra MC Oliveira
Universidade Federal do Acre
Campus Universitário
Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD)
BR 364, Km 4, Distrito Industrial
CEP: 69915-900, Rio Branco-AC, Brasil
Tel.: 55 (68) 3901-2500
Web site: <http://www.ufac.br>
E-mail: sandraoliveira@ufac.br

Original
Recebido em: 07/11/14
Aceito em: 22/03/15

Conflito de interesses: não

INTRODUÇÃO

Através dos tempos, a necessidade de dormir tem sido tão considerada quanto a de conseguir permanecer mais tempo acordado. Entretanto, apesar dos impressionantes avanços da ciência, alguns aspectos do sono ainda são misteriosos¹. O sono afeta inúmeros mecanismos fisiológicos básicos, entretanto, é no processo da respiração que ele exerce as mais profundas e clinicamente relevantes alterações^{2,3}. Os distúrbios respiratórios relacionados com o sono são muito prevalentes na população geral compreendendo um amplo espectro que vai desde o ronco simples até a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS)^{4,5}.

Os sintomas relacionados ao sono e, especialmente a SAOS, estão independentemente associados ao aumento no risco de acidentes automobilísticos^{6,7}, infarto do miocárdio⁸ e acidente vascular cerebral⁹. A prevalência de sintomas ou sinais de SAOS varia conforme a região estudada¹⁰. Sendo que diversos fatores de risco para SAOS tem sido observados como: sexo masculino^{11,12}, faixa etária entre 40 e 60 anos, obesidade, tabagismo, alcoolismo¹³ e hipertensão arterial sistêmica (HAS)⁸.

A SAOS é frequentemente subdiagnosticada pelos médicos. Estudos estimam que até 90% de pessoas com SAOS não são diagnosticadas¹⁴ provavelmente devido ao pouco conhecimento sobre a doença, a falta de exames de triagem e a dificuldade do acesso aos métodos diagnósticos como a polissonografia¹⁵. O não reconhecimento da SAOS é preocupante, devido às co-morbidades associadas e ao risco de morte súbita nos pacientes com esta síndrome^{3,16}.

Há algumas evidências de que a prevalência de SAOS na atenção primária é maior do que na população geral¹⁷. Esta diferença pode estar associada à alta prevalência de pacientes com fatores de risco conhecidos para a SAOS como HAS, obesidade e tabagismo que procuram atendimento na atenção primária. Considerando-se a ausência de pesquisas na Amazônia que identifiquem a parcela da população com estes sintomas e em risco de desenvolver a SAOS, este trabalho teve como objetivo estudar a prevalência dos sintomas relacionados ao distúrbio respiratório do sono e a qualidade do sono em indivíduos adultos que recorrem aos cuidados de saúde primária fazendo a associação desses desfechos com ca-

racterísticas sócio demográficas, comportamentais e antropométricas de cada indivíduo.

MÉTODO

Amostra

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo. Foram incluídos os pacientes entre 20 e 70 anos atendidos na Unidade de Saúde da Família e Comunidade Mocinha Magalhães, na cidade de Rio Branco, Acre, no período de 15 de Julho a 15 de Setembro de 2014. Foram excluídos os pacientes com doença grave, alterações cognitivas, grávidas e puérperas.

Foram observadas e obedecidas às diretrizes e normas preconizadas pela resolução CNS nº466 de 2012 que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Acre, protocolo no 23107.015635/2011-80 com data de relatoria de 10/10/2011.

Procedimento

Os participantes responderam um questionário composto por três partes: a primeira de autoria dos investigadores, a segunda constituída pelo Questionário de Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono (PSQI)¹⁸ e a terceira pela Escala de Sonolência de Epworth (ESE)^{19,20}.

Para operacionalização das variáveis dependentes (relato de ronco, ronco habitual, apneias presenciadas e apneias obstrutivas) foram utilizadas perguntas do instrumento do *Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar* (Projeto Platino), estudo multicêntrico de base populacional realizado na América Latina²¹ que investigou, além de sintomas de enfermidades respiratórias, ronco, sonolência diurna excessiva e apneias obstrutivas em adultos com 40 anos ou mais. Após tradução e re-tradução das perguntas²¹, as respostas foram analisadas como variáveis categóricas dicotômicas. Ronco – “Já lhe disseram que o(a) senhor(a) ronca todas ou quase todas as noites?”; ronco habitual – relato de ronco há pelo menos 12 meses; apneia presenciada – “Já lhe disseram que quando o(a) senhor(a) dorme, com frequência deixa de respirar por alguns momentos?”. O desfecho sintoma de apneia obstrutiva (dicotômico) foi definido pelo relato

concomitante de ronco habitual e apneia presenciada¹³.

As variáveis independentes utilizadas foram: 1) demográficas: sexo, idade, e situação conjugal (com e sem companheiro); 2) socioeconômica: escolaridade em anos (≤ 8 anos, 9 a 12 anos e > 12 anos); 3) comportamentais (tabagismo: não fumante, ex-fumante ou fumante (um ou mais cigarros por dia, há mais de um mês); atividade física regular: ativo (exercer atividade física por pelo menos 20 minutos, no mínimo três dias da semana, há pelo menos seis meses) e não ativo; IMC (baseado no peso e na altura referidos pelo entrevistado): indivíduos classificados como desnutrido/normal ($< 25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$) e obeso ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$)²².

O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh foi utilizado para avaliar a qualidade subjetiva do sono. Este questionário é composto por 19 itens que são agrupados em sete componentes, cada qual pontuado em uma escala de 0 a 3. Os componentes são respectivamente: (1) a qualidade subjetiva do sono; (2) a latência do sono; (3) a duração do sono; (4) a eficiência habitual do sono (5) distúrbios relacionados ao sono; (6) o uso de medicações para o sono; e (7) a disfunção diurna em relação ao sono. Os escores dos sete componentes são somados para conferir uma pontuação global do PSQI, a qual varia de 0 a 21. Pontuações de 0-4 indicam boa qualidade do sono, de 5-10 indicam qualidade ruim e acima de 10 indicam distúrbio do sono^{19,20}.

A Escala de Sonolência de Epworth trata-se de um questionário de 8 itens graduados de 0 a 3 pontos, de acordo com a intensidade da sonolência. Somam-se os resultados obtidos nos 8 itens, sendo a pontuação tanto mais alta quanto maior for a sonolência. O total de pontos é de 24, e consideramos sonolência excessiva diurna um escore igual ou maior que dez¹⁹.

Variáveis antropométricas como peso (Kg) e altura (metros) foram obtidas de cada indivíduo participante do estudo para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) de cada indivíduo.

Análise estatística

Os dados coletados foram inseridos em banco de dados no programa Statistical Package for Social Sciences – SPSS, versão 19.0 para Windows®, para posterior análise. Duas ou mais proporções foram comparadas com o

teste do Qui-Quadrado de Pearson quando o número de observações esperadas foi maior do que 5, ou Teste Exato de Fisher quando o número de observações esperadas foi menor do que 5. Variáveis contínuas foram analisadas com o teste de Anova, considerando-se estatisticamente significantes valores de P inferiores a 0,05.

RESULTADOS

Durante o período de estudo foram entrevistados 120 moradores do Bairro Mocinha Magalhães que procuraram atendimento na Unidade de Saúde da Família, no município de Rio Branco, Acre. A Tabela 1 apresenta as características demográficas, socioeconômicas e comportamentais da população estudada. A idade média dos entrevistados foi de $36,25 \pm 12,14$ anos sendo a maioria (65,5%) dos entrevistados do sexo feminino. Com relação à situação conjugal, 47,5% dos entrevistados relataram não ter companheiro(a). Grande parte dos entrevistados (53,3%) apresentaram baixa escolaridade com até 8 anos de escolaridade completos. Menos da metade (32,5%) dos entrevistados era fumante ou ex-fumante. A maioria dos não fumantes era do sexo feminino (66,7%); em relação à presença de sobrepeso, 70,0% dos entrevistados apresentavam algum grau de sobrepeso, sendo que quatro (3,3%) dos entrevistados mostravam IMC maior que 40 Kg/m^2 . A prática de atividade física regular foi encontrado em apenas 10,8% da amostra. Uma proporção pequena dos entrevistados (15,0%) relatou diagnóstico de HAS.

A Tabela 2 mostra a frequência dos desfechos estudados. O relato de ronco foi observado em 55,0% (IC 95%: 46,0-63,6) dos entrevistados. A prevalência total de ronco habitual foi de 37,5% (IC 95%: 29,3; 46,4), apneias presenciadas 11,6% (IC 95%: 29,3-46,4), sintomas de apneias obstrutivas 7,5% (IC 95%: 4,0-21,5) e sonolência diurna excessiva 14,2% (IC 95%: 9,0-21,5). A prevalência de entrevistados que apresentem ronco habitual, sonolência diurna excessiva e apneias presenciadas foi de apenas 4,2% (IC 95%: 1,8-9,4). Entre os desfechos estudados apenas a presença de ronco habitual apresentou diferença, sendo maior para os indivíduos do sexo masculino ($p=0,004$).

Com relação à qualidade do sono, foi observado

Tabela 1. Características da população estudada, Unidade da Saúde da Família - Mocimboa Magalhães.

Variáveis	N=120	%
Sexo		
Feminino	78	65,5
Masculino	42	35,0
Idade (anos)		
20-39	78	65,0
≥40	42	35,0
Situação conjugal		
Sem companheiro	57	47,5
Com companheiro	63	52,5
Escolaridade (anos)		
≤8	64	53,3
9-12	45	37,5
>12	11	9,2
Tabagismo		
Não fumante	81	67,5
Ex-fumante	22	18,3
Fumante	14	14,2
Atividade física regular		
Ativo	13	10,8
Não ativo	107	98,2
Relato de HAS		
Não	102	85,0
Sim	18	15,0
IMC (Kg/m²)		
<25	48	40,0
25-29,9	40	33,3
≥30	32	26,7

HAS= hipertensão arterial sistêmica; IMC = índice de massa corporal.

que 33,3% dos entrevistados apresentarem má qualidade do sono (PSQI≥5), sendo que 4,2% atingiram pontuações no PSQI que os incluem no padrão de distúrbios do sono (PSQI>10). A média de horas de sono foi de 7,65±1,55 horas, não sendo observada diferença em relação ao sexo (p=0,06). A mediana do período de latência para iniciar o sono foi de 17 minutos. A percepção do sono como ruim ou muito ruim foi encontrada em 15% das pessoas entrevistadas. Dentre os fatores que interferem na quali-

dade do sono, identificados na amostra pelo questionário PSQI, tomando-se como base o mês anterior à entrevista, a dificuldade para dormir por sentir muito calor em pelo menos uma vez no último mês foi observada em 50% dos entrevistados e 30% referiram dificuldades para dormir por terem sonhos ruins ou pesadelos, o uso de remédios para dormir teve uma frequência de 5,9%. A idade, o tabagismo e o relato de HAS apresentarem associação com o PSQI como observado na Tabela 3. Sendo que quanto maior a idade (>40 anos) e presente o relato de HAS, pior foi a qualidade de sono referido pelo paciente; em relação ao tabagismo a proporção de não fumantes que relataram boa qualidade de sono foi maior à encontrada em pacientes ex-fumantes e fumantes.

A Tabela 4 apresenta a distribuição das variáveis independentes (idade, situação conjugal, escolaridades, relato de tabagismo, HAS, atividade física regular e IMC) em relação à presença de ronco habitual, apneia obstrutiva e sonolência diurna excessiva. O relato de ronco habitual foi mais frequente em indivíduos com mais de 40 anos de idade quando comparado a indivíduos mais novos (p=0,031). Os indivíduos com IMC≥30 Kg/m² apresentaram prevalências maiores de ronco habitual do que os entrevistados com IMC menores a 30 Kg/m² (p=0,011). A situação conjugal, a escolaridade, a presença de tabagismo, atividade física regular, relato de HAS e o PSQI não apresentarem associação com o relato de ronco habitual.

Para o desfecho apneia obstrutiva (Tabela 4), constatou-se uma associação com os indivíduos mais velhos (p=0,047). Entrevistados que relataram ter companheiro no momento da pesquisa assim como aqueles com IMC≥30 Kg/m² também apresentaram maiores taxas (p=0,023 e p<0,001). O PSQI foi outra variável associada à presença de apneia obstrutiva, sendo observado maior prevalência deste sintoma nos pacientes que apresentaram escores elevados do PSQI (p=0,004). Escolaridade, presença de tabagismo, atividade física regular, relato de HAS e presença de apneia obstrutiva não apresentaram associação.

Em relação à presença de sonolência diurna excessiva, indivíduos com idade acima de 40 anos e escores elevados do PSQI apresentaram frequências elevadas deste (p=0,028 e p=0,007 respectivamente).

Tabela 2. Prevalência dos sintomas relacionados ao sono, Unidade da Saúde da Família Mocinha Magalhães.

	Total (n = 120)		Homens (n = 42)		Mulheres (n = 78)		P
	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	N	% (IC95%)	
Ronco	66	55,0 (46,0 – 63,6)	26	61,9 (46,8 – 75,0)	40	51,3 (40,3 – 62,0)	0,178
Ronco habitual	45	37,5 (29,3 – 46,4)	23	54,7 (39,9 – 68,7)	22	28,2 (19,4 – 39,0)	0,004
Apneias presenciadas	14	11,6 (7,0 – 18,6)	8	19,0 (10,0 – 33,3)	6	7,7 (3,5 – 15,7)	0,063
Apneias obstrutivas	9	7,5 (4,0 – 13,6)	5	11,9 (5,2 – 25,0)	4	5,1 (2,0 – 12,5)	0,163
Sonolência diurna excessiva	17	14,2 (9,0 – 21,5)	7	16,6 (8,3 – 30,0)	10	12,8 (7,1 – 22,0)	0,375

IC = intervalo de confiança.

DISCUSSÃO

Este estudo é o primeiro estudo transversal realizado no Estado do Acre com o objetivo de investigar sintomas relacionados aos distúrbios respiratório do sono na atenção primária a saúde. Os resultados deste estudo confirmam que os sintomas relacionados aos distúrbios respiratório do sono são altamente prevalentes em indivíduos que procuram este tipo de atendimento. Dependendo do sintoma (ronco, ronco habitual, apneias presenciadas, apneias obstrutivas e sonolência diurna excessiva) a prevalência encontrada foi de 7,5% a 55,0%.

Em virtude das várias definições, é difícil comparar a prevalência destes sintomas entre as diversas populações. O relato de ronco esteve presente em mais da metade da amostra, sendo que 61,9% dos homens e 51,3% das mulheres entrevistadas relataram este sintoma. Em estudo realizado nos Estados Unidos, onde foi aplicado o Questionário de Berlin, em 2.963 pacientes atendidos na atenção primária encontraram uma prevalência de ronco de 33,0%, e mais da metade dos entrevistados relataram sonolência diurna excessiva²³. Outro estudo que avaliou a prevalência do ronco na atenção primária em diferentes cidades da Europa e nos Estados Unidos encontrou taxas entre 35,6% e 63,0%²⁴. Com relação aos sintomas de sono na atenção primária em diferentes cidades da Europa e nos Estados Unidos, foi observado que a prevalência de ronco variou de 23,2% (na Alemanha) a 66,7% (nos Estados Unidos)²⁴.

Neste estudo, o ronco habitual foi encontrado em 37,5% dos entrevistados, a prevalência de sonolência diurna excessiva por outro lado foi de 14,2%. Comparando os resultados encontrados neste estudo com aqueles observados no Estudo Platino²⁵ e no estudo realizado em Pelotas (RS)¹³, ambos estudos de base populacional nos

quais foram utilizados as mesmas definições e métodos de medição dos sintomas utilizados neste estudo, é observado que a ocorrência de ronco habitual em indivíduos com mais de 40 anos encontrada neste estudo foi de 50,0%, porcentagem menor à encontrada em Montevideu (59,4%), Caracas (59,6%), na Cidade do México (54,8%), em Santiago do Chile (66,3%)²² e em Pelotas (60,7%)¹³. A prevalência de distúrbios respiratório do sono (14,3%) foi maior à encontrada em Santiago do Chile (11,0%), Montevideu (8,9%), Caracas (6,6%) na Cidade do México (4,9%)²² e em Pelotas (9,9%)¹³. Por outro lado, a prevalência de sonolência diurna excessiva para a mesma faixa etária foi de 23,8%, próxima a encontrada em Santiago de Chile (22,7%) e a maior encontrada na Cidade do México (17,7%), Caracas (14,7%) e Montevideu (8,1%)²⁵. Nos indivíduos com menos de 40 anos de idade a prevalência de ronco habitual (30,8%) e apneia obstrutiva (3,8%) foi menor que a observada neste estudo, e a observada em Pelotas (43,3% e 6,2%, respectivamente)¹³.

A presença de ronco habitual esteve associado ao sexo masculino, idade maior a 40 anos e IMC > 30 Kg/m² neste estudo. Tanto o sexo, a idade como a obesidade são fatores conhecidos para presença de ronco habitual como observado por outros estudos^{13,23,24}. Alterações na anatomia e fisiologia das vias aéreas relacionadas ao sexo masculino e à obesidade pode ser a razão das diferenças observadas entre os sexos. Em obesos, a resistência ao fluxo aéreo é maior e potencializada pelo depósito de tecido adiposo em torno da via aérea, além de alterações na função dos músculos respiratórios^{3,5,26}. Por outro lado, o sub-relato dos sintomas pelas mulheres e a menor percepção e valorização, por parte dos homens, dos sintomas apresentados pelas suas companheiras pode ser um fator

Tabela 3. Distribuição das variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais conforme a presença de ronco habitual, apneia obstrutiva e sonolência diurna, Unidade da Saúde da Família Mocinha Magalhães.

Variáveis	Dorme bem (PSQI<5) n = 80		Dorme mal (PSQI≥5) n = 40		p
	N	%	N	%	
Sexo					0,273
Feminino	50	64,1	28	35,9	
Masculino	30	71,4	12	28,6	
Idade (anos)					0,004
20–39	59	75,6	19	24,4	
≥40	21	50,0	21	50,0	
Situação conjugal					0,166
Sem companheiro	39	61,9	24	38,1	
Com companheiro	41	71,9	16	28,1	
Escolaridade (anos)					0,709
≤8	45	70,3	19	29,7	
9-12	28	62,2	17	37,8	
>12	7	63,6	4	36,4	
Tabagismo					0,028
Não fumante	60	66,7	7	41,2	
Ex-fumante	10	45,5	12	54,5	
Fumante	10	58,8	7	25,9	
Atividade física regular					0,091
Ativo	6	46,2	7	53,8	
Não ativo	74	69,2	33	30,8	
Relato de HAS					0,002
Não	74	72,5	28	27,5	
Sim	6	33,3	12	66,7	
IMC (Kg/m²)					0,126
<25	36	75,0	12	25,0	
25–29,9	27	67,5	13	32,5	
≥30	17	53,1	15	46,9	

PSQI = Questionário de Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono; HAS= hipertensão arterial sistêmica; IMC = índice de massa corporal.

importante a ser considerado²⁷.

Para a presença de distúrbios respiratórios do sono, variável intimamente relacionada ao ronco habitu-

al, a variável sexo deixou de ter associação, provavelmente pela distribuição não uniforme da amostra quanto ao sexo e o pequeno tamanho amostral, as variáveis idade e IMC se mantiveram como variáveis associadas a este desfecho. Outra variável associadas aos distúrbios respiratórios do sono foi a presença de companheiro. Sendo plausível que pessoas com companheiro fixo tenham maior chance de ter seus sintomas percebidos como um problema¹³.

Cerca de 35% da amostra relataram sono de má qualidade, resultado menor ao encontrado em estudo com 103 pacientes atendidos em uma unidade de atenção primária em Portugal onde encontraram que cerca da metade (52,4%) dos entrevistados apresentavam PSQI>5²⁸.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser apontadas. Uma delas é o tamanho e as características da amostra. A amostra dos indivíduos entrevistados foi pequena, pertencendo a apenas uma unidade de saúde da família da cidade de Rio Branco, selecionada por conveniência, sendo homogênea quanto as características sócio demográficas e educacionais, fazendo com que os resultados obtidos neste estudo não possam ser generalizados a outras populações da mesma cidade. A estimativa de prevalência dos sintomas respiratórios foi baseado em sintomas auto relatados e, portanto, não são confiáveis para afirmar a coexistência de sonolência, apneia presenciada e ronco habitual. No entanto, polissonografia noturna é o método de escolha mais adequado para definição de ronco e apneia, pois tem a capacidade de identificar e quantificar o número e a duração dos eventos respiratórios²⁹. Porém, o alto custo e as dificuldades operacionais tornam sua aplicação inviável em estudos populacionais. A utilização do instrumento do Projeto Platino com definição dicotômica do desfecho possibilitou maior comparabilidade entre os resultados do Platino e do presente estudo, principalmente no que se refere às prevalências. Por outro lado trata-se do primeiro estudo desse tipo desenvolvido no Estado do Acre e, portanto, os resultados obtidos são um bom ponto de partida para compreender melhor a prevalência dos sintomas associados ao sono e o impacto destes na qualidade de vida das pessoas. Da mesma forma, estabelece as bases para implementar estudos em amostras mais numerosas, com maior variação dos fatores biológicos, socioeconômicos e culturais.

Tabela 4. Distribuição das variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais conforme a qualidade do sono Unidade da Saúde da Família Mocinha Magalhães.

Variáveis	Ronco habitual			Apneia obstrutiva			Sonolência diurna excessiva		
	N	%	p	N	%	p	N	%	p
Idade (anos)			0,031			0,047			0,028
20–39	24	30,8		3	3,8		7	9,0	
≥40	21	50,0		6	14,3		10	23,8	
Situação conjugal			0,371			0,023			0,205
Sem companheiro	20	35,1		1	1,8		6	10,5	
Com companheiro	25	37,9		8	12,7		11	17,5	
Escolaridade (anos)			0,279			0,192			0,084
≤8	28	43,8		7	10,9		7	17,6	
9-12	13	28,9		1	2,2		6	18,2	
>12	4	36,4		1	9,1		4	12,3	
Tabagismo			0,633			0,244			0,733
Não fumante	28	41,2		0	7,4		10	58,8	
Ex-fumante	10	45,5		3	13,6		4	23,5	
Fumante	7	41,2		6	0,0		3	17,6	
Atividade física regular			0,205			0,657			0,088
Ativo	3	23,1		1	7,7		4	30,8	
Não ativo	42	39,3		8	7,5		13	12,1	
Relato de HAS			0,342			0,133			0,489
Não	37	36,3		6	5,9		14	13,7	
Sim	8	44,4		3	16,7		3	16,7	
IMC (Kg/m²)			0,011			<0,001			0,308
<25	13	28,9		0	0,0		4	23,5	
25–29,9	13	28,9		1	2,5		7	41,2	
≥30	19	42,2		8	25,0		6	35,3	
PSQI			1,0			0,004			0,007
0–4	30	27,1		2	2,5		6	8,3	
5–10	13	32,5		5	14,3		9	17,5	
>10	2	59,4		2	40,0		2	18,8	
Sonolência diurna excessiva			0,533			0,003			
Não	39	37,9		4	7,5		---	----	
Sim	45	37,5		5	29,4		---	----	

PSQI = Questionário de Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono; HAS= hipertensão arterial sistêmica; IMC = índice de massa corporal.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo permitem concluir que os sintomas relacionados ao distúrbio respiratório do sono têm prevalências elevadas entre os pacientes que frequentaram a UBS estudada. Foram encontradas associações com sexo masculino e indivíduos mais velhos, além de associação com tabagismo e obesidade.

REFERÊNCIAS

- Kavanau JL. Evolutionary approaches to understanding sleep. *Sleep Med Rev* 2005;9:141-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.smrv.2004.11.002>
- De Backer WA. Intraluminal pressures during central apnea comparing to critical closing pressures. *Sleep Res* 1996;25:231.
- Salles C, Terse- Ramos R, Souza-Machado A, Cruz AA. Apneia obstrutiva do sono e asma. *J Bras Pneumol* 2013;39:604-12.
- Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993;328:1230-5.
- Ribeiro CRF, Silva YMGP, Oliveira SMC. O impacto da qualidade do sono na formação médica. *Rev Soc Bras Clin Med* 2014;12:8-14.
- Fletcher EC. Undiagnosed sleep apnea in patients with essential hypertension. *Ann Intern Med* 1984;103:190-5. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-103-2-190>
- Nogueira JM, Oliveira SMC. Análise epidemiológica das vítimas de trauma. *Rev Movimenta* 2014;7:738-49.
- Nachtmann A, Stang A, Wang YM, Wondzinski E, Thilmann AF. Association of obstructive sleep apnea and stenotic artery disease in ischemic stroke patients. *Atherosclerosis* 2003;169:301-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0021-9150\(03\)00195-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0021-9150(03)00195-3)
- Shahar E, Whitney CW, Redline S, Lee ET, Newman AB, Nieto FJ, et al. Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease: cross-sectional results of the Sleep Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:19-25. <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm.163.1.2001008>
- Kapur V, Strohl KP, Redline S, Iber C, O'Connor G, Nieto J. Underdiagnosis of sleep apnea syndrome in United States communities. *Sleep Breath* 2002;6:49-54. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2002-32318>
- Ohayon MM, Guilleminault C, Priest RG, Caulet M. Snoring and breathing pauses during sleep: telephone interview survey of a United Kingdom population sample. *Bmj* 1997;314:860-3. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.314.7084.860>
- Bloom JW, Kaltenborn WT, Quan SF. Risk factors in a general population for snoring. Importance of cigarette smoking and obesity. *Chest* 1988;93:678-83. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.93.4.678>
- Noal RB, Menezes AMB, Canani SF, Siqueira FV. Ronco habitual e apneia obstrutiva observada em adultos: estudo de base populacional, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2008;42:224-33.
- Young T, Evans L, Finn L, Palta M. Estimation of the clinically diagnosed proportion of sleep apnea syndrome in middle-aged men and women. *Sleep* 1997;20:705-6.
- Namen AM, Landry SH, Case LD, McCall WV, Dunagan DP, Haponik EF. Sleep histories are seldom documented on a general medical service. *South Med J* 2001;94:874-9.
- Weiss JW, Launois SH, Anand A, Garpestad E. Cardiovascular morbidity in obstructive sleep apnea. *Prog Cardiovasc Dis* 1999;41:367-76. <http://dx.doi.org/10.1053/pcad.1999.0410367>
- Dement WC, Netzer NC. Primary care: is it the setting to address sleep disorders? *Sleep Breath* 2000;4:1-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s11325-000-0001-5>
- Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Bernam SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatr Res* 1989;28:193-213. [http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Canani SF, John AB, Raymundi MG, Schonwald S, Menna Barreto SS. Prevalence of sleepiness in a group of Brazilian lorry drivers. *Public Health* 2005;119:925-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2005.03.007>
- Johns MW. A New Method for Measuring Daytime Sleepiness. The Epworth Sleepiness Scale. *American Sleep Disorders Association and Sleep Research Society*. 1991;14:540-45.
- Torre-Bouscoulet L, Chávez E, Meza MS, Vázquez JC, Franco F, Muino A, et al. Snoring and Sleep-related Symptoms in Three Latin-American Cities. *Proc Am Thorac Soc* 2005;2:A767.
- World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of WHO Expert Committee. (WHO Technical Reports Series, 854). Geneva: WHO Library, 1995, 463p.
- Alattar M, Harrington JJ, Mitchell CM, Sloane P. Sleep problems in primary care: a North Carolina Family Practice Research Network (NC-FP-RN) study. *J Am Board Fam Med* 2007;20:365-74. <http://dx.doi.org/10.3122/jafm.2007.04.060153>
- Netzer NC, Hoegel JJ, Loube D, Netzer CM, Hay B, Alvarez-Sala R, et al. Prevalence of symptoms and risk of sleep apnea in primary care. *Chest* 2003;124:1406-14. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.124.4.1406>
- Bouscoulet LT, Vázquez-García JC, Muiño A, Márquez M, López MV, de Oca MM, et al. Prevalence of sleep relates symptoms in four Latin American cities. *J Clin Sleep Med* 2008;4:579-85.
- Brooks LJ, Strohl KP. Size and mechanical properties of the pharynx in healthy men and women. *Am Rev Respir Dis* 1992;146:1394-7. <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm/146.6.1394>
- Redline S, Kump K, Tishler PV, Browner I, Ferrette V. Gender differences in sleep disordered breathing in a community-based sample. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;149:722-6. <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm.149.3.8118642>
- Rodrigues M, Nina S, Matos L. Como dormimos? – Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários. *Rev Port Med Gerl Fam* 2014;30:16-22.
- Sleep-related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. The Report of an American Academy of Sleep Medicine Task Force. *Sleep* 1999;22:667-89.