

JOSÉ CARLOS ROSA PIRES DE SOUZA

*INSÔNIA E USO DE HIPNÓTICOS NA POPULAÇÃO
GERAL DE CAMPO GRANDE, MS*

CAMPINAS

2001

JOSÉ CARLOS ROSA PIRES DE SOUZA

***INSÔNIA E USO DE HIPNÓTICOS NA POPULAÇÃO
GERAL DE CAMPO GRANDE, MS***

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas,
para obtenção do título de Doutor em Ciências
Médicas, área de Saúde Mental.*

Orientador: Prof. Livre-docente Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão

Co-Orientador: Prof. Titular Luís Alberto Magna

CAMPINAS

2001

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

So89i Souza, José Carlos Rosa Pires de
Insônia e uso de hipnóticos na população geral de Campo Grande,
MS/ José Carlos Rosa Pires de Souza. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientadores : Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão, Luís
Alberto Magna
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Sono. 2. Distúrbios. 3. Psicotrópicos. Prevalência. I. Rubens
Nelson Amaral de Assis Reimão. II. Luís Alberto Magna. III.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
IV. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Livre-docente Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão

Membros:

- 1. Prof. Dr. Joel Sales Giglio (Unicamp)**
- 2. Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães (Unicamp)**
- 3. Profa. Dra. Therezinha Moreira Leite (USP)**
- 4. Profa. Dra. Wilma Lúcia Castro Diniz Cardoso (FAENQUIL)**
- 5. Prof. Livre-docente Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão (USP)**

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, área de concentração em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 19/12/2001

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, minha esposa, filhos, irmãs, tios, parentes, meu sobrinho João Paulo, amigos, professores e colegas do curso de doutorado da FCM-Unicamp, direção e companheiros de magistério da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) e aos meus conterrâneos campo-grandenses.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha força maior;

Aos meus pais, Luiz Gonzaga de Souza e Liborina Rosa Pires de Souza, pelo dom da vida e por toda a minha formação moral e intelectual;

À minha tia-mãe, Neusa Pires e minhas irmãs Liborina Tereza e Maria Auxiliadora, pelo carisma e acompanhamento em todo o meu processo educativo;

À minha namorada, há 15 anos, e esposa, há 8 anos, psicóloga Cristiane Aparecida Cruz de Souza, amor da minha vida, companheira incansável de momentos difíceis e alegres, solidária a todas as minhas ações e decisões que, por vezes, sacrificavam até o nosso relacionamento, como as inúmeras e longínquas viagens Campo Grande-Campinas-Campo Grande. Esta tese tem o alicerce no seu grande respeito, carinho e amor a mim dedicados;

Aos meus pimpolhos e, às vezes, “pequenos conselheiros”, Carla – 6 anos, e Vítor – 3 anos, pequenas maravilhas, o sentido da minha vida e frutos de um lindo amor;

Aos parentes e amigos;

À UCDB, instituição onde tenho o prazer e o privilégio de ser professor, pelo constante apoio e incentivo, especialmente ao Pe. José Marinoni – Magnífico Reitor, Pe. Giulio Boffi – Pró-reitor de Administração, Pe. Arlindo Pereira de Lima – Pró-reitor Acadêmico, Pe. Osvaldo Scotti – Pró-reitor Comunitário, Pe. Walter Bocchi – Diretor de Controle Acadêmico, Profa. Dra. Lúcia Salsa Corrêa – Diretora do Centro de Pesquisa de Pós-Graduação e Extensão e Profa. Dra. Sonia Grubits – Coordenadora do Mestrado em Psicologia;

À Unicamp, destacando o Prof. Dr. Hermano de Medeiros Ferreira Tavares – Magnífico Reitor, Prof. Dr. José Cláudio Geromel – Pró-reitor de Pós-Graduação, Prof. Dr. José Antonio Rocha Gontijo – Coordenador da Comissão de Pós-Graduação e Profa. Dra. Christine Hackel, Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas, pela hospitalidade e atenção;

Ao Prof. Livre-docente Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão, Neurologista do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e do Centro de Distúrbios do Sono® (CDS), meu orientador, mestre, coordenador do grupo de pesquisas de sono no Mato Grosso do Sul (MS) e amigo, ao qual devo grande parte do meu conhecimento científico. Para agradecê-lo em palavras seria necessária uma outra tese só para este fim;

Ao Prof. Titular Luís Alberto Magna, meu co-orientador e incentivador, pela disponibilidade e carinho de sempre, como pela excelente análise estatística dos dados;

À Profa. Dra. Liliana A. M. Guimarães e ao Prof. Dr. Dorgival Caetano, ambos da Unicamp, aos quais devo muita consideração e apreço, pelo apoio e pela confiança desde o meu ingresso nesta renomada universidade;

Aos doutores examinadores da minha banca de qualificação e defesa do doutorado, pela honra de suas presenças e considerações;

Aos professores e colegas do Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas da FCM- Unicamp, principalmente ao Coordenador da área de concentração Saúde Mental, Prof. Dr. Joel Sales Giglio, pelo aprendizado e amizade adquiridos;

Ao grupo do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-Unicamp, sob a coordenação do Prof. Dr. Sebastião Araújo;

À Diretoria Acadêmica da Unicamp, dirigida pelo Prof. Dr. Antonio Faggiani;

Aos Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A., São Paulo, SP, com destaque ao gerente e amigo Renê Delsin, pelo patrocínio da pesquisa de campo;

À Tendência Pesquisa de Mercado Ltda., pelo excelente trabalho de campo, que envolveu a coleta de dados, verificação e crítica dos questionários, tabulação e processamento dos dados, sob a coordenação da competente Mari da S. G. Carrapateira; o processamento dos dados de Márcia Loureiro Paulo e a supervisão de campo de Mailson Barbosa Garcia;

À Zenilde Bambil do Amaral, minha secretária, pela exímia digitação da tese;

Às simpáticas e eficientes funcionárias da Unicamp Mônica Aparecida Cintra Garcia de Almeida, da Saúde Mental, Carmen Sílvia dos Santos e Márcia Aguiar dos Santos, do Curso de Pós-Graduação da FCM, pela dedicação exemplar e colaboração contínua;

À equipe da Diretoria de Apoio Didático, Científico e Computacional da FCM- Unicamp, pelo material audiovisual, editoração, revisão e correção da tese;

À gráfica da Unicamp, pelo serviço de impressão da tese.

Aos meus pacientes, pela compreensão e o tempo deles tomado.

“Apenas me deito, digo: “Quando chegará o dia?”

Logo que me levanto: “Quando chegará a noite?”

E até à noite me farto de angústias.”

(Jó 7, 4)

	PÁG.
RESUMO	<i>xxxvii</i>
1. INTRODUÇÃO	41
2. OBJETIVOS	55
2.1. Objetivo Geral.....	57
2.2. Objetivos Específicos.....	57
3. MATERIAL E MÉTODOS	59
4. RESULTADOS	65
5. DISCUSSÃO	97
6. CONCLUSÃO	107
7. ANÁLISE ESTATÍSTICA	111
8. SUMMARY	115
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
10. ANEXOS	141
Anexo 1: Mapa de Campo Grande.....	143
Anexo 2: Caracterização da amostra estudada.....	147
Anexo 3: Questionário de Sono.....	149
Anexo 4: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	155

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAMS	Associação Americana de Medicina do Sono
Abipeme	Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado
APA	(<i>American Psychiatry Association</i>) Associação Americana de Psiquiatria
Asda	(<i>American Sleep Disorders Association</i>) Associação Americana de Distúrbios do Sono
BDZ	Benzodiazepínico
CDS	Centro de Distúrbios do Sono®
CID	Classificação Internacional de Doenças
Conep	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DDP	Distúrbio do despertar precoce
DIS	Distúrbio de iniciar o sono
DMS	Distúrbio de manutenção do sono
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais
EEG	Eletroencefalograma
E.U.A.	Estados Unidos da América do Norte
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
Fiems	Federação da Indústria do Estado de Mato Grosso do Sul
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MS	Mato Grosso do Sul
Não-BDZ	Não-benzodiazepínico
NSQ	Núcleo supraquiasmático

OMS	Organização Mundial de Saúde
Pe	Padre
Planurb	Instituto Municipal de Planejamento Urbano e de Meio Ambiente
PSG	Polissonografia
REM	<i>(rapid eyes movement)</i> – movimento rápido dos olhos
RS	Rio Grande do Sul
SNC	Sistema Nervoso Central
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE NOTAÇÕES

dp	desvio-padrão
χ^2	teste do qui-quadrado
p	valor de p
GL	graus de liberdade

	<i>PÁG.</i>
Tabela 1: Distribuição das freqüências e freqüências relativas da insônia em relação ao total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.....	68
Tabela 2: Distribuição das freqüências e freqüências relativas do DIS segundo o total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.....	71
Tabela 3: Distribuição das freqüências e freqüências relativas do DMS segundo o total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.....	73
Tabela 4: Distribuição das freqüências e freqüências relativas do DDP segundo o total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.....	75
Tabela 5: Distribuição das freqüências e freqüências relativas das insônias em relação ao grau de incômodo subjetivo.....	76
Tabela 6: Distribuição das freqüências e freqüências relativas das insônias em relação ao tempo de duração.....	77
Tabela 7: Distribuição das freqüências e freqüências relativas do grau de prejuízo da insônia no dia seguinte, segundo o total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.....	78
Tabela 8: Distribuição das freqüências e freqüências relativas das insônias em relação ao grau de prejuízo no dia seguinte.....	79
Tabela 9: Distribuição da freqüência numérica do uso de hipnóticos semanal, no último mês, em relação ao total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia.....	81

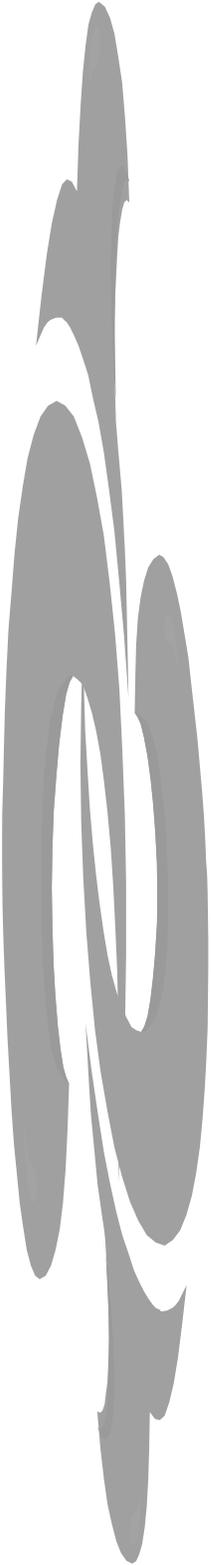
Tabela 10:	Distribuição da freqüência relativa geral do uso de hipnóticos semanal, no último mês, em relação ao total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia.....	82
Tabela 11:	Distribuição da freqüência relativa no estrato do uso de hipnóticos semanal, no último mês, em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia.....	83
Tabela 12:	Distribuição da freqüência numérica do tempo de uso de hipnóticos, ao longo da vida, em relação ao total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia.....	86
Tabela 13:	Distribuição da freqüência relativa geral do tempo de uso de hipnóticos, ao longo da vida, em relação ao total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia.....	87
Tabela 14:	Distribuição da freqüência relativa no estrato do tempo de uso de hipnóticos, ao longo da vida, em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia.....	88
Tabela 15:	Distribuição da freqüência e freqüências relativas do DIS, DMS e DDP, em relação ao uso de hipnóticos.....	90
Tabela 16:	Distribuição das freqüências e freqüências relativas do DIS, DMS e DDP e seu grau de incômodo em relação ao uso de hipnóticos...	91
Tabela 17:	Distribuição das freqüências e freqüências relativas do DIS, DMS e DDP e sua duração em relação ao uso de hipnóticos.....	92
Tabela 18:	Distribuição das freqüências e freqüências relativas do uso de meios alternativos para dormir melhor em relação ao total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e presença ou não de insônia.....	94

	PÁG.
Figura 1: Prevalência da insônia inicial, intermediária e terminal em Campo Grande, MS.....	70
Figura 2: Distribuição da prevalência e frequência do uso de hipnóticos, no último mês, em Campo Grande, MS.....	80
Figura 3: Distribuição da prevalência e frequência do uso de hipnóticos ao longo da vida em Campo Grande, MS.....	85

	<i>PÁG.</i>
Gráfico 1: Prevalência geral da insônia na população de Campo Grande, MS.....	67
Gráfico 2: Prevalência geral do uso de meios alternativos para dormir melhor na população de Campo Grande, MS.....	93

	<i>PÁG.</i>
Quadro 1: Distribuição dos valores qui-quadrado (χ^2) aplicados à insônia, em relação ao sexo, faixa etária, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.....	69
Quadro 2: Distribuição dos valores do χ^2 aplicados ao DIS, em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.....	72
Quadro 3: Distribuição dos valores do χ^2 aplicados ao DMS, em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.....	74
Quadro 4: Distribuição dos valores do χ^2 aplicados ao DDP, em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.....	76
Quadro 5: Distribuição dos valores do χ^2 aplicados ao grau de prejuízos da insônia no dia seguinte, em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe sócio-econômica, estado civil e ocupação.....	79
Quadro 6: Distribuição dos valores do χ^2 aplicados ao uso de hipnóticos no último mês, em relação em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe sócio-econômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia.....	84
Quadro 7: Distribuição dos valores do χ^2 aplicados ao tempo de uso de hipnóticos, em relação em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe sócio-econômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia.....	89

Quadro 8:	Distribuição da frequência e frequências relativas do uso de hipnóticos, em relação ao total da amostra e à origem da prescrição.....	90
Quadro 9:	Distribuição dos valores do χ^2 aplicados ao uso de meios alternativos para dormir melhor, em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e presença ou não de insônia.....	95
Quadro 10:	Distribuição das frequências e frequências relativas dos meios alternativos para dormir melhor.....	96



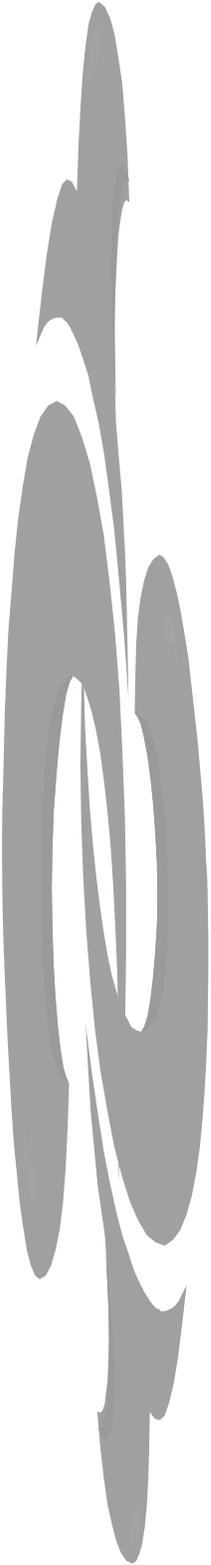
RESUMO

Entre os 88 distúrbios do sono, a insônia é o mais comum.

Fez-se um levantamento epidemiológico, analítico e de corte transversal, para se detectar a prevalência da insônia e do uso de hipnóticos nos habitantes da área urbana de Campo Grande, MS, Brasil, com idade igual ou superior a 18 anos. Foram feitas 408 entrevistas domiciliares, por amostragem aleatória e estratificada por gênero, faixa etária e classe socioeconômica, mediante a aplicação de um questionário padronizado e sob consentimento do entrevistado. Dividiram-se os sujeitos em 2 grupos segundo os critérios da Asda (1997): insones e não-insones e os primeiros em insones com distúrbio de iniciar o sono (DIS), de mantê-lo (DMS) e despertar precoce (DDP); agudos (até 1 mês de duração) e crônicos (mais de 1 mês); leves, moderados e severos. Compararam-se os grupos quanto à idade, gênero, estado civil, grau de instrução, situação socioeconômica, ocupação, uso regular de hipnóticos e quem os prescreveu e uso de meios alternativos para dormir melhor. Para a análise estatística usaram-se métodos descritivos e os testes de qui-quadrado (χ^2), teste exato de Fisher e inferências com base nos parâmetros da distribuição binomial. O nível de significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança foi o de 95%.

A prevalência geral da insônia foi 19,1% (dp=2,0%), prevalecendo DIS (p=0,0043) e crônica (p=0,7022), mais em mulheres (p=0,0015) e em pessoas com baixo grau de instrução (p=0,0317). No último mês 6,9% (dp=1,3%) usaram hipnóticos e destes 68,1% mais de 3 vezes por semana; ao longo da vida 17,2% (dp=1,9%) dos quais 70,3% nos últimos 2 anos. Tanto no último mês, quanto ao longo da vida, entre os usuários de hipnóticos, houve o predomínio de insones (p<<0,0001), mulheres (p=0,0372 e p<0,0001) e pessoas com idade acima dos 30 anos (p=0,0536 e p=0,0091). Em 91,4% dos casos houve prescrição médica dos hipnóticos, não havendo predomínio significativo de uma especialidade sobre as demais e 36,8% (dp=2,4%) referiram o hábito de usar meios alternativos para dormir melhor, como a ingestão de algum tipo de bebida, o que ocorreu mais entre os insones (p<<0,0001).

Houve uma alta prevalência da insônia e do uso de hipnóticos em Campo Grande, apontando a necessidade de novos estudos nacionais envolvendo este importante problema de saúde pública.



1. INTRODUÇÃO

Hipócrates descreveu o primeiro distúrbio do sono, a respeito do mecanismo da morte súbita infantil durante a noite (BAKER, 1985). Filósofos, poetas, mitólogos, cientistas, pintores, entre outros, exploraram os temas sono e sonhos através dos tempos e, por mais que o homem evolua espiritual e tecnologicamente, muito ainda há por se descobrir sobre estes intrigantes fenômenos.

Sabe-se que quase todas as numerosas funções do cérebro e do organismo em geral são influenciadas pela alternância da vigília com o sono. Este restaura as condições que existiam no princípio da vigília precedente. As mudanças fisiológicas rítmicas do sono têm ampla difusão, tanto no reino animal como no vegetal. Denomina-se relógio biológico ao conjunto de fenômenos que determinam tal ritmicidade. O núcleo supraquiasmático (NSQ) funciona como um relógio regulador do ritmo circadiano em mamíferos. É um núcleo bilateral que recebe informação visual direta. Tem-se proposto um acoplamento neuroendócrino dependente da melatonina secretada pela pineal, o NSQ e outras regiões do organismo. A comunicação entre o NSQ, a pineal e o restante do organismo é feita através da melatonina, que aumenta a tendência ao sono indicando ao cérebro o conceito de “noite, escuridão” (VELLUTI, 1996).

O estudo do sono e seus distúrbios vem evoluindo, paulatinamente, nas últimas seis décadas, e em 1937 houve a descoberta dos diferentes estágios do sono, refletidos nas mudanças do eletroencefalograma (EEG). Também, a descoberta do sono REM (*rapid eyes movement* – movimento rápido dos olhos), em 1953, por Aserinsky e Kleitman, colaborou com a conversão do estudo dos transtornos do sono em uma nova sub-especialidade médica, com a visão do sono como um fenômeno ativo e não mais passivo (VELLUTI, 1996; SOUZA & SOUSA, 1998). A descoberta do sono REM impeliu as pesquisas na área e foi seguida pela atual técnica de polissonografia (PSG), padronizada por Rechtschaffen e Kales em 1968 (SOUZA & GUIMARÃES, 1999).

O sono é um fenômeno biológico ativo, individual e de sobrevivência; ocupa em média um terço da vida humana e os sonhos um quinto desta, considerando-se um adulto jovem, que dorme em média oito horas por dia (KRYGER, ROTH, DEMENT 1994). Uma supressão total do sono de um animal pode levar a sua morte dentro de poucos dias. Há uma influência genética e comportamental na evolução do sono dos

mamíferos (MIGNOT, TAFTI, DEMENT, 1994). Sono, do latim *somnus*, é um estado funcional, reversível e cíclico, com algumas manifestações comportamentais características, como uma imobilidade relativa e o aumento do limiar de resposta aos estímulos externos. O sono produz variações dos parâmetros biológicos, acompanhadas de uma modificação da atividade mental que supõe o dormir (REIMÃO, 1996).

As alterações do sono normal são traduzidas como “transtornos” pela breve e esquemática Classificação Internacional de Doenças versão 10 – CID-10, da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993) e como “distúrbios” pela mais completa e revisada Classificação Internacional de Distúrbios do Sono da Associação Americana de Medicina do Sono (AAMS), em conjunto com outras entidades internacionais (Asda, 1997). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais 4ª edição – DSM-IV, da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1995), adota os critérios desta última, tendo um capítulo denominado “Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono”.

Dentre os 88 distúrbios descritos pela AAMS em 1997, a insônia é o mais comum, sendo pouco diagnosticada nos serviços de cuidados primários de saúde. Constitui-se em um sintoma que provoca aumento de gastos com tratamentos especializados, sérias conseqüências à saúde pública, à produtividade e à qualidade de vida em geral (JOHNSON & SPINWEBER, 1983; ERMAN, 1987; MANFREDI, VGONTZAS, KALES, 1989; ROMBAUT *et al.*, 1990; SHAVER, GIBLIN, PAULSEN, 1991; VELA-BUENO, 1993; HINDMARCH, 1993; ROTH & ANCOLI-ISRAEL, 1999; WALSH & USTUN, 1999; SOUZA & GUIMARÃES, 1999; ZAMMIT, 1999). Os transtornos do sono são tão comuns como a asma e o diabetes; porém, somente 5% dos pacientes insones consultam os cuidados primários de saúde e 69% nunca mencionaram aos médicos suas dificuldades de dormir (McCALL, 1999). VGONTZAS & KALES (1999) referiram que os distúrbios do sono são muito prevalentes na população geral e que a insônia é o mais comum, quando crônica geralmente reflete distúrbios psicológicos e comportamentais.

Antes dos anos 60 a queixa de insônia era, tipicamente, vista como um indicador de ansiedade ou depressão, ou secundária a problemas médicos. Esta idéia foi modificada pelas classificações internacionais de distúrbios do sono e verificação de que

alguns tipos de insônia poderiam ser causados, exclusivamente, por hábitos mal adaptativos de dormir (HAURI & FISCHER, 1986). A insônia ou agripnia não é um diagnóstico, ela é um sintoma que se refere à incapacidade para iniciar ou manter o sono, leva a uma baixa qualidade do mesmo e à redução de seu número de horas (CULEBRAS, 1996). A insônia psicofisiológica persistente é um distúrbio do sono que se desenvolve devido ao condicionamento negativo, crônico e somático (HAURI & FISCHER, 1986).

SMIRNE *et al.* (1983) estudaram a prevalência dos distúrbios do sono em uma população hospitalar, em Milão, Itália, por um ano, com uma amostra de 1.347 mulheres e 1.171 homens, entre 6 e 92 anos de idade e encontraram 12,8% de queixas de insônia, mais prevalente no setor de ortopedia (17,5%). A insônia inicial (39,1%) e de manutenção (32,1%) foram as mais prevalentes. Houve uma prevalência maior entre as mulheres e um aumento com a idade em ambos os sexos.

SHOCHAT *et al.* (1999) fizeram um estudo de prevalência e características de insônia em pacientes ambulatoriais de cuidados primários nos Estados Unidos da América do Norte (E.U.A.) e constataram 50% de insônia ocasional e 19% de insônia crônica; concluíram que a prevalência da insônia em cuidados primários era maior que na população geral, provavelmente por causa dos distúrbios médicos e psiquiátricos concomitantes. KROENKE, ARRINGTON, MANGELSDORFF (1990) estudaram a prevalência de diversos sintomas médicos e detectaram a insônia em 39% dos 410 pacientes entrevistados.

A prevalência da insônia na população geral varia de 12 a 76,3%, dependendo dos critérios conceituais utilizados (CULEBRAS, 1996; OHAYON, 1996; ROCHA, 2000); outros estudos mostraram uma variação de 27% até 64% (McCALL, 1999); no Brasil os poucos dados existentes são semelhantes (GIGLIO, 1988; ROCHA, 2000).

A insônia afeta mais mulheres, descasados e viúvos, desempregados, baixo grau de instrução e nível econômico e idosos (POLLAK *et al.*, 1990; KROENKE *et al.*, 1990; BIXLER *et al.*, 1991; WYSOWSKI & BAUM, 1991; BALTER & UHLENHUTH, 1992; KLINK *et al.*, 1992; ROSEKIND, 1992; HOCH *et al.*, 1994; FRIEDMAN, BROOKS, BLIWISE, 1995; HENDERSON *et al.*, 1995; OHAYON, CAULET, LEMOINE, 1998; BUNDLIE, 1998; FOLEY *et al.*, 1999; ISHIGOOKA *et al.*, 1999; YAMAGUCHI *et al.*,

1999; GANZONI & GUGGER, 1999; VELA-BUENO, DE ICETA, FERNANDEZ, 1999; ALMEIDA, TAMAI, GARRIDO, 1999; LEGER, LEVY, PAILLARD, 1999; ROSSINI, REIMÃO, LEFEVRE, 1999; CHOKROVERTY, 1995; KRYGER *et al.* 1994; ROMERO, 2000; HUGHES *et al.*, 2000; HEDNER *et al.*, 2000; REIMÃO, 2001). ROCHA, GUERRA, LIMA E COSTA, (2000) realizaram uma revisão sobre a epidemiologia e o impacto dos distúrbios do sono. Diversos estudos indicaram que os distúrbios do sono eram muito freqüentes na população geral mas as estimativas eram muito variáveis, principalmente devido a não-padronização metodológica. Eram fatores associados à insônia: sexo feminino, envelhecimento, estado civil (viúvo, separado, divorciado), baixo nível socioeconômico, problemas clínicos, problemas psiquiátricos e sociofamiliares.

Existem diversos critérios operacionais de definição da insônia e, às vezes, isto prejudica a comparação de resultados dos estudos populacionais (CARSKADON *et al.*, 1976; MATTHYS, ROECK, CLUYDTS, 1985; SHAPIRO & DEMENT, 1993; BEYDON *et al.*, 1994; BUYASSE *et al.*, 1994; KUMP *et al.*, 1994; FARNEY & WALKER, 1995; HENDERSON *et al.*, 1995; SIMEN *et al.*, 1995; FREEMAN, ROTH, GUELFY, 1996; OHAYON *et al.*, 1997; HATOUM *et al.*, 1998; CHEVALIER *et al.*, 1999; NUTT & WILSON, 1999; REIMÃO, 1999; SOUZA & GUIMARÃES, 1999; LEGER *et al.*, 2000; REIMÃO, 2000; ROCHA, 2000; LICHSTEIN *et al.*, 2001; VINCENT & LIONBERG, 2001). Como exemplo, a CID-10 – Critérios Diagnósticos para Pesquisa (OMS, 1998) admite que a Classificação Internacional da AAMS é a mais completa para definir os transtornos do sono e dispõe alguns critérios de definição da “Insônia não orgânica”:

F51.0 – Insônia não orgânica

A. O indivíduo se queixa de dificuldade em conciliar o sono, dificuldade em se manter dormindo ou de sono não restaurador.

B. A perturbação de sono ocorre pelo menos três vezes por semana por pelo menos um mês.

C. A perturbação do sono resulta em angústia pessoal marcante ou interferência com o funcionamento pessoal da vida diária.

D. Não há fator orgânico causal conhecido, tal como uma condição neurológica ou outra condição médica, transtorno de uso de substância psicoativa ou um medicamento.

O comprometimento da atividade diária está intrínseco na definição da insônia (McCALL, 1999). Esta é responsável pelo aumento de acidentes automobilísticos, absenteísmo e acidentes de trabalho e diminuição do rendimento escolar (BLOOM & LAZERSON, 1988; MORIN, CULBERT, SCHWARTZ, 1994; OHAYON *et al.*, 1997; SIMON & VONKORFF, 1997; OMS, 1998; LINTON & BRYNGELSSON, 2000). Há, também, prejuízo na aparência pessoal, alterações dietéticas e de relacionamentos interpessoais (PLUM, 1996). Em 1995 os custos diretos da insônia na França foram de 2 bilhões de dólares (LEGER *et al.*, 1999).

Há outros efeitos econômicos indesejáveis, como o aumento dos gastos com cuidados de saúde, hospitalizações prolongadas e 32 milhões de dólares gastos com o tratamento de insones crônicos severos nos E.U.A. (STOLLER, 1994), além do aumento dos riscos de morbidade e mortalidade por doenças como o câncer, coronariopatias, tabagismo, transtornos mentais e ocupacionais, como também trabalhadores em turnos alternantes que podem ter insônia grave e apresentar maior incidência de doenças cardíacas e gastrointestinais (HAMMOND, 1964; COSTA E SILVA & AQUINO, 1981; TODLO *et al.*, 1981; BERNIK, 1984; KNUTSSON *et al.*, 1986; MAGGIORINI *et al.*, 1990; DEMENT, 1992; LEXCEN & HICKS, 1993; KLINK, DODGE, QUAN, 1994; STOLLER, 1994; DODGE, CLINE, QUAN, 1995; WEISSMAN *et al.*, 1997; NOWELL *et al.*, 1997; KATZ & McHORNEY, 1998; SCHWARTZ *et al.*, 1999; TAYLOR *et al.*, 2001; SAVARD *et al.*, 2001).

KRIPKE *et al.* (1979) destacaram que a insônia pode ser o segundo sintoma mental mais comum. Avaliaram voluntários da Sociedade Americana de Câncer e concluíram que tanto o sono de longa ou curta duração e o uso de hipnóticos eram preditores de maior risco de mortalidade. Em um estudo populacional longitudinal realizado na Suíça com uma amostra de 2.602 homens, de 30 a 69 anos, o autor concluiu que a insônia nos homens estava relacionada a fatores de estilo de vida como obesidade, inatividade física e a dependência do álcool, mas não à idade. Este estudo demonstrou a relação entre qualidade de sono e estado de saúde geral (JANSON, 2001).

As etiologias da insônia variam desde questões emocionais (etilismo, depressão e ansiedade), sociais (desemprego e violência), físicas (dor crônica) e ambientais (ruídos internos e externos ao quarto de dormir) (CHOKROVERTY, 1995; KRYGER *et al.* 1994; THORPY & YAGER, 1991).

COLEMAN (1983) avaliou pacientes submetidos à PSG e detectou a frequência de 34,9% de insones, tendo os transtornos psiquiátricos como a principal causa. O tratamento da insônia deve ser baseado na sua causa e há de se fazer uma anamnese detalhada, por vezes, com exames complementares laboratoriais e de neuro-imagem, “diários” e questionários de sono, a fim de se instituir a melhor terapêutica possível. Esta pode consistir em técnicas psicoterápicas, higiene do sono (recomendações como manter um horário fixo para deitar e se levantar, não ingerir alimentos e líquidos em demasia à noite, evitar dormir durante o dia, praticar exercícios físicos, não se auto-medicar com soníferos, entre outros), técnicas de relaxamento e uso de psicotrópicos, entre eles os hipnóticos (ETTORRE, KLAUKKA, RISKKA, 1994; OHAYON, CAULET, GUILLEMINAULT, 1997; CHOKROVERTY, 1995; KRYGER *et al.* 1994). Os psicotrópicos são mais prescritos por médicos não-psiquiatras do que por estes especialistas (WYSOWSKI & BAUM, 1991; SHORR & BAUWENS, 1992). MORIN *et al.* (1994) conduziram uma metanálise com 59 estudos, envolvendo 2.102 pacientes, para examinarem a eficácia e a durabilidade dos tratamentos psicológicos no manejo clínico da insônia crônica. O controle de estímulos e a restrição de sono, por seis meses de duração, foram os procedimentos mais efetivos, entretanto a higiene do sono não era efetiva quando único procedimento.

Na opinião de STEPANSKI, ZORICK, ROTH, (1991) não há mais indicação para o uso dos antigos hipnóticos não-benzodiazepínicos (não-BDZ), como barbitúricos, hidrato de cloral, blutetimida e meprobamato, para o tratamento da insônia. Embora seja de consenso geral que o uso de hipnóticos não é o tratamento de escolha, particularmente nos pacientes com insônia crônica, existem circunstâncias que garantem o seu uso. Os benzodiazepínicos (BDZ) têm se mostrado efetivos em vários estudos com pacientes com insônia crônica. Outros estudos mostram o uso destes medicamentos por um tempo maior do que quatro semanas. Há, também, pesquisas mostrando a eficácia de hipnóticos

fitoterápicos no tratamento da insônia, como é o caso do extrato seco de *Valeriana officinalis* (DOMINGUEZ *et al.*, 2000).

NISHINO & MIGNOT (1999) referiram que o Instituto Nacional de Saúde Mental dos E.U.A., em 1979, indicou que 35% dos americanos adultos haviam sofrido de insônia no curso de um ano. Em cerca de metade destes casos a insônia era severa. Para estes autores a insônia era uma queixa subjetiva de sono insuficiente, inadequado e não restaurador. Os prejuízos no funcionamento diário, fadiga, oscilações do humor e performance alterada podiam ser resultados de um sono inadequado. No mesmo censo, 7,1% tinham usado hipnosedativos para dormir (2,6% usaram com prescrição médica e 4,5% sem). NISHINO & MIGNOT (1999) alertaram que os hipnosedativos podem causar dependência e abuso.

OLSTAD, SOGAARD, SEXTON (1998), na Finlândia, verificaram que ao longo dos anos de um estudo de 1987 a 1993, a proporção da população usando hipnótico ou drogas psicotrópicas diminuiu significativamente, assim como diminuiu a proporção de pessoas com queixas de depressão e insatisfação com a vida ou insônia. Houve um incremento na saúde mental a despeito da crise na região da indústria do peixe.

Há diferenças significativas entre os hipnosedativos com respeito às suas propriedades físico-químicas (lipossolubilidade e ligação proteica) e perfil farmacocinético (absorção, distribuição e eliminação). Estas diferenças podem influenciar nas variações observadas na ação clínica e reações adversas durante e depois do tratamento. Portanto, o conhecimento destas propriedades farmacocinéticas pode ajudar os clínicos a fazerem escolhas bem fundamentadas, sobre qual hipnosedativo melhor atende às necessidades individuais dos pacientes (NISHINO & MIGNOT, 1999).

Muitas vezes os acidentes automobilísticos são causados pelos sedativos e outras drogas com efeito no sistema nervoso central (SNC), que podem afetar a habilidade de dirigir. As mais comuns são os hipnóticos e os ansiolíticos, seguidos pelos contraceptivos orais e as drogas cardiovasculares. Geralmente hipnóticos prescritos há pouco tempo causam mais acidentes (NEUTEL, 1995; LOBO & GREENE, 1997; BARBONE *et al.*, 1998; VERMEEREN, DANJOU, O'HANLON, 1998).

Ao examinar um paciente com insônia, é usual primeiro considerar a duração da queixa. A insônia pode ocorrer como um distúrbio transitório (um ou dois dias), de curta duração (mais do que poucos dias a poucos meses) ou de longa duração (muitos meses ou até anos). A duração da insônia não somente proporciona a indicação de sua causa, mas também fornece um rumo para o uso de hipnosedativos. Na insônia transitória a causa é, tipicamente, um estressor comportamental agudo, mudança abrupta de fuso horário “jet-lag” ou trabalho em turnos. Estas formas muitas vezes não requerem tratamento farmacológico. Em alguns casos em que a insônia é severa e prejudica significativamente o funcionamento diário, o tratamento farmacológico pode ser indicado com hipnosedativos BDZ ou não-BDZ, por uma semana a dez dias. Pacientes com insônia de curta duração são, particularmente, importantes para serem reconhecidos, pois eles podem evoluir para a insônia psicofisiológica se forem inadequadamente tratados. Tipicamente, os pacientes desenvolvem insônia durante um período estressante de sua vida (trabalho ou dificuldades pessoais). Se não tratadas, as condições freqüentemente pioram e evoluem para uma insônia crônica, que não resolve até que se cesse o período estressante (NISHINO & MIGNOT, 1999).

A insônia de longa duração, denominada insônia crônica, pode ser avaliada com um “diário do sono” (por um período de duas semanas a pessoa responde pela manhã questões como: horário de dormir e de acordar, tempo para adormecer, número de despertares, tempo total de sono e estado geral ao acordar). Muito comumente o paciente exagera a sua queixa, pois dorme mais do que refere ou demora menos tempo para adormecer do que relata. SCHNEIDER-HELMERT (1985) lançou a hipótese e concluiu que a população que estudou superestimava as queixas de distúrbios do sono e dos efeitos dos hipnóticos. SPIELMAN, NUNES, GLOVINSKY (1996) alertaram que nos estudos epidemiológicos da insônia há de se considerar que a queixa de não dormir bem tem uma variação de noite após noite. Em muitos casos, a insônia se desenvolve como resultado de fatores psicológicos e condicionamento negativo. Raramente a insônia começa na infância e persiste na idade adulta. Recomenda-se a higiene do sono e várias técnicas comportamentais para reduzir o condicionamento negativo (terapia de controle de estímulos), privação do sono e fototerapia, porém estes métodos têm sucesso somente se o paciente estiver motivado e com uma supervisão clínica especializada. Entretanto, o uso

mais apropriado de drogas é em pacientes que mostram claras evidências de distúrbio do sono resultando em alguma disfunção diurna. Se a farmacoterapia for indicada é sempre útil que se inicie com a menor dosagem possível de hipnosedativo, para reduzir os riscos de dependência e tolerância. Deve-se evitar o uso diário. Como a insônia pode, também, ser classificada de acordo com as suas características clínicas individuais, no início, meio ou fim da noite, as propriedades farmacológicas mais importantes na seleção de um hipnótico são o seu tempo de ação rápido e a duração do seu efeito (NISHINO & MIGNOT, 1999).

BERGENER, GOLA, HESSE (1989) levantaram a hipótese de que as drogas com uma meia-vida curta de eliminação poderiam ter menos efeitos colaterais do que as de ação mais longa no tratamento dos distúrbios do sono, devido à sua menor tendência a se acumular, especialmente nos idosos. SIMKO (1989) referiu que o uso de drogas psicotrópicas em idosos requer um conhecimento especial do clínico. Considerando-se as trocas farmacocinéticas e farmacodinâmicas do organismo senil, relativamente poucas das grandes variedades de psicotrópicos poderiam ser usadas nos idosos. SMITH (1989) descreveu que aumentaram os estudos do efeito da idade no sono normal e distúrbios específicos do sono. As queixas de distúrbios do sono e o uso de hipnóticos nos idosos são mais freqüentes que nos jovens.

MONTI & MONTI (1995) definiram a insônia crônica ou de longa duração aquela com freqüência de 21 a 30 noites ao mês, persistindo geralmente por meses ou anos, sendo mais freqüente nas mulheres e mais pronunciada com a idade avançada. Pode estar associada com distúrbios mentais, condições psicofisiológicas, higiene do sono inadequada, doenças neurológicas e dependência de drogas. Os diagnósticos mais comuns são a insônia crônica associada com distúrbios psiquiátricos e com as condições psicofisiológicas. No tratamento farmacológico existem algumas diferenças entre os BDZ, o zopiclone, zolpidem e zaleplon (não-BDZ) em termos de eficiência na indução e manutenção do sono. Em contraste com os BDZ, o zopiclone e o zolpidem não suprimem as ondas lentas do sono.

Foi feito um estudo com 43 adultos voluntários da comunidade, a fim de se verificar a preferência e a satisfação de tratamento da insônia crônica. Os critérios de inclusão foram o tempo total de sono menor que 6,5 horas por noite, tempo de latência do sono maior que 45 minutos e/ou tempo acordado depois de despertar maior que 30 minutos,

problemas com o sono numa frequência de quatro noites por semana, durante seis meses, e conseqüências diárias as quais o indivíduo atribuía à perda de sono e a fadiga. Os critérios de exclusão foram a presença de trabalho em turnos, referência de sintomas sugestivos de outro distúrbio do sono (ex: apnéia do sono), história de dor de cabeça, distúrbio bipolar, esquizofrenia ou condições médicas sérias (ex: dor crônica). Nesta amostra 70% eram mulheres e 30% eram homens. Os autores concluíram que a terapia cognitivo-comportamental era, significativamente, mais preferida que a farmacoterapia e mais favorável aos probandos (VINCENT & LIONBERG, 2001).

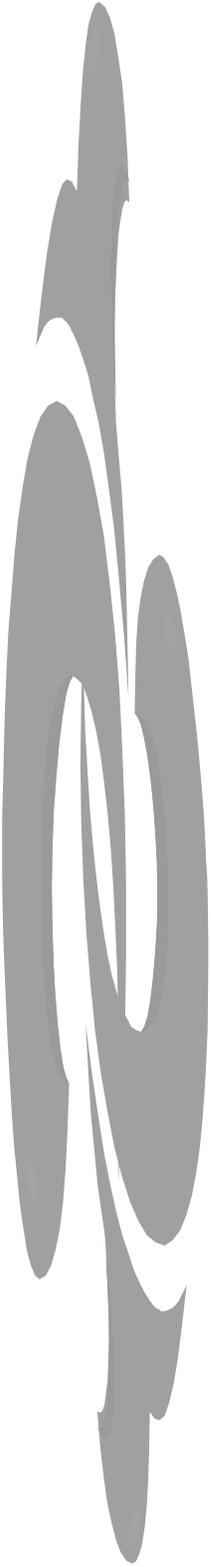
SELTZER *et al.* (2000) em um estudo retrospectivo no Texas, E.U.A., concluíram que havia um uso excessivo de agentes hipnóticos sedativos. ETTORRE *et al.* (1994) avaliaram a variável gênero no uso a longo prazo e dependência de psicotrópicos e detectaram que o homem tinha maior prevalência, seja do uso com ou sem prescrição médica. KAYED (1995) concluiu em seu estudo sobre a insônia e o uso de hipnóticos que a insônia afeta a qualidade de vida das pessoas, com estes dados, coincidem os estudos posteriores de SOUZA (1996), SOUZA & GUIMARÃES (1999) e ZAMMIT (1999).

PARTINEN *et al.* (1983) estudaram os hábitos de sono, a qualidade do sono e o uso de hipnóticos em 31.140 adultos da Finlândia, em 1975. O tempo de sono dos homens deste país foi maior que nos E.U.A., possivelmente devido às diferenças socioeconômicas entre os dois países. Aqui deve-se considerar, também, as questões ambientais, de temperatura e luminosidade da Finlândia. A proporção de maus dormidores foi maior entre os homens do que as mulheres abaixo de 50 anos. A proporção de maus dormidores aumentou com a idade de 4% entre 18-29 anos para 20% com 60 anos ou mais. Concluíram, também, que havia uma alta proporção de dormidores longos entre as mulheres. Em ambos os sexos o uso de hipnóticos aumentou com a idade. O número de não-usuários foi maior entre os homens, em todas as faixas etárias, mas o uso regular foi pouco mais comum entre as mulheres. O uso regular foi cerca de dez vezes maior naqueles com 60 anos ou mais, comparados com os abaixo de 30 anos de idade. Dos usuários regulares 68% referiram ter um sono ruim; dos maus dormidores 71% declararam não ser usuários durante o ano anterior.

Há uma variação cultural e étnica na percepção e referência dos distúrbios do sono e uso de hipnóticos (FABSITZ, SHONLINSKY, GOLDBERG, 1997; NEYLAN *et al.*, 1998; DURRENCE *et al.*, 2001), como se pode perceber em estudos com índios Terena (REIMÃO *et al.*, 2000) e negros (REIMÃO, 2001), em relação a populações urbanas e brancas. O uso de hipnóticos sedativos e medicações ansiolíticas, em um estudo comparativo entre uma amostra de brancos e outra de negros, mostrou um maior uso dessas medicações nas pessoas brancas (BLAZER *et al.*, 2000).

Em 1983, LUGARESI *et al.* fizeram um estudo epidemiológico dos distúrbios do sono na República de San Marino, com pessoas de 20 anos ou mais de idade, e 19,1% queixaram-se de insônia. A queixa foi relacionada à idade e sexo, aumentando nas mulheres com 45 anos ou mais e nos homens acima dos 60. O uso de hipnóticos era habitual em 1,5% e ocasional em 27,1%. Resultados semelhantes foram encontrados por PARTINEN *et al.* em 1983, em um estudo na Finlândia. QUERA-SALVA *et al.* (1991) realizaram um estudo na França sobre a insônia e uso de hipnóticos, em 1.003 sujeitos de 15 anos ou mais de idade, com a prevalência da insônia e do uso freqüente e crônico de hipnóticos maior entre as mulheres de 45 anos de idade ou mais. Os homens apresentaram um aumento do uso de hipnóticos após os 65 anos de idade. Dez por cento de toda a amostra usavam hipnóticos: 8% por mais de 6 meses e 6,17% de forma crônica. Os idosos aposentados e sem ocupação eram usuários freqüentes e crônicos de hipnóticos, havendo uma correlação entre o uso crônico de hipnóticos com a idade e a situação social. A área rural apresentou menos insônia e uso de hipnóticos do que a área urbana. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores (OHAYON, VECCHIERINI, LUBIN, 2001; REIMÃO, 2001).

JACOBSON & WINOGRAD (1994) estudaram o uso de medicações psicoativas a longo prazo e concluíram que os problemas de sono tinham alta prevalência entre os idosos institucionalizados, que eram, freqüentemente, tratados com psicotrópicos. WILLIAMS & KARACAN (1985) discutiram os desenvolvimentos no diagnóstico e tratamento dos distúrbios do sono, alertaram contra o abuso de hipnóticos para tratamento da insônia e orientaram que os médicos deveriam questionar sobre os hábitos de sono de seus pacientes, os quais poderiam omitir algum distúrbio.



2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Detectar a prevalência da insônia e do uso de hipnóticos na população geral de Campo Grande, MS.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Classificar os indivíduos em 2 grupos:

- a) Insones.
- b) Não-Insones.

2.2.2. Dividir os insones em:

- a) Distúrbio de Iniciar o Sono (DIS) – insônia inicial.
- b) Distúrbio de Manutenção do Sono (DMS) – insônia intermediária.
- c) Distúrbio de Despertar Precoce (DDP) – insônia terminal.

2.2.3. Classificar os insones em:

- 2.2.3.1. Agudos: insônia com duração de até 1 mês, na frequência mínima de 3 vezes por semana.
- 2.2.3.2. Crônicos: insônia com duração maior que 1 mês, na frequência mínima de 3 vezes por semana.

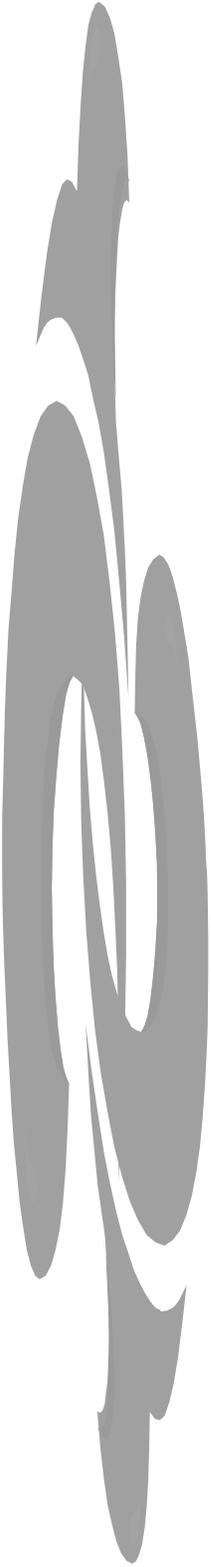
2.2.4. Classificar os insones quanto à gravidade do incômodo e o grau de comprometimento ou prejuízo nas atividades diárias:

- 2.2.4.1. Insônia leve: pouco incômodo.
- 2.2.4.2. Insônia moderada: incômodo moderado.
- 2.2.4.3. Insônia grave ou severa: incômodo acentuado.

2.2.5. Comparar os grupos de insones quanto às variáveis:

- a) Idade, gênero, estado civil atual, grau de instrução, situação socioeconômica e ocupação atual, uso de hipnóticos, quem os prescreveu (se médico, qual a especialidade) e uso de meios alternativos para dormir melhor.

2.2.6. Comparar os três grupos insones com o não-insone quanto às variáveis citadas.



3. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada na cidade de Campo Grande, capital do MS, que tem 102 anos de emancipação política. No censo de 1991 tinha 526.126 habitantes; na contagem populacional de 1996 – 600.069; na estimativa de 1999 – 649.593 e hoje 662.534 habitantes, sendo 322.210 homens e 340.324 mulheres, 654.832 na área urbana e 7.702 na rural, concentrando 31,13% da população estadual (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 1991 e 2000). Teve o menor índice brasileiro de mortalidade infantil em 1998, 1999 e 2000 (INSTITUTO MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO URBANO E DE MEIO AMBIENTE – Planurb, 1998, 1999 e 2000). Cidade que desponta como pólo de desenvolvimento econômico, onde as atividades comerciais representam a base de sua economia. Em 1998 concentrava 34,39% do total de empresas comerciais do MS. As atividades industriais também vêm tomando consistência a cada ano. Em 1998 havia 1.956 estabelecimentos industriais no município. Este número aumentou para 2.389 no ano de 1999, segundo a Federação da Indústria do Estado de MS (Fiems). O ápice do crescimento urbano aconteceu no período compreendido entre 1970 e 1980, época da divisão do estado de Mato Grosso e criação de MS, fato que elevou Campo Grande à categoria de capital. Observou-se neste período uma taxa anual de crescimento de 7,61%, a terceira maior do país. A taxa de crescimento de 1996 a 2000 foi de 2,51% ao ano (Planurb, 2000). É uma cidade ampla, bastante arborizada, com ruas e avenidas largas e com bons preditores de qualidade de vida segundo os critérios da OMS (SZABO, 1996).

O presente estudo foi epidemiológico, analítico, de corte transversal (seccional) e comparativo. Buscou-se a ocorrência do mesmo fenômeno nos grupos amostrados, visando analisar as principais características da insônia e do uso de hipnóticos e suas semelhanças entre as diversas variáveis independentes.

Inicialmente foram realizados um pré-teste e um estudo-piloto com amostra de 30 entrevistas, a fim de climatizar o questionário à região de estudo, bem como familiarizar a equipe de pesquisadores envolvidos no projeto. A seguir foram realizadas 408 entrevistas entre os dias 03 e 08 de abril de 2001, utilizando-se a técnica de entrevistas pessoais nos lares, sob a responsabilidade da empresa Tendência Pesquisa de Mercado Ltda. Em relação ao local de morada a amostra foi representativa das sete regiões urbanas de Campo Grande, segundo dados do IBGE, 1996 e do Planurb, 2000 (Anexo 1). A amostra foi aleatória e

estratificada, com cotas de sexo e idade segundo os dados do IBGE, 1996, e com classes socioeconômicas usando os critérios da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado – Abipeme, 1974 (Anexo 2). Para a pesquisa de campo foi utilizado o sistema de "cluster" (grupo), que consiste no sorteio sucessivo de bairros e depois de quarteirões onde foram feitas as entrevistas.

O questionário era individual, com 23 questões objetivas de múltipla escolha, de fácil compreensão, estruturado em conformidade com os objetivos da pesquisa. Continha as variáveis independentes: idade, gênero, estado civil atual, grau de instrução do entrevistado e do chefe da família, situação socioeconômica, ocupação atual, uso regular de hipnóticos e quem os prescreveu e meios alternativos para dormir melhor (qualquer conduta diferente do uso de hipnóticos). Para a divisão das classes sociais usaram-se os critérios da Abipeme, 1974, que estimavam o poder de compra/capacidade de consumo das famílias urbanas. Os 'cortes' (classe A/B/C/D/E) permitiram discriminar os grandes grupos de consumidores e se baseavam nos itens de conforto que a família possuía no lar, associados ao grau de instrução do chefe da família. O potencial de compra/capacidade de consumo era decrescente a partir da classe A. Considerou-se como tendo alguma ocupação quem desempenhava qualquer atividade regular para o seu sustento, seja no mercado formal ou informal, independente do tempo.

O questionário foi adaptado pelo autor com complementações dos critérios da AAMS, 1997, e revisões da revista Sleep da AAMS, 1999 (Anexo 3). Os valores de sensibilidade e especificidade do instrumento original, validado e publicado por GIGLIO em 1987 e 1988, foram 88% e 84%, respectivamente, para detecção das queixas de insônia. Para a amostra geral incluindo insônia e uso de hipnóticos, os valores foram de 70% e 75% (GIGLIO *et al.*, 1987; GIGLIO, 1988).

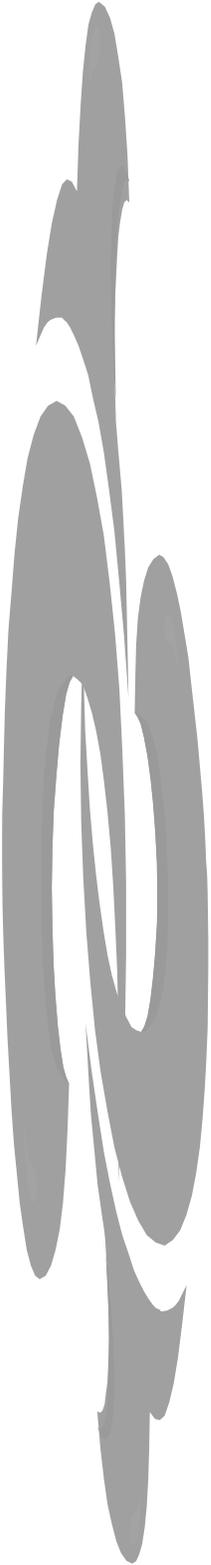
Aplicou-se o instrumento de 2^a a 6^a feira, no período diurno e noturno, aos sábados e domingos só no diurno. Os amostradores tinham o 2^o grau de escolaridade; foram devidamente treinados e supervisionados pelo autor. Eles chegavam às casas sorteadas e se apresentavam como sendo da Agência de Pesquisa Tendência; pediam a colaboração de todos pela importância da pesquisa para a cidade e explicavam que ela seria transformada em uma tese de doutoramento na Unicamp, com a autoria de um professor da UCDB. O

amostrador fazia as questões a apenas uma pessoa da casa, em particular, sem limite de tempo (a duração média das entrevistas foi de 15 minutos), com oportunidade para esclarecimento de dúvidas, enfatizando que os dados coletados seriam de manuseio apenas dos pesquisadores. Pulava três casas e aplicava novamente; caso não fosse encontrado ninguém ou nenhum adulto na quarta casa, dirigir-se-ia para a seguinte da direita, até encontrar alguém apto para responder. Todos os questionários foram assinados pelos amostradores, criticados (lidos) após a realização das entrevistas e 30% da produção de cada entrevistador foram fiscalizados para verificação de cuidados na aplicação dos questionários.

Os questionários foram tabulados e avaliados para determinar quais habitantes realmente poderiam ser considerados insones, constituindo, desta forma, a sub-população dos insones. Por exclusão ficou, também, determinada a sub-população dos não-insones. Seguiram-se os critérios da AAMS, 1997, que definiram a insônia como: a) presença de qualquer queixa de insônia no último mês; b) dificuldade maior que trinta minutos para começar a dormir ou (DIS) ou insônia inicial; c) acordar durante a noite mais de duas vezes tendo permanecido acordado 30 minutos ou mais, ou Distúrbio de Manutenção do Sono (DMS) ou insônia intermediária; d) acordar mais cedo que o desejado e não conseguir dormir novamente, ou Distúrbio do Despertar Precoce (DDP) ou insônia terminal; com frequência igual a três ou mais vezes por semana, acompanhada de algum grau de incômodo subjetivo, prejuízo ou comprometimento nas atividades do dia seguinte (pouco intenso, insônia leve; moderado, insônia moderada e muito intenso, insônia grave ou severa). A insônia foi classificada, quanto à sua duração, em aguda, até um mês e crônica, maior que um mês.

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM- Unicamp, embasados nas Normas e Procedimentos de Pesquisas com Seres Humanos, homologaram a realização da pesquisa, com a aplicação do instrumento nos domicílios, com a anuência por escrito dos moradores, através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4). A pesquisa poderia ser suspensa caso houvesse um índice de rejeição maior que 30% por parte dos habitantes, conforme dados da literatura científica e de pesquisas anteriores do autor (OHAYON, 1996; SOUZA &

GUIMARÃES, 1999; ROCHA, 2000). Foram totalizadas 64 recusas em função da assinatura do termo de consentimento. Os entrevistados que não dispunham de documentos no momento da entrevista ou que se recusavam a prestar apenas essa informação, representaram 13,4% dos respondentes. Os pesquisados analfabetos somaram 1,5% da amostra e foram carimbadas as suas impressões digitais no termo de consentimento. A pesquisa não apresentou riscos à população estudada e poderá trazer muitos benefícios para a cidade de Campo Grande, como programas preventivos e de orientação, reduzindo os custos com atendimento de saúde. Houve a aprovação do relatório final da pesquisa, por parte do Conep e do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM- Unicamp.



4. RESULTADOS

Para uma melhor compreensão, as tabelas com os resultados foram estruturadas da seguinte maneira:

- **NÚMERO:** correspondeu aos resultados obtidos na amostra estudada, os quais foram utilizados para a realização dos testes estatísticos;
- **PORCENTAGEM GERAL:** correspondeu à porcentagem obtida em relação ao total da amostra, refletindo a porcentagem inferida com relação à população alvo da pesquisa;
- **PORCENTAGEM NO ESTRATO:** correspondeu à porcentagem em cada uma das categorias em que a amostra pode ser estratificada, incluindo as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, nível de escolaridade, classe social, estado civil e ocupação); estas tabelas subsidiaram a interpretação dos testes estatísticos aplicados.

O Gráfico 1 mostra a prevalência geral da insônia na população adulta e urbana de Campo Grande, que foi de 19,1% (desvio-padrão (dp)=2,0%); isto significa que o intervalo de confiança correspondente situou-se entre 15,1% e 23,1% da população residente na cidade.

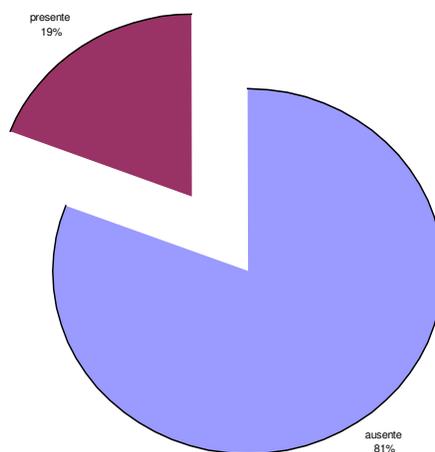


Gráfico 1: Prevalência geral da insônia na população de Campo Grande, MS

A Tabela 1 apresenta a distribuição da presença ou não da insônia em relação ao total da amostra e às variáveis sociodemográficas.

Tabela 1: Distribuição das frequências e frequências relativas da insônia em relação ao total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação

	Número Insônia			Porcentagem geral Insônia			Porcentagem no estrato Insônia		
	ausente	presente	total	ausente	presente	total	ausente	presente	total
Total	330	78	408	80,9%	19,1%	100,0%			
Sexo									
Masculino	176	26	202	43,1%	6,4%	49,5%	87,1%	12,9%	100,0%
Feminino	154	52	206	37,7%	12,7%	50,5%	74,8%	25,2%	100,0%
Idade									
18 a 19	23	2	25	5,6%	0,5%	6,1%	92,0%	8,0%	100,0%
20 a 29	101	19	120	24,8%	4,7%	29,4%	84,2%	15,8%	100,0%
30 a 39	80	26	106	19,6%	6,4%	26,0%	75,5%	24,5%	100,0%
40 a 49	57	16	73	14,0%	3,9%	17,9%	78,1%	21,9%	100,0%
50 a 59	30	8	38	7,4%	2,0%	9,3%	78,9%	21,1%	100,0%
60 ou mais	39	7	46	9,6%	1,7%	11,3%	84,8%	15,2%	100,0%
Escolaridade									
analf./prim. incompl.	60	24	84	14,7%	5,9%	20,6%	71,4%	28,6%	100,0%
prim. compl./gin. incompl.	81	22	103	19,9%	5,4%	25,2%	78,6%	21,4%	100,0%
gin. compl./col. incompl.	67	16	83	16,4%	3,9%	20,3%	80,7%	19,3%	100,0%
col. compl./sup.incompl.	89	13	102	21,8%	3,2%	25,0%	87,3%	12,7%	100,0%
superior completo	33	3	36	8,1%	0,7%	8,8%	91,7%	8,3%	100,0%
Classe socioeconômica									
A	30	4	34	7,4%	1,0%	8,3%	88,2%	11,8%	100,0%
B	64	12	76	15,7%	2,9%	18,6%	84,2%	15,8%	100,0%
C	116	27	143	28,4%	6,6%	35,0%	81,1%	18,9%	100,0%
D/E	120	35	155	29,4%	8,6%	38,0%	77,4%	22,6%	100,0%
Estado civil									
solteiro	100	19	119	24,5%	4,7%	29,2%	84,0%	16,0%	100,0%
casado / amasiado	190	51	241	46,6%	12,5%	59,1%	78,8%	21,2%	100,0%
separado	18	5	23	4,4%	1,2%	5,6%	78,3%	21,7%	100,0%
viúvo	22	3	25	5,4%	0,7%	6,1%	88,0%	12,0%	100,0%
Ocupação									
atividade assalariada	79	16	95	19,4%	3,9%	23,3%	83,2%	16,8%	100,0%
atividade própria	88	16	104	21,6%	3,9%	25,5%	84,6%	15,4%	100,0%
sem atividade	31	9	40	7,6%	2,2%	9,8%	77,5%	22,5%	100,0%
do lar	71	23	94	17,4%	5,6%	23,0%	75,5%	24,5%	100,0%
inativo	36	9	45	8,8%	2,2%	11,0%	80,0%	20,0%	100,0%
estudante	25	5	30	6,1%	1,2%	7,4%	83,3%	16,7%	100,0%

O Quadro 1 apresenta os testes de χ^2 aplicados aos dados da tabela anterior.

Quadro 1: Distribuição dos valores qui-quadrado (χ^2) aplicados à insônia, em relação ao sexo, faixa etária, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.

Variável	χ^2	GL	p
Sexo	10,10	1	0,0015
Faixa etária	5,76	5	0,3306
Escolaridade	10,58	4	0,0317
Classe socioeconômica	2,94	3	0,4009
Estado civil	2,34	3	0,5055
Ocupação	3,43	5	0,6339

Os resultados da análise do Quadro 1 indicaram ser a insônia mais prevalente entre as mulheres e entre as pessoas com menor nível de instrução, diminuindo sua frequência com o aumento da escolaridade. Não houve associação significativa da presença da insônia com as demais variáveis.

A Figura 1 apresenta a distribuição das pessoas com insônia segundo o período da noite em que ela ocorreu. Nota-se que algumas pessoas apresentaram insônia em mais de um período, razão pela qual a soma das frequências foi superior à frequência geral apurada em Campo Grande.

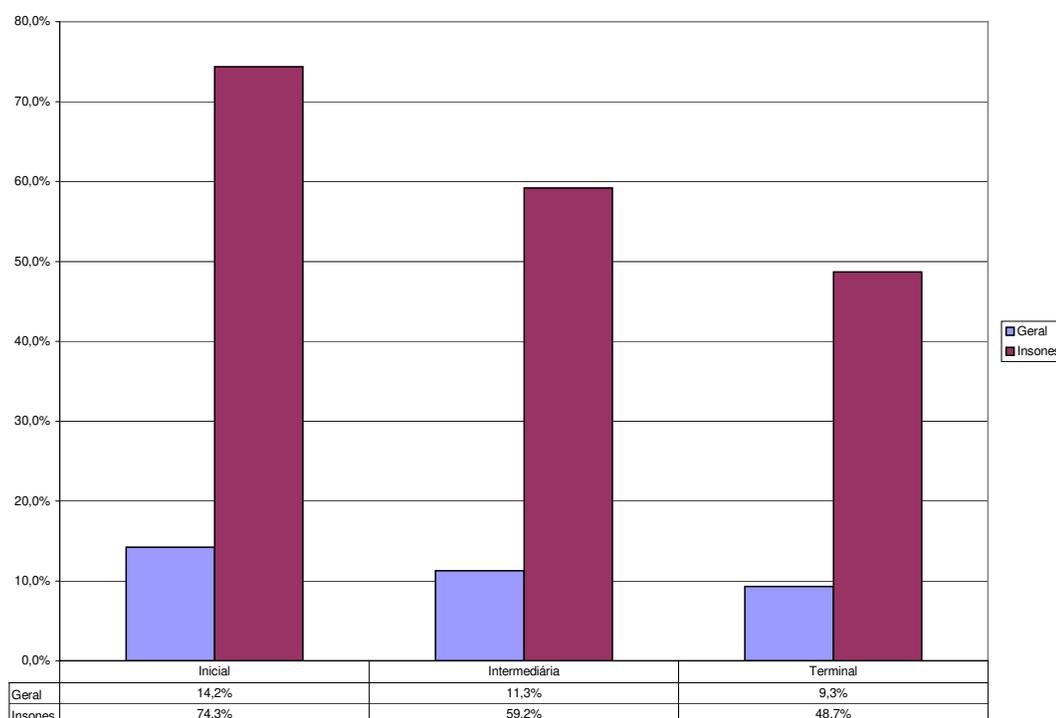


Figura 1: Prevalência da insônia inicial, intermediária e terminal em Campo Grande, MS

Entre as pessoas com insônia, o DIS apareceu com maior frequência que os demais ($\chi^2=10,89$, $GL=2$, $p=0,0043$), muito embora a frequência dos três subtipos, em relação à população geral, mostrou-se semelhante ($\chi^2=4,84$, $GL=2$, $p=0,0888$). Pode-se, portanto, considerar que, na população adulta de Campo Grande, houve uma tendência do DIS ser mais freqüente do que o DMS e o DDP.

A seguir, a Tabela 2 apresenta as distribuições do DIS em relação ao total da amostra e às variáveis sociodemográficas.

Tabela 2: Distribuição das frequências e frequências relativas do DIS segundo o total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.

	Número Insônia inicial			Porcentagem geral Insônia inicial			Porcentagem no estrato Insônia inicial		
	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total
Total	20	58	78	4,9%	14,2%	19,1%			
Sexo									
Masculino	12	14	26	2,9%	3,4%	6,4%	46,2%	53,8%	100,0%
Feminino	8	44	52	2,0%	10,8%	12,7%	15,4%	84,6%	100,0%
Idade									
18 a 19	1	1	2	0,2%	0,2%	0,5%	50,0%	50,0%	100,0%
20 a 29	4	15	19	1,0%	3,7%	4,7%	21,1%	78,9%	100,0%
30 a 39	7	19	26	1,7%	4,7%	6,4%	26,9%	73,1%	100,0%
40 a 49	5	11	16	1,2%	2,7%	3,9%	31,3%	68,8%	100,0%
50 a 59	2	6	8	0,5%	1,5%	2,0%	25,0%	75,0%	100,0%
60 ou mais	1	6	7	0,2%	1,5%	1,7%	14,3%	85,7%	100,0%
Escolaridade									
analf./prim. incompl.	7	17	24	1,7%	4,2%	5,9%	29,2%	70,8%	100,0%
prim. compl./gin. incompl.	4	18	22	1,0%	4,4%	5,4%	18,2%	81,8%	100,0%
gin. compl./col. incompl.	5	11	16	1,2%	2,7%	3,9%	31,3%	68,8%	100,0%
col. compl./sup.incompl.	4	9	13	1,0%	2,2%	3,2%	30,8%	69,2%	100,0%
superior completo		3	3	0,0%	0,7%	0,7%	0,0%	100,0%	100,0%
Classe socioeconômica									
A		4	4	0,0%	1,0%	1,0%	0,0%	100,0%	100,0%
B	4	8	12	1,0%	2,0%	2,9%	33,3%	66,7%	100,0%
C	10	17	27	2,5%	4,2%	6,6%	37,0%	63,0%	100,0%
D/E	6	29	35	1,5%	7,1%	8,6%	17,1%	82,9%	100,0%
Estado civil									
solteiro	3	16	19	0,7%	3,9%	4,7%	15,8%	84,2%	100,0%
casado / amasiado	14	37	51	3,4%	9,1%	12,5%	27,5%	72,5%	100,0%
separado	3	2	5	0,7%	0,5%	1,2%	60,0%	40,0%	100,0%
viúvo		3	3	0,0%	0,7%	0,7%	0,0%	100,0%	100,0%
Ocupação									
atividade assalariada	3	13	16	0,7%	3,2%	3,9%	18,8%	81,3%	100,0%
atividade própria	6	10	16	1,5%	2,5%	3,9%	37,5%	62,5%	100,0%
sem atividade		9	9	0,0%	2,2%	2,2%	0,0%	100,0%	100,0%
do lar	6	17	23	1,5%	4,2%	5,6%	26,1%	73,9%	100,0%
inativo	3	6	9	0,7%	1,5%	2,2%	33,3%	66,7%	100,0%
estudante	2	3	5	0,5%	0,7%	1,2%	40,0%	60,0%	100,0%

O Quadro 2 apresenta o teste de χ^2 aplicado aos dados de DIS.

Quadro 2: Distribuição dos valores do χ^2 aplicados ao DIS, em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.

Variável	χ^2	GL	p
Sexo	8,61	1	0,0034
Faixa etária	1,59	5	0,9020
Escolaridade	2,28	4	0,6851
Classe socioeconômica	4,92	3	0,1780
Estado civil	5,19	3	0,1587
Ocupação	5,50	5	0,3575

A grande maioria das mulheres apresentou ‘insônia inicial’, situação que afetou cerca da metade dos homens, sendo esta diferença significativa. As demais variáveis não se associaram significativamente com a ‘insônia inicial’.

A Tabela 3 mostra as distribuições do DMS em relação ao total da amostra e às variáveis independentes.

Tabela 3: Distribuição das frequências e frequências relativas do DMS segundo o total da amostra, o sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.

	Número			Porcentagem geral			Porcentagem no estrato		
	Insônia intermediária não	sim	total	Insônia intermediária não	sim	total	Insônia intermediária não	sim	total
Total	32	46	78	7,8%	11,3%	19,1%			
Sexo									
Masculino	4	22	26	1,0%	5,4%	6,4%	15,4%	84,6%	100,0%
Feminino	28	24	52	6,9%	5,9%	12,7%	53,8%	46,2%	100,0%
Idade									
18 a 19	1	1	2	0,2%	0,2%	0,5%	50,0%	50,0%	100,0%
20 a 29	13	6	19	3,2%	1,5%	4,7%	68,4%	31,6%	100,0%
30 a 39	10	16	26	2,5%	3,9%	6,4%	38,5%	61,5%	100,0%
40 a 49	3	13	16	0,7%	3,2%	3,9%	18,8%	81,3%	100,0%
50 a 59	2	6	8	0,5%	1,5%	2,0%	25,0%	75,0%	100,0%
60 ou mais	3	4	7	0,7%	1,0%	1,7%	42,9%	57,1%	100,0%
Escolaridade									
analf./prim. incompl.	6	18	24	1,5%	4,4%	5,9%	25,0%	75,0%	100,0%
prim. compl./gin. incompl.	9	13	22	2,2%	3,2%	5,4%	40,9%	59,1%	100,0%
gin. compl./col. incompl.	8	8	16	2,0%	2,0%	3,9%	50,0%	50,0%	100,0%
col. compl./sup.incompl.	7	6	13	1,7%	1,5%	3,2%	53,8%	46,2%	100,0%
superior completo	2	1	3	0,5%	0,2%	0,7%	66,7%	33,3%	100,0%
Classe socioeconômica									
A	3	1	4	0,7%	0,2%	1,0%	75,0%	25,0%	100,0%
B	10	2	12	2,5%	0,5%	2,9%	83,3%	16,7%	100,0%
C	11	16	27	2,7%	3,9%	6,6%	40,7%	59,3%	100,0%
D/E	8	27	35	2,0%	6,6%	8,6%	22,9%	77,1%	100,0%
Estado civil									
solteiro	9	10	19	2,2%	2,5%	4,7%	47,4%	52,6%	100,0%
casado / amasiado	20	31	51	4,9%	7,6%	12,5%	39,2%	60,8%	100,0%
separado	2	3	5	0,5%	0,7%	1,2%	40,0%	60,0%	100,0%
viúvo	1	2	3	0,2%	0,5%	0,7%	33,3%	66,7%	100,0%
Ocupação									
atividade assalariada	6	10	16	1,5%	2,5%	3,9%	37,5%	62,5%	100,0%
atividade própria	7	9	16	1,7%	2,2%	3,9%	43,8%	56,3%	100,0%
sem atividade	1	8	9	0,2%	2,0%	2,2%	11,1%	88,9%	100,0%
do lar	13	10	23	3,2%	2,5%	5,6%	56,5%	43,5%	100,0%
inativo	2	7	9	0,5%	1,7%	2,2%	22,2%	77,8%	100,0%
estudante	3	2	5	0,7%	0,5%	1,2%	60,0%	40,0%	100,0%

O Quadro 3 apresenta o teste de χ^2 aplicado aos dados de DMS.

Quadro 3: Distribuição dos valores do χ^2 aplicados ao DMS, em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.

Variável	χ^2	GL	p
Sexo	10,60	1	0,0011
Faixa etária	10,17	5	0,0705
Escolaridade	4,78	4	0,3108
Classe socioeconômica	15,56	3	0,0014
Estado civil	0,46	3	0,9275
Ocupação	7,80	5	0,1675

A 'insônia intermediária' foi mais freqüente entre os homens, afetando pouco menos da metade das mulheres, diferença que foi significativa; este tipo de insônia tendeu a ocorrer mais na idade compreendida entre 40 e 59 anos e menos dos 20 aos 29 anos e aconteceu mais nas pessoas das classes C e D/E, especialmente desta última. As demais variáveis não mostraram associação significativa com a 'insônia intermediária'.

A Tabela 4 mostra as distribuições do DDP em relação ao total da amostra e às variáveis independentes.

Tabela 4: Distribuição das frequências e frequências relativas do DDP segundo o total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.

	Número Insônia terminal			Porcentagem geral Insônia terminal			Porcentagem no estrato Insônia terminal		
	não	sim	total	não	sim	total	não	sim	total
Total	40	38	78	9,8%	9,3%	19,1%			
Sexo									
masculino	13	13	26	3,2%	3,2%	6,4%	50,0%	50,0%	100,0%
feminino	27	25	52	6,6%	6,1%	12,7%	51,9%	48,1%	100,0%
Idade									
18 a 19	2		2	0,5%	0,0%	0,5%	100,0%	0,0%	100,0%
20 a 29	14	5	19	3,4%	1,2%	4,7%	73,7%	26,3%	100,0%
30 a 39	10	16	26	2,5%	3,9%	6,4%	38,5%	61,5%	100,0%
40 a 49	7	9	16	1,7%	2,2%	3,9%	43,8%	56,3%	100,0%
50 a 59	4	4	8	1,0%	1,0%	2,0%	50,0%	50,0%	100,0%
60 ou mais	3	4	7	0,7%	1,0%	1,7%	42,9%	57,1%	100,0%
Escolaridade									
analf./prim. incompl.	11	13	24	2,7%	3,2%	5,9%	45,8%	54,2%	100,0%
prim. compl./gin. incompl.	10	12	22	2,5%	2,9%	5,4%	45,5%	54,5%	100,0%
gin. compl./col. incompl.	7	9	16	1,7%	2,2%	3,9%	43,8%	56,3%	100,0%
col. compl./sup.incompl.	10	3	13	2,5%	0,7%	3,2%	76,9%	23,1%	100,0%
superior completo	2	1	3	0,5%	0,2%	0,7%	66,7%	33,3%	100,0%
Classe socioeconômica									
A	3	1	4	0,7%	0,2%	1,0%	75,0%	25,0%	100,0%
B	6	6	12	1,5%	1,5%	2,9%	50,0%	50,0%	100,0%
C	16	11	27	3,9%	2,7%	6,6%	59,3%	40,7%	100,0%
D/E	15	20	35	3,7%	4,9%	8,6%	42,9%	57,1%	100,0%
Estado civil									
solteiro	15	4	19	3,7%	1,0%	4,7%	78,9%	21,1%	100,0%
casado / amasiado	23	28	51	5,6%	6,9%	12,5%	45,1%	54,9%	100,0%
separado	2	3	5	0,5%	0,7%	1,2%	40,0%	60,0%	100,0%
viúvo		3	3	0,0%	0,7%	0,7%	0,0%	100,0%	100,0%
Ocupação									
atividade assalariada	8	8	16	2,0%	2,0%	3,9%	50,0%	50,0%	100,0%
atividade própria	7	9	16	1,7%	2,2%	3,9%	43,8%	56,3%	100,0%
sem atividade	4	5	9	1,0%	1,2%	2,2%	44,4%	55,6%	100,0%
do lar	12	11	23	2,9%	2,7%	5,6%	52,2%	47,8%	100,0%
inativo	5	4	9	1,2%	1,0%	2,2%	55,6%	44,4%	100,0%
estudante	4	1	5	1,0%	0,2%	1,2%	80,0%	20,0%	100,0%

O Quadro 4 mostra o teste de χ^2 aplicado aos dados de DDP.

Quadro 4: Distribuição dos valores do χ^2 aplicados ao DDP, em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.

Variável	χ^2	GL	p
Sexo	0,03	1	0,8727
Faixa etária	7,99	5	0,1565
Escolaridade	4,65	4	0,3248
Classe socioeconômica	2,59	3	0,4591
Estado civil	10,01	3	0,0185
Ocupação	2,27	5	0,8126

A associação com o estado civil deveu-se ao fato de que a ‘insônia terminal’ afetou principalmente as pessoas desacompanhadas por separação ou viuvez, enquanto que os solteiros apresentaram a menor frequência de ocorrência deste tipo de insônia. As demais variáveis não se associaram significativamente com a ‘insônia terminal’.

A distribuição do grau de incômodo subjetivo, em relação ao período em que ocorreu a insônia, foi semelhante nos seus 3 tipos ($\chi^2=2,57$, GL=4, p=0,6315) predominando o grau severo, conforme a Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição das frequências e frequências relativas das insônias em relação ao grau de incômodo subjetivo

Incômodo	Insônia					
	Inicial		Intermediária		Terminal	
	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem
nenhum / leve	10	17,2%	6	13,0%	3	7,9%
moderado	10	17,2%	6	13,0%	8	21,1%
severo	38	65,5%	34	73,9%	27	71,1%
Total	58	100,0%	46	100,0%	38	100,0%

A exemplo do caso anterior, o tempo de duração da insônia também foi independente do período em que a mesma ocorreu, prevalecendo, nos três casos, a evolução crônica ($\chi^2=0,71$, GL=2, $p=0,7022$), conforme a Tabela 6.

Tabela 6: Distribuição das freqüências e freqüências relativas das insônias em relação ao tempo de duração.

Evolução	Insônia					
	Inicial		Intermediária		Terminal	
	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem
aguda	3	5,4%	1	2,2%	2	5,3%
crônica	53	94,6%	44	97,8%	36	94,7%
Total	56	100,0%	45	100,0%	38	100,0%

Entre os insones a distribuição do grau de prejuízo no dia seguinte, em relação às variáveis sociodemográficas, foi semelhante, não diferindo significativamente das frequências observadas ($\chi^2=2,30$, GL=2, $p=0,3166$) (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição das frequências e frequências relativas do grau de prejuízo da insônia no dia seguinte, segundo o total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.

	Número				Porcentagem geral				Porcentagem no estrato			
	Prejuízo no dia seguinte			total	Prejuízo no dia seguinte			Total	Prejuízo no dia seguinte			total
	pequeno	moderado	severo		pequeno	moderado	severo		pequeno	moderado	severo	
Total	24	22	32	78	5,9%	5,4%	7,8%	19,1%				
Sexo												
Masculino	8	7	11	26	2,0%	1,7%	2,7%	6,4%	30,8%	26,9%	42,3%	100,0%
Feminino	16	15	21	52	3,9%	3,7%	5,1%	12,7%	30,8%	28,8%	40,4%	100,0%
Idade												
18 a 19	2			2	0,5%	0,0%	0,0%	0,5%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
20 a 29	4	7	8	19	1,0%	1,7%	2,0%	4,7%	21,1%	36,8%	42,1%	100,0%
30 a 39	11	3	12	26	2,7%	0,7%	2,9%	6,4%	42,3%	11,5%	46,2%	100,0%
40 a 49	3	8	5	16	0,7%	2,0%	1,2%	3,9%	18,8%	50,0%	31,3%	100,0%
50 a 59	2	1	5	8	0,5%	0,2%	1,2%	2,0%	25,0%	12,5%	62,5%	100,0%
60 ou mais	2	3	2	7	0,5%	0,7%	0,5%	1,7%	28,6%	42,9%	28,6%	100,0%
Escolaridade												
analf./prim. incompl.	8	5	11	24	2,0%	1,2%	2,7%	5,9%	33,3%	20,8%	45,8%	100,0%
prim. compl./gin. incompl.	7	6	9	22	1,7%	1,5%	2,2%	5,4%	31,8%	27,3%	40,9%	100,0%
gin. compl./col. incompl.	4	6	6	16	1,0%	1,5%	1,5%	3,9%	25,0%	37,5%	37,5%	100,0%
col. compl./sup.incompl. superior completo	3	4	6	13	0,7%	1,0%	1,5%	3,2%	23,1%	30,8%	46,2%	100,0%
Classe socioeconômica												
A	1	2	1	4	0,2%	0,5%	0,2%	1,0%	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
B	4	4	4	12	1,0%	1,0%	1,0%	2,9%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
C	9	9	9	27	2,2%	2,2%	2,2%	6,6%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
D/E	10	7	18	35	2,5%	1,7%	4,4%	8,6%	28,6%	20,0%	51,4%	100,0%
Estado civil												
solteiro	7	4	8	19	1,7%	1,0%	2,0%	4,7%	36,8%	21,1%	42,1%	100,0%
casado / amasiado	16	14	21	51	3,9%	3,4%	5,1%	12,5%	31,4%	27,5%	41,2%	100,0%
separado	1	2	2	5	0,2%	0,5%	0,5%	1,2%	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
viúvo		2	1	3	0,0%	0,5%	0,2%	0,7%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
Ocupação												
atividade assalariada	6	4	6	16	1,5%	1,0%	1,5%	3,9%	37,5%	25,0%	37,5%	100,0%
atividade própria	3	7	6	16	0,7%	1,7%	1,5%	3,9%	18,8%	43,8%	37,5%	100,0%
sem atividade	3	2	4	9	0,7%	0,5%	1,0%	2,2%	33,3%	22,2%	44,4%	100,0%
do lar	7	5	11	23	1,7%	1,2%	2,7%	5,6%	30,4%	21,7%	47,8%	100,0%
inativo	2	3	4	9	0,5%	0,7%	1,0%	2,2%	22,2%	33,3%	44,4%	100,0%
estudante	3	1	1	5	0,7%	0,2%	0,2%	1,2%	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%

O resultado do teste de χ^2 aplicado aos dados da Tabela 7 encontra-se no quadro a seguir:

Quadro 5: Distribuição dos valores do χ^2 aplicados ao grau de prejuízos da insônia no dia seguinte, em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil e ocupação.

Variável	χ^2	GL	p
Sexo	0,04	2	0,9810
Faixa etária	15,76	10	0,1069
Escolaridade	4,25	8	0,8335
Classe socioeconômica	3,79	6	0,7050
Estado civil	3,57	6	0,7346
Ocupação	5,64	10	0,8443

Como se pode observar, nenhuma das variáveis sociodemográficas mostrou associação significativa com o grau de prejuízo no dia seguinte, entre os insones.

A distribuição do grau de prejuízo no dia seguinte foi semelhante entre os três períodos de ocorrência da insônia ($\chi^2=0,29$, GL=4, p=0,9907), predominando o grau severo (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição das freqüências e freqüências relativas das insônias em relação ao grau de prejuízo no dia seguinte

Prejuízo no dia seguinte	Insônia					
	Inicial		Intermediária		Terminal	
	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem
Pequeno	15	25,90%	11	23,90%	9	23,70%
Moderado	18	31,00%	13	28,30%	11	28,90%
Severo	25	43,10%	22	47,80%	18	47,40%
Total	58	100,00%	46	100,00%	38	100,00%

Em relação ao uso de hipnóticos, no mês anterior à entrevista, considerando-se toda a população adulta de Campo Grande, pode-se concluir que a grande maioria não os tinha usado recentemente. Um total de 6,9% (dp=1,3%) utilizaram e 68,1% destes o fizeram mais de três vezes por semana; o intervalo de confiança situou-se entre 4,3% e 8,5% da população (Figura 2).

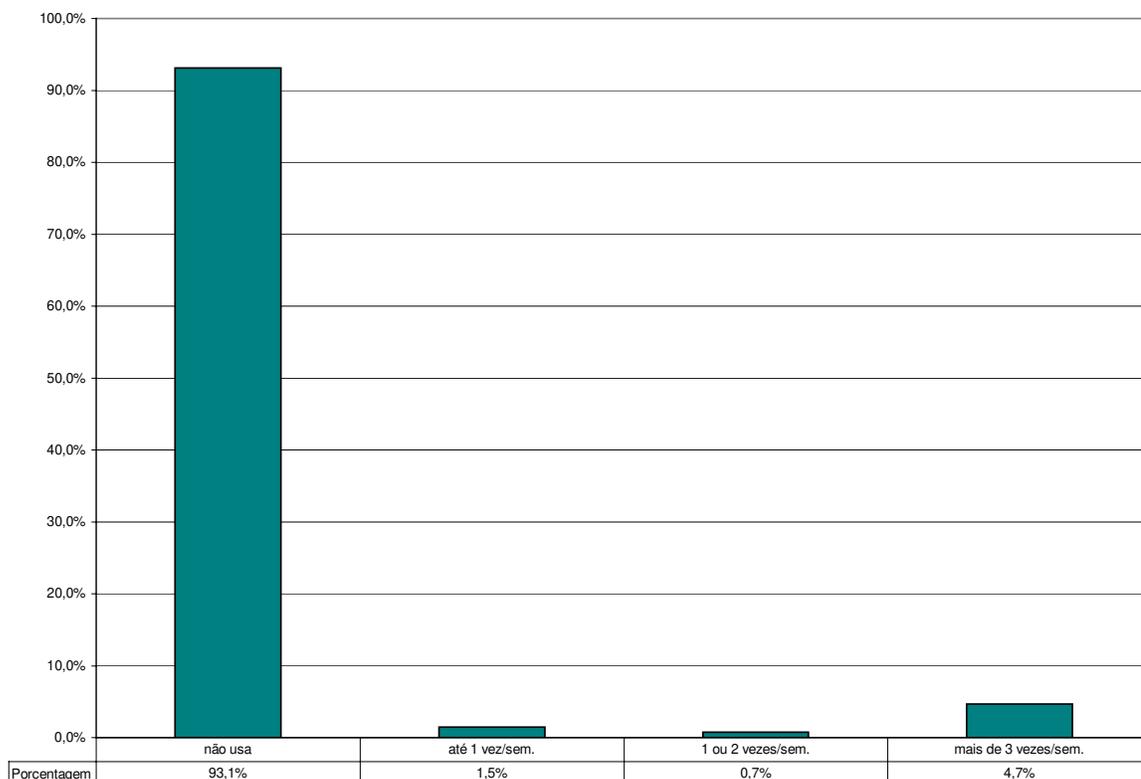


Figura 2: Distribuição da prevalência e frequência do uso de hipnóticos, no último mês, em Campo Grande, MS

As Tabelas 9, 10 e 11 apresentam os resultados da distribuição do uso de hipnóticos, no mês anterior à entrevista, segundo o total da amostra, as variáveis sociodemográficas e a ausência ou presença de insônia.

Tabela 9: Distribuição da frequência numérica do uso de hipnóticos semanal, no último mês, em relação ao total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia.

	Número Uso de hipnóticos				total
	não usa	até 1 vez/sem.	1 ou 2 vezes/sem.	mais de 3 vezes/sem.	
Total	380	6	3	19	408
Sexo					
masculino	195	1		6	202
feminino	185	5	3	13	206
Idade					
18 a 19	24	1			25
20 a 29	118	1	1		120
30 a 39	95		2	9	106
40 a 49	68	2		3	73
50 a 59	33	2		3	38
60 ou mais	42			4	46
Escolaridade					
analf./prim. incompl.	76	1	1	6	84
prim. compl./gin. incompl.	97		1	5	103
gin. compl./col. incompl.	78	1		4	83
col. compl./sup.incompl.	96	2	1	3	102
superior completo	33	2		1	36
Classe socioeconômica					
A	30	4			34
B	72			4	76
C	135		3	5	143
D/E	143	2		10	155
Estado civil					
solteiro	116	2		1	119
casado / amasiado	220	4	3	14	241
separado	20			3	23
viúvo	24			1	25
Ocupação					
atividade assalariada	90	1	1	3	95
atividade própria	98	1	1	4	104
sem atividade	38		1	1	40
do lar	85			9	94
inativo	41	2		2	45
estudante	28	2			30
Insônia					
ausente	317	5	1	7	330
presente	63	1	2	12	78

Tabela 10: Distribuição da frequência relativa geral do uso de hipnóticos semanal, no último mês, em relação ao total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia.

	Porcentagem geral Uso de hipnóticos				total
	não usa	até 1 vez/sem.	1 ou 2 vezes/sem.	mais de 3 vezes/sem.	
Total	93,1%	1,5%	0,7%	4,7%	100,0%
Sexo					
masculino	47,8%	0,2%	0,0%	1,5%	49,5%
feminino	45,3%	1,2%	0,7%	3,2%	50,5%
Idade					
18 a 19	5,9%	0,2%	0,0%	0,0%	6,1%
20 a 29	28,9%	0,2%	0,2%	0,0%	29,4%
30 a 39	23,3%	0,0%	0,5%	2,2%	26,0%
40 a 49	16,7%	0,5%	0,0%	0,7%	17,9%
50 a 59	8,1%	0,5%	0,0%	0,7%	9,3%
60 ou mais	10,3%	0,0%	0,0%	1,0%	11,3%
Escolaridade					
analf./prim. incompl.	18,6%	0,2%	0,2%	1,5%	20,6%
prim. compl./gin. incompl.	23,8%	0,0%	0,2%	1,2%	25,2%
gin. compl./col. incompl.	19,1%	0,2%	0,0%	1,0%	20,3%
col. compl./sup.incompl.	23,5%	0,5%	0,2%	0,7%	25,0%
superior completo	8,1%	0,5%	0,0%	0,2%	8,8%
Classe socioeconômica					
A	7,4%	1,0%	0,0%	0,0%	8,3%
B	17,6%	0,0%	0,0%	1,0%	18,6%
C	33,1%	0,0%	0,7%	1,2%	35,0%
D/E	35,0%	0,5%	0,0%	2,5%	38,0%
Estado civil					
solteiro	28,4%	0,5%	0,0%	0,2%	29,2%
casado / amasiado	53,9%	1,0%	0,7%	3,4%	59,1%
separado	4,9%	0,0%	0,0%	0,7%	5,6%
viúvo	5,9%	0,0%	0,0%	0,2%	6,1%
Ocupação					
atividade assalariada	22,1%	0,2%	0,2%	0,7%	23,3%
atividade própria	24,0%	0,2%	0,2%	1,0%	25,5%
sem atividade	9,3%	0,0%	0,2%	0,2%	9,8%
do lar	20,8%	0,0%	0,0%	2,2%	23,0%
inativo	10,0%	0,5%	0,0%	0,5%	11,0%
estudante	6,9%	0,5%	0,0%	0,0%	7,4%
Insônia					
ausente	77,7%	1,2%	0,2%	1,7%	80,9%
presente	15,4%	0,2%	0,5%	2,9%	19,1%

Tabela 11: Distribuição da frequência relativa no estrato do uso de hipnóticos semanal, no último mês, em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia.

Sexo	Porcentagem no estrato				total
	não usa	até 1 vez/sem.	1 ou 2 vezes/sem.	mais de 3 vezes/sem.	
masculino	96,5%	0,5%	0,0%	3,0%	100,0%
feminino	89,8%	2,4%	1,5%	6,3%	100,0%
Idade					
18 a 19	96,0%	4,0%	0,0%	0,0%	100,0%
20 a 29	98,3%	0,8%	0,8%	0,0%	100,0%
30 a 39	89,6%	0,0%	1,9%	8,5%	100,0%
40 a 49	93,2%	2,7%	0,0%	4,1%	100,0%
50 a 59	86,8%	5,3%	0,0%	7,9%	100,0%
60 ou mais	91,3%	0,0%	0,0%	8,7%	100,0%
Escolaridade					
analf./prim. incompl.	90,5%	1,2%	1,2%	7,1%	100,0%
prim. compl./gin. incompl.	94,2%	0,0%	1,0%	4,9%	100,0%
gin. compl./col. incompl.	94,0%	1,2%	0,0%	4,8%	100,0%
col. compl./sup.incompl.	94,1%	2,0%	1,0%	2,9%	100,0%
superior completo	91,7%	5,6%	0,0%	2,8%	100,0%
Classe socioeconômica					
A	88,2%	11,8%	0,0%	0,0%	100,0%
B	94,7%	0,0%	0,0%	5,3%	100,0%
C	94,4%	0,0%	2,1%	3,5%	100,0%
D/E	92,3%	1,3%	0,0%	6,5%	100,0%
Estado civil					
solteiro	97,5%	1,7%	0,0%	0,8%	100,0%
casado / amasiado	91,3%	1,7%	1,2%	5,8%	100,0%
separado	87,0%	0,0%	0,0%	13,0%	100,0%
viúvo	96,0%	0,0%	0,0%	4,0%	100,0%
Ocupação					
atividade assalariada	94,7%	1,1%	1,1%	3,2%	100,0%
atividade própria	94,2%	1,0%	1,0%	3,8%	100,0%
sem atividade	95,0%	0,0%	2,5%	2,5%	100,0%
do lar	90,4%	0,0%	0,0%	9,6%	100,0%
inativo	91,1%	4,4%	0,0%	4,4%	100,0%
estudante	93,3%	6,7%	0,0%	0,0%	100,0%
Insônia					
ausente	96,1%	1,5%	0,3%	2,1%	100,0%
presente	80,8%	1,3%	2,6%	15,4%	100,0%

A frequência de uso de hipnóticos foi maior entre as mulheres e pessoas acima dos 30 anos de idade; seu uso esteve presente em todas as classes sociais, porém a frequência de uso semanal foi significativamente menor na classe A do que nas demais; como era de se esperar, a frequência de uso de hipnóticos foi muito maior entre as pessoas com insônia do que entre as demais. A escolaridade, estado civil e ocupação não apresentaram associação significativa.

O Quadro 6 contém os testes de χ^2 aplicados aos resultados desta variável:

Quadro 6: Distribuição dos valores do χ^2 aplicados ao uso de hipnóticos no último mês, em relação em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia

Variável	χ^2	GL	p
Sexo	8,47	3	0,0372
Faixa etária	24,74	15	0,0536
Escolaridade	9,27	12	0,6797
Classe socioeconômica	36,59	9	<0,0001
Estado civil	11,23	9	0,2602
Ocupação	21,06	15	0,1351
Insônia	29,8259	3	<<0,0001

Ao longo da vida 17,2% (dp=1,9%) da população adulta de Campo Grande fizeram uso de hipnóticos (70,3% dos quais até os últimos 2 anos); o intervalo de confiança foi estimado como compreendido entre 13,4% e 21,0% da população (Figura 3).

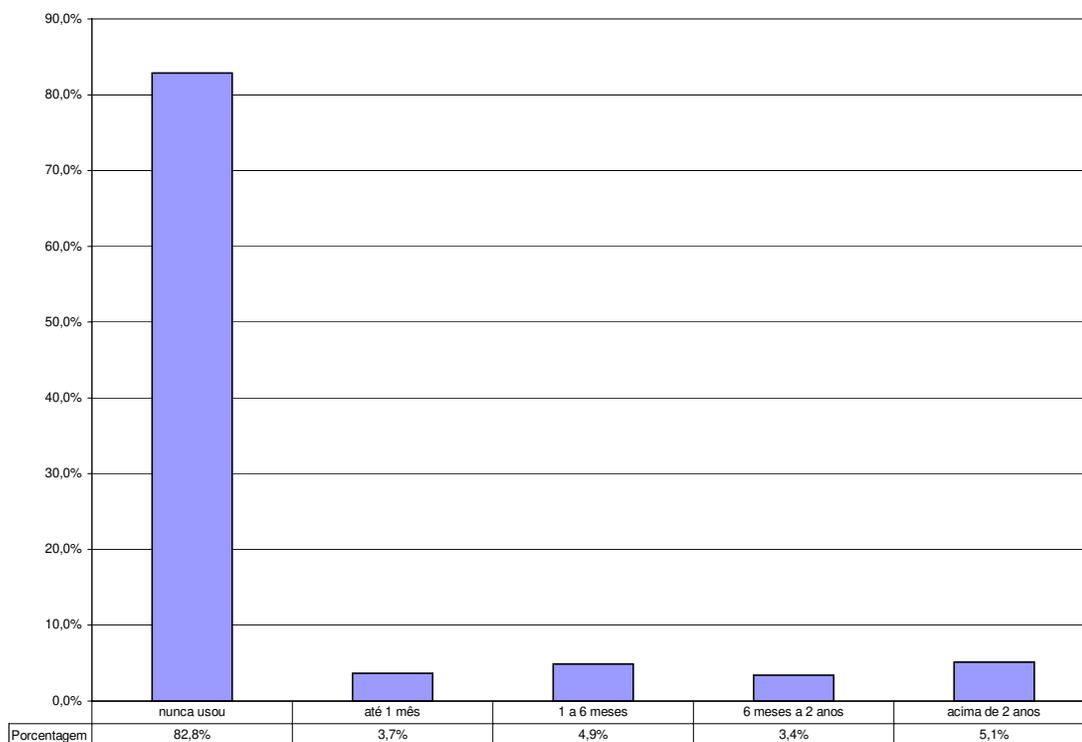


Figura 3: Distribuição da prevalência e frequência do uso de hipnóticos ao longo da vida em Campo Grande, MS

A distribuição do tempo total de uso de hipnóticos em relação ao total da amostra, as variáveis sociodemográficas e a ausência ou presença de insônia são apresentadas nas Tabelas 12, 13 e 14.

Tabela 12: Distribuição da frequência numérica do tempo de uso de hipnóticos, ao longo da vida, em relação ao total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia

	Número Tempo de uso de hipnóticos					total
	nunca usou	até 1 mês	1 a 6 meses	6 meses a anos	2 acima de 2 anos	
Total	338	15	20	14	21	408
Sexo						
masculino	186	3	5	1	7	202
feminino	152	12	15	13	14	206
Idade						
18 a 19	23	2				25
20 a 29	111	4	3	1	1	120
30 a 39	84	3	8	1	10	106
40 a 49	55	4	6	4	4	73
50 a 59	30		1	4	3	38
60 ou mais	35	2	2	4	3	46
Escolaridade						
analf./prim. incompl.	64	3	6	4	7	84
prim. compl./gin. incompl.	85	1	6	5	6	103
gin. compl./col. incompl.	71	5	4	1	2	83
col. compl./sup.incompl.	91	4	2	2	3	102
superior completo	27	2	2	2	3	36
Classe socioeconômica						
A	24	4	2	2	2	34
B	66	2	2	3	3	76
C	122	7	6	4	4	143
D/E	126	2	10	5	12	155
Estado civil						
solteiro	107	4	4	1	3	119
casado / amasiado	194	10	13	9	15	241
separado	17		2	2	2	23
viúvo	20	1	1	2	1	25
Ocupação						
atividade assalariada	84	1	4	2	4	95
atividade própria	86	4	5	2	7	104
sem atividade	36		2		2	40
do lar	72	4	7	6	5	94
inativo	34	3	2	4	2	45
estudante	26	3			1	30
Insônia						
ausente	291	7	13	8	11	330
presente	47	8	7	6	10	78

Tabela 13: Distribuição da frequência relativa geral do tempo de uso de hipnóticos, ao longo da vida, em relação ao total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia.

	Porcentagem geral					total
	Tempo de uso de hipnóticos					
	nunca usou	até 1 mês	1 a 6 meses	6 meses a 2 anos	acima de 2 anos	
Total	82,8%	3,7%	4,9%	3,4%	5,1%	100,0%
Sexo						
masculino	45,6%	0,7%	1,2%	0,2%	1,7%	49,5%
feminino	37,3%	2,9%	3,7%	3,2%	3,4%	50,5%
Idade						
18 a 19	5,6%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	6,1%
20 a 29	27,2%	1,0%	0,7%	0,2%	0,2%	29,4%
30 a 39	20,6%	0,7%	2,0%	0,2%	2,5%	26,0%
40 a 49	13,5%	1,0%	1,5%	1,0%	1,0%	17,9%
50 a 59	7,4%	0,0%	0,2%	1,0%	0,7%	9,3%
60 ou mais	8,6%	0,5%	0,5%	1,0%	0,7%	11,3%
Escolaridade						
analf./prim. incompl.	15,7%	0,7%	1,5%	1,0%	1,7%	20,6%
prim. compl./gin. incompl.	20,8%	0,2%	1,5%	1,2%	1,5%	25,2%
gin. compl./col. incompl.	17,4%	1,2%	1,0%	0,2%	0,5%	20,3%
col. compl./sup.incompl.	22,3%	1,0%	0,5%	0,5%	0,7%	25,0%
superior completo	6,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,7%	8,8%
Classe socioeconômica						
A	5,9%	1,0%	0,5%	0,5%	0,5%	8,3%
B	16,2%	0,5%	0,5%	0,7%	0,7%	18,6%
C	29,9%	1,7%	1,5%	1,0%	1,0%	35,0%
D/E	30,9%	0,5%	2,5%	1,2%	2,9%	38,0%
Estado civil						
solteiro	26,2%	1,0%	1,0%	0,2%	0,7%	29,2%
casado / amasiado	47,5%	2,5%	3,2%	2,2%	3,7%	59,1%
separado	4,2%	0,0%	0,5%	0,5%	0,5%	5,6%
viúvo	4,9%	0,2%	0,2%	0,5%	0,2%	6,1%
Ocupação						
atividade assalariada	20,6%	0,2%	1,0%	0,5%	1,0%	23,3%
atividade própria	21,1%	1,0%	1,2%	0,5%	1,7%	25,5%
sem atividade	8,8%	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%	9,8%
do lar	17,6%	1,0%	1,7%	1,5%	1,2%	23,0%
inativo	8,3%	0,7%	0,5%	1,0%	0,5%	11,0%
estudante	6,4%	0,7%	0,0%	0,0%	0,2%	7,4%
Insônia						
ausente	71,3%	1,7%	3,2%	2,0%	2,7%	80,9%
presente	11,5%	2,0%	1,7%	1,5%	2,5%	19,1%

Tabela 14: Distribuição da frequência relativa no estrato do tempo de uso de hipnóticos, ao longo da vida, em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia.

Sexo	Porcentagem no estrato					total
	Tempo de uso de hipnóticos					
	nunca usou	até 1 mês	1 a 6 meses	6 meses a 2 anos	acima de 2 anos	
masculino	92,1%	1,5%	2,5%	0,5%	3,5%	100,0%
feminino	73,8%	5,8%	7,3%	6,3%	6,8%	100,0%
Idade						
18 a 19	92,0%	8,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
20 a 29	92,5%	3,3%	2,5%	0,8%	0,8%	100,0%
30 a 39	79,2%	2,8%	7,5%	0,9%	9,4%	100,0%
40 a 49	75,3%	5,5%	8,2%	5,5%	5,5%	100,0%
50 a 59	78,9%	0,0%	2,6%	10,5%	7,9%	100,0%
60 ou mais	76,1%	4,3%	4,3%	8,7%	6,5%	100,0%
Escolaridade						
analf./prim. incompl.	76,2%	3,6%	7,1%	4,8%	8,3%	100,0%
prim. compl./gin. incompl.	82,5%	1,0%	5,8%	4,9%	5,8%	100,0%
gin. compl./col. incompl.	85,5%	6,0%	4,8%	1,2%	2,4%	100,0%
col. compl./sup.incompl.	89,2%	3,9%	2,0%	2,0%	2,9%	100,0%
superior completo	75,0%	5,6%	5,6%	5,6%	8,3%	100,0%
Classe socioeconômica						
A	70,6%	11,8%	5,9%	5,9%	5,9%	100,0%
B	86,8%	2,6%	2,6%	3,9%	3,9%	100,0%
C	85,3%	4,9%	4,2%	2,8%	2,8%	100,0%
D/E	81,3%	1,3%	6,5%	3,2%	7,7%	100,0%
Estado civil						
solteiro	89,9%	3,4%	3,4%	0,8%	2,5%	100,0%
casado / amasiado	80,5%	4,1%	5,4%	3,7%	6,2%	100,0%
separado	73,9%	0,0%	8,7%	8,7%	8,7%	100,0%
viúvo	80,0%	4,0%	4,0%	8,0%	4,0%	100,0%
Ocupação						
atividade assalariada	88,4%	1,1%	4,2%	2,1%	4,2%	100,0%
atividade própria	82,7%	3,8%	4,8%	1,9%	6,7%	100,0%
sem atividade	90,0%	0,0%	5,0%	0,0%	5,0%	100,0%
do lar	76,6%	4,3%	7,4%	6,4%	5,3%	100,0%
inativo	75,6%	6,7%	4,4%	8,9%	4,4%	100,0%
estudante	86,7%	10,0%	0,0%	0,0%	3,3%	100,0%
Insônia						
ausente	88,2%	2,1%	3,9%	2,4%	3,3%	100,0%
presente	60,3%	10,3%	9,0%	7,7%	12,8%	100,0%

Com base no tempo total de uso de hipnóticos foi possível concluir que as mulheres utilizaram mais frequentemente do que os homens. A frequência de seu uso foi significativamente maior na faixa etária acima dos 30 anos e entre as pessoas com insônia. As demais variáveis não demonstraram associação significativa com o tempo de uso de hipnóticos.

Os resultados do teste de χ^2 aplicados a esta variável são apresentados no Quadro 7.

Quadro 7: Distribuição dos valores do χ^2 aplicados ao tempo de uso de hipnóticos, em relação em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e à presença ou não de insônia.

Variável	χ^2	GL	p
Sexo	26,40	4	<0,0001
Faixa etária	37,89	20	0,0091
Escolaridade	15,81	16	0,4663
Classe socioeconômica	16,59	12	0,1657
Estado civil	12,10	12	0,4374
Ocupação	22,70	20	03039
Insônia	36,69	4	<<0,0001

Somente em 8,6% dos casos que usaram hipnóticos a prescrição não foi feita por médico, indicando que, na grande maioria dos casos, o uso destes medicamentos dependeu diretamente da participação deste profissional. Considerando-se as especialidades médicas mais citadas (clínico geral a ginecologista, na ordem descendente do quadro 8), pode-se afirmar que não houve um predomínio significativo de uma delas sobre as outras ($\chi^2=8,20$, GL=4, p=0,0844). Caso se analisasse a afinidade existente entre neurologistas e psiquiatras, na utilização deste tipo de medicamento, poder-se-ia concluir então que, ambas as especialidades, juntas, responderiam, significativamente pelo maior número de prescrições ($\chi^2=19,17$, GL=3, p=0,0193).

O Quadro 8 apresenta a resposta fornecida pelos entrevistados que usaram ou ainda usavam hipnóticos, em relação à origem de sua prescrição.

Quadro 8: Distribuição das frequências e frequências relativas do uso de hipnóticos, em relação à origem da prescrição.

Quem prescreveu	Número	Porcentagem geral	Porcentagem na categoria
Clínico geral	18	4,4%	25,7%
Neurologista	15	3,7%	21,4%
Psiquiatra	12	2,9%	17,1%
Cardiologista	8	2,0%	11,4%
Ginecologista	6	1,5%	8,6%
médicos de outras especialidades	5	1,2%	7,1%
próprio usuário	3	0,7%	4,3%
Farmacêutico	2	0,5%	2,9%
não lembra	1	0,2%	1,4%
Total	70	17,1%	100,0%

Em relação aos subtipos de insônia (DIS, DMS E DDP), o uso de hipnóticos se deu de maneira semelhante, prevalecendo o não-uso dos mesmos ($\chi^2=0,86$, GL=2, p=0,6615), conforme a Tabela 15.

Tabela 15: Distribuição da frequência e frequências relativas do DIS, DMS e DDP, em relação ao uso de hipnóticos.

Hipnóticos	Insônia					
	Inicial		Intermediária		Terminal	
	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem
nunca usou	33	56,9%	30	65,2%	24	63,2%
usa / usou	25	43,1%	16	34,8%	14	36,8%
Total	58	100,0%	46	100,0%	38	100,0%

O uso de hipnóticos, em relação ao período da noite em que ocorreu a insônia, apresentou distribuição semelhante ($\chi^2=2,95$ e $p=0,2285$ na insônia inicial; $\chi^2=1,05$ e $p=0,5909$ na insônia intermediária e $\chi^2=2,90$ e $p=0,2342$ na insônia terminal; em todos os casos $GL=2$). Não houve influência significativa do grau de incômodo, em cada caso, sobre a condição de usar ou não hipnóticos (Tabela 16).

Tabela 16: Distribuição das frequências e frequências relativas do DIS, DMS e DDP e seu grau de incômodo em relação ao uso de hipnóticos.

Número									
Insônia									
Hipnóticos	Inicial			Intermediária			Terminal		
	leve	moderada	severa	leve	moderada	severa	leve	moderada	severa
nunca usou	6	8	19	4	5	21	3	6	15
usa / usou	4	2	19	2	1	13		2	12
Total	10	10	38	6	6	34	3	8	27

Porcentagem									
Insônia									
Hipnóticos	Inicial			Intermediária			Terminal		
	leve	moderada	severa	leve	moderada	severa	leve	moderada	severa
nunca usou	60,0%	80,0%	50,0%	66,7%	83,3%	61,8%	100,0%	75,0%	55,6%
usa / usou	40,0%	20,0%	50,0%	33,3%	16,7%	38,2%	0,0%	25,0%	44,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

O uso de hipnóticos não foi influenciado, em cada período da noite em que ocorreu a insônia, pelo fato de se tratar de um problema agudo ou crônico, conforme evidenciado pelo teste exato de Fisher ($p=0,2607$, $p=0,3333$ e $p=1,000$, respectivamente para as insônias ‘inicial, intermediária e terminal’), conforme a Tabela 17.

Tabela 17: Distribuição das frequências e frequências relativas do DIS, DMS e DDP e sua duração em relação ao uso de hipnóticos.

Hipnóticos	Número					
	Insônia					
	Inicial		Intermediária		Terminal	
	aguda	crônica	aguda	crônica	aguda	crônica
nunca usou	3	30		30	1	23
usa / usou		23	1	14	1	13
Total	3	53	1	44	2	36

Hipnóticos	Porcentagem					
	Insônia					
	Inicial		Intermediária		Terminal	
	aguda	crônica	aguda	crônica	aguda	crônica
nunca usou	100,0%	56,6%	0,0%	68,2%	50,0%	63,9%
usa / usou	0,0%	43,4%	100,0%	31,8%	50,0%	36,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

O uso de meios alternativos para dormir melhor esteve presente em 36,8% das pessoas (dp=2,4%), permitindo estimar o intervalo de confiança entre 32,0% e 41,6% da população adulta de Campo Grande.

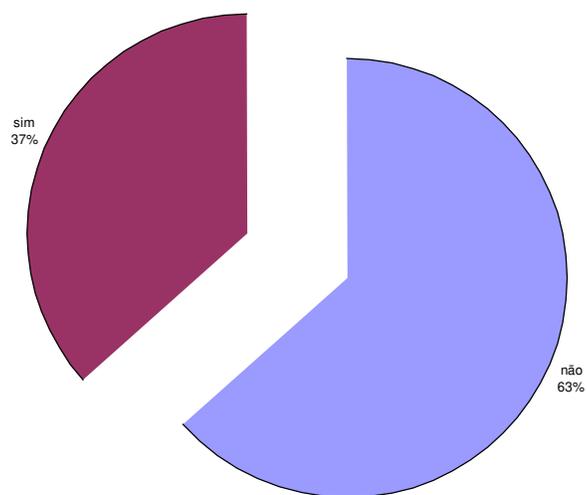


Gráfico 2: Prevalência geral do uso de meios alternativos para dormir melhor na população de Campo Grande, MS

A Tabela 18 contém a distribuição desta variável em relação ao total da amostra, às variáveis sociodemográficas e a presença ou não de insônia.

Tabela 18: Distribuição das frequências e frequências relativas do uso de meios alternativos para dormir melhor em relação ao total da amostra, sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e presença ou não de insônia.

	Número			Porcentagem geral			Porcentagem no estrato		
	Uso de meios alternativos não	Uso de meios alternativos sim	total	Uso de meios alternativos não	Uso de meios alternativos sim	total	Uso de meios alternativos não	Uso de meios alternativos sim	total
Total	258	150	408	63,2%	36,8%	100,0%			
Sexo									
masculino	130	72	202	31,9%	17,6%	49,5%	64,4%	35,6%	100,0%
feminino	128	78	206	31,4%	19,1%	50,5%	62,1%	37,9%	100,0%
Idade									
18 a 19	15	10	25	3,7%	2,5%	6,1%	60,0%	40,0%	100,0%
20 a 29	72	48	120	17,6%	11,8%	29,4%	60,0%	40,0%	100,0%
30 a 39	65	41	106	15,9%	10,0%	26,0%	61,3%	38,7%	100,0%
40 a 49	48	25	73	11,8%	6,1%	17,9%	65,8%	34,2%	100,0%
50 a 59	29	9	38	7,1%	2,2%	9,3%	76,3%	23,7%	100,0%
60 ou mais	29	17	46	7,1%	4,2%	11,3%	63,0%	37,0%	100,0%
Escolaridade									
analf./prim. incompl.	58	26	84	14,2%	6,4%	20,6%	69,0%	31,0%	100,0%
prim. compl./gin. incompl.	65	38	103	15,9%	9,3%	25,2%	63,1%	36,9%	100,0%
gin. compl./col. incompl.	49	34	83	12,0%	8,3%	20,3%	59,0%	41,0%	100,0%
col. compl./sup.incompl.	62	40	102	15,2%	9,8%	25,0%	60,8%	39,2%	100,0%
superior completo	24	12	36	5,9%	2,9%	8,8%	66,7%	33,3%	100,0%
Classe socioeconômica									
A	24	10	34	5,9%	2,5%	8,3%	70,6%	29,4%	100,0%
B	48	28	76	11,8%	6,9%	18,6%	63,2%	36,8%	100,0%
C	83	60	143	20,3%	14,7%	35,0%	58,0%	42,0%	100,0%
D/E	103	52	155	25,2%	12,7%	38,0%	66,5%	33,5%	100,0%
Estado civil									
solteiro	71	48	119	17,4%	11,8%	29,2%	59,7%	40,3%	100,0%
casado / amasiado	155	86	241	38,0%	21,1%	59,1%	64,3%	35,7%	100,0%
separado	16	7	23	3,9%	1,7%	5,6%	69,6%	30,4%	100,0%
viúvo	16	9	25	3,9%	2,2%	6,1%	64,0%	36,0%	100,0%
Ocupação									
atividade assalariada	61	34	95	15,0%	8,3%	23,3%	64,2%	35,8%	100,0%
atividade própria	61	43	104	15,0%	10,5%	25,5%	58,7%	41,3%	100,0%
sem atividade	19	21	40	4,7%	5,1%	9,8%	47,5%	52,5%	100,0%
do lar	69	25	94	16,9%	6,1%	23,0%	73,4%	26,6%	100,0%
inativo	30	15	45	7,4%	3,7%	11,0%	66,7%	33,3%	100,0%
estudante	18	12	30	4,4%	2,9%	7,4%	60,0%	40,0%	100,0%
Insônia									
ausente	227	103	330	55,6%	25,2%	80,9%	68,8%	31,2%	100,0%
presente	31	47	78	7,6%	11,5%	19,1%	39,7%	60,3%	100,0%

À exceção das pessoas com insônia, entre as quais a maioria lançou mão de meios alternativos para dormir melhor, as demais variáveis não mostraram associação significativa com esta prática.

Os resultados do teste de χ^2 aplicados aos dados da Tabela 18 estão contidos no Quadro 9.

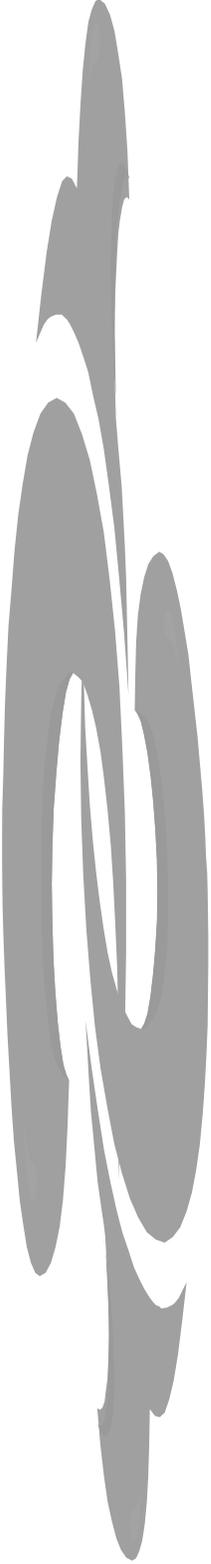
Quadro 9: Distribuição dos valores do χ^2 aplicados ao uso de meios alternativos para dormir melhor, em relação ao sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, estado civil, ocupação e presença ou não de insônia.

Variável	χ^2	GL	p
Sexo	0,22	1	0,6419
Faixa etária	3,82	5	0,5761
Escolaridade	2,30	4	0,6814
Classe socioeconômica	3,14	3	0,3706
Estado civil	1,18	3	0,7586
Ocupação	9,78	5	0,0817
Insônia	22,89	1	<<0,0001

Em 53,3% dos casos que se usaram de meios alternativos para dormir melhor, o meio utilizado envolvia a ingestão de algum tipo de bebida; o banho, com frequência de 31,3% entre os usuários, foi, isoladamente, o mais freqüente meio fora a ingestão de bebidas (Quadro 10).

Quadro 10: Distribuição das frequências e frequências relativas dos meios alternativos para dormir melhor

Meio alternativo	Número	Porcentagem geral	Porcentagem na categoria
banho	47	11,5%	31,3%
chás de ervas	43	10,5%	28,7%
assistir televisão	24	5,9%	16,0%
suco de maracujá	14	3,4%	9,3%
leite	9	2,2%	6,0%
bebidas alcoólicas	8	2,0%	5,3%
ouvir música	7	1,7%	4,7%
remédio ou calmante	6	1,5%	4,0%
água com ou sem açúcar	6	1,5%	4,0%
leitura	3	0,7%	2,0%
outros	8	2,0%	5,3%



5. DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, a prevalência geral da insônia de 19,1% assemelhou-se a outros trabalhos (OHAYON *et al.*, 1998; BROMAN, LUNDH, HETTA, 1996). As associações estatisticamente significativas ocorreram entre a insônia e o sexo feminino e a insônia e o baixo nível de escolaridade. A prevalência da insônia nos estudos epidemiológicos com questionário de auto-preenchimento variaram de 10% a 40% (BIXLER *et al.*, 1979; MELLINGER, BALTER, UHLENHUTH, 1985; FORD & KAMEROW, 1989; KUPPERMANN, LUBECK, MAZONSON, 1995; ÜSTÜN, PRIVETT, LECRUBIER, 1996; SIMON & VONKORFF, 1997; ROCHA *et al.*, 2000). Estes estudos mostraram que os distúrbios do sono são mais comuns entre os idosos (BIXLER *et al.*, 1979; MELLINGER *et al.*, 1985), aqueles com doenças médicas crônicas (MELLINGER *et al.*, 1985) e com distúrbios depressivos e ansiosos (FORD & KAMEROW, 1989; ÜSTÜN *et al.*, 1996). OHAYON *et al.* (1998) detectaram uma prevalência de 17,7% de insones na população geral francesa. Em um estudo japonês com 3.600 habitantes, de oito regiões urbanas, a prevalência da insônia foi de 11,2%; os autores correlacionaram um maior risco de insônia nos sujeitos que moravam próximo a uma via de tráfego volumoso (KAGEYAMA *et al.*, 1997). KARACAN *et al.* (1976) avaliaram a prevalência do distúrbio do sono em uma população urbana da Flórida, E.U.A., com 1.645 indivíduos e mais que um terço referiram algum problema de sono, mais freqüente nos idosos não-solteiros e do sexo feminino. FORD & KAMEROW (1989) avaliaram 7.954 norte-americanos, em um estudo epidemiológico sobre os distúrbios do sono e transtornos psiquiátricos e 10,2% referiram ter insônia e 40% destes tinham um transtorno psiquiátrico.

BROMAN *et al.*, (1996) em um estudo epidemiológico na população geral da Suíça, com uma amostra estratificada de 600 adultos, entre 20 e 64 anos, detectaram 20% com distúrbio de sono insuficiente e 50% destes também referiram dificuldades para dormir. KARACAN, THORNBY, WILLIAMS (1983) fizeram um estudo na primavera e no verão de 1975, com habitantes de 18 anos ou mais da cidade de Houston, E.U.A., e detectaram uma prevalência maior da insônia entre as mulheres e casadas. HOHAGEN *et al.* (1994) estudaram a população geral de Mannheim, Alemanha, e verificaram uma prevalência de 31% da insônia, três vezes por semana, durante o período de um mês. Subdividiram a amostra em três grupos: insônia de curta duração (duração menor que 1 ano, n=60, 19%), média duração (duração um a cinco anos, n=110, 34,8%) e longa

duração (duração maior que 5 anos, n=146, 46,2%). Não ocorreram diferenças significativas em relação à idade e ao sexo. ROCHA *et al.* (2000) realizaram um estudo no interior do Brasil, na população adulta acima de 18 anos, da cidade de Bambuí, MG. Utilizaram, também, o questionário de GIGLIO, 1988, e encontraram a prevalência de insônia de 35,4%. Cerca de metade (48%) das queixas de insônia tinha duração superior a um ano. A prevalência foi maior em mulheres (47,0%) do que em homens (20,8%); aumentou com a idade entre as mulheres (de 35,4% aos 18-29 anos para 60,0% aos 60 anos ou mais).

Estudos anteriores demonstraram que fatores sociodemográficos como o desemprego, os baixos níveis de instrução e situação socioeconômica eram fatores de risco para a insônia (KARACAN *et al.*, 1983; FORD & KAMEROW, 1989; OHAYON, 1996). No estudo de KIM *et al.* (2000) no Japão, houve uma maior prevalência da insônia entre os desempregados, mas não mostrou correlação significativa em relação à insônia e classe socioeconômica. Uma explicação plausível seria que as diferenças de nível econômico naquele país são menos marcantes que nos países ocidentais, como o Brasil. Também, neste estudo japonês, não houve diferenças significativas em relação a estado civil e local de residência. WELSTEIN *et al.* (1983) fizeram um censo telefônico na área da baía de São Francisco, E.U.A., e detectaram 30,7% de prevalência da insônia, 33,2% de mulheres e 27,3% de homens, com aumento entre 45-54 anos de idade. Foi feito um estudo epidemiológico populacional na República de San Marino, com 5.713 pessoas e encontrou-se uma prevalência de 19,1% de insônia nas pessoas de 20 anos ou mais, totalizando 14,7% homens e 23,1% mulheres (LUGARESI *et al.*, 1983). LEGER *et al.* (2000) realizaram um estudo amplo de prevalência da insônia em 12.778 franceses de 18 anos ou mais de idade, por meio de um questionário enviado pelo correio, com variáveis como idade, sexo, atividade profissional, estado civil e condições de habitação. Foram usados os critérios do DSM-IV para a definição de insônia e alcançou-se uma prevalência de 29%, na frequência de três vezes por semana, em um mês, e 19% três vezes por semana, em um mês, e com conseqüências diurnas. Quanto à insônia severa 12% eram mulheres e 6,3% homens. Não houve aumento significativo com a idade após os 35 anos, porém observou-se um acréscimo entre 25-34 anos, independente do sexo. Quanto à insônia crônica um aumento significativo com a idade em ambos os sexos. Os solteiros tiveram os menores índices de

insônia, e maiores os índices em mulheres jovens. As viúvas idosas tiveram as maiores proporções, porém não significativas. Não houve diferenças significativas entre as áreas urbanas e rurais.

VELA-BUENO *et al.* (1999) realizaram um estudo da prevalência dos transtornos do sono na cidade de Madrid, Espanha, com 1.131 adultos e detectaram 11,3% de insônia, mais em mulheres, idosos e desempregados. BIXLER *et al.* (1979) estudaram a prevalência de distúrbios de sono em adultos na área metropolitana de Los Angeles, E.U.A., e notaram 42,5% de prevalência da insônia, mais em idosos, mulheres e pessoas com baixo nível de instrução e classe socioeconômica. LÓPEZ *et al.* (1995) estudaram os hábitos e transtornos do sono em residentes da área metropolitana de Monterrey, México, com 1.000 pessoas e detectaram 36% de insônia.

YEO *et al.* (1996) realizaram o primeiro estudo epidemiológico domiciliar sobre a prevalência anual da insônia em 2.418 indivíduos de Singapura, entre 15 e 60 anos de idade, e o resultado somou 15,3% de índice: 12,9% de homens e 17,5% de mulheres. Não houve aumento da insônia com a idade, nem diferença significativa entre os grupos de insones e não-insones em relação ao grau de instrução. Porém, 26,8% das mulheres casadas tinham insônia. OHAYON (1996) fez um estudo epidemiológico da insônia na população geral francesa, em 5.622 sujeitos de 15 anos ou mais, por meio de entrevistas telefônicas usando um sistema especializado para avaliação dos distúrbios do sono. Da amostra, 20,1% estavam insatisfeitos com o seu sono, em sua maioria mulheres, acima de 65 anos de idade, separadas, divorciadas ou viúvas e imigrantes. OHAYON (1997) estudou a prevalência da insônia na França usando os critérios do DSM-IV e detectou 18,6% de índice. JANSON *et al.* (2001) fizeram um estudo populacional prospectivo com 2.602 homens suíços, de 30 a 69 anos, e encontrou uma prevalência da insônia de 10,3% em 1984 e 12,8% em 1994. Não houve correlação significativa entre a idade e a insônia nos dois períodos. OHAYON, PAIVA, SAGALES (2001) fizeram um estudo comparativo da prevalência da insônia na população geral de Portugal e Espanha, com 1.858 portugueses de 18 anos ou mais e 4.065 espanhóis de 15 anos ou mais, por intermédio de um censo telefônico. No geral, registrou-se 12,2% de insônia, 15,8% em Portugal e 10,6% na Espanha, aumentando com a idade, dado mais significativo em Portugal. A prevalência de DMS foi 10,4% em Portugal e 6,8%

na Espanha. A prevalência de qualquer diagnóstico de insônia do DSM-IV foi maior em Portugal (8,7%) do que na Espanha (6,0%).

OHAYON *et al.* (1997) em um estudo com uma amostra representativa da população canadense, entre 15 e 100 anos de idade, por meio de um censo telefônico, encontraram uma média de 17,8% de insônia e 3,8% de uso de hipnóticos.

Em Campo Grande a insônia mais freqüente foi a inicial, havendo uma associação significativa apenas com a variável sexo feminino. O DMS foi mais freqüente entre os homens; mais na idade entre 40 e 59 anos e pessoas das classes C e D/E, especialmente esta última. Já o DDP afetou, principalmente, as pessoas separadas e viúvas, e os solteiros tiveram a menor freqüência. Quanto ao grau de incômodo subjetivo, houve semelhança nos três subtipos DIS, DMS e DDP. Diferentemente, ROCHA *et al.* 2000, encontraram em Bambuí, MG, uma prevalência maior da insônia intermediária, seguida da inicial e da terminal (27,3%, 18,3% e 14,3%, respectivamente). OHAYON *et al.*, 2001, encontraram mais DMS (10,4%) em Portugal e 6,8% na Espanha. Como também, em um estudo da população japonesa, de KIM *et al.* (2000) com 3.030 entrevistados de 20 anos ou mais de idade, a prevalência da insônia no último mês foi 21,4%, sendo 8,3% DIS, 15% DMS e 8,0% DDP, a maioria idosos, desempregados, sem prática desportiva, com estresse e poucos cuidados de saúde. A prevalência da insônia aumentou com o avanço da idade, de 18,1% nos jovens para 29,5% nos idosos. Não houve diferença significativa na prevalência de DIS entre os jovens (8,3%), meia-idade (7,1%) e idosos (9,7%) ($\chi^2=4,58$, $p<0,1$). Em contraste, MNISZEK (1988) e WELSTEIN *et al.* (1983) em suas pesquisas, encontraram o DIS mais prevalente nos jovens, porém BIXLER *et al.* (1979) referiram nos idosos. A causa desta discrepância ainda não está bem esclarecida. A prevalência maior da insônia entre as mulheres japonesas estava mais relacionada ao DIS, corroborando com os estudos de KALES, KALES, BIXLER, (1984) e BIXLER *et al.* (1979). Já outros pesquisadores verificaram mais DMS e DDP no sexo feminino (WELSTEIN *et al.*, 1983; MNISZEK, 1988; COREN, 1994; OHAYON, 1996).

Tanto na insônia inicial, como na intermediária e terminal, apareceu uma predominância da evolução crônica no campo-grandense. Porém, não houve diferença significativa entre DIS, DMS e DDP com o grau de prejuízo no dia seguinte, assim como

nenhuma das variáveis independentes mostrou associação significativa com este fenômeno. A prevalência da insônia na população geral norte-americana foi estimada entre 30% e 40%. Anualmente, entre 10% e 15% dos adultos relataram insônia crônica, grave ou ambas (CHOKROVERTY, 1995).

Pesquisas com pacientes atendidos por clínicos gerais revelaram uma prevalência ainda mais elevada, com aproximadamente 50% dos pacientes relatando insônia ocasional, e outros 19% insônia crônica. As mulheres tinham um risco de insônia pelo menos 1,3 vezes maior do que os homens; este risco também era maior nos idosos, que tinham probabilidade 1,5 vezes maior de apresentar insônia do que os mais jovens. Os idosos tinham maior probabilidade de apresentar insônia crônica e intermediária (MITCHELL & WOODS, 1996; ROTH, 2000).

Na década de 1990 foram feitas duas pesquisas nos E.U.A. e em oito países europeus sobre a prevalência da insônia, a qual variou de 23 a 51% do subtipo leve; a insônia severa de 10 a 26%; detectaram-se problemas sérios de insônia com indivíduos de todas as idades, mais frequentes em mulheres do que em homens (58% *versus* 42%) e mais pronunciada com a idade (BALTER, 1991).

Em um estudo longitudinal alemão, HOHAGEN *et al.*, 1993, analisaram a prevalência e as modalidades do tratamento da insônia em 2.520 pacientes de cuidados primários, entre 18 e 65 anos de idade, em três etapas (quatro meses a dois anos de seguimento), com os critérios operacionais de diagnóstico da insônia do DSM-III-R. Dezoito por cento sofriam de insônia severa, enquanto que 12,2% moderada e 15% leve.

WEYERER & DILLING (1991) fizeram um estudo na Bavária com 1.536 pessoas, de 15 anos ou mais de idade. Detectaram uma prevalência da insônia, nos últimos sete dias, de 28,5% (leve: 15%; moderada/severa: 13,5%). Em ambos os sexos, os distúrbios do sono aumentaram com a idade. Entre as mulheres houve uma maior prevalência, associada aos grupos de meia idade e idosos. Em contraste com outros distúrbios psiquiátricos, os distúrbios do sono não estavam associados com classe social. MELLINGER *et al.* (1985) avaliaram a prevalência da insônia e seu tratamento em adultos de 18 a 79 anos, nos E.U.A.. A prevalência foi de 35% de insones no curso de 1 ano, metade destes referiram o problema como sério. Neste grupo prevaleceram mulheres e idosos.

ANGST *et al.* (1989) em uma amostra representativa da população suíça, entre 20 e 28 anos de idade, verificaram que as mulheres geralmente dormem mais cedo e permanecem dormindo 30 minutos a mais do que os homens. A prevalência da insônia crônica foi de 8% na idade de 20 a 21 anos e 10% entre 27 e 28 anos. No estudo de LEGER *et al.*, 2000, na França, com 12.778 adultos, somente 9% tinham dois ou mais problemas do sono noturno com conseqüências diurnas e foram classificados como “insones severos”. LOPEZ *et al.* (1995), no México, encontraram 16% de insônia severa, mais em mulheres com baixo nível de instrução.

Quanto ao uso de hipnóticos, no mês anterior às entrevistas desta pesquisa houve uma prevalência geral de 6,9%, e 68,1% destes o faziam mais de três vezes por semana, e o maior uso de hipnóticos em insones (sem diferenças significativas entre DIS, DMS e DDP ou entre agudos e crônicos), mulheres e acima dos 30 anos de idade. A minoria dos usuários eram da classe social A e não ocorreu associação significativa do uso com a escolaridade, estado civil e ocupação. Ao longo da vida, houve uma prevalência de 17,2% de uso, a maioria nos últimos dois anos (70,3%), também mais freqüente entre os insones (sem diferenças entre os subtipos DIS, DMS e DDP ou entre agudos e crônicos), mulheres e nas pessoas acima dos 30 anos de idade. Não houve associação significativa entre o tempo total do uso de hipnóticos e as outras variáveis sociodemográficas. Em 91,4% dos casos foi feita a prescrição médica dos hipnóticos; quanto à especialidade dos médicos, não houve predomínio significativo de uma sobre as demais.

No estudo de HOHAGEN *et al.* (1993), dos pacientes com insônia severa 23,9% usavam, habitualmente, hipnóticos com prescrição médica, a maioria BDZ. Mais da metade destes usavam diariamente por um a cinco anos ou mais, mas somente 22% dos insones severos referiram um aumento significativo da insônia devido ao uso de hipnóticos. WORTMANN *et al.* (1994) estimaram a prevalência do uso de BDZ, como sedativo durante o dia ou como hipnótico, e de calmantes caseiros em 455 adultos de 18 anos ou mais, em Porto Alegre, RS. Os resultados do uso de BDZ na vida, no último ano e no último mês, foram, 46,7%, 21,3% e 13,1%, respectivamente. Entre as mulheres e os viúvos ou separados a prevalência foi significativamente maior. A maioria dos indivíduos que usaram BDZ no último mês o fizeram, no mínimo, dois a três dias por semana. Os autores

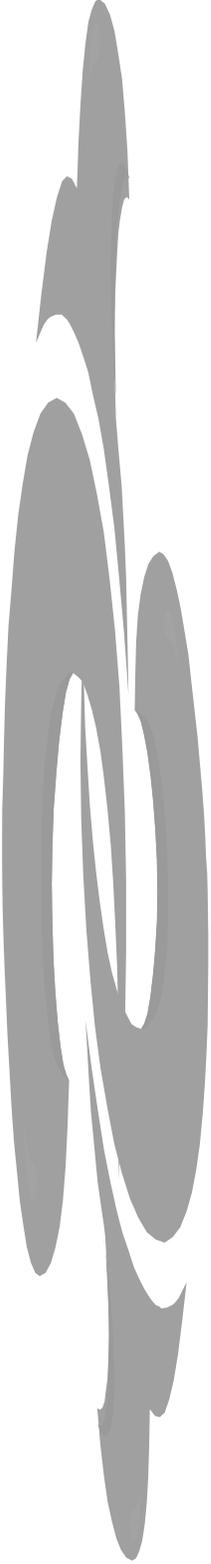
alertaram que a partir dos anos 70 houve um aumento do número de prescrições médicas, venda e consumo de BDZ, tanto em populações hospitalares como na população em geral. Concluíram que a legislação, nem sempre respeitada, vinha sendo insuficiente para disciplinar o uso. LEGER *et al.* (1999) detectaram que o uso de hipnóticos era maior na França que em outros países europeus. WEYERER & DILLING (1991), em um estudo na Bavária, mostraram que a insônia moderada/severa estava muito mais relacionada a diagnósticos psiquiátricos, uso de serviços de saúde e hospitais gerais. A média anual de consultas entre os insones leves (10,61 consultas por ano) e moderados/severos (12,87) foi, significativamente, maior que os que não tinham distúrbios do sono (5,25). Um total de 33,7% dos insones eram tratados com hipnóticos e/ou outros psicotrópicos, na última semana à entrevista. O consumo de drogas entre os insones moderados/severos (48,5%) era, significativamente, maior que entre os leves (20,4%).

MELLINGER *et al.* (1985), nos E.U.A., demonstraram que durante um ano 2,6% usavam hipnóticos com prescrição médica. Tipicamente, o uso ocorreu por um ou dois dias. O estudo apontou um pequeno grupo que usava hipnóticos regularmente por um ano ou mais (11% de todos os usuários e 0,3% de todos os entrevistados). A maioria dos insones graves (85%) nunca havia se tratado. Em um amplo estudo epidemiológico na região rural da comunidade negra de Furnas do Dionísio, MS, Brasil, a 50 Km de Campo Grande, REIMÃO (2001) utilizou o questionário de GIGLIO, a escala de depressão de Hamilton e a escala de alcoolismo Cage. Concluiu que os habitantes desta área dormiam e despertavam mais cedo que os descritos nas populações urbanas. A procura por médicos e o uso de medicações para dormir foram similares entre o grupo de Furnas e o grupo-controle, formado por apenas 3,9% de pessoas não-brancas. A prevalência da insônia foi de 40,8%, na semana anterior, e estes sujeitos não consultavam médicos e raramente usavam medicações hipnóticas.

WELSTEIN *et al.* (1983), na baía de São Francisco, E.U.A., concluíram que o uso de analgésicos, como a aspirina, era comum em 22,5% das pessoas, mais em mulheres e nos idosos. Medicações sem prescrição médica eram usadas por 17% das pessoas com problemas de sono, mais do que o dobro de Campo Grande. KARACAN *et al.* (1976), na Flórida, detectaram que o uso de hipnóticos era mais freqüente entre as mulheres idosas e

brancas, sem correlação com o estado civil. ANGST *et al.* (1989), na Suíça, encontraram 7% de uso de hipnóticos sem prescrição médica no grupo de insones crônicos na idade de 20 a 21 anos e 12% no grupo de 27 e 28 anos, uma população de usuários mais jovens do que de Campo Grande. ROCHA *et al.* (2000) no interior de Minas Gerais, em um estudo com a metodologia e o instrumento semelhantes a este trabalho, registraram 14,6% de uso de hipnóticos no último mês, o dobro da capital do MS, porém, razoavelmente, semelhante aos resultados observados em áreas urbanas de países desenvolvidos. LÓPEZ *et al.* (1995), no México, detectaram, também, que as mulheres usavam mais hipnóticos do que os homens. YEO *et al.* (1996), em Singapura, constataram que 14% da amostra estudada usavam hipnóticos ocasionalmente e dos usuários somente 5% usavam diariamente; dos insones 86% não usavam, porém em Campo Grande este resultado foi de 77,7%. OHAYON (1996), na França, observou que o uso de hipnóticos durante a vida, nos 5.622 sujeitos de 15 anos ou mais, foi de 16%, a maioria mulheres, acima de 65 anos de idade, separadas, divorciadas ou viúvas e imigrantes, dados semelhantes aos de Campo Grande. Dos usuários 81,6% usavam a mais de seis meses, valor muito maior que os 8,5% deste estudo.

Em relação ao uso de meios alternativos para dormir melhor, em Campo Grande 36,8% das pessoas o faziam, quase o mesmo resultado do interior de Minas Gerais (31,1%), segundo ROCHA *et al.* 2000. A maioria dos usuários de meios alternativos era insone e 53,3% usavam alguma bebida e 31,3% banho. WORTMANN *et al.* (1994), em Porto Alegre, obtiveram resultados semelhantes com mais de 40% das pessoas referindo uso freqüente de substâncias caseiras para “acalmar”, somando 28,8% no último mês. WELSTEIN *et al.* (1983) na baía de São Francisco, E.U.A., concluíram que a bebida alcoólica era usada por 18,7% das pessoas com problemas de sono (a metade do valor de Campo Grande), mais na idade entre 25 e 34 anos; entretanto, na presente pesquisa não houve associação significativa entre a idade e o uso de meios alternativos para dormir melhor.



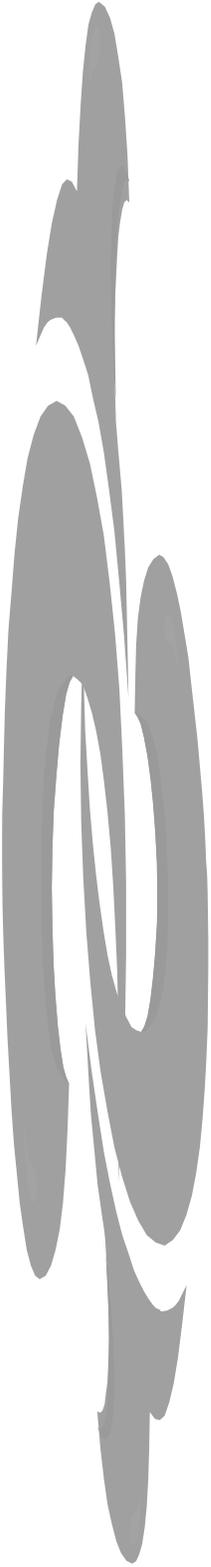
6. CONCLUSÃO

Campo Grande teve uma alta prevalência geral da insônia e do uso de hipnóticos, apesar de seus bons preditores de qualidade de vida e de taxa de crescimento. O maior fator de risco detectado foi o sexo feminino, apontando a insônia inicial como a mais prevalente, e que pode ser causada, principalmente, por preocupações, estresse e ansiedade, assim como o subtipo crônico, comprovando que há necessidade de critérios operacionais rígidos de definição da insônia, que levem em conta também o grau de incômodo subjetivo e de prejuízo no dia seguinte.

Os fatores de risco em relação ao uso de hipnóticos foram a insônia, sexo feminino e idade acima de 30 anos. Porém, houve uma prevalência razoável de uso de hipnóticos entre os sujeitos classificados como não-insones, dado este preocupante e comprobatório de que algumas pessoas supervalorizam os seus problemas de sono e recorrem a tratamentos por vezes sem indicação devida. Em Campo Grande houve uma alta prevalência de prescrições médicas dos hipnóticos, o que não corroborou com outros estudos em certos países industrializados. Poder-se-ia arriscar dizer que, neste aspecto, havia uma certa conscientização da população estudada.

Cerca de um terço da população campo-grandense usava os tão propagados meios alternativos para dormir melhor, que são em sua maioria mais prejudiciais do que benéficos, contrariando as recomendações médicas e de higiene do sono.

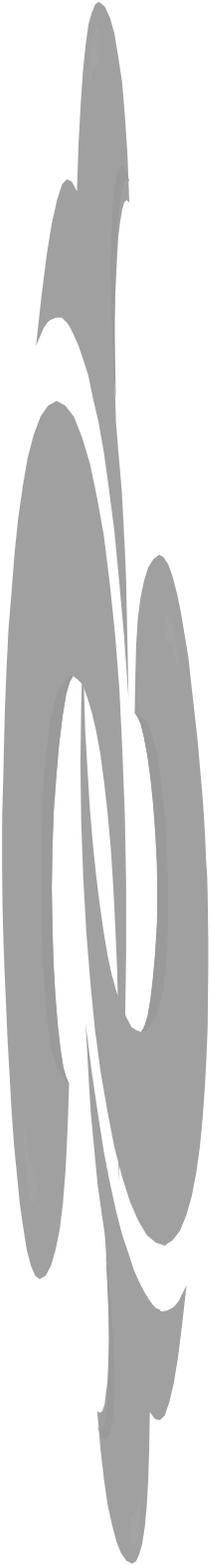
Urgem programas preventivos e de educação continuada para a população e médicos não especialistas, a fim de se esclarecer sobre o diagnóstico e o tratamento multidisciplinar da insônia, desta forma evitando a auto-medicação, iatrogenias e condutas inadequadas sobre como dormir bem. Novos estudos epidemiológicos devem ser realizados no MS e no Brasil, com critérios operacionais de definição da insônia e metodologias semelhantes, facilitando a comparação dos resultados e o delineamento de um panorama nacional de intervenção contra este importante problema de saúde pública.



7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística consistiu no teste do χ^2 em tabelas de contingência ou no teste exato de Fisher para tabelas cujos valores esperados ficavam abaixo da sensibilidade do teste anterior. Além disso, inferências foram feitas, quando necessário, com base nos parâmetros da distribuição binomial. O nível de significância adotado em todos os casos foi de 5%; conseqüentemente, quando mencionado, o intervalo de confiança corresponde ao de 95%. Em cada caso, as tabelas de resultados foram acompanhadas, na seqüência, por uma tabela contendo, ao lado de cada variável estudada, o valor do correspondente χ^2 , número de GL e o valor de p . Eventuais diferenças entre as tabelas e figuras, sem significado estatístico, foram decorrentes de arredondamento ou respostas inconsistentes. Soma superior a 100% indicou respostas múltiplas, assim como soma inferior a 100% foi indicativa do total de uma determinada categoria (indivíduos com ‘insônia inicial’), por exemplo.

Com a finalidade de obtenção de número suficiente de respostas em cada categoria, além de maior concisão e facilidade de interpretação dos resultados, as variáveis foram reagrupadas, em cada caso, conforme a necessidade, sem que houvesse prejuízo no seu significado. Este procedimento pode ser visto, com relação às variáveis sociodemográficas, no anexo que apresentou a amostra estudada. Para as demais variáveis, o resultado deste procedimento encontrou-se quando do seu correspondente estudo.



8. SUMMARY

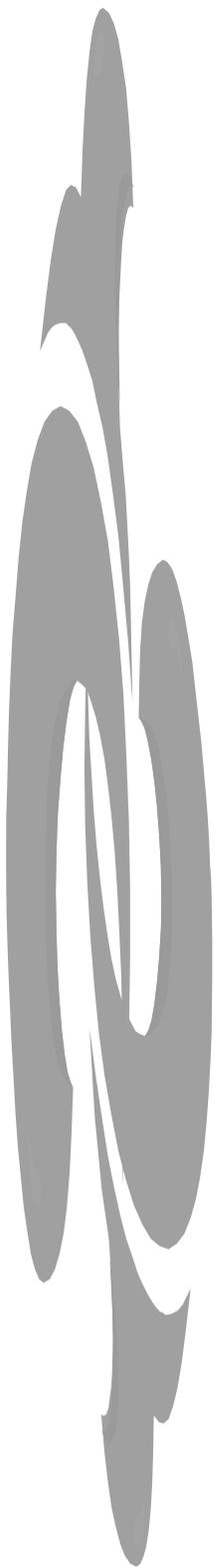
Among the 88 sleep disorders, insomnia is the most common.

An epidemiological, analytical and transversal cut study was done to detect the prevalence of insomnia and the use of hypnotics in the inhabitants of the urban area of Campo Grande, MS, Brazil, of ages from 18 or over. 408 domiciliar interviews were done using randomized sampling stratified for gender and age. The interviews were conducted by a questionnaire under the consent of the subject. The subjects were divided into two groups according to the criteria of Asda (1997): insomniacs and non-insomniacs. The first in ones, insomniacs with sleep initiation disorders (DIS), those with sleep maintenance disorders (DMS), and early arousing disorder ones (DDP); those with acute problems (up to 1 month of duration) and chronic ones (over 1 month); the ones with light, moderate, and severe problems.

The groups were compared for age, gender, marital status, schooling level, social-economical situation, occupation, regular use of hypnotics and who have prescribed them, and use of alternative means to sleep better. For the statistical analysis, descriptive methods were used and qui-square (χ^2), Fisher test, inferences based on parameters of binomial distribution. The significance level was 5% and the confidence interval of 95%.

The general prevalence of insomnia was 19,1%(sd=2,0%), prevalent DIS (p=0,0043) and chronic (p=0,7022), more in women (p=0,0015) of low schooling level (0,0317). In the last month 6,9% (sd=1,3%) used hypnotics and from these 68,1 % over 3 times a week; in the life span 17,2% (sd=1,9%) from which 70,3% in the last 2 years. Both in the last month and along the life among the users of hypnotics there was the predominance of insomniacs (p<<0,0001), women (p=0,0372 and p<0,0001) and over 30 years of age (p=0,0536 and p= 0,0091); the great majority with doctor's prescription (91,4%, with no prevalence of specialty) and 36,8% (sd=2,4%) had the habit of using alternative means to sleep better, being the most prevalent habit to ingest some kind of beverage; this habit occurred among insomniacs (p<<0,0001).

There was a high prevalence of insomnia and the use of hypnotics in Campo Grande, Brazil, showing the need of new national studies involving this important issue of public health.



9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, O.P.; TAMAI, S.; GARRIDO, R. – Sleep in the elderly. Sleep complaints among the elderly: results from a survey in a psychogeriatric outpatient clinic in Brazil. **International Psychogeriatrics**, **11**(1):47-56, 1999.
- AMERICAN SLEEP DISORDERS ASSOCIATION – **The International Classification of Sleep Disorders: revised.1.ed.** Rochester, Asda, 1997. 402p.
- ANGST, J.; VOLLRATH, M.; KOCH, R.; DOBLER-MIKOLA, A. – The Zurich study. Insomnia: symptoms, classification and prevalence. **Eur Arch Psychiatry Neurol Sci**, **238**(5-6):285-93, 1989.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA-APA – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** DSM-IV™. 4.ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1995, 830p.
- BAKER, T.L. – Introduction to sleep and sleep disorders. **Medical Clinics of North America**, **69**(6):1123-52, 1985.
- BALTER, M. – What are the prevalence and characteristics of insomnia? In: Insomnia research bulletin. Cannes, France: **World Federation Sleep Research Societ**, 1991, 1-3.
- _____ & UHLENHUTH, E.H. – New epidemiologic findings about insomnia and its treatment. **J Clin Psychiatry**, **53**(Suppl):34-9, 1992.
- BARBONE, F.; McMAHON, A.D.; DAVEY, P.G.; MORRIS, A.D.; REID, I.C.; McDEVITT, D.G.; MacDONALD, T.M. – Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. **Lancet**, **352**:1331-36, 1998.
- BERGENER, M.; GOLA, R.; HESSE, C. – The influence of age-dependent pharmacokinetics on the pharmacodynamics of hypnotic drugs: comparison of two hypnotics with different half-lives. **Int Psychogeriatr**, **1**(1):17-29, 1989.
- BERNIK, K. – Distúrbios do sono na prática médica cotidiana. **RBM psiquiatr**, **23**(2):145-9, 1984.

- BEYDON, L.; RAUSS, A.; LOFASO, F.; LIU, N.; CHERQUI, D.; GOLDENBERG, F.; BONNET, F. – Survey of the quality of sleep during the perioperative period: study of factors predisposing to insomnia. **Ann Fr Anesth Reanim**, **13**(5):669-74, 1994.
- BIXLER, E.O.; KALES, A.; MANFREDI, R.L.; VGONTAS, A.N.; TYSON, K.L.; KALES, J.D. – Next-day memory impairment with triazolam use. **Lancet**, **337**(suppl.8745):827-31, 1991.
- _____ ; KALES, A.; SOLDATOS, C.R.; KALES, J.D.; HEALEY, S. – Prevalence of sleep disorders: a survey of the Los Angeles metropolitan area. **Am J Psychiatry**, **136**(10):1257-62, 1979.
- BLAZER, D.; HYBELS, C.; SIMONSICK, E.; HANLON, J.T. – Sedative, hypnotic, and antianxiety medication use in an aging cohort over ten years: a racial comparison. **J Am Geriatr Soc**, **48**(9):1073-9, 2000.
- BLOOM, F.E. & LAZERSON, A. – Rhythms of the brain. In: BLOOM, F.E. & LAZERSON, A. **Brain, Mind and Behavior**. 2 ed. New York, W.H. Freeman and Company, 1988, 179-205.
- BROMAN, J.E.; LUNDH, L.G.; HETTA, J. – Insufficient sleep in the general population. **Neurophysiol Clin**, **26**(1):30-9, 1996.
- BUNDLIE, S.R. – Sleep in aging. **Geriatrics**, **53**(suppl.1):S41-3, 1998.
- BUYSSE, D.J.; REYNOLDS, C.F.; HAURI, P.J.; ROTH, T.; STEPANSKI, E.J.; THORPY, M.J.; BIXLER, E.O.; KALES, A.; MANFREDI, R.L.; VGONTAS, A.N. – Diagnostic concordance for DSM-IV sleep disorders: a report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. **Am J Psychiatry**, **151**(9):1351-60, 1994.
- CARSKADON, M.A.; DEMENT, W.C.; MITLER, M.M.; GUILLEMINAULT, C.; ZARCONE, V.; SPIEGEL, R. – Self-reports versus sleep laboratory findings in 122 drug-free subjects with complaints of chronic insomnia. **Am J Psychiatry**, **133**(12):1382-8, 1976.

- CHEVALIER, H.; LOS, F.; BOICHUT, D.; BIANCHI, M.; NUTT, D.J.; HAJAK, G.; HETTA, J.; HOFSCROWE, C. – Evaluation of severe insomnia in the general population: results of a multinational survey. **J Psychopharmacol**, **13**(suppl.1):S21-4, 1999.
- CHOKROVERTY, S. – Sleep disorders medicine: basic science considerations, and clinical aspects. Washington, U.S.A: **Butterworth-Heinmann**, 1995, 504p.
- COLEMAN, R.M. – Diagnosis, treatment, and follow-up of about 8,000 sleep/wake disorder patients. In: GUILLEMINAULT, C. & LUGARESI, E., ed. – **Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology, and long-term evolution**. New York, Raven Press, 1983.p.87-97.
- COREN, S. – The prevalence of self-reported sleep disturbances in young adults. **Intern J Neurosci**, **79**:67-73, 1994.
- COSTA E SILVA, J.A. & AQUINO, R. – O Ro 5-4200 na insônia de pacientes psiquiátricos. **J Bras psiquiatr**, **30**(1):105-12, 1981.
- CULEBRAS, A. – Insomnia. In: CULEBRAS, A. **Clinical handbook of sleep disorders**. Boston, Butterworth-Heinemann, 1996.p.119-54.
- DEMENT, W.C. – The proper use of sleeping pills in the primary care setting. **J Clin Psychiatry**, **52**(Suppl):50-56, 1992.
- DODGE, R.; CLINE, M.G.; QUAN, S.F. – The natural history of insomnia and its relationship to respiratory symptoms. **Arch Intern Med**, **155**(16):1797-800, 1995.
- DOMINGUEZ, R.A.; BRAVO-VALVERDE, R.L.; KAPLOWITZ, B.R.; COTT, J.M. – Valerian as a hypnotic for hispanic patients. **Cultur Divers Ethn Minor Psychol**, **6**(1):84-92, 2000.
- DURRENCE, H.H.; LICHSTEIN, K.L.; TAYLOR, D.J.; BUSH, A.J.; RIEDEL, B.W. – Ethnicity and the complaint of insomnia across age: an analysis from a randomized sample. **Sleep**, **24**:A344, 2001.

- ERMAN, M.K. – Insomnia. **Psychiatr Clin North Am**, **10**(4):525-39, 1987.
- ETTORRE, E.; KLAUKKA, T.; RISKKA, E. – Psychotropic drugs: long-term use, dependency and the gender factor. **Soc Sci Med**, **39**(12):1667-73, 1994.
- FABSITZ, R.R.; SHONLINSKY, P.; GOLDBERG, J. – Correlates of sleep problems among men: the vietnam era twin registry. **J Sleep Res**, **6**:50-6, 1997.
- FARNEY, R.J. & WALKER, J.M. – Office management of common sleep-wake disorders. **Med Clin North Am**, **79**(2):391-414, 1995.
- FOLEY, D.J.; MONJAN, A.A.; IZMIRLIAN, G.; HAYS, J.C.; BLAZER, D.G. – Incidence and remission of insomnia among elderly adults in a biracial cohort. **Sleep**, **22**(Suppl.2):S373-8, 1999.
- _____; MONJAN, A.; SIMONSICK, E.M.; WALLACE, R.B.; BLAZER, D.G. – Incidence and remission of insomnia among elderly adults: an epidemiologic study of 6,800 persons over three years. **Sleep**, **22**(Suppl.2):S366-72, 1999.
- FORD, D. & KAMEROW, D. – Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? **JAMA**, **262**:1479-84, 1989.
- FREEMAN, H.; ROTH, T.; GUELFY, J.D. – Insomnia: diagnosis, consequences and management. In: FREEMAN, H.; PUCCH, A.J.; ROTH, T.; *et al.* **Zolpidem: an update of its pharmacological properties and therapeutic place in the management of insomnia**. Paris, Elsevier, 1996.p.7-19.
- FRIEDMAN, L.; BROOKS, J.O.; BLIWISE, D.L. – Perception of life stress and chronic insomnia in older adults. **Psychol Aging**, **10**:352-7, 1995.
- GANZONI, E. & GUGGER, M. – Safety profile of zolpidem: two studies of 3805 patients by Swiss practitioners. **Schweiz Rundsch Med Prax**, **88**(25-26):1120-7, 1999.
- GIGLIO, S.B.; NEUMAN, B.R.G.; TUFIK, S. – Avaliação dos distúrbios do sono: elaboração e validação de um questionário. **Rev ABP-APAL**, **9**(1):9-14, 1987.

- _____ – **Estudo da ocorrência das queixas de insônia, de sonolência excessiva diurna e das relativas às parassonias na população adulta da cidade de São Paulo.** São Paulo, 1988. 159p. [Tese Doutorado – Escola Paulista de Medicina].
- HAMMOND, E.C. – Some preliminary findings on physical complaints from a prospective study of 1.064.004 men and women. **Am J Public Health**, **54**:11-23, 1964.
- HATOUM, H.T.; KANIA, C.M.; KONG, S.X.; WONG, J.M.; MENDELSON, W.B. – Prevalence of insomnia: a survey of the enrollees at five managed organizations. **Am J Manag Care**, **4**(1):79-86, 1998.
- HAURI, P. & FISHER, J. – Persistent psychophysiologic (learned) insomnia. **Sleep**, **9**(1):38-53, 1986.
- HEDNER, J.; YAECHÉ, R.; EMILIEN, G.; FARR, I.; SALINAS, E. – Zaleplon shortens subjective sleep latency and improves subjective sleep quality in elderly patients with insomnia. The Zaleplon Clinical Investigator Study Group. **Int J Geriatr Psychiatry**, **15**(8):704-12, 2000.
- HENDERSON, S.; JORM, A.F.; SCOTT, L.R.; MACKINNON, A.J.; CHRISTENSEN, H.; KORTEN, A. – Insomnia in the elderly: its prevalence and correlates in the general population. **Med J Aust**, **162**(1):22-4, 1995.
- HINDMARCH, I. – Assessment of daytime psychomotor performance and memory effects of hypnotic drugs. **JAMA SEA (Suppl)**:13-6, 1993.
- HOCH, C.C.; DEW, M.A.; REYNOLDS III, C.F.; MONK, T.H.; BUYSSE, D.J.; HOUCK, P.R.; MACHEN, M.A.; KUPFER, D.J. – A longitudinal study of laboratory – and diary-based sleep measures in healthy “Old Old” and “Young Old” volunteers. **Sleep**, **17**(6):489-96, 1994.
- HOHAGEN, F.; RINK, K.; KÄPPLER, C.; SCHRAMM, E.; RIEMANN, D.; WEYERER, S.; BERGER, M. – Prevalence and treatment of insomnia in general practice. A longitudinal study. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, **242**:329-36, 1993.

_____ ; KÄPPLER, C.; SCHRAMM, E.; RIEMANN, D.; WEYERER, S.; BERGER, M. – Sleep onset insomnia, sleep maintaining insomnia and insomnia with early morning awakening – temporal stability of subtypes in a longitudinal study on general practice attenders. **Sleep**, **17**(6):551-4, 1994.

HUGHES, C.M.; LAPANE, K.L.; MOR, V.; IKEGAMI, N.; JONSSON, P.V.; LJUNGGREN, G.; SGADARI, A. – The impact of legislation on psychotropic drug use in nursing homes: a cross-national perspective. **J Am Geriatr Soc**, **48**(8):931-7, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – **Censo demográfico 1991: Características gerais da população e instrução**. 25. ed. Rio de Janeiro, IBGE, 1991, 110p.

_____ – **Censo demográfico 1991: resultados do universo relativos às características da população e dos domicílios**. 25. ed. Rio de Janeiro, IBGE, 1991, 206p.

_____ – **Censo demográfico 2000: resultados do universo relativos às características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro, IBGE, [no prelo].

_____ – **Contagem populacional 1996**. Rio de Janeiro, IBGE, 1996.

INSTITUTO MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO URBANO E DE MEIO AMBIENTE – **Manual informativo municipal**. Campo Grande, Planurb, 4.ed., 1998, 129p.

_____ – **População do município de Campo Grande por distritos, regiões urbanas e setores**. Campo Grande, UFMS, 1999, 76p.

_____ – **Perfil socioeconômico de Campo Grande**. Campo Grande, Planurb, 7.ed. rev., 2000, 142p.

ISHIGOOKA, J.; SUZUKI, M.; ISAWA, S.; MURAOKA, H.; MURASAKI, M.; OKAWA, M. – Epidemiological study on sleep habits and insomnia of new outpatients visiting general hospitals in Japan. **Psychiatry Clin Neurosci**, **53**(4):515-22, 1999.

- JACOBSON, D.H. & WINOGRAD, C.H. – Psychoactive medications in the long-term care setting: differing perspectives among physicians, nursing staff, and patients. **J Geriatr Psychiatry Neurol**, 7(3):176-83, 1994.
- JANSON, C.; LINDBERG, E.; GISLASON, T.; ELMASRY, A. BOMAN, G. – Insomnia in men: a 10-year prospective population based study. **Sleep**, 24(1):425-30, 2001.
- JOHNSON, L.C. & SPINWEBER, C.L. – Quality of sleep and performance in the navy: a longitudinal study of good and poor sleepers. In: GUILLEMINAULT, C. & LUGARESI, E., ed. – **Sleep-wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution**. New York, Raven Press, 1983.p.13-27.
- KAGEYAMA, T.; KABUTO, M.; NITTA, H.; KUROKAWA, Y.; TAIRA, K.; SUZUKI, S.; TAKEMOTO, T. – A population study on risk factors for insomnia among adult Japanese women: a possible effect of road traffic volume. **Sleep**, 20(11):963-71, 1997.
- KALES, J.D.; KALES, A.; BIXLER, E.O. – Biopsychobehavior correlates of insomnia, V: clinical characteristics and behavioral correlates. **Am J Psychiat**, 141:1371-6, 1984.
- KARACAN, I.; THORNBY, J.I.; ANCH, M.; HOLZER, C.E.; WARHEIT, G.J.; SCHWAB, J.J.; WILLIAMS, R.L. – Prevalence of sleep disturbance in a primarily urban Florida country. **Soc Sci Med**, 10:239-44, 1976.
- _____; THORNBY, J.I.; WILLIAMS, R.L. – Sleep Disturbance: A Community Survey. In: GUILLEMINAULT, C. & LUGARESI, E., ed. – **Sleep-wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution**. New York, Raven Press, 1983.p.37-60.
- KATZ, D.A. & MCHORNEY, C.A. – Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. **Arch Intern Med**, 158(10):1099-107, 1998.
- KAYED, K. – Insomnia and hypnotics. **Tidsskr Nor Laegeforen**, 30(9):115:1087-90, 1995.

- KIM, K.; UCHIYAMA, M.; OKAWA, M.; LIU, X.; OGIHARA, R. – An epidemiological study of insomnia among the japanese general population. **Sleep**, **23**(1):41-7, 2000.
- KLINK, M.E.; QUAN, S.F.; KALTENBORN, W.T.; LEBOWITZ, M.D. – Risk factors associated with complaints of insomnia in a general adult population: influence of previous complaints of insomnia. **Arch Intern Med**, **152**(8):1634-7, 1992.
- _____ ; DODGE, R.; QUAN, S.F. – The relation of sleep complaints to respiratory symptoms in a general population. **Chest**, **105**(1):151-4, 1994.
- KNUTSSON, A.; AKERSTEDT, T.; JONSSON, B.G.; ORTH-GOMER, K. – Increased risk of ischaemic heart disease in shift workers. **Lancet**, **2**:89-92, 1986.
- KRIPKE, D.F.; SIMONS, R.N.; GARFINKEL, L.; HAMMOND, E.C. – Short and long sleep and sleeping pills: is increased mortality associated? **Arch Gen Psychiatry**, **36**:103-16, 1979.
- KROENKE, K.; ARRINGTON, M.E.; MANGELSDORFF, A.D. – The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. **Arch Intern Med**, **150**(8):1685-9, 1990.
- KRYGER, M.H.; ROTH, T.; DEMENT, W.C. – Principles and practice of sleep medicine. 2 Ed. Philadelphia - U.S.A., **W. B. Saunders Company**, 1994.p.1067.
- KUMP, K.; WHALEN, C.; TISHLER, P.V.; BROWNER, I.; FERRETTE, V.; STROHL, K.P.; ROSENBERG, C.; REDLINE, S. – Assessment of the validity and utility of a sleep-sympton questionnaire. **Am J Respir Crit Care Med**, **150**(3):735-41, 1994.
- KUPPERMANN, M.; LUBECK, D.P.; MAZONSON, P.D. – Sleep problems and their correlates in a working population. **J Gen Intern Med**, **10**:25-32, 1995.
- LEGER, D.; LEVY, E.; PAILLARD, M. – The direct costs of insomnia in France. **Sleep**, **22**(suppl.2):S394-401, 1999.

- _____ ; GUILLEMINAULT, C.; DREYFUS, J.P.; DELAHAYE, C.; PAILLARD, M. – Prevalence of insomnia in a survey of 12778 adults in France. **J Sleep Res**, **9**(1):35-42, 2000.
- LEXCEN, F.J. & HICKS, R.A. – Does cigarette smoking increase sleep problems? **Percept Mot Skills**, **77**:16-18, 1993.
- LICHSTEIN, K.L.; DURRENCE, H.H.; TAYLOR, D.J.; BUSH, A.J.; RIEDEL, B.W. – Quantitative criteria for insomnia. **Sleep**, **24**:A334, 2001.
- LINTON, S.J. & BRYNGELSSON, I. – Insomnia and its relationship to work and health in a working-age population. **Journal of Occupational Rehabilitation**, **10**(2):169-83, 2000.
- LOBO, B.L. & GREENE, W.L. – Zolpidem: distinct from triazolam? therapeutic controversies. **The Annals of Pharmacotherapy**, **31**:625-32, 1997.
- LÓPEZ, A.T.; SÁNCHEZ, M.E.G.; TORRES, F.G.; RAMÍREZ, M.P.N.; OLIVARES, M.V.S. – Hábitos y trastornos del dormir en residentes del área metropolitana de Monterrey. **Salud Mental**, **18**(1):14-22, 1995.
- LUGARESI, E.; CIRIGNOTTA, F.; ZUCCONI, M.; MONDINI, S.; LENZI, P.L.; COCCAGNA, G. – Good and poor sleepers: an epidemiological survey of the San Marino population. In: GUILLEMINAULT, C. & LUGARESI, E., ed. – **Sleep-wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution**. New York, Raven Press, 1983.p.1-12.
- MAGGIORINI, M.; BUHLER, B.; WALTER, M.; OELZ, O. – Prevalence of acute mountain sickness in the swiss alps. **BMJ**, **301**(6756):853-5, 1990.
- MANFREDI, R.L.; VGONTZAS, A.; KALES, A. – An update on sleep disorders. **Bull Menninger Clin**, **53**(3):250-73, 1989.
- MATTHYS, R.; ROECK, J.; CLUYDTS, R. – Insomnia. From a single entity to a complex concept. **Acta Psychiatr Belg**, **85**(3):390-405, 1985.

- McCALL, W.V. – **A practical guide to insomnia.** Minneapolis, The McGraw-Hill Companies, 1999, 104p.
- MELLINGER, G.D.; BALTER, M.B.; UHLENHUTH, E.H. – Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. **Arch Gen Psychiatry**, **42**:225-32, 1985.
- MIGNOT, E.; TAFTI, M.; DEMENT, W.C. – Génétique moléculaire et sommeil. In: BILLIARD, M. **Le sommeil normal et Pathologique: troubles du sommeil et de l'éveil.** Paris, Masson, 1994,p.53-66
- MITCHELL, E.S. & WOODS, N.F. – Symptom experiences of midlife women: observations from the Seattle midlife women's health study. **Maturitas**, **25**(1):1-10, 1996.
- MNISZEK, D.H. – Brighton sleep survey: a study of sleep in 20-45-year old. **J Int Med Res**, **16**:61-5, 1988.
- MONTI, J.M. & MONTI, D. – Pharmacological treatment of chronic insomnia. **CNS Drugs**, **4**(3):182-94, 1995.
- MORIN, C.M.; CULBERT, J.P.; SCHWARTZ, S.M. – Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. **Am J Psychiatry**, **151**:1171-80, 1994.
- NEUTEL, C.I. – Risk of traffic accident injury after a prescription for a benzodiazepine. **AEP**, **5**(3):239-44, 1995.
- NEYLAN, T.C.; MARMAR, C.R.; METZLER, T.J.; WEISS, D.S.; ZATZICK, D.F.; DELUCCHI, K.L.; WU, R.M.; SCHOENFELD, F.B. – Sleep disturbances in the Vietnam generation: findings from a nationally representative sample of male Vietnam veterans. **Am J Psychiatry**, **155**(7):929-33, 1998.
- NISHINO, S. & MIGNOT, E. – Drug treatment of patients with Insomnia and excessive daytime sleepiness-pharmacokinetic considerations. **Clin Pharmacokinet**, **37**(4):305-30, 1999.

NOWELL, P.D.; BUYASSE, D.J.; REYNOLDS, C.F.; HAURI, P.J.; ROTH, T.; STEPANSKI, E.J.; THORPY, M.J.; BIXLER, E.; KALES, A.; MANFREDI, R.L.; VGONTZAS, A.N.; STAPF, D.M.; HOUCK, P.R.; KUPFER, D.J. – Clinical factors contributing to the differential diagnosis of primary insomnia and insomnia related to mental disorders. **Am J Psychiatry**, **154**(10):1412-6, 1997.

NUTT, D.J. & WILSON, S. – Evaluation of severe insomnia in the general population management of insomnia: the UK perspective. **J Psychopharmacol**, **13**(suppl.1):S33-4, 1999.

OHAYON, M. – Epidemiological study on insomnia in the general population. **Sleep**, **19**(3):S7-S15, 1996.

_____ – Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. **J Psychiatr Res**, **31**(3):333-46, 1997.

_____; CAULET, M.; GUILLEMINAULT, C. – How a general population perceives its sleep and how this relates to complaint of insomnia. **Sleep**, **20**(9):715-23, 1997.

_____; CAULET, M.; PRIEST, R.G.; GUILLEMINAULT, C. – DSM-IV and ICSD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction. **Br J Psychiatry**, **171**:382-8, 1997.

_____; CAULET, M.; LEMOINE, P. – Comorbidity of mental and insomnia disorders in the general population. **Compr Psychiatry**, **39**(4):185-97, 1998.

_____; PAIVA, T.; SAGALES, T. – Comparison of insomnia prevalence in the general population of Portugal and Spain. **Sleep**, **24**:A345, 2001.

_____; VECCHIERINI, M.F.; LUBIN, S. – Excessive daytime sleepiness and insomnia in an elderly population. **Sleep**, **24**:A345, 2001.

OLSTAD, R.; SOGAARD, A.J.; SEXTON, H. – Mental health in costal areas of Finnmark 1987-93. **Tidsskr Nor Laegeforen**, **118**(9):1350-5, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993, 351p.

_____ – **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: critérios diagnósticos para pesquisa**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998, 262p.

PARTINEN, M.; KAPRIO, J.; KOSKENVUO, M.; LANGINVAINIO, H. – Sleeping habits, sleep quality, and use of sleeping pills: a population study of 31,140 adults in Finland. In: GUILLEMINAULT, C. & LUGARESI, E., ed. – **Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology, and long-term evolution**. New York, Raven Press, 1983.p.29-36.

PLUM, F. – Disorders of sleep and arousal. In BENNETT, J.C. & PLUM, F. **Cecil Textbook of Medicine**. Philadelphia, USA, W.B.Saunders Company, 20th edition, 1996.p.1982-5.

POLLAK, C.P.; PERLICK, D.; LINSNER, J.P.; WENSTON, J.; HSIEH, F. – Sleep problems in the community elderly as predictors of death and nursing home placement. **Journal of Community Health**, **15**(2):123-35, 1990.

QUERA-SALVA, M.A.; ORLUC, A.; GOLDENBERG, F.; GUILLEMINAULT, C. – Insomnia and use of hypnotics: study of a french population. **Sleep**, **14**(5):386-91, 1991.

REIMÃO, R. – **Sono: estudo abrangente**. 2 ed. São Paulo, Atheneu, 1996, 442p.

_____ – **Sono, sonho e seus distúrbios**. São Paulo, Frontis Editorial, 1999, 146p.

_____ – **Sleep latin-american references 1895-1995**. São Paulo, Frontis Editorial, 2000, 136p.

- _____ – Sleep patterns adults of the rural and isolated black community of Furnas do Dionísio, MS (ABSTRACT). Thesis. São Paulo, 2000. **Arq Neuropsiquiatr**, **59**(2-A):301-5, 2001.
- _____; SOUZA, J.C.; GAUDIOSO, C.E.V.; GUERRA, H.C.; ALVES, A.C.; OLIVEIRA, J.C.F.; GNOBIE, N.C.A.; SILVÉRIO, D.C.G. – Nocturnal sleep pattern in native brazilian Terena adults. **Arq Neuropsiquiatr**, **58**(2-A):233-8, 2000.
- ROCHA, F. – **Um estudo com base populacional de hábitos de sono, prevalência e fatores associados a insônia**. Brasília, 2000. [Tese doutorado – Universidade de Brasília].
- _____; GUERRA, H.L.; LIMA E COSTA, M.F.F. – Padrões de sono e prevalência de insônia na comunidade: resultados do inquérito de saúde de Bambuí. **J Bras Psiquiatr**, **7**:229-38, 2000.
- _____; LIMA E COSTA, M.F.F. – Epidemiologia e impacto dos distúrbios do sono. **J Bras Psiquiatr**, **49**(5):167-80, 2000.
- ROMBAUT, N.; MAILLARD, F.; KELLY, F.; HINDMARCH, I. – The quality of life of insomniacs questionnaire (QOLI). **Med Sci Res**, **18**:845-7, 1990.
- ROMERO, O. – Insomnia in the elderly: cognitive involvement and therapeutic attitudes. **Rev Neurol**, **30**(6):591-3, 2000.
- ROSEKIND, M.R. – The epidemiology and occurrence of insomnia. **J Clin Psychiatry**, **53**(suppl.6):4-6, 1992.
- ROSSINI, S.R.G.; REIMÃO, R.; LEFEVRE, B.H. – Insônia crônica na terceira idade: aspectos da avaliação psicológica. **Rev Bras Neurol Psiq**, **3**(2):49-52, 1999.
- ROTH, T. – Diagnóstico e manejo da insônia. **JEM Excerpta Medica Brasil**, **1**:28-35, 2000.

- _____ & ANCOLI-ISRAEL, S. – Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. II. **Sleep**, **22**(suppl.2):S354-8, 1999.
- SAVARD, J.; SIMARD, S.; BLANCHET, J.; IVERS, H.; MORIN, C.M. – Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. **Sleep**, **24**(5):485-634, 2001.
- SCHNEIDER-HELMERT, D. – Overestimations of hypnotic drug effects by insomniacs—a hypothesis. **Psychopharmacology**, **87**(1):107-10, 1985.
- SCHWARTZ, S.; McDOWELL ANDERSON, W.; COLE, S.R.; CORNONI-HUNTLEY, J.; HAYS, J.C.; BLAZER, D. – Insomnia and heart disease: a review of epidemiologic studies. **J Psychosom Res**, **47**(4):313-33, 1999.
- SELTZER, J.K.; KURT, T.L.; KNODEL, L.C.; DEAN, B.; BURCH, C. – Drug utilization review of sedative/hypnotic agents in Texas medicaid patients. **J Am Pharm Assoc**, **40**(4):495-9, 2000.
- SHAPIRO, C.M. & DEMENT, W.C. – Impact and epidemiology of sleep disorders. **BMJ**, **306**:1604-7, 1993.
- SHAVER, J.L.F.; GIBLIN, E.; PAULSEN, V. – Sleep quality subtypes in midlife women. **Sleep**, **14**(1):18-23, 1991.
- SHOCHAT, T.; UMPHRESS, J.; ISRAEL, A.G.; ANCOLI-ISRAEL, S. – Insomnia in primary care patients. **Sleep**, **22**(suppl.2):S359-65, 1999.
- SHORR, R.I. & BAUWENS, S.F. – Diagnosis and treatment of outpatient insomnia by psychiatric and nonpsychiatric physicians. **Am J Med**, **93**(1):78-82, 1992.
- SIMEN, S.; HAJAK, G.; SCHLAF, G.; WESTENHOFER, J.; RODENBECK, A.; BANDELOW, B.; PUDEL, V.; RUTHER, E. – Chronification of sleep disorders. Results of a representative survey in West Germany. **Nervenarzt**, **66**(9):686-95, 1995.

- SIMKO, A. – Guidelines for the use of psychopharmacologia in geriatric cases. **Ther Hung**, **37**(4):187-98, 1989.
- SIMON, G.E. & VONKORFF, M. – Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. **Am J Psychiatry**, **154**(10):1417-23, 1997.
- SMIRNE, S.; FRANCESCHI, M.; ZAMPRONI, P.; CRIPPA, D.; FERINI-STRAMBI, L. – Prevalence of sleep disorders in a unselected inpatient population. In: GUILLEMINAULT, C. & LUGARESI, E., ed. – **Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology, and long-term evolution**. New York, Raven Press, 1983.p.61-71.
- SMITH, P.L. – Health maintenance issues of the elderly. *Sleep*. **Md Med J**, **38**(2):128-30, 1989.
- SOUZA, J.C.R.P. – Quality of life and insomnia in university psychology students. **Human Psychopharmacology**, **11**:169-184, 1996.
- _____ & SOUSA, N.M. – **Sono, filosofia e mitologia: correlações clínico-filosóficas e mitológicas**. Campo Grande, Ed. UCDB, 1998, 57p.
- _____ & GUIMARÃES, L.A.M. – **Insônia e qualidade de vida**. Campo Grande, Ed. UCDB, 1999, 194p.
- SPIELMAN, A.J.; NUNES, J.; GLOVINSKY, P.B. – Insomnia. **Neurol Clin**, **14**(3):513-43, 1996.
- STEPANSKI, E.J.; ZORICK, F.J.; ROTH, T. – Pharmacotherapy of insomnia. In: CASE STUDIES IN INSOMNIA. Edited by Peter J Hauri (Plenum Publishing Corporation, 1991).
- STOLLER, M.K. – Economic effects of insomnia. **Clinical Therapeutics**, **16**:5, 1994.
- SZABO, S. – The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Assessment Instrument. In: SPILKER, B. **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**. 2 Ed. Philadelphia, New York, Lippincott-Raven Publishers, 1996.p.355-62.
- TAYLOR, D.J.; LICHSTEIN, K.L.; DURRENCE, H.H.; BUSH, A.J.; RIEDEL, B.W. – Epidemiology of anxiety, depression, and sleep. **Sleep**, **24**:A347, 2001.

- THORPY, M.J. & YAGER, J. – The encyclopedia of sleep and sleep disorders. New York, Facts On File, 1991, 298p.
- TODLO, A.; MIRANDA JUNIOR, A.; FERNANDEZ, C.V.; TAAMY, C.I.; KAKIUCHI, E.M.; ROSSI, M. – Ruídos industriais, perturbações auditivas e sua profilaxia. **Rev Bras Saúde Ocup**, **9**(36):77-80, 1981.
- ÜSTÜN, T.; PRIVETT, M.; LECRUBIER, Y. – Form, frequency, and burden of sleep problems in general health care. **Eur J Psychiatry**, **11**(suppl.1):5S-10S, 1996.
- VELA-BUENO, A. – Psychological factors and psychosocial sequelae of insomnia and its treatment. **JAMA SEA (Suppl)**:17-20, 1993.
- _____ ; DE ICETA, M.; FERNANDEZ, C. – Prevalence of sleep disorders in Madrid, Spain. **Gac Sanit**, **13**(6):441-8, 1999.
- VELLUTI, R.A. – Fisiologia do sono. In: REIMÃO, R. – **Sono - estudo abrangente**. São Paulo, Atheneu, 1996.p.1-19.
- VERMEEREN, A.; DANJOU, P.E.; O’HALON, J.F. – Residual effects of evening and middle-of-the-night administration of zaleplon 10 and 20 mg on memory and actual driving performance. **Hum Psychopharmacol Clin Exp**, **13**:S98-S107, 1998.
- VGONTZAS, A.N. & KALES, A. – Sleep and its disorders. **Annu Rev Med**, **50**:387-400, 1999.
- VINCENT, N. & LIONBERG, C. – Treatment preference and patient satisfaction in chronic insomnia. **Sleep**, **24**(4):411-7, 2001.
- WALSH, J. & USTUN, B. – Prevalence and health consequences of insomnia. **Sleep**, **22**(suppl.3):S427-S36, 1999.
- WEISSMAN, M.M.; GREENWALD, S.; NIÑO-MURCIA, G.; DEMENT, W.C. – The morbidity of insomnia uncomplicated by psychiatric disorders. **General Hospital Psychiatry**, **19**(4):245-312, 1997.

- WELSTEIN, L.; DEMENT, W.C.; REDINGTON, D.; GUILLEMINAULT, C.; MITLER, M.M. – Insomnia in the San Francisco bay area: a telephone survey. In: GUILLEMINAULT, C. & LUGARESI, E., ed. – **Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology, and long-term evolution**. New York, Raven Press, 1983.p.73-85.
- WEYERER, S. & DILLING, H. – Prevalence and treatment of insomnia in the community: results from the upper Bavarian field study. **Sleep**, **14**(5):392-8, 1991.
- WILLIAMS, R.L. & KARACAN, I. – Recent developments in the diagnosis and treatment of sleep disorders. **Hosp Community Psychiatry**, **36**(9):951-7, 1985.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Targets Insomnia. **JAMA**, **278**(20):1652, 1997.
- WORTMANN, M.C.; GRUDTNER, M.C.; FIALHO, A.F.; JARDIM NETO, J.C.; SCHAEFER, L.G.S.; SEHN, F.; PECHANSKY, F.; SOILBELMAN, M. – Consumo de benzodiazepínicos em Porto Alegre. **Rev Ass Med Brasil**, **40**(4):265-70, 1994.
- WYSOWSKI, D.K. & BAUM, C. – Outpatient use of prescription sedative-hypnotic drugs in the United States, 1970 through 1989. **Arch Intern Med**, **151**(9):1779-83, 1991.
- YAMAGUCHI, N.; MATSUBARA, S.; MOMONOI, F.; MORIKAWA, K.; TAKEYAMA, M.; MAEDA, Y. – Comparative studies on sleep disturbance in the elderly based on questionnaire assessments in 1983 and 1996. **Psychiatry Clin Neurosci**, **53**(2):261-2, 1999.
- YEO, B.K.L.; PERERA, I.S.; KOK, L.P.; TSOI, W.F. – Insomnia in the community. **Singapore Med J**, **37**:282-4, 1996.
- ZAMMIT, G.K.; WEINER, J.; DAMATO, N.; SILLUP, G.P.; McMILLAN, C.A. – Quality of life in people with insomnia. **Sleep**, **22**(Suppl 2):S379-85, 1999.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS

LILIENTFELD, D.E. & STOLLEY, P.D. – An overview of the history of epidemiology. In: LILIENTFELD, D.E. & STOLLEY, P.D. **Foundations of Epidemiology**. 3 ed. Oxford, Oxford University Press, 1994,p.22-196.

MINIDICIONÁRIO AURÉLIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. 3 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1993, 577p.

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Trad. Frei João José Pedreira de Castro. 87ªed. rev. São Paulo, Paulinas, 1992.

REIMÃO, R. & LEFEVRE, A.B. – Evaluation of flurazepam and placebo on sleep disorders in childhood. **Arq neuropsiquiatr**, **40**(1):1-13, 1982.

_____ & SOUZA, J.C.R.P. – Brazilian folk medicine for the treatment of insomnia: the use of medicinal plants as hypnotics in Campo Grande, state of Mato Grosso do Sul. **Rev Bras Neurol Psiquiatr**, **2**(3):107-110, 1998.

_____ & SOUZA, J.C.R.P. – **Sono do Indígena Terena**. Campo Grande, Ed. UCDB, 2000, 59p.

_____; SOUZA, J.C.R.P.; ALMIRÃO, R.I. – Sleep characteristics in the first two years of life in native brazilian Terena children. **Rev Bras Neurol**, **34**(5):159-162, 1998.

_____; SOUZA, J.C.R.P.; GAUDIOSO, C.E.V. – Sleep in native brazilian Bororo children. **Arq Neuropsiquiatr**, **57**(1):14-17, 1999.

_____; SOUZA, J.C.R.P.; MEDEIROS, M.M. – Sleep habits in native brazilian Terena children in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil. **Arq Neuropsiquiatr**, **56**(4):703-7, 1998.

_____; SOUZA, J.C.; GAUDIOSO, C.E.V.; GUERRA, H.C.; ALVES, A.C.; OLIVEIRA, J.C.F.; GNOBIE, N.C.A.; SILVÉRIO, D.C.G. – Padrão de vida na comunidade negra rural isolada de Furnas do Dionísio. In: REIMÃO, R.; GAGLIARDI, R.J; SPINA-FRANÇA, A. **Temas de Neurologia**. São Paulo, Frontis Editorial, 1999, p.424.

_____ ; SOUZA, J.C.; GAUDIOSO, C.E.V.; GUERRA, H.C.; ALVES, A.C.; OLIVEIRA, J.C.F.; GNOBIE, N.C.A.; SILVÉRIO, D.C.G. – Hábitos do sono nos primeiros anos de vida de crianças da comunidade negra rural isolada de Furnas do Dionísio. In: REIMÃO, R.; GAGLIARDI, R. J.; SPINA-FRANÇA, A. **Temas de Neurologia**. São Paulo, Frontis Editorial, 1999, p.426.

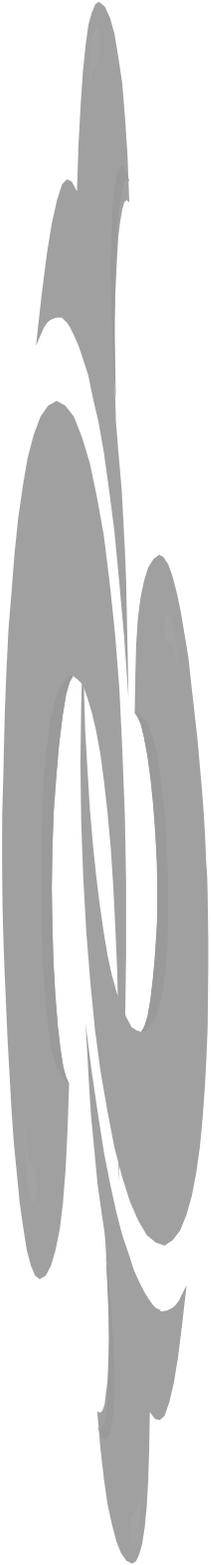
_____ ; SOUZA, J.C.; GAUDIOSO, C.E.V.; GUERRA, H.C.; ALVES, A.C.; OLIVEIRA, J.C.F.; GNOBIE, N.C.A.; SILVÉRIO, D.C.G. – Características do sono da criança na comunidade negra rural isolada de Furnas do Dionísio. In: REIMÃO, R.; GAGLIARDI, R.J.; SPINA-FRANÇA, A. **Temas de Neurologia**. São Paulo, Frontis Editorial, 1999, p.427.

SOUZA, J.C. – **Psicopatologia: proposta de aprendizagem participativa**. Campo Grande, Sólivos, 1997, 47p.

_____ – **Entendendo a insônia**. São Paulo, Paulus, 1999, 83p.

_____ ; REIMÃO, R.; ALMIRÃO, R.I.; MEDEIROS, M.M. – Características do sono de crianças indígenas Terena nos dois primeiros anos de vida. **Infanto Rev Neuropsiquiatr da Inf e Adol**, 6(supl.1):26-38, 1998.

_____ ; REIMÃO, R.; MEDEIROS, M.M.; ALMIRÃO, R.I. – Hábitos de dormir da criança Terena de dois a dez anos, no Mato Grosso do Sul. **Infanto Rev Neuropsiquiatr da Inf e Adol**, 6(supl.1):26-38, 1998.



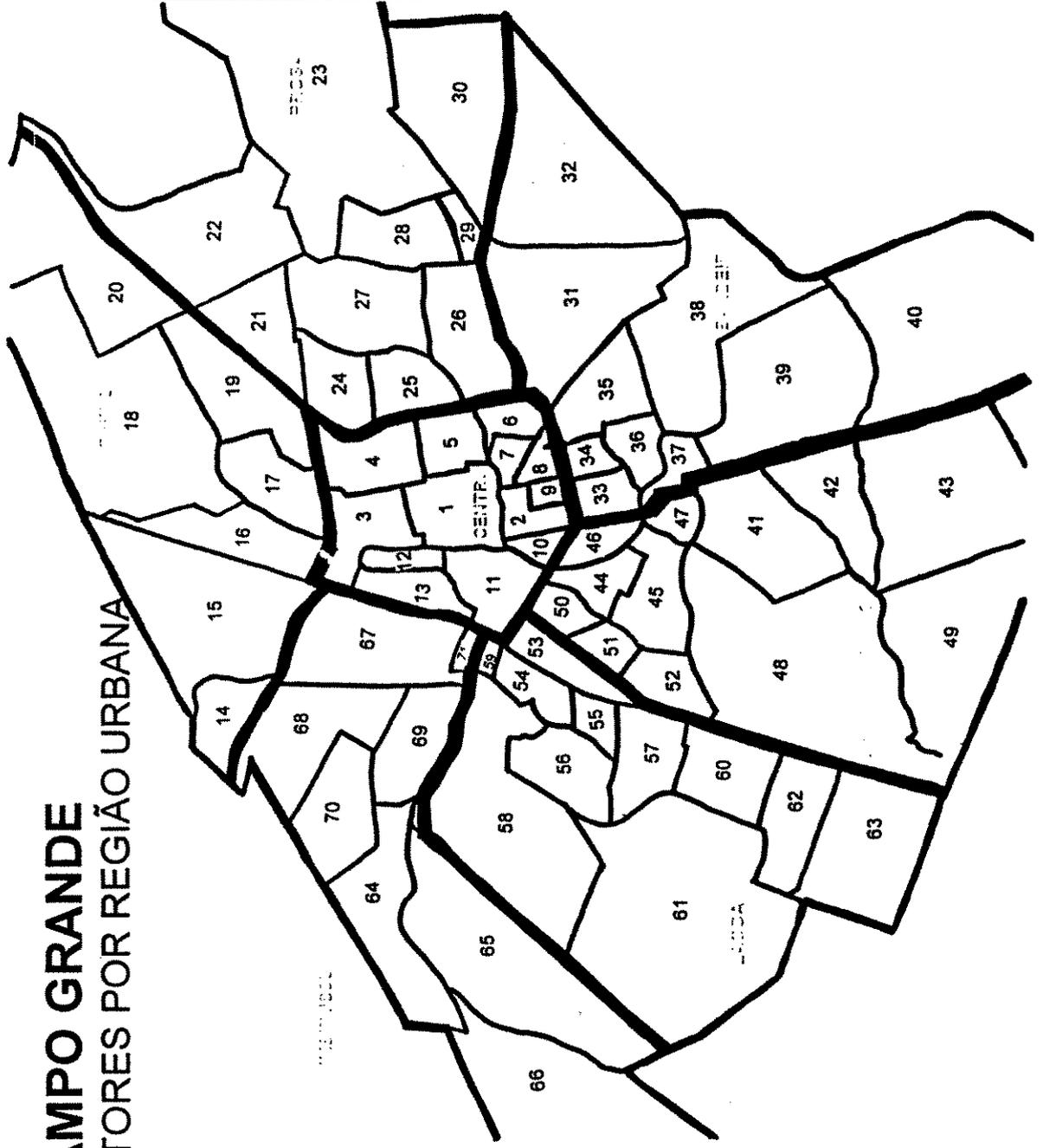
10. ANEXOS

ANEXO 1

MAPA DE CAMPO GRANDE

CAMPO GRANDE

SETORES POR REGIÃO URBANA



Nº Setor	Nível Nº Setor
1 Centro	A 37 Albuquerque
2 Glória	C 38 Rita Vieira
3 São Francisco	B 39 Universitário
4 Cruzeiro	B 40 Moreninha
5 Jd. dos Estados	A 41 Colonial
6 Bela Vista	A 42 Alves Pereira
7 Itanhanga	A 43 Centro-Oeste
8 São Bento	A 44 Jockey Club
9 Monte Líbano	B 45 Piratininga
10 Carvelho	C 46 Velarazo
11 Amambai	B 47 UFMS
12 Cabreúva	B 48 Aero Rancos
13 Planalto	B 49 Los Angeles
14 José Abraldo	B 50 Tequarusu
15 Nasser	C 51 Jacé
16 Seminário	C 52 Guanandy
17 Monte Castelo	C 53 Bandeirantes
18 Mata do Sagredo	D 54 Tereópolis
19 Cal. Antônio	C 55 Anahy
20 Nova Lima	D 56 União
21 Mata do Jacinto	C 57 Leblon
22 Novos Estados	C 58 Aeroporto A. João
23 Veronez	C 59 Vila Militar - Lagoa
24 Monte Carlo	B 60 Tijucas
25 Santa Fé	A 61 São Conrado
26 Cachoeira	B 62 Batisdo
27 Carandá Bosque	B 63 CooperVila II
28 Pq. dos Poderes	INS 64 Popular
29 Desbarrecoado	DES 65 Nova C. Grande
30 Noroeste	DES 66 Núcleo Industrial
31 Trabantes	C 67 Soorinho
32 M. Pedrossian	C 68 Santo Amaro
33 Progresso	C 69 Ima
34 TV Morena	C 70 Panamá
35 Vila Boes	A 71 Vila Militar - Imb.
36 Caroba	C

ANEXO 2

Caracterização da amostra estudada

Variável	Número	Porcentagem
Sexo		
masculino	202	49,5%
feminino	206	50,5%
Idade		
18 a 19	25	6,1%
20 a 29	120	29,4%
30 a 39	106	26,0%
40 a 49	73	17,9%
50 a 59	38	9,3%
60 ou mais	46	11,3%
Escolaridade		
Analf./Prim. Incompl.	84	20,6%
Prim. Compl./Gin. Incompl.	103	25,2%
Gin. Compl./Col. Incompl.	83	20,3%
Col. Compl./Sup. Incompl.	102	25,0%
Superior completo	36	8,8%
Classe sócio-econômica		
A	34	8,3%
B	76	18,6%
C	143	35,0%
D/E	155	38,0%
Estado civil		
solteiro	119	29,2%
casado / amasiado	241	59,1%
separado	23	5,6%
viúvo	25	6,1%
Ocupação		
atividade assalariada	95	23,3%
atividade própria	104	25,5%
sem atividade	40	9,8%
do lar	94	23,0%
inativo	45	11,0%
estudante	30	7,4%

ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO DO SONO

TENDÊNCIA PESQUISA DE MERCADO LTDA		
JOB_048		MARÇO/2001
PROJETO: QUESTIONÁRIO DE SONO		
Check:	Crítica:	Quest:
Bairro:		
Data:	Bairro:	Psq:
<p>Bom dia/boa tarde eu sou ... da Tendência, nós estamos fazendo uma Pesquisa Científica sobre os problemas de Sono (insônia) da população de Campo Grande.</p> <p>Esta pesquisa é um trabalho de tese da Unicamp e os resultados gerais serão divulgados à população campo-grandense com esclarecimentos sobre os problemas de sono e como dormir bem.</p> <p>Este termo de consentimento é uma norma do Ministério da Saúde e deverá ser assinado pelo sr(a) ao final da entrevista para que a pesquisa tenha validade científica.</p>		

06 – Qual destes itens o(a) sr(a) possui ? Quantos ?

	Não possui						
	00	01	02	03	04	05	6+
06 - Televisão em cores	00	02	03	04	05	05	05
07 - Rádio	00	01	02	03	04	04	04
08 - Banheiro	00	02	03	04	04	04	04
09 - Automóvel	00	02	04	05	05	05	05
10 - Empregada mês	00	02	04	04	04	04	04
11 - Videocassete	00	02	02	02	02	02	02
12 - Máquina de lavar	00	01	01	01	01	01	01
13 - Aspirador	00	01	01	01	01	01	01
14 - Geladeira	00	02	02	02	02	02	02
15 - Freezer ou parte da geladeira duplex	00	01	01	01	01	01	01

01- Sexo:

Masculino03
Feminino04

02- Idade: (Anote a idade exata)

De 18 a 19 anos06
De 20 a 29 anos07
De 30 a 39 anos08
De 40 a 49 anos09
De 50 a 59 anos10
60 anos ou mais11

03- Transcreva a idade do entrevistado:

04- Qual seu grau de instrução ? É do chefe da família ?

Chefe	Entrevistado	
00	Analfabeto / Primário incompleto	12
01	Primário completo / Ginásio incompleto	13
02	Ginásio completo / Colegial incompleto	14
03	Colegial completo / Superior incompleto	15
05	Superior completo	16

05- CLASSE SOCIAL:

Classe A - De 25 a 34 pontos 01
Classe B - De 17 a 24 pontos02
Classe C - De 11 a 16 pontos03
Classe D - De 06 a 10 pontos.....04
Classe E - De 00 a 05 pontos.....05

07- Estado civil: (RU)

Solteiro(a) 01
Casado(a) ou com companheiro(a) 02
Separado(a) 03
Viúvo(a) 04

08- Ocupação: (RU) (Mostre cartão 08)

Assalariado(a) registrado(a) 01
Assalariado(a) sem registro 02
Free-lancer (trabalho temporário, "bico")..... 03
Autônomo(a) 04
Funcionário(a) público(a) 05
Empresário(a) 06
Profissional liberal 07
Dona-de-casa 08
Aposentado(a) 09
Estudante 10
Vive de rendas 11
Desempregado(a) (procurando emprego) 12
Desempregado(a) 13

Outras: Qual:

Agora nós gostaríamos de saber se o(a) sr(a) sofreu algum tipo de incômodo ou problema relacionado ao sono no último mês. Por favor, para cada uma das questões, diga a melhor resposta entre as que eu vou ler.

09- No último mês com que frequência o(a) sr(a) teve dificuldade para começar a dormir (30 minutos ou mais)?(RU)
(Leia as respostas para o entrevistado) (Se necessário esclareça: *demorou meia hora ou mais para pegar no sono*)

Não teve dificuldade para começar a dormir..(P.P.P12)..... 01
Menos de uma vez por semana 02
Uma ou duas vezes por semana 03
Três ou mais vezes por semana 04

10- No último mês a dificuldade para começar a dormir o(a) incomodou ? **(RU) (Leia as respostas para o entrevistado, excluindo o código 08)**

Não incomodou.....(P.P.P12).....	01
Incomodou pouco	02
Incomodou moderadamente	03
Incomodou muito	04
Não houve dificuldade para começar a dormir	08

11- Há quanto tempo o(a) sr(a) se sente incomodado(a) com dificuldade para começar a dormir ? **(RU) (Leia as respostas para o entrevistado, excluindo o código 08)**

Apenas no último mês.....	01
Entre mais de 1 mês e 6 meses	02
Entre mais de 6 meses e 1 ano	03
Há mais de um ano: Especificar _____ anos.....	04
Não houve dificuldade para começar a dormir	08

12- No último mês com que freqüência o(a) sr(a) acordou durante a noite mais de 2 vezes e ficou acordado 30 minutos ou mais ? **(RU)**

(Leia as respostas para o entrevistado)

Não acordou durante a noite.....(P.P.P.15).....	01
Menos de uma vez por semana	02
Uma ou duas vezes por semana	03
Três ou mais vezes por semana.....	04

13- No último mês, o *acordar* durante a noite o(a) incomodou? **(Leia as respostas para o entrevistado excluindo o código 08)**

Não incomodou.....(P.P.P15).....	01
Incomodou pouco	02
Incomodou moderadamente	03
Incomodou muito	04
Não houve acordar durante a noite	08

14- Há quanto tempo o(a) sr(a) se sente incomodado(a) por acordar durante a noite ? **(RU) (Leia as respostas para o entrevistado, excluindo o código 08)**

Apenas no último mês.....	01
Entre mais de 1 mês e 6 meses	02
Entre mais de 6 meses e 1 ano	03
Há mais de um ano: Especificar _____ anos.....	04
Não houve acordar durante a noite ou este acordar não o incomodou	08

15- No último mês com que freqüência o(a) sr(a) acordou mais cedo do que o desejado sem conseguir dormir novamente ? **(RU) (Leia as respostas para o entrevistado)**

Não acordou mais cedo	(P.P.P.18).....	01
Menos de uma vez por semana		02
Uma ou duas vezes por semana		03
Três ou mais vezes por semana.....		04

16- No último mês, o *acordar* mais cedo que o desejado, sem conseguir dormir novamente o(a) incomodou ?

(RU) (Leia as respostas para o entrevistado, excluindo o código 08)

Não incomodou.....(P.P.P18).....	01
Incomodou pouco	02
Incomodou moderadamente	03
Incomodou muito	04
Não houve despertar mais cedo que o desejado.....	08

17- Há quanto tempo o(a) sr(a) se sente incomodado(a) por acordar antes da hora desejada, sem conseguir dormir novamente ? **(RU) (Leia as respostas para o entrevistado, excluindo o código 08)**

Apenas no último mês.....	01
Entre mais de 1 mês e 6 meses	02
Entre mais de 6 meses e 1 ano	03
Há mais de um ano: Especificar _____ anos.....	04
Não houve despertar mais cedo que o desejado ou isto não incomodou	08

18- No último mês, caso o(a) sr(a) tenha apresentado qualquer desconforto ou queixa relacionada ao sono **(dificuldade para dormir, acordar durante a noite ou acordar antes da hora desejada)**, houve prejuízo ou comprometimento de suas atividades no dia seguinte ? **(RU) (Leia as respostas para o entrevistado, inclusive o código 08) (Marque a resposta 08 caso não tenha havido problema de sono)**

Não prejudicou.....	01
Prejudicou pouco	02
Prejudicou moderadamente	03
Prejudicou muito	04
Não houve problema de sono	08

19- No último mês com que freqüência o(a) sr(a) usou remédio para dormir ? **(RU)**

(Leia as respostas para o entrevistado)

Não usou remédio para dormir.....	01
Usou menos de uma vez por semana	02
Usou uma ou duas vezes por semana	03
Usou três ou mais vezes por semana	04

20- Durante a sua vida, qual o tempo total, somando-se todos os períodos que o(a) sr(a) usou remédios para dormir ? **(RU) (Leia as respostas para o entrevistado)**

Nunca usou	(P.P.P 22)	01
Usou 1 mês ou menos		02
Usou entre mais de 1 mês e 6 meses		03
Usou entre mais de 6 meses e 1 ano		04
Usou mais de 1 ano: Especificar _____ anos.....		05

21- Quem indicou o remédio para dormir que o(a) sr(a) usa ou usou mais recentemente ? **(RU) (Leia as respostas para o entrevistado, inclusive outros)**

- | | |
|--------------------------------------|----|
| O próprio entrevistado..... | 01 |
| Familiar | 02 |
| Vizinho, amigo ou colega..... | 03 |
| Farmacêutico | 04 |
| Médico: especialidade | 05 |
| Outros: especificar | 06 |
| Nunca usou remédio para dormir | 08 |

22- Existe alguma coisa que o(a) sr(a) costuma fazer, usar ou tomar para conseguir dormir melhor ? **(Caso o entrevistado diga que não, citar os exemplos: banho, relaxamento, chá de erva cidreira, televisão, bebida alcóolica)**

- | | |
|--------------------------|----|
| Sim..... | 01 |
| Não(P.P.P 24) | 02 |

SE SIM

23- O quê ? **(RM)**

Nome:

Endereço:

Telefone:

Declaro serem verdadeiras todas as informações contidas neste questionário, inclusive as de Perfil e Classe Social conforme as normas exigidas pela Tendência Pesquisa de Mercado Ltda.

ENTREVISTADOR

ASSALARIADO(A) REGISTRADO(A)

ASSALARIADO(A) SEM REGISTRO

FREE-LANCER (TRABALHO TEMPORÁRIO, “BICO”)

AUTÔNOMO(A)

FUNCIÓNÁRIO(A) PÚBLICO(A)

EMPRESÁRIO(A)

PROFISSIONAL LIBERAL

DONA-DE-CASA

APOSENTADO(A)

ESTUDANTE

VIVE DE RENDAS

DESEMPREGADO(A) (PROCURANDO EMPREGO)

DESEMPREGADO(A)

OUTRAS

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do Projeto: **“ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA INSÔNIA NA POPULAÇÃO GERAL DE CAMPO GRANDE, MS”**

Nome do responsável pela pesquisa: **JOSÉ CARLOS ROSA PIRES DE SOUZA**

Objetivo e justificativas: A pesquisa vai verificar os hábitos e distúrbios do sono nos habitantes da cidade de Campo Grande, haja vista que não existem dados a este respeito. Os resultados serão divulgados à população campo-grandense através da imprensa, com esclarecimentos sobre problemas de sono e como dormir bem.

Eu.....Idade:.....RG:.....
Endereço:.....

Declaro consentir em participar, sem nenhum gasto, da pesquisa científica intitulada **Estudo Epidemiológico da Insônia na População Geral de Campo Grande, MS**, de autoria do Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, Professor da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, MS.

Tenho ciência de que minha participação consistirá em responder a um questionário individual e de múltipla escolha. As respostas serão analisadas estatisticamente sem a minha identificação, com posterior redação de trabalho de Tese da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Entrevistado(a) Nome.....

Assinatura.....

Entrevistador(a) Nome.....

Assinatura.....

Responsável pela pesquisa Nome.....

Assinatura.....

Telefone: (67) 325-0990

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas: (19) 3788-8936

Campo Grande,MS, ____ de _____ de 2001.