

Análise epidemiológica e polissonográfica de pacientes com suspeita de insônia em uma clínica de medicina do sono

Epidemiological and polysomnography analysis of patients with suspected of insomnia in a Sleep Medicine Clinic.

Jaqueline Maffezzolli da Luz¹, Kristian Madeira², Fábio José Fabrício de Barros Souza³

1. Acadêmica da 11^a fase de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).
2. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Professor de Bioestatística do departamento de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Pesquisador do Laboratório de Epidemiologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).
3. Médico Pneumologista. Mestre em Ciências Pneumológicas pela UFRGS. Professor do curso de graduação em Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

Vinculação do artigo

Curso de Medicina – Universidade do Extremo sul Catarinense (UNESC).

Endereço para correspondência

Curso de Medicina – Av. Universitária, 1105

Criciúma – SC – Bairro Universitário

CEP – 88806-000

fsouzapneumo@hotmail.com

Fonte de Financiamento: dos próprios autores.

Análise em suspeita clínica de insônia

Resumo

Foi avaliado o perfil epidemiológico e as análises polissonográficas de pacientes com suspeita de insônia em uma Clínica de Medicina do Sono durante o período de agosto de 2014 a março de 2015. Realizou-se um estudo quantitativo, observacional, retrospectivo e coleta de dados secundários. Foram incluídos 27 pacientes, todos com suspeita clínica de insônia na consulta médica e que realizaram polissonografia por esse motivo durante o período de análise do estudo. Coletaram-se dados, através dos prontuários, das medidas antropométricas, da pontuação da Escala de Sonolência de Epworth, dos questionários de ansiedade e depressão de Beck e do índice de qualidade do sono de Pittsburgh. Os dados polissonográficos analisados foram eficiência do sono, latência para o sono não REM e REM, tempo total de sono, movimentos periódicos de pernas, índice apnéia/hipopnéia, índice de microdespertares, tempo total desperto após início do sono (WASO) e a duração dos estágios do sono 1, 2, 3 e REM. Os dados foram analisados com auxílio do *software SPSS* versão 22.0. A prevalência de insônia foi de 85,1% com insônia por pelo menos 1 critério polissonográfico; seis pacientes possuíam alterações ao exame contribuintes para o diagnóstico de síndrome das pernas inquietas e doze para síndrome de apneia do sono. Houve alta prevalência de insônia na amostra e uma correlação entre depressão e insônia encontrada através de questionários. Foi reforçada nesse estudo a importância da polissonografia como meio diagnóstico da enfermidade, apesar de ser consenso que o diagnóstico de insônia é predominantemente clínico.

Descritores: distúrbios do início e da manutenção do sono, polissonografia, depressão.

Abstract

We evaluated the epidemiological profile and the polysomnographic analysis of patients suspected of insomnia in a sleep medicine clinic during the period August 2014 to March 2015. Was performed a quantitative study, observational, retrospective and secondary data collection. 27 patients were included, and all had clinical suspicion of insomnia in medical consultation and underwent polysomnography for diagnosis or disqualified during the review period of this study. It is collected through medical records of patients anthropometric measurements, Sleepiness Scale score of Epworth, the questionnaires of anxiety and depression of Beck and the quality score of Pittsburgh Sleep. Polysomnographic data were analyzed sleep efficiency, sleep latency non-REM and REM sleep, total sleep time, periodic leg movements, index apnea / hypopnea index, arousal index, total time awake after sleep onset (WASO) and duration of sleep stages 1, 2, 3 and REM. Data were analyzed using the SPSS version 22.0. The prevalence of insomnia was 85.1% with insomnia for at least 1 polysomnographic criteria; six patients had abnormal contributors to the examination for the diagnosis of restless legs syndrome and twelve for sleep apnea syndrome. There was a high prevalence of insomnia in the sample and a correlation between depression and insomnia found through questionnaires. It was reinforced in this study the importance of polysomnography as a tool for the diagnosis of the disease, although it is agreed that the diagnosis of insomnia is primarily clinical.

Keywords: sleep initiation and maintenance disorders, polysomnography, depression.

Introdução

Sabida como a dificuldade para iniciar ou manter o sono, temporária ou persistente⁽¹⁾, a insônia tem como principais características a insatisfação com a quantidade ou qualidade do sono e prejuízo significativo nas áreas social e ocupacional⁽²⁾. Além de ser considerada na maioria dos estudos a desordem do sono mais comum⁽³⁾, vem sendo considerada um problema de saúde pública, devido ao elevado índice de queixas na população em geral e por estar muitas vezes comórbida a um segundo distúrbio do sono ou mesmo a outra patologia⁽⁴⁾.

Apesar do diagnóstico predominantemente clínico, a polissonografia (PSG) mostra-se um método eficaz e fidedigno para a elucidação ou exclusão de insônia em pacientes cuja suspeita clínica não foi capaz de excluir outras doenças do sono, possibilitando assim um diagnóstico preciso e a partir desse o tratamento mais adequado⁽⁵⁾. Estudos usando a PSG em pacientes com diagnóstico clínico em comparação com grupos controles demonstraram que o exame ajudou na avaliação dos pacientes insones bem como serviu para diferenciar a doença de outras etiologias⁽⁴⁾.

Este estudo buscou avaliar o perfil epidemiológico e as análises polissonográficas de pacientes com suspeita clínica de insônia em uma cidade do sul de Santa Catarina, no período de agosto de 2014 a março de 2015.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, retrospectivo com coleta de dados secundários. Foram incluídos no estudo, pacientes consecutivos com suspeita clínica de insônia que foram submetidos à PSG no período de agosto de 2014 a março de 2015 em uma clínica de Medicina do Sono na cidade de Criciúma, Santa Catarina. Foram excluídos indivíduos menores de sete anos de idade (limitação de idade da clínica para a realização de polissonografia) e pacientes que tinham como indicação para o exame outro distúrbio do sono. Este estudo foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisada UNESC sob protocolo de número

787.397/2014.

Não houve diferenciação neste estudo em relação ao uso de medicamentos ansiolíticos, ou indutores do sono. Assim, os pacientes que já faziam uso de tais puderam fazer o uso no dia do exame, porém os que não o faziam, também não fizeram uso de quaisquer medicações no dia da polissonografia.

Através dos prontuários dos pacientes foram coletadas medidas antropométricas, como altura, peso e índice de massa corpórea (IMC); pontuação e classificação das escalas de sonolência diurna, ansiedade, depressão e qualidade de sono dos 27 pacientes incluídos no estudo. Para a avaliação da sonolência diurna utilizou-se a Escala de Epworth (ESE) que avalia a probabilidade de cochilo em oito situações distintas envolvendo atividades diárias, em que a pontuação varia de 0 a 24; caracterizando sonolência excessiva valores acima de 10⁽⁶⁾. A ansiedade foi avaliada através do questionário de ansiedade de Beck (Beck-A), composto por 21 alternativas que refletem o grau de ansiedade, questionando sobre o quanto o paciente sentiu-se incomodado pelo sintoma na semana que passou⁽⁷⁾. O Inventário de Depressão de Beck-II (Beck-D) consiste em uma auto avaliação a respeito de 21 itens de múltipla escolha relacionados ao atual momento⁽⁸⁾. Por fim, o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) que se refere à qualidade do sono no período de um mês sendo composto por 10 questões dispostas em sete componentes que avaliam a qualidade subjetiva do sono, a demora para dormir, duração do sono, eficiência habitual do sono, possíveis distúrbios associados, uso de medicações para dormir e disfunções diurnas, respectivamente. Escores de 0-4 pontos indicam boa qualidade do sono, 5-10 pontos indicam qualidade ruim e acima de 10 pontos sugerem de distúrbios do sono; sendo a pontuação máxima de 21 pontos⁽⁹⁾.

As polissonografias foram laudadas por um médico especialista em Medicina do Sono pela Associação Brasileira do Sono, sendo os dados analisados no estudo a eficiência do sono, latência para o sono *No Rapid Eye Movement* (NREM – sem movimento rápido dos olhos) e para o sono *Rapid Eye Movement* (REM – com movimento rápido dos olhos), tempo total de sono, movimentos periódicos de pernas, índice apneia/hipopneia, índice de microdespertares, tempo desperto após início do sono (WASO) e a duração dos estágios do sono

1, 2, 3 e REM.

A eficiência do sono (EF) é a porcentagem do tempo total do sono sobre o tempo de registro, normalmente maior do que 85%. Latência para o sono NREM (LNREM) foi considerada normal se inferior a 30 minutos, já a latência do sono REM (LREM) foi considerada normal de 90 até 150 minutos. O índice de microdespertares foi considerado normal quando houve menos de 15 episódios por hora. A variável nominada movimentos periódicos de pernas (MPP) foi agrupada de acordo com o número de eventos ocorridos em uma hora de sono, sendo considerada alterada se $MPP > 5$ eventos/ hora. O índice de apneia e hipopneia (IAH) foi considerado alterado quando ocorreram mais do que cinco eventos em uma hora de sono ($IAH > 5$ eventos/ hora). A variável denominada WASO foi considerada alterada quando valores superiores ou iguais a 20 minutos^(10,11). Em relação à duração dos estágios do sono, foram considerados dentro da normalidade Estágio 1 (E1) entre 2-5%, Estágio 2 (E2) 45-50%, Estágio 3 (E3) 18-25% e REM 20-25% em relação ao tempo total de sono^(10,11).

Para as gravações das polissonografias foi utilizado o sistema *Alice*® (Respironics pela *Philips*) que conta com derivações de eletroencefalograma (F4/M1, C4/M1, O2/M1, F3/M2, C3/M2, O1/M2), eletro-oculograma, eletrodos submentonianos, eletromiograma tibial anterior e eletrocardiograma. O fluxo de ar é controlado através de um termistor nasal e uma cânula de pressão nasal. A movimentação abdominal e torácica foi registrada com o uso de cintos e pletismografia indutiva. A saturação de oxigênio foi medida através de oximetria. Os laudos seguiram o manual atual da Academia Americana de Medicina do Sono⁽¹²⁾.

Os dados coletados foram organizados em planilhas do software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão ou mediana, mínimo e máximo. As variáveis qualitativas foram expressas por frequência e porcentagem.

Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha=0,05$ e confiança de 95%. A distribuição das variáveis quantitativas quanto à normalidade foi avaliada por meio da aplicação do teste estatístico Shapiro-Wilk. A homogeneidade das variâncias foi avaliada por meio do teste de Levene.

A verificação da existência de associação entre os resultados dos questionários de ESE, IQSP, Beck-A e Beck-D, foi investigada por meio da aplicação do teste qui-quadrado de Pearson.

A comparação da média de idade, WASO e tempo total de sono (TTS) entre as categorias da variável IQSP foi realizada por meio da aplicação do teste t de Student para amostras independentes. A investigação da existência de associação entre as variáveis sexo, eficiência do sono e IQSP foi avaliada por meio da aplicação do teste qui-quadrado de Pearson.

A comparação dos resultados quantitativos da polissonografia entre as categorias da variável sexo foi realizada por meio dos testes t de Student para amostras independentes e U de Mann-Whitney. Para concordância entre WASO, LNREM e EF foi usado o teste Kappa.

Resultados

Em relação à distribuição de gêneros; 15(55,60%) mulheres e 12(44,40%) homens, com idade média de $45,74 \pm 16,47$ anos. A maior porcentagem da amostra, em relação ao IMC foi eutrófica com 13(48,10%) indivíduos, 10(37,00%) foram classificados como sobrepeso e 4(14,80%) como obesos.

Na amostra analisada, em média e desvio padrão a eficiência do sono foi de $83,47 \pm 10,04\%$ (média±DP), a LNREM foi de $16,52 \pm 14,90$ minutos e WASO foi em média $47,38 \pm 35,88$, corroborando para a confirmação do diagnóstico de insônia de uma maneira geral. Sendo que dos 27 pacientes, 13(48,14%) apresentavam eficiência do sono menor do que 85%, 4(14,81%) tiveram LNREM maior do que 30 minutos e 21(77,77%) apresentaram WASO maior ou igual a 20 minutos. Apenas 2(7,40%) pacientes obtiveram alteração nos três critérios concomitantemente. A porcentagem de pacientes incluídos no estudo que tiveram ao menos uma alteração polissonográfica sugestiva de insônia – eficiência ou LNREM ou WASO alterados foi de 85,1% (23 pacientes). Dos quatro pacientes que não possuíam nenhum dos três critérios, 1 possuía IAH>5 eventos/hora, constituindo critério para apneia do sono, 1 possuía critério polissonográfico para MPP, 1 possuía critério para ambos e o último não possuía nenhum critério alterado para essas comorbidades. Em relação aos estágios do sono, E1

apresentou-se com uma mediana 5,10%(mín:2,30%; máx: 20,90%), E2 correspondeu a maior porcentagem entre os estágios com mediana de 71,30% (mín: 41,40%; máx: 88,60%), E3 com 10,50% (mín: 0,00%; máx: 42,40%), e REM com 11,00 (mín:0,00%; máx: 20,90%). Quanto a MPP foi de $1,83 \pm 3,32$ eventos/hora. Já o IAH foi de $7,26 \pm 7,87$ eventos/hora (Tabela1).

A amostra sugere uma concordância fraca²⁹ ($k=0,129$) entre a eficiência do sono e o WASO, enquanto entre LNREM e WASO não há concordância ($k=-0,118$) para o diagnóstico de insônia segundo o teste kappa, não havendo inclusive evidências de significância estatística dessas observações na população amostrada ($p>0,05$). Entretanto há evidências de que exista uma concordância estatisticamente significativa e regular ($k=0,315$) entre a eficiência do sono e a latência para o sono NREM, para o diagnóstico de insônia ($p=0,025$) (Gráfico 1).

Quando analisados os questionários aplicados, o ESE classificou como dentro da normalidade 22(81,50%) dos pacientes, 4(14,80%) como excessivamente sonolentos ($ESE \geq 11$ pontos) durante o dia, e apenas 1(3,70%) como gravemente sonolento ($ESE=17$ pontos). Já o questionário de ansiedade de Beck, apontou ansiedade mínima em 8(29,60%) dos pacientes, leve em 7(25,90%), moderada 7(25,90%) e ansiedade severa em 3(11,10%) dos pacientes que o responderam. De acordo com o Questionário de Depressão de Beck, por sua vez, 6(22,20%) dos pacientes não têm depressão, 4(14,80%) deles possuem depressão leve à moderada, 12(44,40%) moderada à grave e 2(7,40%) depressão severa (Tabela2).

O Índice de qualidade do sono de Pittsburgh foi analisado de maneira isolada, correlacionado com os outros questionários, com idade, sexo e algumas variáveis polissonográficas. Isoladamente, de acordo com o índice, 16(59,30%) pacientes são portadores de algum distúrbio do sono e 8(29,60%) possuem uma qualidade do sono ruim (Tabela 3). Nenhum paciente do sexo feminino foi classificado como tendo uma boa qualidade do sono; 10(62,50%) foram classificadas como portadoras de distúrbio do sono, assim como 6(37,50%) dos homens. Três (37,50%) mulheres e 5(62,50%) homens tiveram qualidade ruim, constituindo-se à relação sexo-Pittsburgh ($p= 0,247$) sem diferença estatisticamente significativa. Em relação à eficiência do sono, 9(56,30%) classificados como tendo distúrbio do sono apresentaram na polissonografia valores baixos nesta variável ($p=0,040$). O WASO dos

pacientes com possíveis distúrbios do sono foi de $51,16 \pm 31,89$ minutos, e o tempo total de sono foi de $360,56 \pm 50,13$ minutos. Dentre os pacientes com qualidade ruim, a média do WASO foi de $29,75 \pm 10,07$ e tempo total de sono $374,12 \pm 55,81$ minutos (Tabela 3).

Já a correlação entre os questionários evidenciou 14(87,50%) dos pacientes classificados pelo IQSP como possuidores de distúrbios do sono, tiveram o ESE normal ($p=0,080$). A correlação entre IQSP e BECK-A, demonstra que, os pacientes classificados por aquele como portadores de distúrbio de sono tiveram variadas classificações a respeito da ansiedade; 3(18,80%) severa, 5(31,30%) moderada, 5(31,30%) leve e 3(18,80%) ansiedade mínima ($p=0,475$). Na relação IQSP-BECK-D de 16 pacientes com distúrbio do sono, 11(68,80%) possuem depressão moderada a grave. Os dois pacientes com depressão severa (18,50%) também possuíam distúrbio do sono, constituindo-se assim uma relação estatisticamente significativa ($p=0,049$). Não houve relação significativa entre o questionário de ansiedade de Beck e os demais (Tabela 4).

Discussão

Em relação ao perfil epidemiológico da amostra a idade média observada foi de 45 anos, delineando um perfil etário 10 anos mais velho em relação a um estudo de Rosa R. e colaboradores⁽¹³⁾, que objetivou demonstrar que queixas reportadas de insônia crônica não se correlacionavam diretamente com os dados obtidos em eletroencefalogramas⁽¹³⁾. Porém, 20 anos mais jovem em relação a outro estudo sobre polissonografias de pacientes com percepção subjetiva de insônia há oito anos⁽¹⁴⁾ e também na revisão de Ohayon publicada em 2002⁽¹⁵⁾. Esta amostra foi predominantemente feminina, também concordando com Ohayon⁽¹⁵⁾, onde se evidencia maior prevalência de insônia nas mulheres. Em se tratando de IMC houve uma leve predominância de eutrofia entre os indivíduos, diferindo de outros estudos em que o sobrepeso era a classificação mais prevalente⁽¹⁴⁾.

A ocorrência de insônia tendo como base a alteração de pelo menos uma variável dentre WASO, LNREM e EF, foi de 85,10%, mostrando-se superior em relação à análise de Lichstein e colaboradores que foi de 43% em uma amostra de idosos com insônia⁽¹⁴⁾, que

também usou polissonografia como método diagnóstico. Em relação a estudos baseados no *America Insomnia Survey*, apenas com base na clínica, 62,10% da população possui algum problema do sono e 65,60% possuíam insônia dentre aqueles com problemas relacionados ao sono⁽¹⁶⁾. O trabalho de Junior e colaboradores de 2009, entretanto, demonstrou que na maioria dos insones analisados a estrutura do sono foi semelhante à da população normal⁽¹⁷⁾ opondo-se assim aos resultados desse estudo.

Quando analisado os parâmetros polissonográficos, a média de tempo total de sono dessa amostra foi de 328 minutos, cerca de 60 minutos a menos em comparação a um trabalho que estudou variáveis polissonográficas de pacientes insones ambulatoriais e internados com depressão⁽¹⁸⁾. Os valores de LNREM foram semelhantes e a eficiência do sono demonstrou-se normal naquela população (média de 88%)⁽¹⁸⁾, enquanto no presente estudo esteve predominantemente alterada (média de 83%). Houve maior diferença de valores em relação à LREM, sendo que nesta pesquisa os valores foram em média 153 minutos, cerca de 50 minutos a mais em relação à outra análise (média 106 minutos)⁽¹³⁾. O valor de WASO foi cerca de 30 minutos menor nesta amostra comparativamente ao estudo de Rosa e colaboradores⁽¹³⁾. Neste estudo o E1 representou em média 6,70% enquanto que na análise mencionada⁽¹³⁾, sobre pacientes com queixa de insônia crônica, a duração desse estágio foi de 16% em média. Já em outro estudo de 1997, que analisou pacientes com insônia objetiva e subjetiva a média foi de 6,80%, mais próxima desta análise⁽¹⁹⁾. O E2 correspondeu em média a 70,90%, valor maior do que outros estudos analisados^(13,18,19,20). Estágio REM representou em média 10%, valor que foi inferior a todos os outros estudos observados^(13,18,19,20,21). Nota-se que nossa amostra apresentou mais critérios polissonográficos de insônia e parâmetros eletroencefalográficos de superficialização do sono, representando um grupo realmente insone, talvez até mais grave quando comparado com as pesquisas citadas^(13,18,19,20,21).

Observa-se que a percepção subjetiva dos indivíduos em relação à própria qualidade do sono, analisada através do IQSP demonstrou que a maioria dos pacientes foi classificada como portadora de distúrbio do sono com a eficiência do sono baixa. Porém, dentre os pacientes classificados com qualidade ruim do sono, a maioria teve eficiência do sono e

WASO normal. Esse dado corrobora com a afirmativa de Buysse em seu estudo de que muitos pacientes com insônia superestimam WASO e subestimam a duração do sono em comparação com as medidas polissonográficas⁽²²⁾.

Em relação aos resultados das escalas aplicadas, a ESE, apresentou resultados normais em 81,50% da amostra, com uma média de seis pontos, em acordo com outra análise¹³ cuja média da pontuação foi de oito pontos. Já a escala de Depressão de Beck apontou de 44,40% dos pacientes com suspeita clínica de insônia possuíam depressão em um grau moderado a grave. Um estudo que correlacionou polissonografias de pacientes com transtornos de humor e utilizou o questionário de Beck para avaliar o grau de depressão também teve a maioria dos indivíduos classificados como depressão moderada a grave (85%)⁽²³⁾. Outros estudos mostraram que em indivíduos em curso de um episódio de depressão maior, aproximadamente 80% possuem sintomas de insônia, e a taxa chega a 90% quando ocorre concomitantemente a presença de ansiedade^(24,25). Walsh em 2011 demonstrou que 18% dos pacientes com insônia diagnosticada clinicamente possuíam concomitantemente depressão⁽²⁶⁾.

Em um estudo feito em parceria entre uma universidade Suíça e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por Chellappa e Araújo em 2007, sobre a percepção subjetiva do sono em pacientes com transtorno depressivo, também usando IQSP e Beck-D, foi sugerido que os pacientes com transtorno depressivo apresentaram um pior perfil da qualidade subjetiva do sono, principalmente os insones, dentre o grupo estudado. Desta forma, os transtornos e a percepção da qualidade do sono parecem desempenhar uma função importante na depressão⁽²⁷⁾.

Com relação a outros distúrbios do sono destaca-se a apneia obstrutiva do sono com IAH>5 eventos/hora, cuja prevalência nessa amostra foi de 44,40%. Para Lichstein e colaboradores⁽¹⁴⁾ a prevalência usando o mesmo ponto de corte foi de 43%; sendo que 13 dos 54 pacientes com insônia (24%) foram erroneamente classificados clinicamente como tendo apneia do sono; quando classificado como tendo apneia, entretanto este diagnóstico foi correto em 59% dos casos (baixa especificidade).

Em nossa amostra, 2(7,40%) pacientes com suspeita clínica de insônia, não apresentaram nenhum critério polissonográfico para tal, porém tinham IAH> 5 eventos/hora, já

9(33,30%) pacientes obtiveram critérios para ambas; insônia e apneia do sono. Assim quando um paciente era classificado clinicamente como insone, esse diagnóstico estava certo em 85% dos casos, porém o achado não foi específico, visto que havia comorbidades associadas em alguns casos. A prevalência de apneia em pacientes com diagnóstico clínico de insônia foi de 15,60% para Walsh, em 2011⁽²⁶⁾, porém em tal estudo, não foi utilizada polissonografia, apenas a percepção do próprio paciente a respeito de seus sintomas.

Neste estudo, 22,20% dos pacientes apresentaram mais do que cinco eventos de MPP por hora, com idades entre 29 e 79 anos. Sabe-se que o MPP ocorre principalmente acima de 30 anos em 5% e acima dos 60 anos em 44%⁽²⁸⁾.

Cabe ressaltar que o presente estudo avaliou os pacientes em apenas uma noite de polissonografia, sendo que sabidamente os indivíduos podem ter um agravo do quadro na primeira noite em que realizam o exame, e compreendendo que os sintomas podem variar de noite para noite, um único exame pode não conseguir detectar as alterações relacionadas à patologia⁽⁴⁾. Outros vieses foram o reduzido número de pacientes e a elevada disparidade entre suas idades. Além disso, não foi feita distinção entre os pacientes que já usavam terapia medicamentosa para tratamento de insônia dos que não a utilizavam no momento do exame.

Conclui-se que houve uma elevada prevalência de insônia por critério polissonográfico. Nesse estudo foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre insônia e estados depressivos, reforçando a importância da busca por comorbidades nos pacientes insones. É sabido que um maior número de pacientes com insônia deve ser analisado em laboratório do sono para avaliar a contribuição diagnóstica e características mais específicas dessa enfermidade por polissonografia.

Referências

- 1.Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ed. Porto Alegre: Artesmédicas, 1997.
- 2.APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. ed. London: American Psychiatric Publishing, 2013.
3. Sharma, MP; Andrade, C. Behavioral interventions for insomnia: Theory and practice. Indian J Psychiatry. 2012;359-66.

4. Littner, M. et al. Practice Parameters for Using Polysomnography to Evaluate Insomnia: An Update. *Sleep* 2003; 754-60.
5. Bacelar, A. *Insônia: do diagnóstico ao tratamento*. 3ed. São Paulo: Omnifarma, 2013.
6. Bertolazi, AN et al. Validação da escala de sonolência de Epworth em português para uso no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2009; 877-83.
7. Beck, AT et al. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology* 1989; 893-97.
8. Gomes-Oliveira, MH et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2012;34:389-94.
9. Ribeiro, CRF; Silva, YMGP; Oliveira, SMC. O impacto da qualidade do sono na formação médica. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 2014; 12:8-14.
10. Togeiro SMGP, Smith Ak. Métodos diagnósticos nos distúrbios do sono. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2005; 27: 8-15.
11. Guimarães GM. Diagnóstico Polissonográfico. *Pulmão RJ* 2010;19(3-4):88-92.
12. Berry RB, Brooks, Gamaldo CE, Harding SM, Marcus CL, Vaughn BV et al. *The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology and technical specifications*. Version 2.0. Darien, Illinois: American Academy of Sleep Medicine; 2012.
13. Rosa R, et al. Reported Chronic Insomnia is Independent of Poor Sleep as Measured by Electroencephalography. *Psychosomatic Medicine* 2000; 62:474-82.
14. Lichstein, KI, et al. Occult sleep apnea in a recruited sample of older adults with insomnia. *J Consult Clin Psychol* 1999; 405-10.
15. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews* 2002; 6(2):97-111.
16. Coulouvrat RT, et al. Prevalence and perceived health associated with insomnia based on DSM-IV-TR, ICD-10, and RDC/ICSD-2 criteria: Results from the America Insomnia Survey (AIS). *Biological Psychiatry* 2011; 69(6):592-600.
17. Junior LRP, et al. Sleep perception in insomniacs, sleep-disordered breathing patients, and healthy volunteers: An important biologic parameter of sleep. *Sleep Medicine* 2009; 865-68.
18. Thase ME, et al. Identifying abnormal electroencephalographic sleep profile to characterize major depressive disorder. *Biol Psychiatry*. 1996; ;41:964-973.
19. Dorsey C, Bootzin RR. Subjective and psychophysiologic insomnia: an examination of sleep tendency and personality. *Biol Psychiatry* 1997; 41:209-216.
20. Pecknold JC, Luthe L. Sleep studies and neurochemical correlates in panic disorder and agoraphobi. *Biol Psychiatry* 1990; 14:753-58.
21. Lauer CJ, et al. Panic disorder and major depression: a comparative electroencephalographic sleep study. *Psychiatry Research: Elsevier* 1992; 44:41-54.
22. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA* 2013; 309(7):706-716.
23. Souza MM, Damácio RKM, Reimão R. Avaliação polissonográfica de pacientes ambulatoriais portadores de transtornos do humor. *ArqNeuropsiquiatr*2003;61(2-B):387-391.
24. Ohayon MM, Shapiro CM, Kennedy SH. Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: comorbidity and treatment consequences. *Can J Psychiatry* 2000; 45:166-172.
25. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-national epidemiology of major depressive and bipolar disorder. *J AmMedAssoc*1996; 276: 293–299.
26. Walsh JK, et al. Nighttime Insomnia Symptoms and Perceived Health in the America Insomnia Survey (AIS).*SLEEP* 2011; 34(8):997-1011.
27. Chellappa SM; Araujo JF. Qualidade subjetiva do sono em pacientes com transtorno depressivo. *Estudos de Psicologia* 2007, 12(3), 269-274.
28. Córrea KM, Bittencourt LRA, Tufik S, Hachul H. Frequência dos distúrbios de sono em mulheres pós menopausa com sobrepeso/obesidade. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(2):90-96.
29. PEREIRA, Rafael; HENEGHAN, Carl e BADENOCH, Douglas. *Ferramentas estatísticas: no contexto clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Tabela 1. Variáveis polissonográficas analisadas - pacientes com suspeita clínica de insônia.

Variável	Média ± DP	Mínimo	Mediana	Máximo
TTS (min)	328,88±58,95	214,0	365,5	431,0
EF (%)	83,47±10,04	55,6	85,10	96,8
LREM (min)	153,23±77,90	61,0	133,0	349,5
LNREM (min)	16,52±14,90	1,0	14,50	59,50
IMD(eventos/hora)	9,30±5,12	2,8	8,0	24,1
WASO (min)	47,38±35,88	6,0	40,50	164,5
E1(min)	21,37±11,87	7,0	17,0	55,5
E1(%)	6,76±4,44	2,3	5,1	20,9
E2(min)	244,51±74,98	37,5	264,0	372,0
E2(%)	70,98±12,01	41,4	71,3	88,6
E3(min)	44,55±37,44	0,0	33,50	150,0
E3(%)	12,91±10,80	0,0	10,5	42,4
EREM (min)	35,92±20,72	0,0	36,0	80,5
REM (%)	10,04±5,4	0,0	11,0	20,9
MPP (eventos/hora)	1,83±3,32	0,0	0,0	11,6
IAH (eventos/hora)	7,26±7,87	0,7	4,4	35,6

DP = Desvio Padrão; TTS = Tempo Total de Sono; EF = Eficiência do Sono; LREM = Latência para o Sono *Rapid Eye Movement* (REM – movimento rápido dos olhos); LNREM = Latência para o Sono *No Rapid Eye Movement* (NREM – não movimento rápido dos olhos); IMD = Índice de Microdespertares; E1 = Estágio do Sono 1; E2 = Estágio do Sono 2; E3 = Estágio do Sono 3; EREM = Estágio do Sono *Rapid Eye Movement* (REM – movimento rápido dos olhos); MPP = Movimento Periódico de Pernas; IAH = Índice de apnéia/hipopnéia.

Fonte: dados do pesquisador, 2015.

Tabela 2. Resultado dos questionários aplicados na amostra

Variável	n(%) n=27
ESSE	
Normal	22(81,5)
Sonolência diurna Excessiva	4(14,8)
Sonolência diurna Grave	1(3,7)
IQSP	
Boa qualidade	1(3,7)
Qualidade ruim	8(29,6)
Distúrbio do sono	16(59,3)
Não respondeu	2(7,4)
Beck-A	
Mínima	8(29,6)
Leve	7(25,9)
Moderada	7(25,9)
Severa	3(11,1)
Não respondeu	2(7,4)
Beck-D	
Sem depressão	6(22,2)
Leve à moderada	4(14,8)
Moderada à grave	12(44,4)
Severa	2(7,4)
Não respondeu	3(11,1)

ESE = Escala de Sonolência Epworth; IQSP = Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; Beck-A = Questionário de Ansiedade de Beck; Beck-D = Questionário de Depressão de Beck.

Fonte: dados do pesquisador, 2015.

Tabela 3. Correlação entre IQSP, idade, sexo e variáveis polissonográficas.

	IQSP			Valor-p
	Bom	Ruim	Distúrbio	
Idade (anos)	49,00±0,00	40,13±17,32	46,00±15,28	0,404
Sexo				
Feminino	0(0,0)	3(37,5)	10(62,5)	0,247
Masculino	1(100,0)	5(62,5)	6(37,5)	
Polissonografia				
EFS (min)				
Normal	0(0,0)	7(87,5)	7(43,8)	0,040
Baixa	1(100,0)	1(12,5)	9(56,3)	
WASO(min)	164,5±0,00	29,75±10,07	51,16±31,89	0,024
TTS(min)	214,0±0,00	374,12±55,81	360,56±50,13	0,553

IQSP = Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; EFS = Eficiência do Sono, TTS = Tempo Total de Sono

Fonte: dados do pesquisador, 2015.

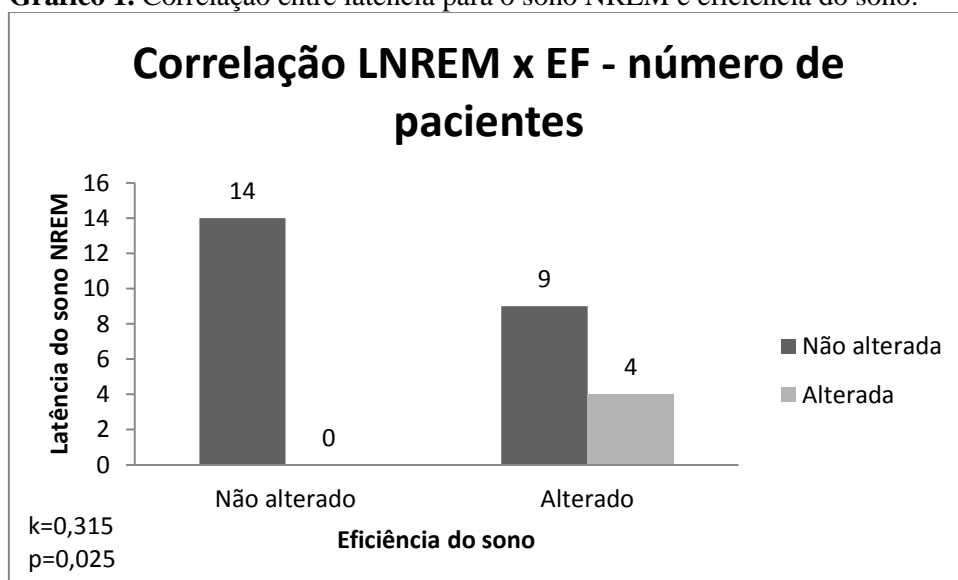
Tabela4.

	ESE		Valor-p		B	IQSP	BECK-D		Valor-p		Valor-p	
	N	SE	SG	SE			LN	S	LN	S		
ESE	-	-	-	-	0,00	2,07,5	5,633,3	2,500,0	12,(100,0)	1,(50,0)	0,104	0,605
N	-	-	-	-	1,(100,0)	1,04,5	1,(17,7)	1,25,0	0,0,0	1,(50,0)	0,104	0,605
SE	-	-	-	-	0,0,0	0,0,0	0,0,0	1,25,0	0,0,0	0,0,0	0,104	0,605
SG	-	-	-	-	0,0,0	0,0,0	0,0,0	0,0,0	0,0,0	0,0,0	0,049*	0,475
IQSP	0,0,0	1,(33,3)	0,0,0	0,080	-	-	1,(16,7)	0,0,0	0,0,0	0,0,0	0,049*	0,475
B	2,(33,3)	1,(33,3)	0,0,0	-	-	-	3,(50,0)	3,(75,0)	0,0,0	0,0,0	0,049*	0,475
R	1,(66,7)	1,(33,3)	1,(100,0)	-	-	-	2,(33,3)	1,(16,7)	11,(91,7)	2,(100,0)	0,049*	0,475
D	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BECK-A	6,(23,6)	1,(33,3)	1,(100,0)	0,605	1,(100,0)	4,(50,0)	3,(50,0)	3,(75,0)	1,(8,3)	0,0,0	0,165	-
M	2,(33,3)	0,0,0	0,0,0	-	0,0,0	2,(33,3)	2,(33,3)	0,0,0	5,(41,7)	0,0,0	0,165	-
L	6,(23,6)	1,(33,3)	0,0,0	-	0,0,0	2,(33,3)	1,(16,7)	1,(25,0)	4,(33,3)	1,(50,0)	0,165	-
MO	2,(33,3)	1,(33,3)	0,0,0	-	0,0,0	0,0,0	0,0,0	0,0,0	2,(16,7)	1,(50,0)	0,165	-
S	1,(50,0)	1,(33,3)	0,0,0	-	0,0,0	0,0,0	0,0,0	0,0,0	2,(16,7)	1,(50,0)	0,165	-
BECK-D	5,(25,0)	1,(33,3)	0,0,0	0,104	1,(100,0)	3,(45,9)	-	-	-	-	0,165	-
SD	2,(10,0)	1,(33,3)	1,(100,0)	-	0,0,0	1,(41,9)	-	-	-	-	0,165	-
LN	1,(60,0)	0,0,0	0,0,0	-	0,0,0	1,(14,5)	-	-	-	-	0,165	-
S	1,(50,0)	1,(33,3)	0,0,0	-	0,0,0	0,0,0	-	-	-	-	0,165	-

ESE = Escala de Simplicidade Excessiva; SG = Simplicidade Grave; IQSP = Índice de Qualidade de Resposta; N = Número; LN = Leve; MO = Moderada; S = Severa; BECK-D = Questionário de Depressão De Beck; SD = Sem Depressão; LN = Depressão Leve; MO = Depressão Moderada; S = Depressão Moderada à Grave.

Correlação entre os questionários aplicados.

Gráfico 1. Correlação entre latência para o sono NREM e eficiência do sono.



Fonte: dados do pesquisador, 2015.