



# Como dormimos? – Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários

Marisa Rodrigues,<sup>1</sup> Sofia Nina,<sup>2</sup> Lurdes Matos<sup>3</sup>

## RESUMO

**Objectivo:** Avaliar a qualidade do sono dos utentes adultos que recorrem aos cuidados de saúde primários.

**Tipo de estudo:** Estudo transversal.

**Local:** Unidade de Saúde Familiar Gil Eanes – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE.

**População:** Utesentes adultos que recorrem aos cuidados de saúde primários.

**Métodos:** Procedeu-se à aplicação do *Questionário de Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono (PSQI)*, que considera boa qualidade de sono se  $PSQI \leq 5$  e má qualidade do sono se  $PSQI > 5$ . Foram ainda colhidas informações referentes às variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, situação profissional, antecedentes de patologia psiquiátrica e uso de medicação para dormir. O questionário foi aplicado a uma amostra de conveniência de utentes adultos pertencentes ao ficheiro das investigadoras. Foram excluídos os utentes com doença grave, alterações cognitivas, grávidas, puérperas e iletrados.

**Resultados:** O estudo incluiu 103 utentes, dos quais 36,9% eram homens. Cerca de metade dos utentes dorme mal ( $PSQI > 5$  em 52,4% versus  $PSQI \leq 5$  em 47,6%). Observou-se que existem diferenças significativamente estatísticas entre os que dormem bem e os que dormem mal no que diz respeito às variáveis sexo, idade, escolaridade e situação profissional.

**Conclusões:** As perturbações do sono são muito frequentes nos utentes que recorrem aos cuidados de saúde primários. Daí, a necessidade dos Médicos de Família, fazendo uso da sua posição privilegiada, estarem alerta para esta patologia de modo a fazerem adequadamente o seu diagnóstico e acompanhamento. O PSQI é um bom instrumento de avaliação da qualidade do sono e uma ferramenta fundamental na avaliação sistemática de todos os doentes, assumindo um papel ainda mais relevante na avaliação das populações de maior risco.

**Palavras-chave:** Qualidade do Sono e Cuidados de Saúde Primários.

## INTRODUÇÃO

Nos nossos dias, as horas de sono competem com um número cada vez maior de distrações, quer sejam laborais, sociais ou de lazer, o que faz com que actualmente durmos menos cerca de 25% do que há 100 anos atrás.<sup>1</sup> Citando Pimentel-Souza, «a perda da função restauradora do sono leva ao comprometimento do desempenho durante o dia e afecta as funções vitais».<sup>2</sup> Segundo Doghramji, um terço da população geral sofre de alguma forma de perturbação do sono.<sup>3</sup> Mateus, numa abordagem das perturbações do sono no contexto dos cuidados de

saúde primários, refere que estas se situam entre os 10 principais motivos de consulta e que, enquanto entidades nosológicas autónomas, fazem parte dos 20 diagnósticos mais efectuados nas consultas de Medicina Geral e Familiar.<sup>4</sup> No entanto, a mesma autora refere também que apenas 10 a 15% dos doentes com insónia (a mais prevalente das perturbações do sono) procura ajuda do Médico de Família para este problema e muitos destes apresentam-no como motivo acessório da consulta.<sup>4</sup> Assim sendo, o diagnóstico das perturbações do sono representa um desafio para o Médico de Família.<sup>1</sup>

A desvalorização dos problemas do sono, não só por parte dos doentes, mas também por parte dos profissionais de saúde, contribuiu para o crescimento deste problema com enorme impacto a nível da saúde e económico.<sup>3,5,6,7,8</sup> Os doentes que sofrem de perturbações do

<sup>1</sup>Médica

<sup>2</sup>Interna Complementar de Medicina Geral e Familiar – Unidade de Saúde Familiar Gil Eanes – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE (ULSAM, EPE)

<sup>3</sup>Assistente de Medicina Geral e Familiar, Orientadora de Formação – Unidade de Saúde Familiar Gil Eanes – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE (ULSAM, EPE)



sono consomem um maior número de consultas, medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e têm mais internamentos.<sup>9</sup> O não tratamento das perturbações do sono, em particular a insónia, tem graves repercussões na qualidade de vida dos indivíduos e pode ter consequências graves ou fatais, nomeadamente acidentes de viação e de trabalho.<sup>1,3,5,10</sup>

Face a isto, os médicos devem manter um elevado índice de suspeição para o diagnóstico das perturbações do sono e interrogar os seus doentes acerca do sono de forma sistemática e em todo o tipo de consultas (programadas/não programadas).<sup>3,11</sup>

São escassos os estudos epidemiológicos realizados em Portugal na área do sono e, neste contexto, as autoras consideram pertinente a realização deste estudo, que tem como objectivo avaliar a qualidade do sono dos utentes que recorrem aos cuidados de saúde primários e avaliar a correlação da qualidade do sono com factores idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, situação profissional, antecedentes de patologia psiquiátrica e uso de medicação para dormir.

## MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal, realizado na Unidade de Saúde Familiar Gil Eanes – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, no período de 18 de Fevereiro a 01 de Março de 2013.

Procedeu-se à aplicação do *Questionário de Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono (PSQI)*<sup>12</sup>, que visa avaliar a qualidade do sono no último mês. O PSQI é um questionário de auto-preenchimento, que inclui 10 grupos de questões. O último grupo é respondido pelo(a) companheiro(a) de quarto/cama. As respostas obtidas neste último grupo não são contabilizadas para a pontuação total obtida no PSQI, destinando-se a ser um complemento para a informação clínica. O questionário permite focar a avaliação em sete componentes principais: 1) qualidade subjectiva do sono; 2) latência do sono; 3) duração do sono; 4) eficiência habitual do sono; 5) distúrbios do sono; 6) uso de medicação para dormir; 7) sonolência diurna e distúrbios durante o dia. Este questionário tem um ponto de corte, considerando boa qualidade de sono se  $PSQI \leq 5$  e má qualidade do sono se  $PSQI > 5$ . Assim o PSQI permite diferenciar os indivíduos com um sono normal daqueles que têm algum distúrbio do sono.

Foram ainda colhidas informações referentes às variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, situação profissional, antecedentes de patologia psiquiátrica e uso de medicação para dormir.

O questionário era composto por duas partes: a primeira da autoria das investigadoras – anexo 1 – e a segunda constituída pelo PSQI.

Durante duas semanas, foi proposto o preenchimento do questionário oportunisticamente – amostra de conveniência – a todos os utentes pertencentes ao ficheiro das investigadoras, com idade superior a 18 anos, independentemente do tipo de consulta. Foram excluídos os utentes com doença grave, alterações cognitivas, grávidas, puérperas e iletrados. Para que a amostra fosse representativa da população em estudo deveria ser constituída por 374 utentes, considerando um intervalo de confiança de 95%.

O pedido de consentimento informado escrito foi prescindido, de acordo com a alínea B)a) do ponto II do Documento Guia sobre Consentimento Informado, emitido pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, IP, no ano 2009. O projecto de investigação teve parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE.

A análise dos dados foi feita com recurso ao programa informático *Statistical Programme for Social Sciences* (SPSS) na sua versão v.20.0.0, considerando-se um nível de significância de 5%. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado para comparar grupos em relação a variáveis nominais. Quando as condições para a aplicação deste teste não se verificavam, utilizou-se o teste exacto de Fisher. O teste de Shapiro-Wilk foi usado para a verificação da normalidade da distribuição de variáveis contínuas. Para avaliação de médias utilizou-se o teste t quando a condição de normalidade era cumprida, caso contrário utilizou-se o de Mann-Whitney. Para comparação entre dois grupos em relação a variáveis ordinais utilizou-se também o teste de Mann-Whitney. O coeficiente k de Cohen foi utilizado para avaliar a concordância entre diferentes avaliações em relação a características qualitativas.

## RESULTADOS

O estudo incluiu 103 utentes. Foram excluídos 27 utentes. Todos os utentes a quem foi proposto o preenchimento do questionário aceitaram participar no es-



tudo, pelo que a taxa de resposta foi 100%. A caracterização sócio-demográfica da amostra apresenta-se no quadro I. Os resultados obtidos sobre essas variáveis foram divididos em dois grupos, de acordo com o resultado obtido no PSQI. Um grupo denominado «dormem bem», constituído pelos 49 utentes que pontuaram cin-

co ou menos no PSQI, e outro grupo denominado «dormem mal», constituído pelos 54 utentes que pontuaram mais de cinco no PSQI. Apresentam-se resumidamente os resultados obtidos no quadro II.

Na amostra cerca de um terço dos participantes eram homens (36,9%) e os restantes dois terços mulheres (63,1%). Para estudo da variável sexo, aplicou-se o teste do Qui-quadrado e verificou-se uma percentagem maior de casos com PSQI > 5 entre as mulheres ( $p = 0,015$ ), o que indica que estas dormem pior do que os homens.

Para analisar a variável idade aplicou-se o teste Shapiro-Wilk e verificou-se que os dados foram retirados de uma população normal, cumprindo assim os pressupostos para a aplicação do teste  $t$ . Os resultados deste teste mostraram que, em média, os utentes que dormem mal são mais velhos que os que dormem bem ( $p = 0,011$ ).

Em relação à variável estado civil, após aplicação do teste exacto de Fisher, não se verificou existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,09$ ) entre os dois grupos.

No que diz respeito à escolaridade, a maioria da amostra tinha o 1.º ciclo do ensino básico (35%), seguido pelo 3.º ciclo do ensino básico e pelo ensino superior, ambos correspondendo a 20,4% dos utentes. Aplicando o teste Mann-Whitney para estudar a variável escolaridade concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,018$ ) entre o grupo «dormem bem» e o grupo «dormem mal». Assim pode-se concluir que nesta amostra quem tem mais escolaridade dorme melhor.

Observaram-se dois grupos principais quanto à situação profissional, sendo um deles o dos reformados (45,6%) e o outro formado pelos activos (40,8%). De referir que apenas sete destes (16,7%) trabalha por turnos. Com o teste exacto de Fisher, verificou-se a existência de diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,024$ ) entre os grupos, podendo concluir-se assim que, relativamente à situação profissional, os activos dormem melhor que os desempregados ou reformados.

Trinta e sete dos participantes (35,9%) referiram antecedentes de patologia psiquiátrica e 27 (26,2%) faziam medicação para dormir. Destes, a maioria tomava uma benzodiazepina (77,8%), sendo a mais frequente Bromazepam (33,3%). Apenas um doente to-

**QUADRO I. Características sócio-demográficas.**

Características sócio-demográficas	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	65	63,1
Masculino	38	36,9
<b>Grupos etários (anos)</b>		
18-24	3	2,9
25-44	29	28,2
45-64	33	32,0
65-74	22	21,4
>74	16	15,5
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	11	10,7
Casado	75	72,8
Viúvo	13	12,6
Divorciado	2	1,9
União de facto	2	1,9
<b>Escolaridade</b>		
1.º ciclo do básico incompleto	4	3,9
1.º ciclo do básico	36	35,0
2.º ciclo do básico	7	6,8
3.º ciclo do básico	21	20,4
Ensino secundário	14	13,6
Ensino superior	21	20,4
<b>Situação profissional</b>		
Activo	42	40,8
Trabalho por turnos		
Sim	7	16,7
Não	35	83,3
Incapacidade temporária	1	1,0
Desempregado	13	12,6
Reformado	47	45,6



**QUADRO II. Características sócio-demográficas dos grupos «dorme bem» e «dorme mal».**

	«dorme bem» PSQI ≤ 5		«dorme mal» PSQI > 5		p
	n	%	n	%	
<b>Total</b>	49	47,57	54	52,43	
<b>Sexo</b>					<b>0,015</b>
Feminino	25	38,46%	40	61,54%	
Masculino	24	63,16%	14	36,84%	
<b>Idade média</b>	51,45		59,76		<b>0,011</b>
<b>Estado civil</b>					0,09
Solteiro	6	12,24%	5	9,26%	
Casado	38	77,55%	37	68,52%	
Viúvo	3	6,12%	10	18,52%	
Divorciado	2	4,08%	0	0,00%	
União de facto	0	0,00%	2	3,70%	
<b>Escolaridade</b>					<b>0,018</b>
1.º ciclo do básico incompleto	1	2,04%	3	5,56%	
1.º ciclo do básico	14	28,57%	22	40,74%	
2.º ciclo do básico	3	6,12%	4	7,41%	
3.º ciclo do básico	7	14,29%	14	25,93%	
ensino secundário	11	22,45%	3	5,56%	
ensino superior	13	26,53%	8	14,81%	
<b>Situação profissional</b>					<b>0,024</b>
Activo	27	55,10%	15	27,78%	
Incapacidade temporária	0	0,00%	1	1,85%	
Desempregado	5	10,20%	8	14,81%	
Reformado	17	34,69%	30	55,56%	

mava dois fármacos (Alprazolam e Trazodona) e nenhum doente estava medicado com antipsicótico.

Analisando os hábitos de sono da amostra, verificou-se que a hora de deitar média foi 23 horas e 7 minutos, sendo a hora mais frequente de deitar as 24 horas. A hora de deitar variou entre as 19 horas e as 4 horas. A latência do sono, isto é, o tempo que demora a adormecer, foi de 26 minutos em média, com um mínimo de um minuto e um máximo de 180 minutos. A hora de levantar em média foi 7 horas e 46 minutos, tendo-se verificado duas modas, uma às 7 horas e outras às 7 horas e 30 minutos. No entanto, verificou-se uma

ampla faixa de horas de levantar variando os valores entre 5 horas e 30 minutos e 13 horas e 30 minutos. Em média os participantes referiam dormir 6,89 horas por noite, sendo o valor máximo 9 horas e mínimo 3 horas. A caracterização dos hábitos de sono da amostra estudada apresenta-se no quadro III.

Nesta amostra, cerca de metade dos utentes dorme mal (PSQI > 5 em 52,4% *versus* PSQI ≤ 5 em 47,6%). A figura 1 representa a distribuição do resultado obtido no PSQI por sexo e grupo etário.

No que diz respeito à auto-avaliação da qualidade do sono (quadro IV), aproximadamente metade dos participantes classificou a qualidade do seu sono como moderadamente boa (55,3%), seguido por 23,3% que a classificaram como muito boa. Do outro lado do espectro, 14,6% dos participantes classificou a qualidade do seu sono como moderadamente má e 6,8% com muito má. Para estudo desta variável agruparam-se as classes muito boa e moderadamente boa, e as classes moderadamente má e muito má. Obteve-se o valor de coeficiente k de Cohen 0,32, que corresponde a uma concordância considerável.<sup>14</sup>

## DISCUSSÃO

As perturbações do sono são muito frequentes nos utentes que recorrem aos cuidados de saúde primários. No presente estudo cerca de metade dos participantes tem

má qualidade de sono segundo o resultado do PSQI, o que é concordante com os resultados obtidos por Ohayon e Paiva.<sup>13</sup>

Verificou-se que as variáveis sexo, idade, escolaridade e situação profissional apresentam correlação com a qualidade do sono avaliada pelo PSQI. Neste estudo, verificou-se que o sexo feminino e o aumento da idade são factores de risco para sofrer algum tipo de perturbação do sono. Estes resultados são similares aos obtidos nos estudos de Henderson,<sup>15</sup> Roth e Roehrs,<sup>16</sup> e Ohayon e Paiva.<sup>13</sup> Observou-se também que baixa escolaridade e situação profissional não activa são igual-

QUADRO III. Hábitos de sono.

	Hora de deitar	Tempo que demora a adormecer (minutos)	Hora de levantar	Horas de sono
Média	23:07	26	7:46	6,89
Mediana	23:00	15	7:30	7,00
Moda	24:00	30	7:00/7:30	7,00
Mínimo	19:00	1	5:30	3,00
Máximo	04:00	180	13:30	9,00

QUADRO IV. Auto-avaliação da qualidade do sono.

Auto-avaliação	n	%	PSQI ≤ 5	PSQI > 5
Muito boa	24	23,3	23	1
Moderadamente boa	57	55,3	24	33
Moderadamente má	15	14,6	2	13
Muito má	7	6,8	0	7

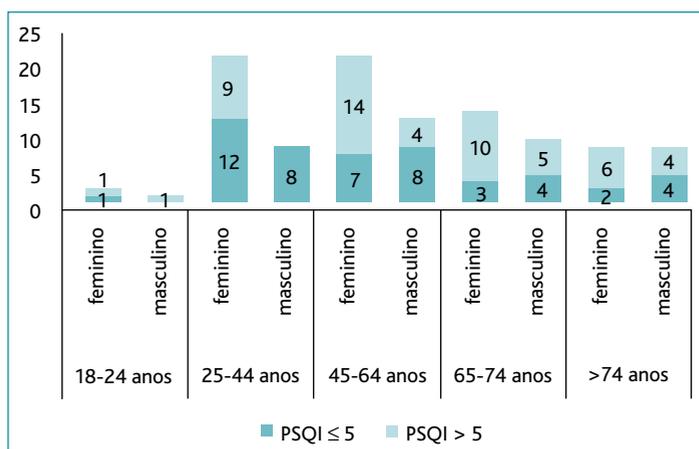


Figura 1. Distribuição do resultado do PSQI por sexo e grupo etário

mente factores de risco para pior qualidade de sono.

No que concerne aos hábitos de sono, nomeadamente à moda da hora de deitar e acordar, os dados obtidos no nosso estudo (24 horas e 7 horas / 7 horas e 30 minutos respectivamente) são sobreponíveis aos obtidos por Soldatos *et al.*<sup>6</sup> Relativamente ao número de horas de sono, tanto a média como a mediana são in-

feriores no nosso estudo, com uma diferença de aproximadamente 1 hora e 20 minutos. Se compararmos as médias da hora de deitar, da latência do sono, hora de levantar e eficiência subjectiva do sono (horas de sono) com os resultados obtidos por Antunes,<sup>5</sup> em estudo similar realizado em utentes do Centro de Saúde de Figueiró dos Vinhos, os resultados são sobreponíveis.

Aproximadamente um quarto da amostra (21,4%) auto-avaliou a qualidade do seu sono como moderadamente má/muito má, resultado similar ao descrito por Soldatos *et al.* num estudo multicêntrico realizado em 2005, do qual fez parte Portugal.<sup>6</sup> Este valor é, no entanto, mais elevado do que o verificado nesse mesmo estudo no nosso país – 16,3%. Contudo, temos que ter em conta que se tratou de um estudo realizado à população geral, ao contrário do presente estudo que incidiu nos utentes dos cuidados de saúde primários. Seguindo o raciocínio de Antunes,<sup>5</sup> segundo o qual as perturbações do sono têm um importante impacto na qualidade de vida dos doentes e condicionam por parte destes uma maior utilização dos cuidados de saúde, esta poderá ser uma das razões que explica a percentagem superior encontrada no nosso estudo.

Isto está de acordo com Zailinawati *et al.*,<sup>11</sup> que referem que os utilizadores dos cuidados de saúde primários têm prevalências de insónia mais elevadas em comparação com a população em geral.

São vários os pontos fracos que podem ser apontados no presente estudo, nomeadamente no que se refere às dimensões e metodologia de selecção da amostra. A amostra estudada não é representativa da população e para além disso trata-se de uma amostra de conveniência, o que torna difícil a extrapolação dos resultados para a população. Por outro lado, apesar de o questionário ser de auto-preenchimento, alguns utentes, especialmente os mais velhos e com menor escolaridade, necessitaram de alguma ajuda no seu preenchimento, o que pode ter introduzido viés.

No entanto, este trabalho reafirma, tal como a literatura, a elevada prevalência das perturbações do sono nos utentes que recorrem aos cuidados de saúde primários e, consequentemente, a necessidade dos Médicos de Família, fazendo uso da sua posição privilegiada, estarem alerta para esta patologia de modo a fazerem adequadamente o seu diagnóstico e acompanha-



mento. O PSQI é um bom instrumento de avaliação da qualidade do sono e uma ferramenta fundamental na avaliação sistemática dos doentes. Assim, de um ponto de vista da prática clínica, a avaliação dos hábitos do sono deve fazer parte da rotina da consulta de Medicina Geral e Familiar, tal como fazem o questionário sobre outros hábitos, nomeadamente alimentares, de exercício físico, tabágicos, alcoólicos, etc. Os problemas do sono podem constituir o problema principal que traz o doente à consulta, mas que muitas vezes é apresentado de forma camuflada por outras queixas ou ser um factor adicional de agravamento de outras patologias. Em qualquer uma das situações, o reconhecimento da existência de uma perturbação do sono e o seu tratamento melhorará a qualidade de vida dos doentes. Esta questão tem um lugar ainda de maior relevo quando se trata de populações vulneráveis, tais como os idosos, as mulheres, os desempregados/reformados. Em síntese, é de suma importância a avaliação da qualidade do sono dos nossos utentes.

Importante também seria, por um lado, a realização de campanhas de sensibilização da população geral para este problema, de modo a reconhecer os seus sinais e promover a procura de ajuda por parte dos doentes com perturbações do sono. Por outro lado, o investimento na formação dos profissionais de saúde na área do sono, tal como defendido também por Zailinawati *et al.*<sup>11</sup>

Consideramos também que este estudo deve ser o ponto de partida para outros estudos que permitam perceber melhor a relação entre as diferentes variáveis e a qualidade do sono.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Doghramji P. Detection of insomnia in primary care. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 Suppl 10: 18-26.
2. Mendes CC, Fonseca EV, Pontes FR, Moura PS, Anbrade RD, Simões R, et al. Panorama do sono e dos sonhos. *Revista de Psicofisiologia* 1988, 2 (1). Disponível em: <http://www.icb.ufmg.br/labs/lpf/revista/revista2/revista2.htm> [acedido em 01/02/2014].
3. Doghramji PP. Recognizing sleep disorders in primary care setting. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 Suppl 16: 23-6.
4. Mateus A. Em sonhos, diurnos pesadelos. *Rev Port Clin Geral* 2006 Set-Out; 22 (5): 597-8.
5. Antunes E. Prevalência das queixas de insónia nos doentes que recorrem às consultas de clínica geral do Centro de Saúde de Figueiró dos Vinhos e a sua relação com a qualidade de vida. [Tese de mestrado]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2008.
6. Soldatos CR, Allaert FA, Ohta T, Dikeos DG. How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries. *Sleep Med* 2005 Jan; 6 (1): 5-13.
7. Terzano MG, Parrino L, Bonanni E, Cirignotta F, Ferrilo F, Gigli GL, et al. Insomnia in General Practice: A Consensus Report Produced by Sleep Specialists and Primary-Care Physicians in Italy. *Clin Drug Invest* 2005; 25 (12):745-64.
8. Santos J. Abordagem do doente com patologia do sono. *Rev Port Clin Geral* 2006 Set-Out; 22 (5): 599-610.
9. Léger D, Guilleminaut C, Bader G, Lévy E, Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep* 2002 Sep 15; 25 (6): 625-9.
10. Reimer MA, Flemons WW. Quality of life in sleep disorders. *Sleep Med Rev* 2003 Aug; 7(4): 335-9.
11. Zailinawati A, Mazza D, Teng CL. Prevalence of insomnia and its impact on daily function amongst Malaysian primary care patients. *Asia Pac Fam Med* 2012 Nov 27; 11 (1): 9.
12. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989 May; 28 (2): 193-213.
13. Ohayon MM, Paiva T. Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal. *Sleep Medicine* 2005 Sep; 6 (5): 435-41.
14. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977 Mar; 33 (1): 159-74.
15. Henderson T. Managing insomnia in the primary care setting. *CME* 2012; 30 (4): 134-7.
16. Roth T, Roehrs T. Insomnia: epidemiology, characteristics, and consequences. *Clin Cornerstone* 2003; 5 (3): 5-15.

#### CONFLITO DE INTERESSES

As autoras declaram não existirem conflitos de interesses na realização do estudo.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marisa Rodrigues  
Travessa Francisco Regado Galo, 12  
4740-522 Esposende  
E-mail: marisaigrodrigues@gmail.com

Recebido em 19-06-2013

Aceite para publicação em 28-01-2014



## ABSTRACT

### HOW DO WE SLEEP? ASSESSMENT OF SLEEP QUALITY IN PRIMARY CARE

**Aim:** Assessment of sleep quality in adult primary care patients

**Type of study:** Cross-sectional study

**Place:** Gil Eanes Family Health Unit – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE

**Population:** Adult primary care patients

**Methods:** We used the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Good sleep quality was defined as a PSQI less or equal to 5 and poor sleep quality as a PSQI greater than 5. We also collected data on age, sex, marital status, schooling, profession, and professional status, a personal history of psychiatric problems and the use of sleep medication. The questionnaire was administered to a convenience sample of adult patients on the practice lists of the researchers. Patients with chronic illnesses, cognitive dysfunction, pregnant women, women up to 6 weeks postpartum, and illiterate patients were excluded from the study.

**Results:** The study included 103 patients, of which 36,9% were men. Sleep problems were found in over half of the study sample (PSQI > 5 in 52,4% versus PSQI ≤ 5 in 47,6%). There were significant associations found between sleeping quality and sex, age, education and professional status.

**Conclusions:** Sleep disorders are common in primary care patients and family physicians are well placed to diagnose and treat them. The PSQI is a good instrument for assessing sleep quality.

**Keywords:** Sleep Quality; Primary Care.

## ANEXO I

### PRIMEIRA PARTE DO QUESTIONÁRIO.

#### AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Marisa Rodrigues, Sofia Nina, Lurdes Matos

O presente inquérito destina-se a avaliar a qualidade do sono dos utentes que recorrem à consulta em Cuidados de Saúde Primários.

A participação neste estudo é voluntária e todos os dados serão colhidos e tratados de forma anónima.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Idade: \_\_\_\_ anos

Sexo: Feminino  Masculino

Estado civil: Solteiro  Casado  Viúvo   
Divorciado  União de facto

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Situação profissional \_\_\_\_\_

Trabalha por turnos? Sim  Não

Tem antecedentes de patologia psiquiátrica? Sim   
Não

Toma medicação para dormir? Sim  Não   
Se sim, qual? \_\_\_\_\_