

Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE

Dr. Ricardo Jorge



Janeiro 2006

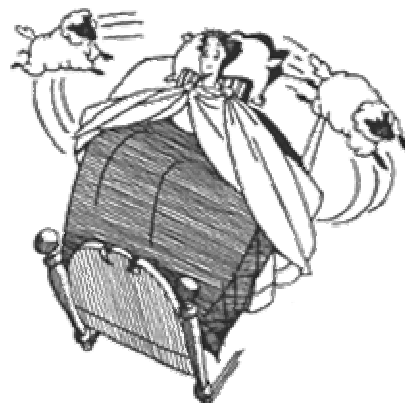
Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental

Relatório

Eleonora Paixão (Estatista)

Maria João Branco (Médica de Saúde Pública)

Teresa Contreiras (Médica de Saúde Pública)



Lisboa, Janeiro 2006

Índice

RESUMO	5
INTRODUÇÃO	6
OBJECTIVOS	8
MATERIAL E MÉTODOS	8
Descrição do estudo	8
População	8
Amostra	8
Colheita de dados	9
Tratamento dos dados e análise estatística	9
RESULTADOS	11
Amostras	11
Hábitos de sono	16
Perturbações do sono	19
Sequelas de sono não reparador	22
Medicação para “dormir”	26
DISCUSSÃO/CONCLUSÕES	30

Agradecimentos

Ao Professor Mário Cordeiro, interveniente no estudo realizado em 1999;

Aos elementos do ONSA-INSA, que de algum modo intervieram no trabalho, especialmente ao Dr. Baltazar Nunes e ao Dr. Marinho Falcão.

Resumo

O ONSA com o presente trabalho pretendeu contribuir para o conhecimento da evolução dos hábitos do sono e da prevalência das respectivas perturbações, na população de 18 e mais anos, do Continente.

O estudo, descritivo transversal, globalmente, constou de dois inquéritos realizados por entrevista telefónica, em 1999 e em 2004, a um elemento de 18 e mais anos, residente nas unidades de alojamento (UA) que integram o painel ECOS. Tratou-se de uma amostra aleatória que, em 1999, constou de **1171 unidades de alojamento (UA)** e, em 2004, de **1211 UA**, com telefone fixo, estratificada por Região de Saúde do Continente, com alocação homogénea.

As variáveis colhidas contemplaram sexo, idade, nível de instrução, ocupação e Região de Saúde de residência, **hábitos de sono, ocorrência de perturbações do sono, ocorrência de sequelas de sono não reparador** e utilização de **medicação “para dormir**.

Obtiveram-se **861** questionários válidos em 1999 e **975**, em 2004.

Relativamente aos principais resultados, poder-se-á concluir que:

A maioria dos respondentes, em ambos os inquéritos, referiu **dormir, habitualmente, seis ou mais horas de sono nocturno em dias de semana** (**87%**, em 1999 e **85%**, em 2004);

A maioria dos inquiridos **não tinha o habito da sesta** (**82%**, em 1999 e **86%**, em 2004);

A **dificuldade em adormecer** (frequentemente ou sempre) foi referida, respectivamente por **19%** dos respondentes, em 1999 e em 2004;

As percentagens de indivíduos que referiram **acordar durante a noite mais de uma vez por semana** foram **45%**, em 1999 e **71%**, em 2004;

As sequelas de um sono não reparador traduzidas pelas queixas de cansaço ao acordar e sonolência diurna verificaram-se: **cansaço ao acordar**, em **15%** dos inquiridos, em 1999 e **16%**, em 2004 e **sonolência diurna**, em **14%**, em 1999 e **12%**, em 2004;

A **medicação “para dormir”** permanente ou frequente foi referida por **11%** dos respondentes, em 1999 e **14%**, em 2004.

As mulheres apresentaram sempre os indicadores mais desfavoráveis. Genericamente todos os indicadores revelaram uma tendência crescente com a idade e decrescente com o nível de instrução. Verificou-se uma evolução desfavorável em, praticamente todas as variáveis estudadas, ainda que as diferenças entre os dois inquéritos não tenham sido estatisticamente significativas, à excepção da prática de medicação.

Os resultados, inferidos para a população portuguesa, devem merecer uma interpretação cautelosa. Apesar das limitações metodológicas e da eventual imprecisão de alguns valores, estes resultados podem constituir valores de referência na fundamentação de programas de prevenção/intervenção.

Introdução

O sono preenche aproximadamente um terço das nossas vidas e é fundamental para a recuperação física e psíquica do indivíduo. Vários estudos apontam para uma diminuição do tempo médio de sono, da ordem de hora e meia, relativamente ao início do século passado. Por outro lado, nos países europeus o aumento dos gastos com os «medicamentos para dormir» é uma realidade e constitui uma preocupação no âmbito de qualquer política relacionada com os medicamentos¹.

As perturbações do sono constituem, pois, um problema de saúde pública que requer uma intervenção quer a nível individual, quer num âmbito mais vasto, envolvendo a adopção de medidas educativas e de promoção da saúde fundamentadas na informação disponível sobre o problema.

Segundo a Classificação Internacional das Perturbações do Sono (*ICSD – International Classification of Sleep Disorders*)² identificam-se os seguintes grupos nosológicos:

Dissomnias;

Parasómnias;

Perturbações do sono associadas a doenças somáticas e mentais;

Perturbações do sono mal definidas.

Neste estudo debruçamo-nos sobre as dissómnias, usualmente designadas por insónias que, ainda adoptando a mesma classificação, podem ser:

Intrínsecas: Incluem-se neste grupo as insónias do tipo psicofisiológico, apneia obstrutiva do sono, etc. No contexto em que estamos a abordar este assunto, só as primeiras têm um significado real. De facto, as insónias psicofisiológicas são a forma mais frequente de perturbação do sono. Muitas vezes, este tipo de situação tem o seu início quando de um acontecimento perturbador da vida da pessoa, causador de stress, mantendo-se mesmo depois do episódio ter passado. Muitas vezes o doente associa o quarto de dormir com ansiedade nocturna e com o acordar de noite, devido às dificuldades em adormecer.

Extrínsecas: Neste grupo, as perturbações do sono são causadas por factores externos, provocando uma desadequação em relação aos requisitos do sono, outras vezes relacionada com ingestão de álcool, drogas ou outros tipos de toxinas ambientais.

Circadianas: Todas as perturbações circadianas do sono têm uma base cronobiológica, que surge quando o ritmo do indivíduo está desfasado do ritmo da vida laboral ou social – o doente não consegue dormir quando pode e ocorrem múltiplos episódios de sonolência ou mesmo adormecimento em alturas “inadequadas”. Os exemplos mais comuns são o trabalho por turnos ou o *jetlag*.

As perturbações do sono, traduzidas comumente pela queixa subjectiva de insónia, são das mais frequentes na prática clínica. A referência à “insónia” está relacionada com a sensação subjectiva de se dormir mal ou de um sono não-reparador. Esta queixa, com tendência a agravar-se com a idade, tem merecido uma abordagem compreensiva que integra factores relacionados com os estilos de vida, hábitos de trabalho e comorbilidade, entre outros.

A insónia define-se normalmente pelas seguintes características:

- o *padrão do sono* alterado, caracterizado pela dificuldade em adormecer, pela duração do sono insuficiente, com um despertar matinal demasiado cedo, por despertares frequentes ou prolongados e por variabilidade do padrão de noite para noite;
- a *qualidade do sono*, caracterizada pela ocorrência de ansiedade ou agitação antes ou durante o sono, sensação de cansaço ao acordar e experiências de sono desagradáveis, nomeadamente pesadelos;
- as *sequelas diurnas*, caracterizadas por sonolência, fadiga, dificuldade de concentração, *etc.*³.

A insónia transitória (duração de uma a várias noites) é uma situação comum e sem consequências graves.

A insónia persistente ou crónica (duração de meses/anos) pode corresponder a uma situação de doença e deve ser avaliada por médico.

Em Portugal, de acordo com os resultados obtidos num estudo epidemiológico sobre as perturbações do sono, 28,1% da população de 18 e mais anos sofre de sintomas de insónia, pelo menos três noites por semana⁴.

No ONSA existe também alguma informação sobre este tema, produzida através do painel ECOS⁵, realçando-se o facto de ser possível avaliar a evolução da situação entre 1999 e 2004, atendendo à utilização da mesma metodologia para colheita de dados,

nomeadamente a aplicação do mesmo questionário, em dois inquéritos realizados sobre esta temática.

Pretendeu-se, assim, contribuir para o conhecimento da evolução dos hábitos do sono e da prevalência das respectivas perturbações, na população de 18 e mais anos, do Continente.

Objectivos

Os objectivos dos estudos foram:

- i. Caracterizar os hábitos de sono numa amostra da população portuguesa (Continente) de 18 e mais anos;
- ii. Estimar a prevalência de perturbações do sono relacionadas com a insónia;
- iii. Estimar a percentagem de indivíduos que referem a prática de medicação “para dormir”;
- iv. Analisar a evolução dos indicadores obtidos

Material e métodos

Descrição do estudo

O modelo do estudo utilizado foi o descritivo transversal. Constatou-se de dois inquéritos realizados por entrevista telefónica em Setembro-Outubro de 1999 e em Novembro-Dezembro de 2004 a elementos de 18 e mais anos, residentes nas unidades de alojamento que integram o painel ECOS⁵.

População

A população-alvo deste estudo foi constituída pelos indivíduos residentes em unidades de alojamento do Continente com telefone fixo.

Amostra

Tratou-se de uma amostra aleatória que, em 1999, constou de **1171 unidades de alojamento (UA)** e, em 2004, de **1211 UA**, com telefone fixo, estratificada por Região de Saúde do Continente, com alocação homogénea.

Para todos os agregados foi enviado previamente uma carta-convite solicitando a participação no estudo.

Colheita de dados

Em cada agregado foi inquirido apenas um elemento com 18 ou mais anos.

O respondente foi o “chefe da família”. Na sua ausência ou se não pudesse responder ao questionário, este seria aplicado a qualquer elemento com 18 ou mais anos residente na respectiva UA que se dispusesse a participar.

Os dados foram colhidos através de um questionário estruturado composto por 11 perguntas especificamente desenvolvidas para os objectivos do estudo.

Como metodologia de inquirição foi utilizada a entrevista telefónica assistida por computador, tendo-se para tal adjudicado o serviço a uma empresa de sondagens.

Varáveis estudadas

- **Caracterização dos inquiridos:** sexo, idade, nível de instrução e Região de Saúde de residência.
- **Hábitos de sono:** tempo de sono durante os dias úteis, frequência da prática de sesta durante a semana.
- **Ocorrência de perturbações do sono:** dificuldade em adormecer, frequência e duração de interrupção do sono.
- **Ocorrência de sequelas de sono não reparador:** cansaço ao acordar, sonolência diurna
- **Medicação “para dormir”:** frequência da prática.

Para fins de análise considerou-se, ainda, uma variável composta que se designou «**alteração do sono**» definida pela ocorrência simultânea dos seguintes factores: **ter sempre, ou frequentemente, dificuldade em adormecer, interrupção do sono nocturno mais de 1 vez por semana.**

Tratamento dos dados e análise estatística

Os dados colhidos foram gravados em suporte informático, tendo a base de dados sido submetida a um processo de validação da congruência.

Atendendo a que as variáveis em estudo eram, na sua maioria, categoriais, a principal estatística utilizada foi a frequência relativa apresentada na forma de percentagem.

Uma vez que a amostra não é auto ponderada optou-se por apresentar os resultados ponderados por Região de Saúde. Para as ponderações foi utilizada «a população residente com 18 e mais anos de idade, de Portugal Continental em 2001, por Região de Saúde (INE)» e o «total da população residente de Portugal Continental em 2001».

Primeiramente, descreveu-se a amostra no que respeita às características sócio-demográficas.

Para as restantes variáveis que descrevem os hábitos e perturbações do sono (variáveis dependentes), apresentou-se a distribuição de frequências no total da amostra e desagregada pelas categorias de algumas das variáveis de caracterização (variáveis independentes).

Para testar a associação (ou independência) com estas variáveis foram utilizadas:

1. Teste de Qui-Quadrado de Pearson com a correcção de Rao and Scott (a estatística F-modificada variante do ajustamento de 2ª ordem do Qui-Quadrado de Rao-Scott⁶ cujas propriedades são apresentadas em Rao e Thomas⁷);
2. Teste de Qui-quadrado de Pearson, para tabelas de contingência, para a variável independente «Região de Saúde».

O teste de Qui-Quadrado de Pearson com a correcção de Rao and Scott (a estatística F-modificada variante do ajustamento de 2ª ordem do Qui-Quadrado de Rao-Scott⁶ cujas propriedades são apresentadas em Rao e Thomas⁷), foi também utilizado para a comparação entre as estimativas obtidas nos dois inquéritos em estudo.

Foi estabelecido em 5%, o nível de significância dos testes, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade de significância do teste (p-value) foi inferior a este valor.

Calculou-se também, para todas as frequências apresentadas, os seus intervalos de confiança a 95% utilizando a transformação logística, sendo apresentados os valores retrovertidos para proporções. Estes cálculos foram feitos usando o módulo *Complex Samples* do programa estatístico SPSS. Toda a análise estatística foi realizada utilizando o programa de *software* estatístico SPSS 13.0⁸.

Resultados

Com o objectivo de facilitar a análise da evolução dos resultados optou-se por uma descrição comparativa das estimativas obtidas em 1999 com a das de 2004.

Conforme foi referido, consideraram-se para fins de análise dos resultados, as estimativas ponderadas por Região.

Amostras

No inquérito “ECOS 1999” foram contactadas com êxito 861 unidades de alojamento o que correspondeu a uma taxa de execução da ordem dos 73,5%. Em “ECOS 2004”, foram contactadas, com êxito, 975 unidades de alojamento, o que correspondeu a 80,5% das 1211 UA da amostra inicial.

Os contactos telefónicos não sucedidos, na sua maioria, foram devidos a motivos relacionados com a operacionalidade do painel (números inválidos, impossibilidade de estabelecer contacto telefónico, *etc.*).

As amostras planeadas tinham o mesmo número de UA, em cada Região. No *Ecossistema de 1999* a distribuição de respondentes por região não se revelou homogénea ($p=0,040$) verificando-se uma sobre representação da Região Centro, seguida da do Alentejo. As diferenças de distribuição regional entre os dois inquéritos não se apresentaram estatisticamente significativas (Tabela1).

Amostra 1999

Nas tabelas 2 e 3 estão descritas outras características da amostra estudada em 1999. Pode constatar-se que a maioria dos respondentes foram do sexo feminino (61,1%), o grupo etário mais representado foi o dos indivíduos de 45 aos 64 anos (41,0%) e a grande percentagem dos respondentes tem o ciclo básico ou menos (83,1%) (Tabelas 2 e 3).

A comparação da distribuição da amostra pelo sexo e grupos etários com a da população portuguesa revelou diferenças significativas. Na amostra utilizada há mais mulheres e menos homens do que na população, há menor número de efectivos no grupo etário dos mais novos, mas maior número de indivíduos nos grupos etários que correspondem às idades compreendidas entre os 25 e os 74 anos (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição (%) das Unidades de Alojamento das amostras ECOS 1999 e ECOS 2004, por Região de Saúde

	Ecos1999		<i>p**</i>	Ecos 2004	
	n	%		n	%
Continente	861	100,0		975	100,0
Região			<i>0,127^b</i>		
Norte	169	19,6		200	20,5
Centro	198	23,0		187	19,2
Lisboa e Vale do Tejo	144	16,7		198	20,3
Alentejo	186	21,6		196	20,1
Algarve	164	19,0		194	19,9
	<i>p*</i>	<i>0,040^a</i>			<i>0,972^a</i>

n: número de respondentes; p*: refere-se à comparação entre as classes da variável; p**: refere-se à comparação entre os dois inquiridos; a: teste do bom-ajustamento do χ^2 ; b: teste do χ^2 Pearson

Tabela 2 – Distribuição (%) dos respondentes do “ECOS 1999” e da população residente (resultados definitivos Censos 2001, INE), por sexo e por idade

	n	Amostra	Amostra ponderada		População Censos 2001	<i>p**</i>
		n/ponderada	(para a Região)	IC 95%		
		%	%			
Sexo	861					<i><0,001^a</i>
masculino		35,8	38,9	(35,4 ; 42,6)	48,3	
feminino		64,2	61,1	(57,4 ; 64,6)	51,7	
Grupo etário (anos)	861					<i><0,001^a</i>
18-24		4,1	3,5	(2,4 ; 5,0)	10,4	
25-44		33,1	33,8	(30,4 ; 37,3)	29,7	
45-64		40,3	41,0	(37,5 ; 44,7)	23,9	
65-74		16,3	15,1	(12,4 ; 17,4)	9,7	
≥75		6,3	6,7	(5,0 ; 8,8)	6,8	

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; p**: refere-se à comparação entre a amostra e a população; a: teste do bom-ajustamento do χ^2

Tabela 3 – Distribuição dos respondentes do “ECOS 1999” por nível de instrução

	n	amostra	amostra ponderada		% s/inf
		n/ponderada	%	IC 95%	
Nível de instrução	860				0,1
Menos que o 1º ciclo do ensino básico		11,9	11,0	(8,9 ; 13,5)	
1º ou 2º ou 3º ciclos do ensino básico		72,4	72,1	(68,7 , 75,3)	
Ensino secundário		4,9	5,8	(4,2 ; 7,8)	
Ensino superior		10,8	11,2	(9,1 ; 13,7)	

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa

Amostra 2004

Relativamente à amostra estudada em 2004, verificou-se que a maioria dos respondentes eram do sexo feminino (65,3%) e mais de metade (57,2%) corresponderam a indivíduos com idades compreendidas entre os 45 e 74 anos de idade (Tabela 4).

Mais de metade dos indivíduos da amostra tinha como nível de instrução o ensino básico (57,4%), mas, destes, na sua maioria apenas o 4º ano (4ª classe) de escolaridade, isto é o 1º ciclo daquele nível de ensino (Tabela 5).

A comparação da distribuição da amostra pelo sexo e grupos etários com a da população revelou diferenças significativas. A percentagem de mulheres foi superior à que se verificou na população, sendo a percentagem de homens, naturalmente, inferior. Os grupos etários mais novos estavam sub representados na amostra utilizada, enquanto que os grupos etários que abrangem as idades acima dos 65 anos estavam sobre representada (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos respondentes de “ECOS 2004” e da população residente (resultados definitivos Censos 2001, INE), por sexo e por idade

	n	amostra n/ponderada	amostra ponderada (para a região)		População Censos 2001	p**
		%	%	IC 95%	%	
Sexo	975					<0,001 ^a
masculino		35,1	34,7	(31,6 ; 37,9)	48,3	
feminino		64,9	65,3	(62,1 ; 68,4)	51,7	
Grupo etário (anos)	968					<0,001 ^a
18-24		4,9	5,3	(3,9 ; 7,0)	10,4	
25-44		22,4	25,2	(22,3 ; 28,2)	29,7	
45-64		39,4	38,3	(35,1 ; 41,6)	23,9	
65-74		21,1	18,9	(16,4 ; 21,7)	9,7	
≥75		12,3	12,4	(10,3 ; 14,8)	6,8	

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa; p** - refere-se à comparação entre a amostra e a população;
a: teste do bom-ajustamento do χ^2

Tabela 5 – Distribuição dos respondentes de “ECOS 2004” por nível de instrução

	n	amostra n/ponderada	amostra ponderada		% s/inf
		%	%	IC 95%	
Nível de instrução	971				0,4
Menos que o 1º ciclo do ensino básico		16,7	14,3	(12,2 ; 16,8)	
1º ou 2º ou 3º ciclos do ensino básico		58,5	57,4	(54,0 ; 60,7)	
Ensino secundário		12,2	13,8	(11,6 ; 16,4)	
Ensino superior		12,7	14,5	(12,3 ; 17,1)	

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa

Comparando os dois inquéritos no que diz respeito à estrutura das amostras por sexo e idade, verifica-se que as distribuições por grupo etário não são idênticas entre os dois inquéritos, relevando-se o facto de no *Ecos 1999* haver menos respondentes de 65 e mais anos e mais adultos jovens de 25-44 anos (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição (%) dos respondentes das amostras ponderadas Ecos 1999 e 2004, por sexo e por idade

	Ecos1999		<i>p**</i>	Ecos 2004	
	n	%		n	%
Sexo	861		<i>0,084^a</i>	975	
masculino		38,9 (308)			34,7 (342)
feminino		61,1 (553)			65,3 (633)
Grupo etário (anos)	861		<i><0,001^a</i>	968	
18-24		3,5 (35)			5,3 (47)
25-44		33,8 (285)			25,2 (217)
45-64		41,0 (347)			38,3 (381)
65-74		15,1 (140)			18,9 (204)
≥75		6,7 (54)			12,4 (119)

n: número de registos válidos; (...): numerador da percentagem; *p***: refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado).

Na descrição dos principais resultados, conforme referido na metodologia, apresentam-se as estimativas de prevalência ajustadas por Região de Saúde.

Hábitos de sono

Relativamente a hábitos do sono, os inquiridos foram questionados acerca do número habitual de horas de sono nocturno nos dias úteis e sobre o hábito de fazer sestas.

Horas de sono

Em 1999, os inquiridos referiram dormir, em média, 6,9 horas de sono nocturno, durante os dias úteis (mediana=7; desvio padrão=1,4; mínimo=1; máximo=12). A maioria dos inquiridos (87,3%) referiu dormir seis ou mais horas por noite, apenas 12,7% (125) referiram dormir menos de seis horas por noite (Tabela 7).

Em 2004, os dados foram semelhantes aos obtidos em 1999. A média de horas de sono nocturno habitual foi de 7,0 horas (mediana=7; desvio padrão=1,5; mínimo=2; máximo=12). Também a grande maioria (85,1%) referiu 6 ou mais horas de sono e 14,9% (143) referiram dormir menos de 6 horas por noite (Tabela 7).

Em ambos os inquéritos não se verificaram diferenças significativas entre as Regiões (Tabela 7).

Comparando os dois inquéritos, observou-se uma diferença com significado estatístico na Região de Lisboa e Vale do Tejo constatando-se uma diminuição na percentagem de respondentes que referiram dormir seis ou mais horas (de 91,2% para 82,3%) (Tabela 7).

Verificaram-se associações significativas entre o número de horas de sono e algumas das variáveis de caracterização, em 1999, apenas com a variável idade, em 2004 com todas as variáveis estudadas.

Assim, foram os homens (88,4%, em 2004), os indivíduos dos grupos etários mais novos (95%, em 1999 e 96,6%, em 2004), os com nível de instrução mais elevado (secundário, 93,5% e superior, 93,0%, em 2004) que referiram em maior percentagem 6 ou mais horas de sono nos dias úteis (Tabelas 8 e 9). De salientar, a tendência decrescente da prevalência do número de horas de sono com a idade, significativa em ambos os inquéritos e a tendência crescente com o nível de instrução, também observada em ambos os inquéritos, ainda que apenas significativa em 2004

Não se verificaram diferenças significativas entre os dois inquéritos.

Tabela 7 – Percentagem de indivíduos que referiram **6 ou mais horas de sono nocturno em dias úteis**, segundo a Região, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				<i>p</i> **
	n	%	I.C. 95 %	% s/inf	n	%	I.C. 95 %	% s/inf	
Total	834	87,3*	(84,7 ; 89,6)	3,1	935	85,1*	(82,5 ; 87,4)	4,1	0,198 ^b
Regiões									
Norte	159	86,8	(81,5 ; 92,1)		191	87,4	(82,7 ; 92,1)		0,858 ^a
Centro	195	84,6	(79,5 ; 89,7)		178	86,5	(81,5 ; 91,5)		0,602 ^a
Lisboa e Vale do Tejo	137	91,2	(86,5 ; 95,9)		192	82,3	(76,9 ; 87,7)		0,021 ^a
Alentejo	181	81,2	(75,5 ; 86,9)		187	85,6	(80,6 ; 90,6)		0,262 ^a
Algarve	162	82,7	(76,9 ; 88,5)		187	81,8	(76,3 ; 87,3)		0,827 ^a
<i>p</i> *		0,120 ^a				0,445 ^a			

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa; *p** - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; *p*** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson; b: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

Tabela 8 – Percentagem de indivíduos que referiram **6 ou mais horas de sono nocturno, em dias úteis**, segundo o sexo e segundo a idade, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				<i>p</i> **
	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	
Sexo				0,591 ^a				0,049 ^a	
masculino	304	88,2	(83,7 ; 91,6)		339	88,4	(84,2 ; 91,6)		0,942 ^a
feminino	530	86,8	(83,4 ; 89,6)		596	83,3	(79,8 ; 86,2)		0,118 ^a
Grupo etário				0,004 ^a				<0,001 ^a	
18-24	35	95,0	(83,0 ; 98,7)		47	96,6	(87,9 ; 99,1)		0,691 ^a
25-44	281	91,9	(87,8 ; 94,7)		216	92,1	(87,5 ; 95,1)		0,918 ^a
45-64	333	86,0	(81,6 ; 89,5)		367	87,3	(83,1 ; 90,5)		0,650 ^a
65-74	137	84,1	(76,2 ; 89,7)		194	79,5	(72,4 ; 85,2)		0,342 ^a
≥75	48	74,2	(58,9 ; 85,2)		107	66,7	(56,5 ; 75,6)		0,392 ^a

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa; *p** - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; *p*** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

Tabela 9 – Percentagem de indivíduos que referiram **6 ou mais horas de sono nocturno, em dias úteis**, segundo o nível de instrução, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				P**
	n	%*	I.C. 95 %	P*	n	%*	I.C. 95 %	P*	
Nível de instrução				<i>0,143^a</i>					<i><0,001^a</i>
Menos que o 1º ciclo do ensino básico	93	80,4	(69,7 ; 88,0)		139	71,5	(62,1 ; 79,2)		<i>0,175^a</i>
1º ou 2º ou 3º ciclos do ensino básico	606	87,3	(84,2 ; 89,9)		554	84,1	(80,5 ; 87,1)		<i>0,139^a</i>
Ensino secundário	42	89,7	(75,7 ; 96,1)		116	93,5	(87,2 ; 96,8)		<i>0,425^a</i>
Ensino superior	92	92,4	(85,2 ; 96,2)		122	93,0	(86,7 ; 96,5)		<i>0,858^a</i>

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa; p* - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; p** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde; nd: dados não disponíveis

Hábito da sesta

Em ambos os inquéritos, os inquiridos, na sua maioria, não revelaram ter o hábito da sesta. Referiram não fazer sesta **82,1%, em 1999** e **85,7%, em 2004** e apenas **9,3%**, correspondendo a **85** indivíduos e **6,7%**, correspondendo a **66**, referiram fazer sesta 4 vezes ou mais por semana (Tabela 10).

Apenas a idade se revelou estar significativamente associada ao hábito da sesta (≥ 4 vezes/semana). Com efeito, em ambos os inquéritos observou-se uma maior prevalência desta prática nos indivíduos dos grupos etários dos 65-74 anos. Entre 1999 e 2004 houve uma diminuição, significativa, da prática, nos grupos etários 45-64 e 65-74 anos (Tabela 11).

Tabela 10 – Distribuição (%) de indivíduos pela **frequência da sesta** na semana, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				p**
	n	%*	I.C. 95 %	% s/inf	n	%*	I.C. 95 %	% s/inf	
	842			2,2	969			0,6	
Não faz sestras		82,1	(79,1 ; 84,8)			85,7	(83,1 ; 87,9)		0,120 ^a
Faz sestras									
1-3 vezes/semana		8,6	(6,8 ; 10,9)			7,6	(6,0 ; 5,2)		
≥4 vezes/semana		9,3	(7,3 ; 11,7)			6,7	(5,2 ; 8,6)		

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; p** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

Tabela 11 – Percentagem de indivíduos que referiram **fazer sesta ≥4 vezes/semana**, segundo a idade, em 1999 e 2004

Grupo etário	ECOS 1999				ECOS 2004				p**
	n	%*	I.C. 95 %	p*	n	%*	I.C. 95 %	p*	
				<0,001 ^{a§}				<0,001 ^{a§}	
18-24	35	3,6	(0,6 ; 18,3)		47	-	-		0,078 ^a
25-44	279	2,5	(1,1 ; 5,5)		217	4,0	(2,0 ; 8,0)		0,638 ^a
45-64	344	9,2	(6,3 ; 13,2)		380	4,3	(2,6 ; 7,0)		0,045 ^a
65-74	135	26,4	(18,8 ; 35,6)		201	15,1	(10,4 ; 21,5)		0,039 ^a
≥75	49	9,4	(3,5 ; 22,9)		118	10,1	(5,6 ; 17,6)		0,164 ^a

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; p* - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; p** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); § resultado ponderado por Região de Saúde; - resultado obtido com células com frequência esperada inferior a 5

Perturbações do sono

Na sua maioria, os inquiridos referiram que nunca, ou só ocasionalmente, tinham dificuldade em adormecer ao deitar (81,4%, em 1999 e 81,3%, em 2004) (Tabela 12).

Quanto à interrupção do sono nocturno, verificaram-se diferenças entre os inquéritos. Assim, em 1999, um pouco menos de metade referiu que acordava durante a noite mais do que uma vez por semana (44,7%), enquanto que em 2004, maior parte dos respondentes referiu que acordava durante a noite mais do que uma vez por semana

(70,6%) (Tabela 12). Apenas, 25,8%, em 1999 e 16,7%, em 2004, declaram nunca acordar de noite.

Relativamente aos que referiram acordar durante a noite, independentemente da frequência que referiram, 80,4 % e 90,4% ficavam, habitualmente, acordados menos de 2 horas. Contudo, destes, 47,8%, em 1999 e 60,4%, em 2004, declararam que a ocorrência se verificava apenas por uns minutos. Referiram permanecer acordados 2 ou mais horas 19,6% e 9,6% dos inquiridos, respectivamente em 1999 e 2004. Destes, 6,0% e 2,6%, correspondendo a 38 indivíduos em 1999 e a 21 em 2004, referiram mesmo não voltar a adormecer (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição (%) de indivíduos por algumas perturbações do sono, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				p**
	n	%*	I.C. 95 %	% s/inf	n	%*	I.C. 95 %	% s/inf	
Dificuldade em adormecer	861			-	975			-	0,949 ^a
Nunca/ocasionalmente		81,4	(78,3 ; 84,1)			81,3	(78,5 ; 81,0)		
Sempre/frequentemente		18,6	(15,9 ; 21,7)			18,7	(16,2 ; 21,5)		
Acordar durante a noite	861			-	972			0,3	<0,001 ^a
Nunca/1 vez por semana ou menos		55,3	(51,6 ; 58,9)			29,4	(26,5 ; 32,5)		
Mais de 1 vez por semana		44,7	(41,1 ; 48,4)			70,6	(67,5 ; 73,5)		
Acordar durante a noite e ficar acordado	624			0,7	796			1,4	<0,001 ^a
< de 2 horas		80,4	(76,7 ; 83,6)			90,4	(88,0 ; 92,4)		
≥ de 2 horas		19,6	(16,4 ; 23,3)			9,6	(7,6 ; 12,0)		

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; p** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

«Alteração do sono»

Identificaram-se 123 (14,1%) e 159 (16,2%) indivíduos, respectivamente em 1999 e em 2004, que referiram, simultaneamente, **dificuldade em adormecer, sempre ou quase sempre, e interrupção do sono nocturno mais de uma vez por semana**, que para fins

de apresentação de resultados referiremos como tendo “alteração do sono”, de acordo com o descrito na metodologia.

Não foram observadas diferenças significativas nas prevalências de “alteração do sono” estimadas para as Regiões, contrariamente ao verificado com as outras variáveis em estudo. Assim, em ambos os inquéritos, foram as mulheres (17,5% e 19,5%), os mais idosos (21,2% e 33,0%) e os com menor nível de instrução (33,6% e 28,6%) que referiram em maior percentagem “alteração do sono” (Tabelas 13, 14 e 15). Também para esta variável se identificou uma tendência crescente com a idade e decrescente com o nível de instrução.

Tabela 13– Percentagem de indivíduos que referiram “alteração do sono”, segundo a Região, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				<i>p**</i>
	n	%	I.C. 95 %	% s/inf	n	%	I.C. 95 %	% s/inf	
Total	861	14,1*	(11,7 ; 16,9)	-	972	16,2*	(13,9 ; 18,9)	0,3	0,254 ^b
Regiões									
Norte	169	14,2	(8,9 ; 19,5)		200	14,0	(9,2 ; 18,8)		0,956 ^a
Centro	198	13,1	(8,4 ; 17,8)		186	14,0	(9,0 ; 19,0)		0,808 ^a
Lisboa e Vale do Tejo	144	14,6	(8,8 ; 20,4)		198	19,7	(14,2 ; 25,2)		0,220 ^a
Alentejo	186	16,1	(10,8 ; 21,4)		195	15,4	(10,3 ; 20,5)		0,889 ^a
Algarve	164	13,4	(8,2 ; 18,6)		193	18,7	(13,2 ; 24,2)		0,181 ^a
	<i>p*</i>	0,932 ^a				0,396 ^a			

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; *p** - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; *p*** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson; b: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

Tabela 14 – Percentagem de indivíduos que referiram sofrer de “alteração do sono”, segundo o sexo e segundo a idade, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				<i>p</i> **
	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	
Sexo				<i>0,002^a</i>				<i><0,001^a</i>	
masculino	308	8,9	(5,9 ; 13,2)		340	10,0	(7,0 ; 14,0)		<i>0,682^a</i>
feminino	553	17,5	(14,2 ; 21,3)		632	19,5	(16,5 ; 23,1)		<i>0,400^a</i>
Grupo etário				<i><0,001^a</i>				<i><0,001^a</i>	
18-24	35	-	-		47	9,5	(3,8 ; 22,0)		<i>0,101^a</i>
25-44	285	8,5	(5,6 ; 12,8)		217	7,3	(4,4 ; 11,7)		<i>0,616^a</i>
45-64	347	14,9	(11,3 ; 19,5)		379	15,6	(12,1 ; 20,0)		<i>0,816^a</i>
65-74	140	24,5	(17,1 ; 33,8)		203	20,3	(14,8 ; 27,1)		<i>0,416^a</i>
≥75	54	21,2	(11,7 ; 35,4)		119	33,0	(24,5 ; 42,8)		<i>0,153^a</i>

n - número de registos válidos; (; .) - IC 95% da estimativa; *p** - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; *p*** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

Tabela 15 – Percentagem de indivíduos que referiram sofrer de “alteração do sono”, segundo o nível de instrução, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				<i>p</i> **
	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	
Nível de instrução				<i><0,001^a</i>				<i><0,001^a</i>	
Menos que o 1º ciclo do ensino básico	102	33,6	(24,1 ; 44,7)		162	28,6	(21,4 ; 37,1)		<i>0,445^a</i>
1º ou 2º ou 3º ciclos do ensino básico	623	13,5	(10,8 ; 16,8)		566	17,0	(13,9 ; 20,6)		<i>0,130^a</i>
Ensino secundário	42	3,3 [§]	(0,6 ; 16,9)		117	9,9	(5,5 ; 17,0)		<i>0,206^a</i>
Ensino superior	93	4,6 [§]	(1,7 ; 12,1)		123	6,6	(3,3 ; 12,9)		<i>0,549^a</i>

n - número de registos válidos; (; .) - IC 95% da estimativa; *p** - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; *p*** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); § resultado ponderado por Região de Saúde

Sequelas de sono não reparador

Os inquiridos foram questionados acerca da ocorrência de cansaço ao despertar e de sonolência diurna, factores que poderão traduzir sequelas de um sono não reparador.

Menos de um quinto dos respondentes respondeu positivamente às questões relacionadas com a ocorrência de sono não reparador. Com efeito, 15,0% e 16,3%

referiram acordar sempre ou quase sempre cansados e 14,3% e 11,8% reportaram sonolência diurna (Tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição (%) de indivíduos pela ocorrência de **sequelas de um sono não reparador**, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				<i>p**</i>
	n	%*	I.C. 95 %	% s/inf	n	%*	I.C. 95 %	% s/inf	
Acordar cansado	858			0,3	975			0,0	0,474 ^a
Nunca/ocasionalmente		85,0	(82,2 ; 87,4)			83,7	(81,0 ; 86,0)		
Sempre/frequentemente		15,0	(12,6 ; 17,8)			16,3	(14,0 ; 19,0)		
Sonolência diurna	860			0,1	975			0,0	0,131 ^a
Nunca/ocasionalmente		85,7	(82,9 ; 88,1)			88,2	(85,9 ; 90,2)		
Sempre/frequentemente		14,3	(11,9 ; 17,1)			11,8	(9,8 ; 14,1)		

n - número de registos válidos; (.,.) - IC 95% da estimativa; *p*** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

Relativamente à ocorrência de «cansaço ao acordar», em ambos os inquéritos, não só se verificaram associações estatisticamente significativas com as variáveis sexo, idade e nível de instrução, mas também, com algumas perturbações do sono acima analisadas, nomeadamente «dificuldade em adormecer», «acordar durante a noite mais de uma vez por semana» e «dormir menos de 6 horas de sono nocturno».

Foram as mulheres (18,4% e 20,6%), os mais idosos (24,5 e 24,4%) e os com menor nível de instrução (26,8% e 29,4%) que referiram, em maior percentagem, cansaço ao acordar. Na comparação dos dois inquéritos, encontrou-se uma diferença com significado estatístico, nas percentagens de indivíduos dos 45-64 anos que apresentaram cansaço ao acordar, sendo esta superior no ano de 2004 (12,2% em 1999 para 18,1% em 2004) (Tabela 17).

Tabela 17 – Percentagem de indivíduos que referiram sempre, ou quase sempre, **cansaço ao acordar**, segundo o sexo, segundo a idade e segundo o nível de instrução, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				<i>p**</i>
	n	%*	I.C. 95 %	<i>p*</i>	n	%*	I.C. 95 %	<i>p*</i>	
Sexo				<i>0,002^a</i>				<i><0,001^a</i>	
masculino	306	9,7	(6,7 ; 13,9)		342	8,2	(5,6 ; 12,0)		<i>0,542^a</i>
feminino	552	18,4	(15,0 ; 22,3)		633	20,6	(17,5 ; 24,2)		<i>0,371^a</i>
Grupo etário				<i>0,012^a</i>				<i>0,021^a</i>	
18-24	34	4,3	(1,1 ; 20,3)		47	12,6	(5,3 ; 26,8)		<i>0,190^a</i>
25-44	285	14,4	(10,1 ; 18,7)		217	10,3	(6,8 ; 15,2)		<i>0,187^a</i>
45-64	347	12,2	(9,5 ; 16,8)		381	18,1	(14,3 ; 22,7)		<i>0,037^a</i>
65-74	139	22,5	(15,8 ; 31,6)		204	16,5	(11,7 ; 22,8)		<i>0,224^a</i>
≥75	53	24,5	(14,7 ; 38,7)		119	24,4	(16,9 ; 33,8)		<i>0,992^a</i>
Nível de instrução				<i>0,001^a</i>				<i><0,001^a</i>	
Menos que o 1º ciclo do ensino básico	101	26,8	(18,7 ; 36,9)		162	29,4	(22,0 ; 38,0)		<i>0,666^a</i>
1º ou 2º ou 3º ciclos do ensino básico	621	15,2	(12,3 ; 18,6)		568	15,6	(12,7 ; 19,1)		<i>0,846^a</i>
Ensino secundário	42	6,7	(2,3 ; 17,7)		118	10,0	(5,6 ; 17,0)		<i>0,503^a</i>
Ensino superior	93	6,7	(2,7 ; 15,3)		123	13,1	(8,1 ; 20,6)		<i>0,167^a</i>

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa; *p** - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; *p*** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

Naturalmente, foram os indivíduos com dificuldade, permanente ou muito frequente, em adormecer (35,0% e 39,6%), os que declararam acordar durante a noite, mais de uma vez por semana (20,6% e 19,6%) e os que, habitualmente, dormem durante a semana menos de seis horas (24,8% e 36,8%) que referiram, em maior percentagem, cansaço ao acordar (Tabela 18).

Tabela 18 – Percentagem de indivíduos que referiram, sempre ou quase sempre, **cansaço ao acordar**, segundo algumas perturbações do sono, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				<i>p</i> **
	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	
Dificuldade em adormecer				<i><0,001^a</i>				<i><0,001^a</i>	
Nunca/ocasionalmente	698	10,4	(8,2 ; 13,2)		792	11,0	(8,8 ; 13,5)		0,751 ^b
Sempre/frequentemente	160	35,0	(27,3 ; 43,6)		183	39,6	(32,3 ; 47,5)		0,425 ^b
Acordar durante a noite				<i><0,001^a</i>				<i><0,001^a</i>	
Nunca/1 vez por semana ou menos	460	10,5	(7,8 ; 14,0)		292	8,3	(5,4 ; 12,4)		0,355 ^b
Mais de 1 vez por semana	398	20,6	(16,6 ; 25,3)		680	19,6	(16,6 ; 22,9)		0,703 ^b
Nº de horas de sono				<i>0,002^a</i>				<i><0,001^a</i>	
≥ de 6 horas de sono	707	12,6	(10,2 ; 15,6)		792	11,9	(9,7 ; 14,5)		0,689 ^b
< de 6 horas de sono	125	24,8	(17,1 ; 34,4)		143	36,8	(28,7 ; 45,8)		0,057 ^b

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; *p** - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; *p*** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

Relativamente à ocorrência de sonolência diurna, apenas se verificaram, em 1999, associações significativas desta variável com «acordar durante a noite mais de uma vez por semana» e com «dormir menos de 6 horas de sono nocturno». Foram, de facto, os respondentes apresentando estas perturbações que referiram, em maior percentagem, sonolência diurna, respectivamente, 17,4% e 23,5%.

Em 2004, não se verificou qualquer associação com significado estatístico entre as diferentes variáveis, contudo as percentagens estimadas para aquelas duas variáveis apresentaram as mesmas tendências observadas em 1999 (Tabela 19).

Tabela 19 – Percentagem de indivíduos que referiram, sempre ou quase sempre, **sonolência diurna**, segundo algumas perturbações do sono, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				<i>p</i> **
	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	
Acordar durante a noite				0,036^a					0,050^a
Nunca/1 vez por semana ou menos	461	11,8	(8,8 ; 15,6)		292	8,4	(5,6 ; 12,5)		0,181 ^a
Mais de 1 vez por semana	399	17,4	(13,7 ; 21,9)		680	13,2	(10,7 ; 16,1)		0,078 ^a
Nº de horas de sono				0,013^a					0,209^a
≥ de 6 horas de sono	709	13,3	(10,8 ; 16,2)		792	10,5	(8,4 ; 12,9)		0,111 ^a
< de 6 horas de sono	125	23,5	(15,7 ; 33,5)		143	14,3	(9,1 ; 21,7)		0,094 ^a

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; *p** - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; *p*** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde.

Medicação para “dormir”

A maioria dos inquiridos referiu **nunca** tomar comprimidos para dormir (78,2% e 78,8%), enquanto que 10,6% e 13,9%, respectivamente em 1999 e 2004, afirmaram fazê-lo sempre ou frequentemente, 11,1% e 7,3% declararam que só ocasionalmente tomam medicação para dormir (Tabela 20).

Dos indivíduos (171, em 1999 e 193, em 2004) que referiram tomar comprimidos para dormir, independentemente da frequência, 69,1% (IC: 61,5% ; 75,8%) e 76,6% (IC: 69,7% ; 82,2%) referiram tê-lo feito nas duas semanas anteriores ao inquérito.

Somente em 1999 se verificaram diferenças, com significado estatístico, nas percentagens estimadas para as Regiões, (Tabela 20). Comparando os dois estudos, constatou-se que ocorreu um aumento na percentagem total de indivíduos que referiram tomar medicamentos para dormir, nomeadamente de 10,6% para 13,9%. Esta diferença, foi marginalmente significativa. No estudo de 2004, na Região Norte observou-se, uma maior percentagem, estatisticamente significativa, de indivíduos medicados (15,0%), relativamente a 1999 (7,1%).

Foram as mulheres (13,7% e 17,8%), os mais idosos (25,1% e 32,4%) e os com menor nível de instrução (17,7% e 25,7%) que apresentaram em maior percentagem, indivíduos a referirem tomar comprimidos para dormir. Também para esta variável se constatou uma tendência crescente relacionada com a idade e decrescente com o nível de instrução (Tabelas 21 e 22)

Tabela 20 – Percentagem de indivíduos que referiram tomar “comprimidos para dormir” sempre ou quase sempre, segundo a Região, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				<i>p</i> **
	n	%	I.C. 95 %	% s/inf	n	%	I.C. 95 %	% s/inf	
Total	860	10,6*	(8,6 ; 13,1)	0,1	974	13,9*	(11,7 ; 16,4)	0,1	0,050 ^b
Regiões									
Norte	169	7,1	(3,2 ; 11,0)		200	15,0	(10,1 ; 19,9)		0,017 ^a
Centro	197	15,2	(10,2 ; 20,2)		186	12,4	(7,7 ; 17,1)		0,417 ^a
Lisboa e Vale do Tejo	144	11,1	(6,0 ; 16,2)		198	14,6	(9,7 ; 19,5)		0,340 ^a
Alentejo	186	12,9	(8,1 ; 16,2)		196	14,8	(9,8 ; 19,8)		0,593 ^a
Algarve	164	4,3	(1,2 ; 7,4)		194	7,2	(3,6 ; 10,8)		0,266 ^a
	<i>p</i> *	0,005 ^a				0,107 ^a			

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; *p** - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; *p*** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson; b: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

Tabela 21 – Percentagem de indivíduos que referiram tomar “comprimidos para dormir” sempre ou quase sempre, segundo o sexo e segundo a idade, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				<i>p</i> **
	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	
Sexo				0,001 ^a				<0,001 ^a	
masculino	308	5,8	(3,6 ; 9,4)		342	6,6	(4,2 ; 10,2)		0,695 ^a
feminino	552	13,7	(10,8 ; 17,2)		632	17,8	(14,8 ; 21,2)		0,081 ^a
Grupo etário				<0,001 ^a				<0,001 ^a	
18-24	35	3,6	(0,6 ; 18,3)		47	0,5	(0,1 ; 2,7)		0,067 ^a
25-44	285	3,2	(1,6 ; 6,2)		217	5,0	(2,7 ; 8,9)		0,319 ^a
45-64	347	11,2	(7,6 ; 14,7)		381	14,4	(10,9 ; 18,7)		0,167 ^a
65-74	139	22,6	(15,6 ; 31,7)		204	16,7	(11,8 ; 23,2)		0,226 ^a
≥75	54	25,1	(14,8 ; 39,3)		118	32,4	(23,9 ; 42,2)		0,377 ^a

n - número de registos válidos; (;) - IC 95% da estimativa; *p** - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; *p*** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

Tabela 22 – Percentagem de indivíduos que referiram **tomar “comprimidos para dormir” sempre ou quase sempre**, segundo o nível de instrução, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				<i>p</i> **
	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	
Nível de instrução				0,015^a					<0,001^a
Menos que o 1º ciclo do ensino básico	101	17,7	(11,3 ; 26,6)		161	25,7	(18,8 ; 34,1)		0,146 ^a
1º ou 2º ou 3º ciclos do ensino básico	623	11,1	(8,6 ; 14,2)		568	14,3	(11,4 ; 17,8)		0,135 ^a
Ensino secundário	42	3,3	(0,6 ; 16,9)		118	6,7	(3,3 ; 13,2)		0,441 ^a
Ensino superior	93	4,9	(2,2 ; 10,5)		123	8,5	(4,8 ; 14,6)		0,252 ^a

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa; *p** - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; *p*** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

A medicação para dormir revelou-se associada com o estado de cansaço ao acordar percebido pelo próprio, assim como com o estado de sonolência diurna experimentada pelo indivíduo.

Com efeito, quer em 1999 e 2004, a prática de medicação para dormir revelou-se associada positivamente à ocorrência de cansaço, permanente ou frequente, ao acordar e sonolência diurna, também frequente (Tabelas 23 e 24).

Tabela 23 – Percentagem de indivíduos que referiram, **sempre ou quase sempre, cansaço ao acordar**, segundo a prática de medicação para dormir, em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				<i>p</i> **
	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	n	%*	I.C. 95 %	<i>p</i> *	
Medicação para dormir				<0,001^a					<0,001^a
Nunca/ocasionalmente	769	12,4	(10,0 ; 15,1)		849	13,1	(10,9 ; 15,7)		0,676 ^a
Sempre/frequentemente	88	38,0	(27,7 ; 49,4)		125	36,4	(28,1 ; 45,6)		0,830 ^a

n - número de registos válidos; (. ; .) - IC 95% da estimativa; *p** - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; *p*** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); b: comparação de duas proporções, amostras independentes; *resultado ponderado por Região de Saúde

Tabela 24 – Percentagem de indivíduos que referiram, **sempre ou quase sempre**, **sonolência diurna**, segundo a prática de medicação para dormir , em 1999 e 2004

	ECOS 1999				ECOS 2004				<i>P**</i>
	n	%*	I.C. 95 %	<i>P*</i>	n	%*	I.C. 95 %	<i>P*</i>	
Medicação para dormir				<i>0,004^a</i>				<i><0,001^a</i>	
Nunca/ocasionalmente	770	13,0	(10,6 ; 16,0)		849	10,5	(8,5 ; 13,0)		<i>0,155^a</i>
Sempre/frequentemente	89	25,2	(16,8 , 36,1)		125	19,4	(13,2 ; 27,6)		<i>0,337^a</i>

n - número de registos válidos; (; .) - IC 95% da estimativa; *p** - refere-se à comparação da proporção entre as classes da variável; *p*** - refere-se à comparação entre os dois inquéritos; a: teste de χ^2 de Pearson com a correcção de Rao and Scott (F-modificado); *resultado ponderado por Região de Saúde

Discussão/Conclusões

O presente trabalho constituiu uma abordagem ao estudo sobre os hábitos de sono e respectivas perturbações.

Quando o estudo se iniciou, apesar da pesquisa realizada, não se identificou um trabalho de referência⁹ que se estaria a realizar sobre a situação de insónia em Portugal. Assim a principal mais valia que o presente trabalho poderá trazer ao conhecimento sobre a problemática poderá, eventualmente, relacionar-se com o facto de se ter realizado uma análise comparativa da situação em dois períodos de tempo, com um intervalo de cinco anos e de se terem introduzido algumas componentes, não tratadas naquele estudo, como os hábitos do sono, medicação , entre outras.

A validade dos resultados apresentados depende do efeito de potenciais viés, pelo que se torna pertinente analisar algumas limitações do estudo.

Será sempre importante assinalar que o painel utilizado, sendo uma amostra probabilística de unidades de alojamento de Portugal Continental, com telefone fixo, não permite obter indicadores rigorosos que constituíam suporte de inferências para toda a população portuguesa, atendendo a que o sector da população que não possui telefone fixo ou que têm números confidenciais não se encontra representado na amostra. Assim, as extrapolações feitas devem merecer toda a prudência de interpretação⁵.

Por outro lado, a comparação das distribuições das amostras pelo sexo e grupos etários com a da população censitária revelou diferenças significativas. Nas amostras estudadas as mulheres estão sobre representadas e constata-se uma maior proporção de idosos relativamente à população.

Tendo sido feita uma análise comparativa entre os dois inquéritos realizados deverá também ser realçado que a amostra obtida em 2004 revelou-se uma amostra mais envelhecida comparativamente à de 1999, não se tendo verificado diferenças, com significado estatístico, relativamente à composição por sexo.

As diferenças acima apontadas deverão ser consideradas na interpretação dos resultados

Outra limitação diz respeito ao pequeno número de efectivos em algumas categorias das variáveis de desagregação. Este facto, de igual modo, impõe precaução na interpretação de alguma das estimativas geradas.

A análise dos resultados veio a revelar algum deficit na definição de critérios. Com efeito, vários estudos demonstram a importância de uma definição operacional de insónia rigorosa e quanto este aspecto pode influenciar os resultados⁹.

Obtiveram-se taxas de resposta de **73,5%**, correspondendo a **861** entrevistas realizadas, em **1999** e de **80,5%**, correspondendo a **975** indivíduos estudados, em **2004**. Verificou-se, assim, um aumento de 7% na taxa de resposta de 1999 para 2004.

Focando algumas das características dos respondentes, valerá a pena realçar que na sua maioria, em ambos os inquéritos, foram mulheres (**61,1%** e **65,3%**) indivíduos do grupo etário dos 45-64 anos (**41,0%** e **38,3%**), com o ensino básico (1º, 2º ou 3º ciclo) (**72,1%**, **57,4%**).

Os resultados permitiram concluir:

Relativamente ao **número habitual de horas de sono nocturno em dias úteis**, a maioria dos respondentes em ambos os inquéritos referiu **dormir seis ou mais horas** (**87,3%** e **85,1%**). Em 2004, verificou-se uma diferença significativa entre os homens e as mulheres. A percentagem de **homens (88,4%)** que referiram **seis ou mais horas de sono nocturno** foi **maior do que** a das **mulheres (83,3%)**. Observou-se ainda uma **tendência decrescente com o grupo etário**, significativa em ambos os inquéritos e uma **tendência crescente com o nível de instrução**, esta só significativa em **2004**.

Na sua maioria, os inquiridos **não tinham o hábito da sesta (82,1% e 85,7%)**. De relevar a **percentagem mais elevada** estimada para o grupo etário de **65-74 anos**.

A **dificuldade em adormecer (frequentemente ou sempre)** foi referida, respectivamente por **18,6%** e **18,7%** dos respondentes. Relativamente a esta perturbação, em outros estudos com diferentes metodologias, foram encontrados percentagens, nomeadamente da ordem dos 12,1%, em Portugal⁴ ou de 23,4%, nos EUA¹⁰.

As percentagens de indivíduos que referiram **acordar durante a noite mais de uma vez por semana** foram da ordem dos **44,7%** e **70,6%**. Este aumento de 1999 para 2004 é difícil de explicar. Por outro lado, estas percentagens afastam-se dos valores, na casa dos vinte por cento, encontrados nos outros estudos referenciados. Este facto deve-se, provavelmente, à formulação pouco discriminativa do enunciado da pergunta, na qual não foram estabelecidos limites de tempo para o período de vigília e foi-se pouco restritivo relativamente ao número de vezes da ocorrência do fenómeno durante a semana.

Foram as **mulheres (17,5% e 19,5%)**, os **mais idosos, de 65-74 anos(24,5%)**, em **1999, de 75 e mais anos (33,0%)**, em 2004 e os **com menor nível de instrução(33,6% e 28,6%)** que apresentaram **maior percentagem** de indivíduos a referir «**alteração do sono**», definida, simultaneamente, pela **dificuldade em adormecer (frequentemente ou sempre)** e pela **interrupção do sono nocturno mais de uma vez por semana**. A diferença entre sexos é apreciável, rondando os nove pontos percentuais, e significativa em ambos os inquéritos.

As sequelas de um sono não reparador traduzidas pelas queixas de um **cansaço ao acordar** e por uma **sonolência diurna** foram prevalentes, respectivamente, em **15,0%/16,3%** e **14,3%/11,8%** dos inquiridos. As **mulheres (18,4% e 20,6%)** declararam, **em maior percentagem**, do que os homens (**9,7% e 8,2%**) ,**acordarem cansadas**. Também para esta variável, se identificou uma tendência crescente com os grupos etários e decrescente com o nível de instrução, ainda que com esta variável, em 2004, a tendência não seja completamente nítida.

A **medicação “para dormir”** permanente ou frequente foi referida por **10,6% e 13,9%** dos respondentes. O aumento de 3,3% verificado entre 1999 e 2004 revelou-se significativo. A diferença entre sexos foi também significativa, com as **mulheres (13,7%/17,8%)** a apresentarem **maiores percentagens** do que os homens (**5,8%/6,6%**). A tendência crescente com os grupos etários foi nítida. O nível de instrução também revelou influência, aqui no sentido inverso, na prática de medicação, isto é, quanto maior o nível de instrução, menor a percentagem de indivíduos medicados. Esta tendência também se apresentou nítida em 1999, já não tão clara, em 2004. Outro aspecto a focar no estudo desta variável, foi a percentagem, altamente significativa, de inquiridos com cansaço ao acordar no grupo daqueles que tomam medicamentos “para dormir” (**38,0% e 36,4%**), relativamente aqueles que não tomam ou raramente tomam (**12,4%/13,1%**).

Genericamente, poder-se-á concluir que se verificou uma evolução desfavorável em, praticamente todas as variáveis estudadas, ainda que as diferenças entre os dois inquéritos não tenham sido estatisticamente significativas, à excepção da prática de medicação.

Apesar das limitações metodológicas e da eventual imprecisão de alguns valores, estes resultados podem constituir valores de referência na fundamentação de programas de prevenção/intervenção.

Referências

1. Paiva T. O efeito do sono na sinistralidade. Workshop "Segurança Rodoviária- Uma perspectiva de mudança";2004 Março 4 e 5; Lisboa. Direção Geral de Viação. Disponível em http://www.dgv.pt/not_dest/6-Sono_Sinistral.pdf
2. Diagnostic Classification Steering Committee, Thorpy MJ, Chairman. *International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual*. (ICSD). Rochester, Minnesota: American Sleep Disorders Association, 1990
3. Ferreira P, Coelho R. Insónia. *Perspect Prat Med* 1996;1(4): 16-17
4. Ohayon MM, Paiva T. Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal. *Sleep Medicine* 2005; 6: 435-441
5. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde (ONSA). *Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde, 2003
6. Rao JNK, Scott AJ. On chi-squared tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. *Annals of Statistics* 1984; 12: 46-60.
7. Rao JNK, Thomas, DR. *Analysis of categorical response data from complex surveys: an upraise and update*. In *Analysis of Survey Data*, ed. R. Chambers and C. Skinner. New York: John Wiley & Sons 2003.
8. SPSS 13.0 for Windows. Release 13.0 (1 sep 2004). SPSS Inc.
9. Liljenberg B, Almqvist M, Hetta J, Roos BE, Agren H. The prevalence of insomnia: the importance of operationally defined criteria. *Ann Clin Res* 1988;20(6):393-8
10. Bixler EO, Kales A, Soldatos CR, Kales JD, Healey S. Prevalence of sleep disorders in Los Angeles metropolitan area. *Am j Psychiatry* 1979;136(10): 1257-1262