

Prevalência de insônia, comorbidades associadas e uso de benzodiazepínicos por profissionais da Atenção Primária à Saúde

Prevalence of chronic insomnia, associated comorbidities and use of benzodiazepines by Primary Health care professionals

Linério Ribeiro de Novais Júnior¹, Larissa Mendes da Silva², Aline Vieira Scarlatelli Lima³

RESUMO

Introdução: A insônia é capaz de modificar o padrão do sono e afetar a saúde e a funcionalidade das atividades desempenhadas pelo indivíduo. Os profissionais da área da saúde se apresentam como uma população em risco para a insônia, devido às características de seu trabalho. **Objetivos:** Este estudo analisou a prevalência de insônia e a presença de comorbidades entre esses profissionais. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional, transversal, em agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros (ENF), médicos (MED) e técnicos de enfermagem (TEC) que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do sul de Santa Catarina (SC), no período de maio até outubro de 2021. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário *on-line* auto administrado, via *Google Docs*. Os questionários foram aplicados em 168 profissionais de saúde, os quais foram alocados em dois grupos: ACS (93) e TEC (22), totalizando 115 participantes; ENF (24) e MED (29), com 53 participantes. As variáveis analisadas foram: perfil sociodemográfico e estilo de vida dos profissionais; presença de ansiedade, depressão, dor crônica e utilização de benzodiazepínico (BZD); presença de insônia; gravidade da insônia e bem-estar mental atual. **Resultados:** 53% dos ACS/TEC apresentam insônia (59% insônia leve, 32,8% insônia moderada, 8,2% insônia grave), 54,8% ansiedade, 33% depressão, 31,3% dor crônica e 23,5% utilizam benzodiazepínicos (BZD). Entre os ENF e MED, a prevalência de insônia foi de 34% (61,1% insônia leve e 38,9% insônia moderada), 35,8% ansiedade, 13,2% depressão, 5,7% crônica e 5,7% utilizam BZD. **Conclusão:** Foi possível constatar maior prevalência de insônia, ansiedade, depressão, dor crônica e utilização de benzodiazepínicos entre os profissionais de saúde quando comparados com a população geral, especialmente entre os ACS e TEC.

PALAVRAS-CHAVE: Insônia. Profissionais de Saúde. Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Insomnia is able to modify the sleep pattern and affect the health and functionality of the activities performed by the individual. Health professionals are a population at risk for insomnia, due to the characteristics of their work. **Objectives:** This study analyzed the prevalence of insomnia and the presence of comorbidities among these professionals. **Methods:** An observational, cross-sectional study was carried out with community health agents (ACS), nurses (ENF), physicians (MED) and nursing technicians (TEC) who work in Basic Health Units (UBS) in a municipality in the south of Brazil, of Santa Catarina (SC), from May to October 2021. Data were collected through the application of a self-administered online questionnaire, via *Google Docs*. The questionnaires were applied to 168 health professionals, who were divided into two groups: ACS (93) and TEC (22), totaling 115 participants; ENF (24) and MED (29), with 53 participants. The variables analyzed were: sociodemographic profile and lifestyle of professionals; presence of anxiety, depression, chronic pain and use of benzodiazepines (BZD); presence of insomnia; severity of insomnia and current mental well-being. **Results:** 53% of the ACS/TEC have insomnia (59% mild insomnia, 32.8% moderate insomnia, 8.2% severe insomnia), 54.8% anxiety, 33% depression, 31.3% chronic pain and 23, 5% use benzodiazepines (BZD). Among ENF and MED, the prevalence of insomnia was 34% (61.1% mild insomnia and 38.9% moderate insomnia), 35.8% anxiety, 13.2% depression, 5.7% chronic and 5. 7% use BZD. **Conclusion:** It was possible to observe a higher prevalence of insomnia, anxiety, depression, chronic pain and use of benzodiazepines among health professionals when compared to the general population, especially among CHA and TEC.

KEYWORDS: Insomnia. Health Care Professionals. Health Centers

¹ Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul). <<https://orcid.org/0000-0002-4682-8853>>. E-mail: linerionovaisjr@gmail.com

² Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <<https://orcid.org/0000-0003-4001-9956>>

³ Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul). <<https://orcid.org/0000-0002-6580-550X>>

INTRODUÇÃO

O sono é um processo natural e essencial ao ser humano. É responsável pela reparação celular, desintoxicação, consolidação de memórias e processamento de informações pelo cérebro. É regulado pelo Sistema Nervoso Central (SNC), especificamente, pelo hipotálamo, por meio da ativação do núcleo ventral lateral pré -óptico (VLPO), liberação de ácido gama aminobutírico (GABA) e galanina, os quais são os neurotransmissores responsáveis por inibirem neurônios relacionados à vigília (neurônios orexígenos, monoaminérgicos, colinérgicos e glutamatérgicos). A alteração desse padrão modifica diversas vias bioquímicas do organismo e pode repercutir, amplamente, na saúde do indivíduo (1).

A insônia é uma doença capaz de modificar tal padrão e que pode ser definida como: dificuldade de iniciar ou manter o sono, continuamente, pela noite ou despertar antes do horário desejado, associado à diminuição de funcionalidade durante o dia, seja por redução da capacidade cognitiva, fadiga ou distúrbios de humor (2).

Manifesta-se por sintomas noturnos, normalmente definidores da doença: dificuldade para iniciar, manter ou retomar o sono; angústia em relação ao próprio sono; ruminação de pensamentos, excessiva preocupação e ansiedade. Sintomas diurnos estão presentes, possivelmente, como consequência do sono irregular, os quais podem ser citados: fadiga; irritabilidade; mal-estar; perda de motivação; humor deprimido; déficit de atenção e dificuldade cognitiva, inclusive esquecimentos (3).

É classificada, quanto ao curso, como: insônia aguda, a qual possui duração menor de três meses; insônia crônica, cujos sintomas persistem por três vezes na semana, durante, pelo menos, três meses (4). Os sintomas transitórios da insônia ocorrem em, aproximadamente, 30-35% da população mundial, enquanto episódios de insônia aguda afetam 15-20%, já o distúrbio da insônia crônica atinge 6-10% da população total (5, 6). As mulheres em período de menopausa, os idosos, indivíduos com baixo nível socioeconômico, o estresse crônico, as longas jornadas de trabalho, a interrupção do ritmo circadiano e as doenças psiquiátricas (principalmente, depressão e ansiedade) são considerados fatores de risco para o desenvolvimento da patologia (7).

O modelo 3P's, aplicado à insônia, afirma que fatores como: pré-disposição do indivíduo (características genéticas, neurobiológicas e tipo de personalidade), eventos precipitadores (estressantes psicossociais) e perpetuadores (estado de hiperexcitação, hábitos irregulares, estado emocional e autonômico alterados) são responsáveis pela instalação da insônia (8).

A insônia impacta, de forma significativa, a qualidade de vida do indivíduo. Afeta o bem estar físico e mental, as funções cognitivas (principalmente, a memória declarativa), os processos emocionais, as relações pessoais, as atividades sociais e recreativas e o

desenvolvimento e satisfação pessoal (9, 10). Ademais, os portadores de insônia apresentam diversas comorbidades (especialmente, abuso de substâncias, doenças cardiovasculares, respiratórias, metabólicas, reumatológicas e psiquiátricas), elevada procura aos serviços de saúde e o uso crônico de benzodiazepínicos. Conseqüentemente, tais fatos refletem no aumento dos gastos de recursos públicos na área de saúde (11).

Diante das características que influenciam e definem o diagnóstico de insônia, os profissionais da área da saúde apresentam-se como uma população em risco potencial para essa patologia, pois diversos fatores, precipitantes e perpetuadores, podem estar presentes em sua atividade laboral: carga horária exaustiva; falta de tempo para lazer e férias, pressão gerada pelo ambiente de trabalho; envolvimento e responsabilidade com pessoas que necessitam de cuidados; condições do exercício da profissão, por vezes, insatisfatórias (baixa remuneração, falta de reconhecimento e autonomia, infraestrutura inadequada). Desse modo, estima-se que a prevalência de insônia entre os médicos e enfermeiros é em torno de 30-50%, bem superior à média de 6-10% da população (4, 6, 12, 13).

Diante disso, o presente estudo analisou a prevalência de insônia, definiu o perfil sociodemográfico e de estilo de vida e avaliou a presença de comorbidade e utilização de BZD entre os profissionais da área da saúde que atuam nas UBSs de um município do sul de Santa Catarina (SC).

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional com delineamento transversal entre os ACS, ENF, MED e TEC que trabalham nas UBS de um município do sul de SC, com idade superior a 18 anos e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), no período de maio até outubro de 2021.

Para o cálculo de tamanho de amostra foi utilizada a população alvo como a estimativa do número total de ACS (240), ENF (36), MED (38) e TEC (45) que trabalham nas unidades de ESF de um município do sul de SC, totalizando 359 profissionais.

O cálculo amostral foi realizado pela técnica de cluster ou conglomerado, em que cada categoria representa um tamanho de amostra proporcional ao total. A frequência esperada foi de 50%, erro alfa de 5%, efeito do desenho de 1,0. Desse modo, as amostras probabilísticas foram agregadas em quatro grupos de profissionais de saúde: 148 agentes comunitários de saúde, 33 enfermeiros, 35 médicos e 41 técnicos de enfermagem.

Foram incluídos no estudo os profissionais com idade acima de 18 anos, no período analisado, e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Ademais, foram excluídos do estudo os indivíduos que preencheram inadequadamente os instrumentos.

Os participantes foram divididos em dois grupos, de acordo com o grau de escolaridade: o primeiro grupo foi composto por agentes comunitários de saúde (ACS) e técnicos de enfermagem (TEC). O segundo grupo foi constituído por enfermeiros (ENF) e médicos (MED).

O contato com os profissionais foi realizado pessoalmente nas UBSs durante as reuniões de equipe e por meio de contato telefônico e via WhatsApp com os enfermeiros responsáveis pela gestão das unidades. Foi aplicado um questionário online auto administrado, disponibilizado na plataforma eletrônica Google Docs™, organizado em quatro categorias: perfil sociodemográfico e estilo de vida dos profissionais da área da saúde em estudo, o qual avaliou, também, a presença de ansiedade, depressão, dor crônica e utilização de BZD; Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR) (4, 15, 16); Índice de Gravidade de Insônia (IGI-BR) (17); Escala de Bem Estar da Organização Mundial da Saúde (WHO-5) (15, 18, 19).

Os relatórios extraídos do formulário eletrônico e tabulados pelo programa MS Excel foram inseridos para análise no programa estatístico SPSS versão 20.0. Para verificar a associação entre as variáveis de interesse foi aplicado o Teste qui-quadrado (X²) e utilizado medida de razão de prevalência. O intervalo de confiança - IC pré-estabelecido foi de 95%, e o nível de significância de 5%, sendo considerados estatisticamente significativos os valores de $p < 0,05$.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), parecer n.º 4.627.253, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

O questionário foi aplicado em 168 profissionais de saúde: 93 (55,4%) agentes comunitários de saúde (ACS); 24 (14,3%) enfermeiros (ENF); 29 (17,3%) médicos (MED) e 22 (13,1%) técnicos de enfermagem (TEC). Os dados referentes ao perfil sociodemográfico e estilo de vida dos participantes estão demonstrados na tabela 1 e 2.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e estilo de vida dos agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem da atenção primária à saúde

	Agentes		Técnicos		Total	%
	Comunitários de Saúde	%	de Enfermagem	%		
Número de Participantes	93	55,4	22	13,1	115	68,5
Sexo						
Feminino	90	53,6	20	11,9	110	65,5
Masculino	3	1,8	2	1,2	5	3,0
Idade						
18-29 anos	0	0	1	0,6	1	0,6
30-49 anos	35	20,8	11	6,5	46	27,4
50-69 anos	56	33,3	0	6	56	33,3

	Agentes Comunitários de Saúde		Técnicos de Enfermagem		(Conclusão) Total	
		%		%		%
> 70 anos	2	1,2	0	0	2	1,2
Estado Civil						
Solteiro	56	33,3	14	8,3	70	41,7
Casado	11	6,5	5	3	16	9,5
Viúvo	7	4,2	0	0	7	4,2
União Estável	7	4,2	3	1,8	10	6,0
Divorciado/Separado	12	7,1	0	0	12	7,1
Renda Per Capita						
<3 Salários-Mínimos	71	42,3	17	10,1	88	52,4
3-10 Salários-Mínimos	22	13,1	5	3	27	16,1
Filhos < 6 anos						
Sim	9	5,4	5	3	14	8,3
Não	84	50	17	10,1	101	60,1
Tempo de Serviço UBS*						
<3 anos	1	0,6	2	1,2	3	1,8
3-5 anos	4	2,4	5	3	9	5,4
6-10 anos	10	6	6	3,6	16	9,5
>10 anos	78	46,4	9	5,4	87	51,8
Exercício Físico						
Sim	35	20,8	7	4,2	42	25,0
Não	58	34,5	15	8,9	73	43,5
Cigarro						
Sim	10	6	4	2,4	14	8,3
Não	83	49,4	18	10,7	101	60,1
Bebida Alcoólica						
Sim	13	7,7	6	3,6	19	11,3
Não	80	47,6	16	9,5	96	57,1

* UBS – Unidade Básica de Saúde

Fonte: elaborada pelos autores

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico e estilo de vida dos enfermeiros e médicos da atenção primária à saúde

	Enfermeiros	%	Médicos	%	Total	%
Número de Participantes	24	14,3	29	17,3	53	31,5
Sexo						
Feminino	22	13,1	19	11,3	41	24,4
Masculino	2	1,2	10	6	12	7,1
Idade						
18-29 anos	1	0,6	13	7,7	14	8,3
30-49 anos	20	11,9	14	8,3	34	20,2
50-69 anos	3	1,8	2	1,2	5	3,0
> 70 anos	0	0	0	0	0	0,0

(Conclusão)

	Enfermeiros	%	Médicos	%	Total	%
Estado Civil						
Solteiro	12	7,1	11	6,5	23	13,7
Casado	5	3	16	9,5	21	12,5
Viúvo	0	0	0	0	0	0,0
União Estável	5	3	2	1,2	7	4,2
Divorciado/Separado	2	1,2	0	0	2	1,2
Renda Per Capita						
<3 Salários-Mínimos	1	0,6	1	0,6	2	1,2
3-10 Salários-Mínimos	22	13,1	11	6,5	33	19,6
>10 Salários-Mínimos	1	0,6	17	10,1	18	10,7
Filhos < 6 anos						
Sim	10	6	7	4,2	17	10,1
Não	14	8,3	22	13,1	36	21,4
Tempo de Serviço UBS*						
<3 anos	7	4,2	20	11,9	27	16,1
3-5 anos	4	2,4	3	1,8	7	4,2
6-10 anos	1	0,6	4	2,4	5	3,0
>10 anos	12	7,1	2	1,2	14	8,3
Exercício Físico						
Sim	6	3,6	15	8,9	21	12,5
Não	18	10,7	14	8,3	32	19,0
Cigarro						
Sim	4	2,4	1	0,6	5	3,0
Não	20	11,9	28	16,7	48	28,6
Bebida Alcoólica						
Sim	1	0,6	3	1,8	4	2,4
Não	23	13,7	26	15,5	49	29,2

* UBS – Unidade Básica de Saúde

Fonte: elaborada pelos autores

Na tabela 3, na próxima página, é apontado o diagnóstico de insônia, ansiedade, depressão e dor crônica entre os agentes comunitários de saúde e os técnicos de enfermagem. Também foram avaliadas a utilização de benzodiazepínicos, a qualidade do sono e a qualidade de vida entre os profissionais.

Tabela 3 – Comorbidades, uso de benzodiazepínicos, qualidade do sono e qualidade de vida entre os agentes comunitários de saúde e os técnicos de enfermagem da atenção primária à saúde

	Agentes		Técnicos		Total	%
	Comunitários de Saúde	%	de Enfermagem	%		
Número de Participantes	93	55,4	22	13	115	68,5
Insônia						
Sim	47		10		57	33,9
Não	46		12		58	34,5
Ansiedade						
Sim	52	31	11	6,5	63	37,5
Não	41	24,4	11	6,5	52	31,0
Depressão						
Sim	32	19	6	3,6	38	22,6
Não	61	36,3	16	9,5	77	45,8
Dor Crônica						
Sim	28	16,7	8	4,8	36	21,4
Não	65	38,7	14	8,3	79	47,0
Utilização de BZD*						
Sim	19	11,3	8	4,8	27	16,1
Não	74	44	14	8,3	88	52,4
PSQI**						
Má Qualidade do Sono	57	33,9	12	7,1	69	41,1
Boa Qualidade do Sono	36	21,4	10	6	46	27,4
WHO-5***						
Má Qualidade de Vida	43	25	10	6	53	31,5
Boa Qualidade de Vida	50	30,4	12	7,1	62	36,9

* Benzodiazepínicos

** Pittsburgh Sleep Quality Index

*** World Health Organization – Five Well-Being Index

Fonte: elaborada pelos autores

Em relação ao diagnóstico de insônia, ansiedade, depressão e dor crônica nas categorias profissionais avaliadas, foi possível identificar que dentre os 53,7% dos agentes comunitários de saúde que apresentam insônia: 62% apresentam insônia leve, 30% insônia moderada e 8% insônia grave. Em relação aos enfermeiros, dos 33,3% que apresentam insônia: 37,5% apresentam insônia leve e 62,5% insônia moderada. Quanto aos médicos, dos 34,5% que apresentam insônia: 80% apresentam insônia leve e 20% insônia moderada. Já os técnicos de enfermagem, dos 45% que apresentam insônia: 45,5% apresentam insônia leve, 45,5% insônia moderada e 9% insônia grave.

Tabela 4 – Comorbidades, uso de benzodiazepínicos, qualidade do sono e qualidade de vida entre os enfermeiros e médicos da atenção primária à saúde

	Enfermeiros	%	Médicos	%	Total	%
Número de Participantes	24	14,3	29	17	53	31,5
Insônia						
Sim	8		10		18	10,7
Não	16		19		35	20,8
Ansiedade						
Sim	8	4,8	11	6,5	19	11,3
Não	16	9,5	18	11	34	20,2
Depressão						
Sim	5	3	2	12	7	4,2
Não	19	11,3	27	16	46	27,4
Dor Crônica						
Sim	1	0,6	2	1,2	3	1,8
Não	23	13,7	27	16	50	29,8
Utilização de BZD*						
Sim	4	2,4	2	1,2	6	3,6
Não	20	11,9	27	16	47	28,0
PSQI**						
Má Qualidade do Sono	14	8,3	17	10	31	18,5
Boa Qualidade do Sono	10	6	12	7,1	22	13,1
WHO-5***						
Má Qualidade de Vida	9	5,4	11	6,5	20	11,9
Boa Qualidade de Vida	15	8,9	18	11	33	19,6

* Benzodiazepínicos

** Pittsburgh Sleep Quality Index

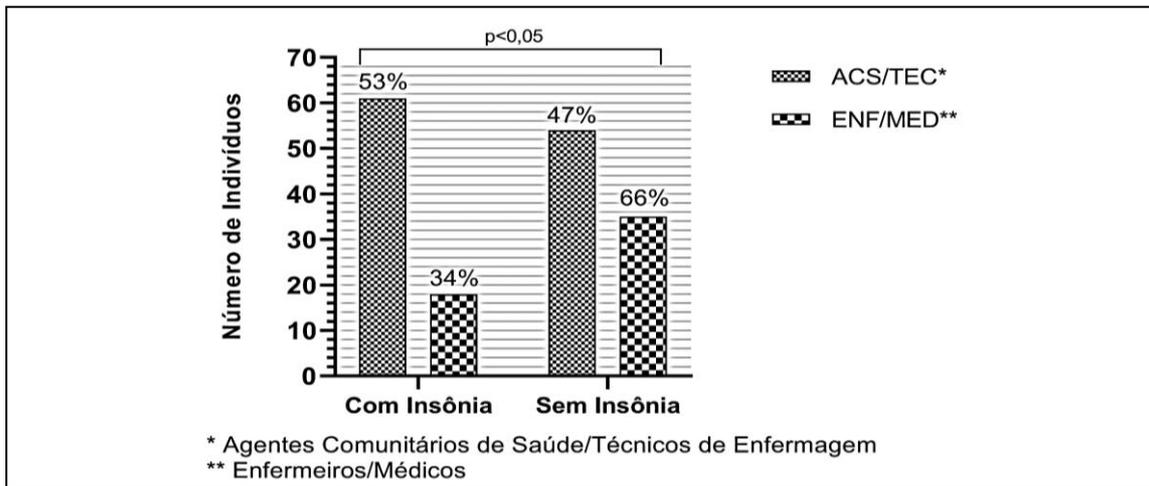
*** World Health Organization – Five Well-Being Index

Fonte: elaborada pelos autores

Em relação ao diagnóstico de insônia, ansiedade, depressão e dor crônica nas categorias profissionais avaliadas, foi possível identificar que dentre os 53,7% dos agentes comunitários de saúde que apresentam insônia: 62% apresentam insônia leve, 30% insônia moderada e 8% insônia grave. Em relação aos enfermeiros, dos 33,3% que apresentam insônia: 37,5% apresentam insônia leve e 62,5% insônia moderada. Quanto aos médicos, dos 34,5% que apresentam insônia: 80% apresentam insônia leve e 20% insônia moderada. Já os técnicos de enfermagem, dos 45% que apresentam insônia: 45,5% apresentam insônia leve, 45,5% insônia moderada e 9% insônia grave

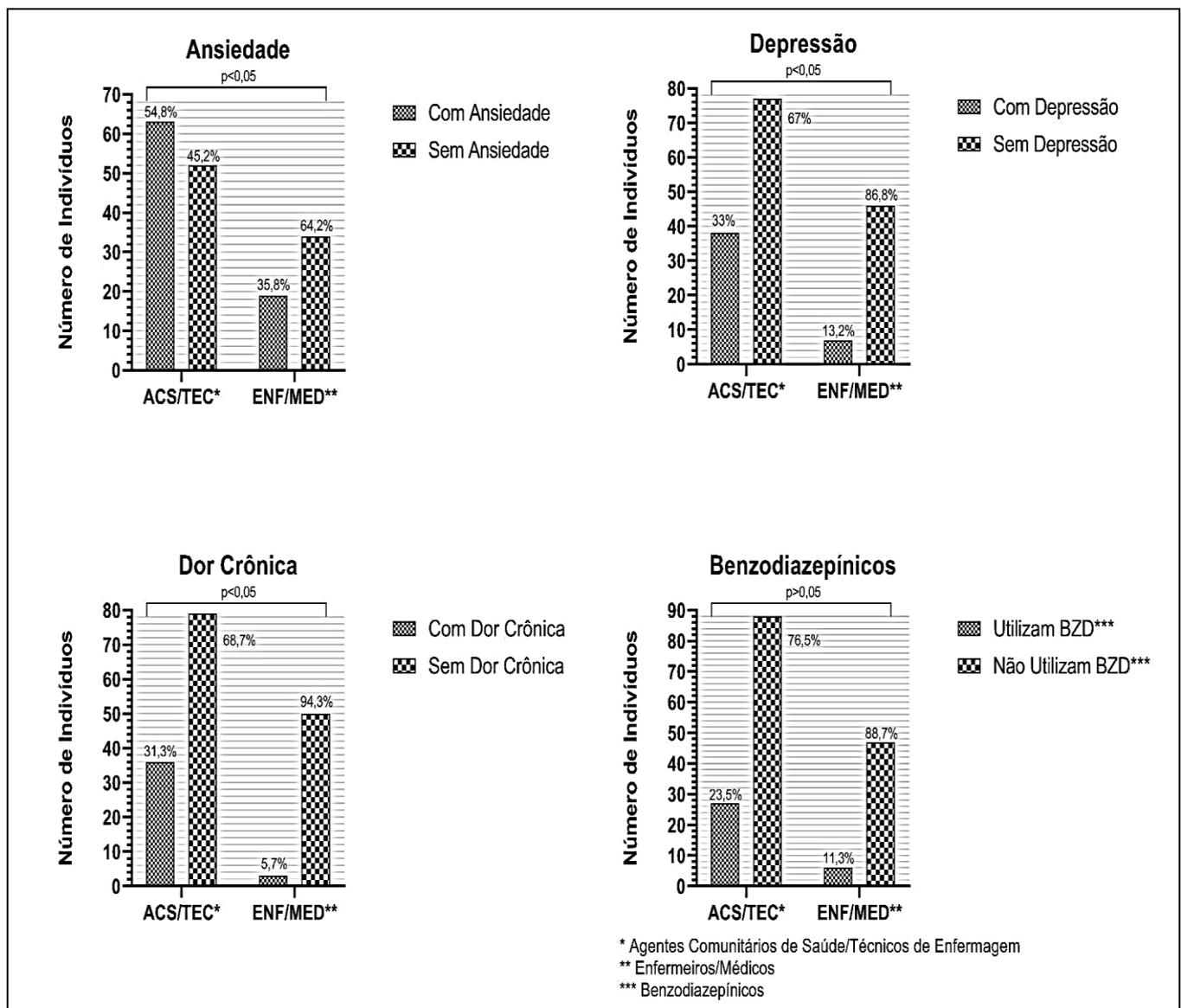
O primeiro grupo, composto por agentes comunitários de saúde (ACS) e técnicos de enfermagem (TEC), totalizou 115 indivíduos. O outro grupo, constituído por enfermeiros (ENF) e médicos (MED), teve 54 participantes. Os resultados em relação à prevalência de insônia, ansiedade, depressão, dor crônica e uso de BZP estão expostos no gráfico 1 e 2.

Gráfico 1 - Grupos de profissionais de saúde da atenção primária à saúde e prevalência de insônia



Fonte: elaborado pelos autores

Gráfico 2 - Grupos de profissionais de saúde da atenção primária à saúde e prevalência de ansiedade, depressão, dor crônica e uso de benzodiazepínicos



Fonte: elaborado pelos autores

No grupo ACS e TEC, dos 53% participantes que apresentaram insônia, 59% apresentaram insônia leve, 32,8% insônia moderada, 8,2% insônia grave. Já em relação ao segundo grupo, dos 34% dos ENF e MED que apresentaram insônia, 61,1% apresentaram insônia leve e 38,9% insônia moderada. Vale ressaltar que, dos indivíduos que utilizam o BZD, 28 (85%) utilizam há mais de um ano.

O teste de chi quadrado com correção de Yates apresentou diferença estatística ($p < 0,05$) entre os grupos de profissionais e a prevalência de insônia, o diagnóstico de ansiedade, o diagnóstico de depressão e o diagnóstico de dor crônica. Não houve diferenças estatísticas entre os grupos de profissionais e a utilização de benzodiazepínicos. Pode-se observar os valores e suas respectivas razões de prevalência (RP) na tabela 7.

Tabela 7 – Teste chi quadrado entre as comorbidades e o uso de benzodiazepínicos e os grupos de profissionais de saúde da atenção primária à saúde

	Valor de P	Razão de Prevalência
Profissionais x Insônia	$p < 0,05$	1,56
Profissionais x Depressão	$p < 0,05$	1,35
Profissionais x Dor Crônica	$p < 0,05$	1,51
Profissionais x Utilização BZD*	$p > 0,05$	1,26

* Benzodiazepínicos

Fonte: elaborada pelos autores

A análise entre a prevalência de ansiedade e insônia; depressão e insônia, uso de benzodiazepínicos e insônia utilizando-se o teste de chi quadrado com correção de Yates demonstrou diferença estatística ($p < 0,05$). Ademais, a relação entre dor crônica e insônia não apresentou diferença estatística. As razões de prevalência entre a presença das comorbidades e o diagnóstico de insônia e o uso de BZD demonstraram que houve diferença estatística ($p < 0,05$), conforme descrito na tabela 8.

Tabela 8 – Teste chi quadrado entre as comorbidades e a insônia e o uso de benzodiazepínicos dos profissionais de saúde da atenção primária à saúde

	Valor de P	Razão de Prevalência
Ansiedade x Insônia	$p < 0,05$	1,88
Depressão x Insônia	$p < 0,05$	2,72
Dor Crônica x Insônia	$p > 0,05$	1,62
Utilização de BZD* x Insônia	$p < 0,05$	3,00

* Benzodiazepínicos

Fonte: elaborada pelos autores

Ao avaliar a razão de prevalência entre os indivíduos com insônia e ansiedade, destaca-se a $RP=1,95$, entre os indivíduos com insônia e depressão, $RP=1,84$, entre os indivíduos com insônia e dor crônica, $RP=1,36$. Por fim, entre os indivíduos que apresentam diagnóstico de insônia e utilizam BZD, $RP=1,79$.

Houve diferença estatística ($p>0,05$) ao associar a presença de insônia com o perfil de qualidade de sono mensurado pelo PSQI, $RP=10,06$, e, também, ao associar sua presença com o perfil de qualidade de vida mensurado pelo WHOQOL, $RP=2,29$.

Não houve diferença estatística significativa ($p>0,05$) ao relacionar os dois grupos de profissionais com o questionário de qualidade de vida WHOQOL e o questionário de qualidade do sono PSQI.

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que a prevalência de insônia entre os profissionais de saúde que participaram desse estudo foi de 44,7% e que esta apresenta relação significativa ($p<0,05$) com sintomas de ansiedade, depressão e a utilização de BZD. Ademais, constatou-se diferença estatística entre a prevalência de insônia, ansiedade, depressão e dor crônica entre os diferentes grupos de trabalhadores, demonstrando que profissionais do grupo ACS/TEC apresentaram maior prevalência destas patologias.

A prevalência de insônia encontrada entre os ACS e TEC avaliados foi de 53%, superior à média da população brasileira (6 até 10%) (5, 6) e relativamente maior à prevalência descrita na literatura mundial, que pode variar entre 30% até 44% (20, 21). A alta taxa de prevalência de insônia neste grupo pode estar relacionada às características de trabalho dos ACS: longas caminhadas durante o dia de trabalho, contato direto com os indivíduos e os problemas da comunidade, recebem menor remuneração e menor instrução educacional (22). Em relação aos técnicos de enfermagem, a exposição à alta demanda de trabalho, por vezes, em condições precárias (materiais de baixa qualidade ou em falta, pouca organização de tarefas e atividades), recebem menor remuneração e menor instrução educacional (23). Além disso, o período de pandemia da doença do coronavírus que assolava o país, durante a coleta dos dados, e o grande estresse físico e emocional sofrido pelos profissionais podem ter influenciado este aumento relativo de prevalência de insônia entre os ACS e TEC (24).

Já a prevalência de insônia entre os médicos e enfermeiros foi de, aproximadamente, 34%, superior à média da população geral (6% até 10%) (5, 6), porém dentro do encontrado na literatura, a qual relata diagnóstico de insônia em cerca de 30% até 50% entre estes profissionais. Uma revisão sistemática e meta análise com o objetivo de avaliar a insônia durante a pandemia de COVID-19, encontrou dados semelhantes aos encontrados na presente pesquisa (12, 13, 24,

25, 26), com uma prevalência entre médicos e enfermeiros entre 32% e 34%. Importante ressaltar o papel do enfermeiro na atenção primária em saúde, o qual possui diversas atribuições entre gerência e assistência, cargos de liderança, o que pode, como consequência, gerar uma maior demanda de trabalho e estresse justificando, dessa forma uma maior prevalência de insônia quando comparado à população geral (27, 28). Os médicos também assumem diversas responsabilidades além da assistência, o que pode justificar, de igual forma, a maior prevalência de insônia quando comparado ao restante da população (25, 26).

Quando comparada a prevalência de insônia entre os dois grupos de profissionais (ACS/TEC e ENF/MED), houve diferença estatística significativa ($p < 0,05$) estabelecendo uma relação de maior prevalência entre os agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, com $RP=1,56$. Um fator que pode ter contribuído para uma maior prevalência de insônia dentro o grupo de ACS/TEC foi o encontro de uma maior prevalência de ansiedade, depressão e dor crônica entre o grupo de ACS/TEC quando comparado ao grupo de ENF/MED. Acredita-se que tal diferença possa ter influência da diferente natureza e características do trabalho desempenhado pelos agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, especialmente devido à alta demanda e más condições de trabalho em que os são expostos, ao contato direto com a comunidade e aos baixos salários recebidos (22, 23, 24, 25, 26). Além disso, o grupo ACS/TEC possui uma idade mais avançada do que o grupo ENF/MED, o que pode ter influenciado os resultados encontrados, pois a insônia costuma ser mais prevalente em pacientes mais velhos (7).

Houve, também, diferença significativa ($p < 0,05$) ao associar: o diagnóstico de ansiedade e a presença de insônia, com $RP=2,72$ e o diagnóstico de depressão e a presença de insônia, com $RP=1,88$. A relação entre a ansiedade e a insônia baseiam-se em suas próprias fisiopatologias, uma vez que o estado de hiperexcitação do sistema nervoso central, a alteração no funcionamento do sistema endócrino e a neuroinflamação participam da origem, evolução e perpetuação das doenças. Da mesma forma, a relação entre a depressão e a insônia é considerada bidirecional, em que ambas podem se originar de estressores psicossociais e compartilham de semelhantes características epigenéticas, tipos de personalidade e alterações neurobiológicas, inclusive apresentam formas de tratamentos semelhantes, especialmente com antidepressivos. Dessa maneira, as relações entre as patologias já estão bem estabelecidas na literatura e na prática clínica (7,8,9).

Encontrou-se diferença estatística relevante ($p < 0,05$) e $RP=3,00$ ao associar a utilização de benzodiazepínicos e a presença de insônia. Dentre os profissionais entrevistados, 33 (19,6%) referiram uso de BZD, número superior ao observado na literatura (6% até 10% da população) (29) e por períodos prolongados (há mais de um ano em 85% dos indivíduos que os utilizam). Acredita-se que a maior prevalência de usuários de BZD entre os profissionais de saúde seja

devido a elevada demanda psicológica e fatores de estresse do trabalho, especialmente durante a pandemia do coronavírus, e a maior prevalência de transtornos mentais comuns entre essa população (25, 26).

Quanto às limitações do nosso estudo, o número amostral atingido foi menor do que o delimitado na metodologia do projeto. Pode-se relacionar tal fato ao menor número de reuniões presenciais realizadas durante o período de pandemia do coronavírus nas UBS do município e a dificuldade de entrar em contato, pessoalmente, com os profissionais para a realização da coleta dos dados. Outro fator limitante, que pode ter refletido nos resultados, é de que a coleta dos dados foi realizada durante o período pandêmico, o qual pode ter aumentado os índices de prevalência das doenças entre os participantes, bem como a utilização de BZD.

Declaramos a inexistência de conflitos de interesse e que não há fontes de financiamento para esta pesquisa.

CONCLUSÃO

O presente estudo analisou a prevalência de insônia, definiu o perfil sociodemográfico e de estilo de vida e avaliou a presença de comorbidades (depressão, ansiedade e dor crônica) e utilização de BZD entre os profissionais da atenção básica. Dessa forma, foi possível constatar maior prevalência dessas doenças entre os profissionais de saúde quando comparados com a população geral. Ademais, ao comparar o grupo ACS/TEC e ENF/MED, a prevalência dos parâmetros analisados foi maior entre os ACS e TEC. Possivelmente, a maior prevalência entre os profissionais de saúde esteja relacionada a algumas características do trabalho, especialmente à infraestrutura, remuneração, carga emocional, responsabilidades e ao envolvimento psicológico com os pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Foeste RG. Sleep, circadian rhythms and health. *Interface Focus*. 2020 [acesso em 2020 set. 10]; 10(3). <https://doi.org/10.1098/rsfs.2019.0098>
2. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvant B, Groselj LD, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017 [acesso em 2020 set. 10]; 26(6): 675-700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
3. Bacelar A, Júnior LRP. *Insônia: do diagnóstico ao tratamento*. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2019.
4. Sateia MJ. *International Classification of Sleep Disorders - third edition*. Chest. 2014 [acesso em 2020 set 10]; 146(5): 1387-94. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>

5. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: a quick glance. *Indian J Psychiatry*. 2013 [acesso em 2020 set. 15]; 55(3): 220-3. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.117131>
6. Garland SN, Rowe H, Repa LM, Fowler K, Zhou ES, Grandner MA. A decade's difference: 10-Year change in insomnia symptom prevalence in Canada depends on sociodemographics and health status. *Sleep Health*. 2018 [acesso em 2020 set. 15]; 4(2): 160–5. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2018.01.003>
7. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. Behavioral perspective on insomnia. *Psychiatr Clin North Am*. 1987 [acesso em 2020 set. 15]; 10(1): 541–53. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3332317/#:~:text=The%20major%20behavioral%20treatments%20of,restriction%20therapy%2D%2Dare%20described.>
8. Riemann D, Krone LB, Wulff K, Nissen C. Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*. 2020 [acesso em 2020 set. 15]; 45(1): 74–89. <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0411-y>
9. Hallit S, Hajj A, Sacre H, Karaki GA, Malaeb D, Kheir N, et al. Impact of sleep disorders and other factors on the quality of life in general population: a cross-sectional study. *J Nerv Ment Dis* 2019 [acesso em 2020 set. 15]; 207(5): 333–9. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000968>
10. Wickwire EM, Tom SE, Scharf SM, Vadlamani A, Bulatao IG, Albrecht JS. Untreated insomnia increases all-cause health care utilization and costs among medicare beneficiaries. *Sleep*. 2019 [acesso em 2020 nov. 7]; 42(4): 1-8. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz007>
11. Zenkner VK, Denardin EF, de Jesus AA, Strom BR. Saúde mental dos profissionais da saúde: o adoecimento de quem se dedica a cuidar a doença do outro. *Res., Soc. Dev.* 2020 [acesso em 2020 nov. 7]; 9(7): 1-15. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4747>
12. Falco MCL, Pires OC, de Souza PP, Schumann TF. Prevalência da insônia no meio médico e o uso de substâncias relacionadas. *R. Saúde*. 2020 [acesso em 2020 nov. 7]; 11(1): 67-76. <https://doi.org/10.21727/rs.v11i1.2206>
13. Zdanowicz T, Turowski K, Celej-Szuster J, Lorencowicz R, Przychodzka E. Insomnia, sleepiness, and fatigue among polish nurses. *Workplace Health Saf.* 2020 [acesso em 2020 nov. 7]; 68(6): 272–78. <https://doi.org/10.1177/2165079920901534>
14. Buysse DJ, Reynolds CF III, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989 [acesso em 2020 nov. 7]; 28(3): 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
15. Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008 [acesso em 2020 nov. 7]. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/14041>
16. Castro LS. Adaptação e validação do Índice de Gravidade de Insônia (IGI): caracterização populacional, valores normativos e aspectos associados [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011 [acesso em 2020 nov. 7]. <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/23193>
17. Bastien CH, Vallieres A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.* 2001 [acesso em 2020 nov. 7]; 2(3): 297–307. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(00)00065-4)
18. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994 [acesso em 2020 nov. 7]; 272: 619–26. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.272.8.619>

19. Topp CW, Otsergaard SD, Sondergaard S. The Who-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom.* 2015 [acesso em 2020 nov. 7]; 84(1): 167-76. <https://doi.org/10.1159/000376585>
20. Reis CC, Malcher SAO. Avaliação do estresse ocupacional em agentes comunitários de saúde de uma Estratégia Saúde da Família. *Pará Res. Med. J.* 2018 [acesso em 2021 jun. 22]; 1(2): 1-6. <http://dx.doi.org/10.4322/prmj.2017.014>
21. Albuquerque FJB, Melo CF, Neto JLA. Avaliação da Síndrome de Burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicol. reflex. crít.* 2012 [acesso em 2021 jun. 22]; 25(3): 542-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000300014>
22. Souza FS, Gomes V, Ribeiro GO, Trindade GMC. Agentes comunitários de saúde: sua qualidade de vida e seus riscos ocupacionais. *Res., Soc. Dev.* 2020 [acesso em 2021 jun. 22]; 9(9). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7030>
23. Maciel RHMO, dos Santos JBF, Rodrigues RL. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. *Rev. bras. saúde ocup.* 2015 [acesso em 2021 jun. 22]; 40(131): 75–87. <https://doi.org/10.1590/0303-7657000078613>
24. Mendonça TGL, Pereira EHS, Valladão HLRR, de Oliveira RCV, da Silva MNA, Lemos EOS, et al. Análise da saúde psíquica nos profissionais da saúde em tempos de Covid-19. *BJHR.* 2021 [acesso em 2021 jun. 22]; 4(4): 14652–65. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-023>
25. Braga LC, de Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciênc. Saúde Colet.* 2010 [acesso em 2021 jun. 23]; 15(1): 1585–96. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>
26. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katasaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020 [acesso em 2021 jun. 23]; 88(1): 901–7. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
27. Rosario CAR, Lopes AM, Pereira FFA, da Costa FM. Avaliação do estresse entre enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família de Montes Claros. *Renome [Internet].* 2015 [acesso em 2021 jun. 23]; 4(1): 03-14. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/2535>
28. Xavier-Gomer LM, Barbosa TLA, Silva CSO, Lopes JR, Leite MTS. Nurse management practice in the family health strategy. *Trab. Educ. Saúde.* 2015 [acesso em 2021 jun. 30]; 13(3): 695-707. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00067>
29. Madruga CS, Paim TL, Palhares HN, Miguel AC, Massaro LTS, Caetano R, et al. Prevalence of and pathways to benzodiazepine use in Brazil: the role of depression, sleep, and sedentary lifestyle. *Braz. J. Psychiatry.* 2019 [acesso em 2021 jun. 30]; 41(1): 44–50. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0088>

Artigo recebido em abril de 2022

Versão final aprovada em setembro de 2022