



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA

DENNYS LAPENDA FAGUNDES

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO EM GESTANTES

Recife

2019

DENNYS LAPENDA FAGUNDES

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO EM GESTANTES

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

Área de Concentração: Psiquiatria

Linha de Pesquisa: Saúde Mental da Mulher

Orientador: Prof. Dr. Amaury Cantilino

Coorientador: Dr. Leopoldo Barbosa

Recife

2019

F156a Fagundes, Dennys Lapenda.
Avaliação da qualidade do sono em gestantes/ Dennys Lapenda
Fagundes . – Recife: o autor, 2019.
44 f.; il.

Orientador: Amaury Cantilino.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro
de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Neuropsiquiatria e
Ciências do comportamento.
Inclui referências, apêndice e anexos.

1. Saúde Mental. 2. Gestante. 3. Medicina do Sono. I. Cantilino, Amaury
(orientador). II. Título.

616.8 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2019 - 111)

DENNYS LAPENDA FAGUNDES

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO EM GESTANTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre em Psiquiatria.

Área de Concentração: Psiquiatria

Linha de Pesquisa: Saúde Mental da Mulher

Aprovada em: 15/02/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

(Examinador Interno) Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Leonardo Machado Tavares

(Examinador Interno) Universidade Federal de Pernambuco

Prof . Dra. Selene Cordeiro Vasconcelos

(Examinador Externo) Universidade Federal da Paraíba

AGRADECIMENTOS

A Deus;

A minha família: meu pai, Airton; minha mãe, Teresa; minha segunda mãe, Marli; e meus irmãos, Danny e Dyego, pelo apoio incondicional de sempre;

A Luciana, minha esposa, companheira, amiga e fonte de inspiração na minha vida;

A Gabriel, meu filho, que me mostrou o verdadeiro sentimento do amor incondicional;

Ao meu orientador, Prof. Dr. Amaury Cantilino, pela sabedoria científica e musical;

Ao meu coorientador, Dr. Leopoldo Barbosa, pela atenção, carinho e apoio constantes;

Aos Integrantes da Banca Examinadora, Prof. Murilo Costa Lima e Prof.^a Dra. Selene Cordeiro Vasconcelos, pelo carinho, dedicação e conhecimentos;

Ao grande amigo, psiquiatra e professor Dr. Leonardo Machado, fonte de inspiração e norteador nessa aventura científica;

Ao amigo e psiquiatra Henrique Toscano, que promoveu a execução da parte prática do trabalho;

Aos estudantes de Medicina da FPS e da UFPE, que participaram com empenho e carinho e acreditaram ser possível a execução do estudo;

Às pacientes, que aceitaram participar do estudo em prol do conhecimento maior.

RESUMO

A gestação é um período na vida da mulher que envolve alterações físicas, hormonais, psicológicas e de atuação sociofamiliar que potencialmente refletem em sua saúde e na qualidade em seu sono. Avaliar a qualidade do sono de gestantes nos três trimestres gestacionais, acompanhadas pelo serviço ambulatorial da obstetrícia do Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Trata-se de um estudo transversal, analítico e observacional, realizado no ambulatório de um serviço de referência em saúde materno infantil, em Recife, Pernambuco. Observou-se a tendência de a qualidade do sono estar prejudicada nas gestantes avaliadas em relação aos diferentes trimestres gestacionais, principalmente no segundo e terceiro trimestres. A aplicação da escala de Epworth demonstrou uma piora percentual maior que 12,35% nas gestantes que apresentavam sonolência moderada entre o segundo e terceiro trimestres; e o índice de qualidade de sono de Pittsburgh revelou uma maior incidência de distúrbios do sono durante o terceiro trimestre gestacional. O estudo permitiu avaliar um grupo específico de gestantes em diferentes trimestres, atendidas num serviço de pré-natal de baixo risco de um hospital público do Nordeste do Brasil. Evidenciou-se que ocorre uma tendência à piora da qualidade do sono nessa população, alertando os profissionais de saúde sobre a importância de se questionar, avaliar e promover uma melhora do sono nas gestantes, a fim de que transtornos do sono na gestação sejam minimizados ou tratados sem que ocorra prejuízo para gestante e o feto.

Palavras-chave: Saúde Mental. Gestante. Medicina do Sono.

ABSTRACT

Gestation is a period in a woman's life that involves physical, hormonal, psychological and socio-family changes that potentially reflect her health and the quality of her sleep. To evaluate sleep quality in pregnant women in the three gestational trimestres followed up at the outpatient obstetrical service of the Instituto Materno Infantil de Pernambuco. This is a cross-sectional, analytical and observational study carried out in the outpatient clinic of a referral service in maternal and child health, Recife, Pernambuco. It was observed that a tendency of sleep quality is impaired in the pregnant women evaluated in relation to the different gestational trimestres, mainly in the second and third quarters. The application of the Epworth scale demonstrated a greater percentage worsening of 12.35% in the pregnant women who presented moderate drowsiness between the second and third quarters and the sleep quality index of Pittsburgh revealed a greater incidence of sleep disorders during the third gestational quarter. The study allowed the evaluation of a specific group of pregnant women in different quarters treated at a low-risk prenatal service in a public hospital in the Northeast of Brazil. Evidentiating that there is a tendency to worsen sleep quality in this population and alerting health professionals to the importance of questioning, evaluating and promoting sleep improvement in pregnant women, so that sleep disorders during pregnancy are minimized or treated without pregnancy and the fetus.

Keywords: Mental Health. Pregnant Women. Sleep Medicine.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas das gestantes e seus companheiros_____	20
Tabela 2 - Avaliação dos dados clínicos das gestantes_____	23
Tabela 3 - Estatística do número de semanas de gestação em cada um dos trimestres_____	24
Tabela 4 - Estatística dos escores da Escala de Sonolência de Epworth segundo os trimestres_____	25
Tabela 5 - Análise comparativa entre os trimestres gestacionais da Escala de Sonolência de Epworth_____	25
Tabela 6 - Estatística dos escores da Escala Pittsburgh para avaliação do sono segundo os trimestres_____	26
Tabela 7 - Análise comparativa da classificação da qualidade do sono (Pittsburgh) segundo os trimestres_____	26

LISTA DE SIGLAS

IMIP Instituto Materno Infantil de Pernambuco

REM Rapid Eyes Moviments

NREM No Rapid Eyes Moviments

HCG Human Chorionic Gonadotropin

SPI Síndrome das Pernas Inquietas

SAOS Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

CRF Capacidade Residual Funcional

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1	Fisiologia do sono normal.....	11
2.2	Alterações hormonais e físicas durante a gravidez que influenciam na qualidade e na quantidade do sono.....	11
2.3	Transtornos do sono na gravidez	12
2.3.1	Síndrome das Pernas Inquietas (SPI)	12
2.3.2	Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)	13
2.4	Insônia	13
2.4.1	Insônia na gravidez.....	14
3	HIPÓTESE	13
4	OBJETIVOS.....	16
4.1	Objetivo Geral.....	16
4.2	Objetivos Específicos.....	16
5	MÉTODOS	17
5.1	Desenho do Estudo	17
5.2	Cenário do Estudo	17
5.3	População e Amostra.....	17
5.4	CrITÉRIOS de Inclusão	17
5.5	CrITÉRIOS de Exclusão.....	17
5.6	Instrumentos de Coleta de Dados	18
6	ANÁLISE DOS DADOS	19
6.1	Considerações Éticas	19
6.2	Período de Coleta de Dados.....	19
7	RESULTADOS	20
8	DISCUSSÃO.....	27
9	CONCLUSÃO.....	29
	REFERÊNCIAS	30
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	34
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)...	36
	APÊNDICE C - ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH.....	39
	APÊNDICE D - ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH (PSQI-BR)	40
	ANEXO A – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	44

1 INTRODUÇÃO

Na história da humanidade, o tema sono sempre despertou muito interesse em grandes filósofos, pensadores e poetas. Hipócrates e Aristóteles já associavam privação do sono com tristeza e perda da percepção. Apesar do interesse na temática, apenas no século XX, o sono recebeu sua verdadeira importância no campo científico, sendo reconhecido como um período de repouso para vários sistemas orgânicos, tais como muscular, cardiocirculatório, gastrointestinal e neurológico.

Pesquisas que analisavam as características do ciclo sono-vigília ao longo da gestação apontam que os principais distúrbios do sono são modificações na sua arquitetura e padrão, insônia, sonolência diurna excessiva, distúrbios respiratórios e síndrome das pernas inquietas (NEAU, 2009). Sugere-se, ainda, que há diminuição da duração média e qualidade do sono com o avançar da gravidez (FACCO, 2010).

As mulheres no primeiro trimestre gestacional aumentam o tempo total de sono, porém com menor eficiência; e a partir do segundo trimestre, o tempo total de sono começa a diminuir (OKUN *et al.*, 2015). A diminuição do tempo total de sono pode apresentar-se com baixo rendimento ocupacional, irritabilidade e diminuição do limiar de dor (BORODULIN *et al.*, 2010). A literatura permite identificar que um tempo curto e um sono perturbado são fatores de risco para parto prematuro (MICHELI *et al.*, 2011; Okun, 2011), diabetes (FACCO *et al.*, 2010; QIU *et al.*, 2010), hipertensão gestacional (WILLIAMS *et al.*, 2010), pré-eclâmpsia (O'BRIEN *et al.*, 2012) e maior probabilidade de parto cesáreo (LEE *et al.*, 2004).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Fisiologia do sono normal

O sono é um período fisiológico que ocorre em alternância com períodos de vigília e ocupa cerca de 30% da vida de um indivíduo. Atualmente, entende-se ser mais que um período de baixa atividade fisiológica e cerebral, pois, após a descoberta do sono REM, foi observada uma atividade elétrica cerebral semelhante ao período de vigília. As fases do sono são divididas em duas: sono REM (*Rapid Eyes Moviments*) e sono NREM (*No Rapid Eyes Moviments*).

O sono REM é responsável pela maior parte dos sonhos e está relacionado ao aprendizado e à memória, que engloba as funções cognitivas. O sono NREM, constituído por três fases (N1, N2 e N3), é responsável pela conservação de energia e recuperação, principalmente na fase de sono de ondas lentas N3 e na fase N2; pelo descanso físico, cardiovascular e do sistema nervoso. Um quadro de privação persistente com prejuízo na qualidade e quantidade do sono pode promover falta de concentração e atenção, prejuízos cognitivos, baixo desempenho laboral, diminuição da imunidade, disfunção endócrina, como aumento da resistência insulínica, intolerância a glicose e obesidade (TOGEIRO *et al.*, 2018).

2.2 Alterações hormonais e físicas durante a gravidez que influenciam na qualidade e na quantidade do sono

A progesterona, o estrogênio e o cortisol aumentam durante a gravidez, podendo afetar o ritmo circadiano e promover prejuízo na qualidade do sono. Nas últimas semanas gestacionais, ocorre um aumento da produção diária de estrogênio e progesterona, o que pode ocasionar redução do sono REM, promovida pelo estrogênio; e do sono NREM, pela progesterona (BAKER *et al.*, 2001; DRIVER *et al.*, 1996). O estrogênio pode também afetar a permeabilidade circulatória nasal, provocando edema e congestão nasal. Essas alterações resultam em redução da permeabilidade da nasofaringe, o que pode causar uma sensação de obstrução nasal e agravar os distúrbios respiratórios do sono em gestantes e consequente piora na qualidade e quantidade do sono (IZCI *et al.*, 2006).

Entre as alterações físicas que ocorrem durante a gravidez e que estão relacionadas a prejuízos na qualidade do sono, destacam-se: aumento do útero, deficiência de ferro, diminuição do tônus do esfíncter inferior do esôfago, aumento da taxa de micção e quadros álgicos que comprometem um tempo total de sono mais duradouro e de maior qualidade (FACCO, 2010).

Mudanças como o crescimento uterino que desloca cefalicamente o diafragma, comprometendo a capacidade residual funcional (CRF), além da redução da complacência torácica, podem justificar as queixas frequentes de dispneia, que promove dificuldade em permanecer na posição supina confortável facilitando a conciliação do sono, especialmente durante o terceiro trimestre, impactando no seu início e manutenção (FACCO, 2010). Quadros álgicos, como dores torácicas, lombares e no quadril, além das câimbras nas pernas, também podem dificultar a qualidade do sono nas gestantes (FACCO, 2010).

2.3 Transtornos do sono na gravidez

2.3.1 Síndrome das Pernas Inquietas (SPI)

A Síndrome das Pernas Inquietas (SPI) é um transtorno do sono prevalente durante a gestação, principalmente no terceiro trimestre. A frequência da SPI é aumentada durante a gravidez em relação aos períodos não gestacionais, ocorrendo em cerca de 1/3 das gestantes (IBRAHIM *et al.*, 2012). A SPI é o distúrbio do sono mais amplamente estudado na gravidez, podendo ser primária/idiopática ou secundária a uma condição médica.

A forma primária ocorre esporadicamente ou por herança autossômica dominante, já causas secundárias incluem gravidez, deficiência de ferro, uremia, neuropatia periférica e medicamentos (IBRAHIM *et al.*, 2012). Os sintomas desaparecem rapidamente no período pós-parto, no primeiro mês, mas podem recorrer em gestações subsequentes. É importante frisar que o distúrbio é frequentemente diagnosticado erroneamente ou ignorado pelos médicos. No entanto, essa condição médica afeta negativamente a duração do sono materno, a qualidade do sono e o funcionamento diurno (IBRAHIM *et al.*, 2012).

2.3.2 Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)

A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), outro distúrbio prevalente na gravidez, é observada em vários estudos associados à queixa de ronco. Um estudo revelou um percentual de 23% das mulheres grávidas que roncaram todas as noites durante a última semana de gravidez em relação a 4% que roncaram antes de engravidar, sendo a queixa do roncar durante a gravidez associado a hipertensão, pré-eclâmpsia e retardo do crescimento do feto (WILKINSON *et al.*, 2016). Esse quadro respiratório do sono tem como fatores de risco o índice de massa corporal, além do aumento do perímetro cervical, condições prevalentes durante o período gestacional.

No pós-parto, os sintomas da SAOS geralmente melhoram ou desaparecem, porém algumas mulheres podem permanecer com os sintomas e necessitam de acompanhamento médico, podendo interferir, por exemplo, em quadros de humor (depressão, transtorno afetivo bipolar) no período puerperal. O ronco habitual está associado ao aumento dos níveis sanguíneos do cordão umbilical de hemácias nucleadas, dificultando o transporte adequado de oxigênio (IBRAHIM *et al.*, 2012).

2.4 Insônia

O transtorno de insônia é caracterizado por uma dificuldade de iniciar o sono (insônia inicial), manter o sono (insônia de manutenção), despertar precoce (insônia tardia) e/ou sono não reparador, com prejuízo diurno e com frequência de, pelo menos, três vezes por semana, mesmo em condições favoráveis para adormecer.

Um estudo epidemiológico na cidade de São Paulo, em 2013, constatou que 45% da população tinham queixas subjetivas de insônia e que cerca de 32% da população estudada tinham sido identificadas por intermédio de exames de polissonografia (CASTRO, 2013). Pacientes com quadros de insônia apresentam alterações do humor, ansiedade e redução da capacidade cognitiva relacionada a concentração e memória (SÁNCHEZ-ORTUÑO *et al.*, 2011; WINKELMAN *et al.*, 2008).

Existem vários mecanismos para explicar a etiopatogenia do quadro de insônia, tanto na esfera neurobiológica como na comportamental e cognitiva. Entre estas, destaca-se a teoria neurocognitiva de Spielman (1987), que apresenta três fatores para desenvolvimento desse transtorno: inicialmente, os fatores predisponentes que estão relacionados com a idade e o sexo; em seguida, os fatores precipitantes, que podem ser um transtorno psiquiátrico, a morte de um familiar ou a perda de um emprego; e, por último, os fatores perpetuadores, que são o

uso de medicamentos e a precária higiene do sono, que se caracteriza como a mudança ou organização de hábitos e atividades, buscando a melhor indução ou qualidade do sono.

2.4.1 Insônia na gravidez

A insônia é frequente durante todo o período gestacional, tornando-se mais prevalente à medida que a gravidez progride. A incidência de insônia no início da gravidez é de 12,6% (MIYATA *et al.*, 2013). No primeiro trimestre, as causas mais comuns de sono inadequado e surgimento de quadros de insônia são náuseas, vômitos, aumento da frequência urinária e lombalgia; enquanto no segundo e terceiro trimestres, as causas são movimentos fetais, azia, câimbras ou formigamento nas pernas e dispneia.

Algumas mulheres são mais susceptíveis a quadros de insônia e um dos motivos são os níveis elevados de hormônios na gravidez, como o estrogênio, a progesterona e também a ocitocina, um hormônio que promove a vigília e tem sua secreção aumentada antes do parto, o que prejudica a qualidade do sono dessas gestantes, principalmente no último trimestre da gestação. O ritmo circadiano diurno normal de secreção de melatonina é mantido durante a gravidez, porém durante o período noturno ocorrem alterações em sua concentração. A secreção anormal de melatonina pode alterar o sono e está associada a condições adversas, como pré-eclâmpsia e aborto espontâneo (IBRAHIM *et al.*, 2012).

Um diagnóstico de insônia, mesmo no período gestacional, geralmente é feito por meio do histórico de autorrelato do sono, como diários do sono, que podem também fornecer informações sobre a hora de dormir, o início do sono, os despertares noturnos, o tempo acordado e a avaliação subjetiva da qualidade do sono (SKOUTERIS *et al.*, 2009; BASTIEN *et al.*, 2001). A duração do sono de ≤ 6 h/noite está associada ao aumento da pressão arterial média no terceiro trimestre (WILLIAMS *et al.*, 2010), e juntamente com a redução do sono na insônia, associada à má qualidade do sono promovida por esse transtorno, podem afetar a capacidade das mulheres de lidarem com a dor do parto (PAN *et al.*, 2005; BEEBE *et al.*, 2007). O sono inadequado nas gestantes insones também está associado a um risco aumentado de cirurgia de cesárea de emergência, assim essas gestantes com sono prejudicado têm probabilidade 20% maior de realizar um parto cesáreo e ter um trabalho de parto mais prolongado (NAGHI *et al.*, 2011).

3 HIPÓTESE

Ocorre um prejuízo na qualidade do sono no período gestacional.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade do sono nos diferentes trimestres gestacionais.

4.2 Objetivos Específicos

Avaliar o padrão de sono das gestantes;

Correlacionar a qualidade do sono e idade gestacional.

5 MÉTODOS

5.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de desenho observacional, analítico e transversal.

5.2 Cenário do Estudo

A pesquisa foi realizada no ambulatório de obstetrícia de baixo risco de um hospital terciário e referência na Região Nordeste.

5.3 População e Amostra

Participaram desta pesquisa as gestantes que estavam sendo acompanhadas no ambulatório de baixo risco de obstetrícia. Essa população de gestantes foi escolhida porque não apresentavam nenhuma patologia gestacional que pudesse promover a piora da qualidade do sono.

5.4 Critérios de Inclusão

Gestantes que foram atendidas no ambulatório de obstetrícia de baixo risco durante o período da coleta de dados e que apresentavam, no momento do estudo, idade superior a 18 anos.

5.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídas, através de consulta com profissional da equipe de pesquisa no momento da coleta, as gestantes que apresentaram distúrbio de sono prévio, transtornos gestacionais como hipertensão e diabetes gestacional, surdez e distúrbios neuropsiquiátricos.

5.6 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a coleta dos dados, foram aplicados pelo pesquisador, por um grupo de três estudantes de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) e um estudante de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), previamente treinados, dois instrumentos validados, traduzidos e adaptados culturalmente para o Brasil que possibilitaram a avaliação da qualidade do sono na gravidez em dois momentos distintos.

O primeiro instrumento foi o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI), que é utilizado na avaliação da qualidade do sono nos últimos trinta dias, composto por dezenove questões categorizadas em sete domínios, que resultam em um escore que define um sono bom, ruim ou presença de distúrbios do sono (Apêndice 4).

O segundo foi a Escala de Sonolência de Epworth (ESE), que contém oito perguntas referentes a situações do cotidiano com respostas de não sonolência a sonolência excessiva (Apêndice 3). Foi aplicado um questionário sociodemográfico na primeira entrevista da gestante (Apêndice 1) e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados descritivamente por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis na escala nominal ou as categorizadas e as medidas: média, desvio padrão, valor mínimo, valor máximo e mediana.

Para avaliar a diferença entre os trimestres gestacionais em relação às escalas, foi utilizado o teste t-Student pareado quando as variáveis eram consideradas numéricas, e McNemar quando as variáveis eram categóricas. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%.

A escolha do teste t-Student foi devido à verificação da hipótese de normalidade das variáveis diferentes entre os momentos, sendo a verificação da normalidade realizada por meio do teste de Shapiro-Wilk. O programa utilizado para digitar os dados e efetuar os cálculos estatísticos foi o IBM-SPSS versão 23.

6.1 Considerações Éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética com o número do processo de 70422217.8.0000.5201. As gestantes que aceitaram foram esclarecidas sobre os objetivos do trabalho e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

6.2 Período de Coleta de Dados

A pesquisa foi realizada no ambulatório de obstetrícia de baixo risco no período de janeiro a junho de 2018, com 60 gestantes, as quais participaram nos dois momentos da coleta. A população inicial do estudo foi de 77 gestantes, porém ocorreram algumas perdas por abortamento, desligamento do serviço de pré-natal, sendo acompanhadas por outros serviços, abandono do atendimento e confirmação da gravidez em fase avançada, principalmente no terceiro mês de gravidez, impedindo a coleta de algumas gestantes no primeiro trimestre gestacional.

O serviço de atendimento é referência no estado de Pernambuco, com fluxo mensal de atendimento de 200 pacientes, oferecendo acompanhamento no pré-natal, no período gestacional e no puerpério. Não foi realizado nenhum cálculo amostral.

7 RESULTADOS

Em relação aos resultados relativos às características sociodemográficas das gestantes e seus companheiros, é possível destacar que: a faixa etária acima dos 20 anos foi a mais prevalente, a maioria dos companheiros (80%) tinha mais de 20 anos, 50% viviam em união estável, 33% eram casadas e 16,7% solteiras. As duas religiões mais prevalentes foram católica (40%) e evangélica (40%), sendo que 16,7% não relataram religião (Tabela 1).

Um percentual de 68,3% das gestantes concluiu o ensino médio; concluíram o ensino fundamental (18,3%) e bacharelado/licenciatura (10%). O percentual de 48,3% das gestantes eram empregadas, seguido de 36,7% desempregadas, sendo as ocupações mais citadas: administrativa, doméstica, autônoma e comerciante.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das gestantes e seus companheiros

Variável	n	%
TOTAL	60	100,0
Faixa etária da gestante		
< 20 anos	12	20,0
> 20 anos	48	80,0
Faixa etária do companheiro		
< 20 anos	12	20,0
> 20 anos	48	80,0
Estado civil		
Solteira	10	16,7
Casada	20	33,3
União estável	30	50,0
Religião		
Evangélica	24	40,0
Católica	24	40,0
Espírita	1	1,7
Hinduista	1	1,7
Sem religião	10	16,7
Procedência		
Recife e Região Metropolitana	53	88,1
Interior	4	6,8
Águas Belas (tribo indígena)	1	1,7
Manaus (AM)	1	1,7
Rio de Janeiro (RJ)	1	1,7
Anos de estudo		
Educação infantil	1	1,7
Ensino fundamental	11	18,3
Ensino médio	41	68,3
Bacharelado/Licenciatura	6	10,0
Mestrado/Doutorado	1	1,7

Situação profissional da gestante

Empregada	29	48,3
Desempregada	22	36,7
Outros	1	1,7

Profissão/ocupação da gestante ⁽¹⁾

Babá	2	6,9
Costureira	1	3,4
Cabeleireira	2	6,9
Supervisora	1	3,4
Autônoma	3	10,3
Administrativa	4	13,8
Camareira	1	3,4
Comerciante	3	10,3
Telefonista	1	3,4
Doméstica	4	13,8
Consultora	1	3,4
Balconista	1	3,4
Vendedora	1	3,4
Técnica em enfermagem	1	3,4
Historiadora	1	3,4
Não informado	2	6,9

Situação profissional do companheiro

Empregado	48	80,0
Desempregado	10	16,7
Outros	2	3,3

Profissão/ocupação do companheiro ⁽²⁾

Eletricista	2	4,2
Ajudante de pedreiro	2	4,2
Servente geral	2	4,2
Mecânico	3	6,3
Empilhador	1	2,1
Pintor	1	2,1
Advogado	1	2,1
Gerente	1	2,1
Motorista	5	10,4
Autônomo	5	14,6
Conferente	1	2,1
Comerciante	3	6,3
Policial	2	4,2
Vidraceiro	1	2,1
Serralheiro	1	2,1
Padeiro	1	2,1
Agente aéreo	1	2,1
Caminhoneiro	1	2,1
Auxiliar de estoque	2	4,2
Músico	1	2,1
Barbeiro	1	2,1
Não informado	8	16,7

Fonte: Elaborado pelo autor.

(1) Percentuais calculados com base nas 29 gestantes que estavam empregadas.

(2) Percentuais calculados com base nos 48 companheiros que estavam empregados.

Da Tabela 2, destaca-se que 55% das gestantes afirmaram que a gravidez não foi planejada, seguido de 36,7% com planejamento, permitindo a associação de que uma gravidez planejada pode minimizar fatores, por exemplo, emocionais que prejudiquem a qualidade do sono. Um percentual de 51,7% das gestantes não tinham filhos; 26,7%, apenas um filho; e 16,7% apresentavam dois filhos, possibilitando a confirmação de que as gestantes primigestas apresentam uma pior qualidade do sono. Um percentual de 50% das gestantes não relatava nenhuma gestação anterior, 23,3% apresentaram uma gravidez anterior e 18,3% apresentaram duas gestações anteriores. Um número de 29 gestantes (86,2%) relatou que o parto anterior foi normal e 13,2% de que o parto foi por via cesárea.

A presença de aborto (espontâneo, induzido ou ilegal) foi citada por sete gestantes e apenas uma afirmou apresentar dificuldade de engravidar por motivos hormonais. O acompanhamento psicológico/psiquiátrico, sem apresentar tratamento farmacológico no momento atual da gravidez, foi registrado por 13,3%, sendo os motivos: perda familiar, falecimento do primeiro filho, irritabilidade, acidente de trabalho e problemas de relacionamento entre os pais quando era criança. Questionadas sobre o acompanhamento da gravidez por profissionais de saúde, a maior parcela (93,3%) respondeu que tinha acompanhamento por médico da família/enfermeira; e um percentual de 6,7%, por médico obstetra em hospital de referência.

Na avaliação decorrente do apoio familiar durante a gravidez, a maior parte (58,3%) citou o marido/companheiro e 36,7% declarou a mãe e/ou o pai. As gestantes não apresentavam, no momento da gestação, histórico de transtornos psiquiátricos ou de distúrbios do sono, apesar de os transtornos de humor terem uma relação forte e consistente com os transtornos do sono na gravidez.

Tabela 2 – Avaliação dos dados clínicos das gestantes

Variável	n	%
TOTAL	60	100,0
Planejamento de gravidez		
Planejada / desejada	22	36,7
Não planejada, mas aceita por ambos os pais	33	55,0
Não planejada e não aceita por ambos os pais	1	1,7
Não planejada e não aceita por um dos pais	4	6,7
A gravidez não é aceita por quem ⁽¹⁾		
Paí	1	20,0
Mãe	3	60,0
Não informado	1	20,0
Número de filhos		
Nenhum	31	51,7
Um	16	26,7
Dois	10	16,7
Três	3	5,0
Histórico gestacional		
Nenhum	30	50,0
Um	14	23,3
Dois	11	18,3
3 ou mais	5	8,3
Tipo de parto ⁽²⁾		
Normal	25	86,2
Cesárea	4	13,8
Houve aborto (espontâneo, induzido ou ilegal) anterior a esta gravidez		
Sim	7	11,7
Não	53	88,3
Tratamento de infertilidade		
Sim	-	-
Não	60	100,0
Dificuldade de engravidar (hormonal, anatômico)		
Sim	1	1,7
Não	59	98,3
Relatou alguma ajuda psicológica/psiquiátrica no momento da gravidez		
Sim	8	13,3
Não	52	86,7
Qual o motivo da ajuda psicológica/psiquiátrica ⁽³⁾		
Perda familiar	2	25,0
Falecimento do primeiro filho	1	12,5
Irritabilidade	1	12,5
Acidente de trânsito	1	12,5
Dificuldade de relacionamento entre os pais quando criança	1	12,5
A vigilância da gravidez está sendo acompanhada por assistência pré-natal		
Médico de família / Enfermeira	56	93,3
Obstetra do hospital	4	6,7

Recebe apoio durante a gravidez

Marido / Companheiro	35	58,3
Mãe, pai, amigo	22	36,7
Outro	3	5,0

Fonte: Elaborado pelo autor.

(1) Com base nos casos não aceitos por, pelo menos, um dos pais.

(2) Com base nos casos que já tinham tido gestações anteriores.

(3) Com base nos casos que tinham necessitado de ajuda psicológica/psiquiátrica ao longo da sua vida.

A média da idade gestacional no primeiro trimestre foi 15,75 semanas; e no segundo e terceiro trimestre, foi de 26,30 semanas da mesma gestante. A variabilidade foi reduzida (desvios padrão menores do que 1/3 das médias correspondentes) conforme resultados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Estatística do número de semanas de gestação em cada um dos trimestres

Estatística	1 trimestre	2 e 3 trimestres
Média	15,75	26,30
Desvio padrão	3,04	4,63
Mínimo	8	21
Mediana	16,00	25,00
Máximo	21	37

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nas Tabelas 4 e 5, apresentam-se os resultados da Escala de Sonolência de Epworth por trimestre.

A Tabela 4 mostra que a média dos escores da escala foi 11,82 no primeiro trimestre e 12,37 no segundo e terceiro trimestres; as medianas foram iguais a 12,00 e 12,50, respectivamente; e para a margem de erro fixada (5%), não se comprovou diferença significativa entre os momentos ($p > 0,05$), permitindo concluir que a avaliação da sonolência diurna nos períodos avaliados não apresentou nenhuma diferença do ponto de vista sintomatológico, relatado pelas gestantes durante os dois momentos da pesquisa.

Tabela 4 – Estatística dos escores da Escala de Sonolência de Epworth segundo os trimestres

Estatística	1º trimestre	2º e 3º trimestres	Valor de p
Média	11,82	12,37	$p^{(1)} = 0,401$
Desvio padrão	5,18	4,51	
Mediana	12	12,5	

Fonte: Elaborado pelo autor.

(1) Por meio do teste t-Student pareado.

A Tabela 5 mostra que os menores percentuais das categorias da escala corresponderam às gestantes que apresentaram sonolência grave (3% no 1º trimestre e 5% no 2º e 3º trimestres); os maiores escores corresponderam a sonolência leve (36% no 1º trimestre e 38% no 2º e 3º trimestres); e os percentuais das gestantes que tinham ausência de sonolência e sonolência moderada variaram de 26% a 33%, e não se verificou diferença significativa entre os momentos para a variável em estudo ($p > 0,05$).

Tabela 5 – Análise comparativa entre os trimestres gestacionais da Escala de Sonolência Epworth

Escore categorizado	1º trimestre		2º e 3º trimestres		Valor de p
	n	%	n	%	
Ausente (0 a 9)	20	33	16	26	$p^{(1)} = 0,455$
Sonolência leve (10 a 14)	22	36	23	38	
Sonolência moderada (15 a 19)	16	26	18	30	
Sonolência grave (20 ou mais)	2	3	3	5	
Total	60	100,0	60	100,0	

Fonte: Elaborado pelo autor.

(1) Por meio do Teste de McNemar.

Nas Tabelas 6 e 7, apresentam-se os resultados da Escala de Pittsburgh por trimestres, enfatizando a necessidade de se observar a piora da qualidade do sono nos diferentes trimestres gestacionais.

A Tabela 6 mostra que a média da Escala de Pittsburgh aumentou do primeiro trimestre para o segundo e o terceiro trimestre, de 7,00 para 7,53; as medianas foram iguais a 7,00 e não se comprovou diferença significativa entre os momentos ($p > 0,05$).

Tabela 6 – Estatística dos escores da Escala Pittsburgh para avaliação da qualidade do sono segundo os trimestres

Estatística	1º trimestre	2º e 3º trimestres	Valor de p
Média	7,00	7,53	$p^{(1)} = 0,215$
Desvio padrão	2,85	3,28	
Mínimo	2	1	
Mediana	7,00	7,00	
Máximo	14	15	

Fonte: Elaborado pelo autor.

(1) Por meio do teste t-Student pareado.

Dos resultados da classificação da qualidade do sono (Tabela 7), enfatiza-se que a maior parcela foi classificada como sono ruim, sendo 70% no 1º trimestre e 60% no 2º e 3º trimestres. Os percentuais classificados com boa qualidade de sono foram aproximados entre os trimestres (21% no 1º trimestre e 20% no 2º e 3º trimestres). O percentual com presença de distúrbio do sono foi mais elevado no 2º e 3º trimestres do que no 1º trimestre (20% x 8%). Esse resultado pode ser explicado pela maior incidência dos distúrbios do sono no terceiro trimestre, entretanto não se comprova diferença significativa entre os momentos ($p > 0,05$).

Tabela 7 – Análise comparativa da classificação da qualidade do sono (Pittsburgh) segundo os trimestres

Escore categorizado	Escala de Pittsburgh		2º e 3º trimestres		Valor de p
	1º trimestre				
	n	%	n	%	
Boa	13	21	12	20	$p^{(1)} = 0,129$
Ruim	42	70	36	60	
Presença de distúrbio do sono	5	8	12	20	
Total	60	100,0	60	100,0	

Fonte: Elaborado pelo autor.

(1) Por meio do Teste de McNemar.

8 DISCUSSÃO

As gestantes, por meio de uma análise comparativa dos trimestres gestacionais na Escala de Epworth, apresentaram queixas de sonolência piores nos períodos gestacionais mais avançados, como segundo e terceiro trimestres. Foi observado também que houve o surgimento de distúrbios do sono e a piora da qualidade do sono, avaliados pelo Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh.

A média da idade gestacional no primeiro momento da coleta dos dados foi de 15,75 semanas, o que demonstra a dificuldade de realizar a coleta de dados em pacientes gestantes no primeiro trimestre, pois muitas delas conseguem acesso ao serviço público de saúde apenas em períodos gestacionais mais avançados ou por não conhecimento da gestação.

A análise comparativa dos trimestres gestacionais referindo a ausência de sonolência diurna nas gestantes por meio da Escala de Epworth, na qual se identificam queixas de sonolência avaliando a probabilidade de dormir em situações do cotidiano e que podem prejudicar as atividades funcionais da gestante e também seu acompanhamento no pré-natal, evidenciou a diminuição da porcentagem das gestantes que não apresentavam queixas de sonolência no início da gravidez, com o aumento da sonolência leve, moderada e grave no últimos trimestres gestacionais.

O perfil de gestante com risco de qualidade e transtornos do sono prejudicados era de uma gestante primigesta - pois a primeira gestação é cercada de fatores novos, como mudanças hormonais, físicas e emocionais -, com idade superior a 20 anos, que não apresentava apoio familiar, seja dos pais seja do companheiro, e com uma gravidez não planejada. Esses fatores contribuíam para que muitas gestantes se sentissem desamparadas e menos confiantes para prosseguir com a gestação.

O contexto sociodemográfico da população estudada era homogêneo, com um número populacional reduzido, o que possibilitou demonstrar uma tendência à piora na qualidade e quantidade do sono, sem que existisse uma significância estatística. Evidenciava-se gestante casada ou com união estável, com religião prevalente católica ou evangélica, procedente de Recife e Região Metropolitana.

O perfil educacional apresentava conclusão do ensino médio em sua maior parcela, bem como ensino fundamental e bacharelado/licenciatura. Maior percentual das gestantes se encontrava com alguma ocupação durante o estudo, o que possivelmente possibilitou uma

maior estabilidade financeira e manutenção do acompanhamento gestacional no serviço de saúde.

As gestantes avaliadas na pesquisa, em sua maior parcela, não relataram alguma ajuda psicológica/psiquiátrica no momento da gravidez, porém as que relataram foram motivadas por perda familiar, falecimento do primeiro filho, irritabilidade, acidente de trânsito e dificuldade de relacionamento entre os pais quando criança. É de conhecimento na literatura psiquiátrica que o sexo feminino apresenta maior prevalência de transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade (CANTILINO *et al.*, 2010; MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011), os quais podem desencadear problemas do sono quando presentes (KUMAR, 2016; SCHNELL; ALBRECHT; SANDRELLI, 2014). Qualidade de sono ruim durante o período gestacional potencializa o surgimento de distúrbios do sono, principalmente no terceiro trimestre.

O presente estudo apresentou limitações, pois não foi permitido o uso de outros métodos de avaliação, como actigrafia e polissonografia completa, em laboratório do sono por se tratarem de métodos diagnósticos que não são disponibilizados pela rede SUS com facilidade de acesso. Um aspecto importante que influencia a qualidade e quantidade do sono nas gestantes é a posição em que as gestantes dormiam, algo não relatado no estudo e pouco avaliado na literatura.

Por outro lado, apesar de conhecer que existe uma piora da qualidade do sono com aumento da sonolência diurna e surgimento de transtornos do sono na gestação, poucos estudos avaliaram a temática com esse perfil populacional, utilizando os dois instrumentos e com o rigor estatístico desejável. As gestantes identificadas com algum distúrbio do sono foram orientadas e encaminhadas a atendimento específico, a fim de realizar ações que visassem minimizar os efeitos prejudiciais desses transtornos à gestação.

A avaliação da qualidade do sono nas gestantes por meio do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh enfatizou que a maior parcela das gestantes avaliadas apresentava-se com sono ruim e o percentual de gestantes com presença de distúrbios do sono também se apresentou mais elevado nos últimos trimestres gestacionais. Esses dados corroboram outros estudos que demonstram a incidência maior de transtornos do sono durante o período gestacional, como Síndrome das Pernas Inquietas, Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono e insônia (FACCO, 2010).

9 CONCLUSÃO

O estudo permitiu avaliar um grupo específico de gestantes em diferentes trimestres, atendidas num serviço de pré-natal de baixo risco de um hospital público do Nordeste do Brasil, evidenciando que ocorre uma tendência à piora da qualidade do sono nessa população e alertando os profissionais de saúde sobre a importância de questionar, avaliar e promover a melhora do sono nas gestantes, a fim de que transtornos do sono na gestação sejam minimizados ou tratados sem que ocorra prejuízo para a gestante e o feto.

A promoção e o esclarecimento dos benefícios em serviços de saúde, o estímulo a intervenções comportamentais, como cartilha de higiene do sono com informações sobre como obter uma melhor qualidade do sono, não exposição a aparelhos elétricos e alimentação adequada permitem promover uma diminuição do impacto negativo na qualidade do sono das gestantes.

Futuras pesquisas com uma amostra populacional maior e mais heterogênea em diferentes serviços de saúde poderão destacar e confirmar os efeitos negativos que uma qualidade do sono prejudicada pode promover durante o período gestacional.

REFERÊNCIAS

- ABEYSENA, C.; JAYAWARDANA, P.; SENEVIRATNE, R. Effect of psychological stress and physical activity on low birth weight: a cohort study. **J Obstet Gynaecol. Res** 2010; 36: 296–303.
- BAKER, F. C; MITCHELL, D.; DRIVER, H. S. **Oral contraceptives alter sleep and raise body temperature in Young women.** Pflugers Arch 2001; 21:514-50.
- BALSERAK, B. I.; JACKSON, N.; RATCLIFFE, S. A.; PACK, A. I.; PIEN, G. W. (2013). **Sleep-disordered breathing and daytime napping are associated with maternal hyperglycemia.** Sleep and Breathing, 17(3). <https://doi.org/10.1007/s11325-013-0809-4>
- BARTELL, S.; ZALLEK, S. (2006). **Intravenous magnesium sulfate may relieve restless legs syndrome in pregnancy.** Journal of Clinical Sleep Medicine : JCSM : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine, 2(2), 187-8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17557494>.
- BASTIEN, C. H.; VALLIERES, A.; MORIN, C. M. **Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research.** Sleep Med 2001; 2: 297-307.
- BEEBE, K. R.; LEE, K. A. **Sleep disturbance in late pregnancy and early labor.** J Perinat Neonat Nurs 2007; 21: 103-108.
- BONANNI, E.; TOGNONI, G.; MAESTRI, M. *et al.* **Sleep disturbances in elderly subjects: an epidemiological survey in an Italian district.** Acta Neurol Scand. 2010 Dec;122(6):389-97.
- BORODULIN, K.; EVENSON, K. R.; MONDA, K.; WEN, F.; HERRING, A. H.; DOLE, N. **Physical Activity and sleep among pregnant women. Pediatric and Perinatal Epidemiology.** 2010; 24:45-2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3016.2009.01081.x>.
- CANTILINO, A. *et al.* Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 6, 2010. p. 278-284.
- CASTRO, L. S. *et al.* **Objective Prevalence of Insomnia in the São Paulo.** Brazil Epidemiologic Sleep Study, 2013.
- CHAWLA, J. *et al.* What is the Spielman modelo of chronic insomnia? **Medscape Psychiatry** Sep 11, 2018.
- DRIVER, H. S.; DIJIK, D. J.; WERTHE, Bierdermann K.; BORBÉLY, A. A. **Sleep and the sleep electroencephalogram across the menstrual cycle in Young healthy women.** J Clin Endocrinol Metab 1996; 81:728-35.
- FACCO, F.; GROBMAN, W.; KRAMER, J. *et al.* **Self-reported short sleep duration and frequent snoring in pregnancy: impact on glucose metabolismo.** Am J Obstet Gynecol. 2010; 203(2): 142-5

- FACCO, F. L.; KRAMER, J.; HO, K. H.; ZEE, P. C.; GROBMAN, W. A. **Sleep disturbances in pregnancy.** *Obster Gynecol* 2010; 115:77-83.
- FRANKLIN, K. A.; HOLMGREN, P. A.; JOHNSON F. *et al.* **Snoring, pregnancy-induced hypertension, and growth retardation of the fetus.** *Chest* 2000; 117:137-141. [L]
[SEP]
- GALLICCHIO, L.; KALESAN, B. **Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis.** *J Sleep Res* 2009; 18: 148-158.
- GELAYE, B.; BARRIOS, Y. V.; ZHONG, Q. Y.; RONDON, M. B.; BORBA, C. P. C.; SÁNCHEZ, S. E.; WILLIAMS, M. A. (2015). **Association of poor subjective sleep quality with suicidal ideation among pregnant Peruvian women.** *General Hospital Psychiatry*, 37(5), 441–447. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.04.014>.
- GRANDNER, M. A.; HALE, L. *et al.* **Mortality associated with short sleep duration: the evidence, the possible mechanisms and the future.** *Sleep Med Rev* 2010; 14: 191-203.
- HEDMAN, C.; POHJASVAARA, T.; TOLONEN, U.; SUHONEN-MALM, A. S.; MYLLYLÄ, V. V. (2002). **Effects of pregnancy on mothers' sleep.** *Sleep Medicine*, 3(1), 37-42. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1389-9457\(01\)00130-7](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(01)00130-7).
- IBRAHIM, S.; FOLDVARY-SCHAEFER, N. (2012). **Sleep Disorders in Pregnancy.** *Neurol Clin* 30 (2012) 925–936. DOI: 10.1016/j.ncl.2012.02.001.
- IZCI, B.; VENNELLE, M.; LISTON, W. A.; DUNDAS, K. C.; CALDER, A. A.; DOUGLAS, N. J. **Sleep** – disordered breathing and upper airway size in pregnancy and postpartum. *Eur Respir J* 2006; 27:321-7.
- KENNEDY, H. P.; GARDINER, A.; GAY, C. *et al.* **Negotiating sleep: a qualitative study of new mother.** *J Perinat Neonatal Nurs* 2007; 21(2):114-22.
- KO, S. H.; CHANG, S. C.; CHEN, C. H. A comparative study of sleep quality between pregnant and nonpregnant taiwanese women. **Journal of Nursing Scholarship** 2010; 42:23-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01326.x>.
- LANDHUIS, C.; POULTON, R.; WELCH, D. *et al.* **Childhood sleep time and long-term risk for obesity: a 32 year prospective birth cohort study.** *Pediatrics* 2008; 122:955-60.
- LOPES, E. A.; CARVALHO, L. B. C.; SEGURO, P. B. C.; MATTAR, R.; SILVA, A. B.; PRADO, L. B. F. *et al.* **Sleeps disorders in pregnancy.** *Arq Neuropsiquiatria* 2004; 62:217-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2004000200005>. [L]
[SEP]
- MELLOR, R.; CHUA, S. C.; BOYCE, P. (2014). **Antenatal depression: an artefact of sleep disturbance.** Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0427-6>.
- MICHELI, K.; KOMNINOS, I.; BAGKERIS, E. *et al.* **Sleep patterns in late pregnancy and risk of preterm birth and fetal growth restriction.** *Epidemiology* 2011; 22(5):738.

MIGUEL, E. C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W. F. **Clínica Psiquiátrica**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2011.

MIYATA, S.; NODA, A.; IWAMOTO, K.; KAWANO, N.; OKUDA, M.; OZAKI, N. **Poor sleep quality impairs cognitive performance in older adults**. J Sleep Res. 2013 Oct; 22(5):535-41.

MÜLLER, M. R.; GUIMARÃES, S. S. **Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida**. Estudos de Psicologia 2007; 24:519-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400011>.

NAGHI, I.; KEYPOUR, F. *et al.* **Sleep disturbance in late pregnancy and type and duration of labour**. J Obstet Gynaecol 2011; 31:489-491.

NEAU, J. P.; TEXIER, B.; INGRAND, P. **Sleep and vigilance disorders in pregnancy**. Eur Neurol 2009; 62:23-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1159/000215877>.

OKUN, M. L.; BUYSSE, D. J.; HALL, M. H. Identifying insomnia in early pregnancy: Validation of the Insomnia Symptoms Questionnaire (ISQ) in pregnant woman. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, v. 11, n. 6, 2015.

_____; COUSSONS-READ, M. E. **Sleep disruption during pregnancy: how does it influence serum cytokines?** J Reprod Immunol 2007; 73:158–165.

_____; KLINE, C. E.; ROBERTS, J. M.; WETTTLAUER, B.; GLOVER, K.; HALL, M. **Prevalence of sleep deficiency in early gestation and its associations with stress and depressive symptoms**. J Womens Health (Larchmt) 2013; 22:1028-37. [L]
[SEP]

_____; SCHETTER, C. D.; GLYNN, L. M. **Poor sleep quality is associated with preterm birth**. Sleep 2011; 34(11):1493-8.

OYIENGO, D.; LOUIS, M.; HOTT, B.; BOURJEILY, G. (2014). **Sleep Disorders in Pregnancy**. Clinics in Chest Medicine, 35(3), 571-587. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/J.CCM.2014.06.012>.

PALAGINI, L.; GEMIGNANI, A. *et al.* **Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: impact on pregnancy outcome**. Sleep Med 2014; 15: 853-859.

PAN, P. H.; LEE, S.; HARRIS, L. **Chronobiology of subarachnoid fentanyl for labor analgesia**. Anesthesiology 2005; 103:595-599.

QIU, C.; ENQUOBAHRIE, D. *et al.* **Glucose intolerance and gestational diabetes risk in relation to sleep duration and snoring during pregnancy: a pilot study**. BMC Womens Health 2010; 10:17-17.

REICHNER, C. A. **Insomnia and sleep deficiency in pregnancy**. Obstetric Medicine 2015; 168-171; DOI: 10.1177/1753495X15600572.

REUTRAKUL, S.; ZAIDI, N. *et al.* **Sleep disturbances and their relationship to glucose tolerance in pregnancy**. Diabetes Care 2011; 34:2454-2457.

SÁNCHEZ-ORTUÑO, M. M.; EDINGER, J. D.; WYATT, J. K. **Daytime symptom patterns in insomnia sufferers:** is there evidence for subtyping insomnia? *J Sleep Res.* 2011 Sep; 20(3):425-33.

SIVERTSEN, B. *et al.* **Insomnia as a risk factor for ill health:** results from the large population-based prospective HUNT Study in Norway. 2014.

SKOUTERIS, H.; WERTHEIM, E. H. *et al.* **Assessing sleep during pregnancy:** a study across two time points examining the Pittsburgh sleep quality index and associations with depressive symptoms. *Women's Health Issues* 2009; 19: 45-51.

_____; GERMANO, C.; WERTHEIM, E. H. (2008). **Sleep in pregnancy sleep quality and depression during pregnancy:** a prospective study. 217-220. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00655.x>.

TOGEIRO, S. M. G. P.; GENTA, P.; LORENZI, G.; **Atualização e reciclagem em pneumologia.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

ULMAN, T. F.; VON HOLLE, A.; TORGERSEN, L.; STOLTENBERG, C.; REICHBORN-KJENNERUD, T.; BULIK, C. M. (2012). **Sleep disturbances and binge eating disorder symptoms during and after pregnancy.** *Sleep*, 35(10), 1403–1411. Disponível em: <https://doi.org/10.5665/sleep.2124>.

WESSTRÖM, J.; SKALKIDOU, A.; MANCONI, M.; FULDA, S.; SUNDSTRÖM-POROMAA, I. (2014). Pre-pregnancy restless legs syndrome (Willis-Ekbom Disease) is associated with perinatal depression. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, 10(5), 527-533. Disponível em: <https://doi.org/10.5664/jcsm.3704>.

WILKINSON, D.; SHEPHERD, E.; WALLACE, E. M. (2016). **Melatonin for women in pregnancy for neuroprotection of the fetus.** *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010527.pub2>.

WILLIAMS, M. A.; MILLER, R. S. *et al.* **Associations of early pregnancy sleep duration with trimester-specific blood pressures and hypertensive disorders in pregnancy.** *Sleep* 2010; 33: 1363-1371.

WINKELMAN, J. W.; BUXTON, O. M.; JENSEN, J. E. *et al.* **Reduced brain GABA in primary insomnia:** preliminary data from 4T proton magnetic resonance spectroscopy (1H- -MRS). *Sleep*. 2008 Nov 31(11):1499-506. [L]
[SEP]

WISNER, K. L.; SIT, D. K.; HANUSA, B. H. *et al.* **Major depression and antidepressant treatment:** impact on pregnancy and neonatal outcomes. *Am J Psychiatry* 2009; 166:557-66. [L]
[SEP]

WON, C. H. J. (2015). Sleeping for two: the great paradox of sleep in pregnancy. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, 11(6), 10-11. Disponível em: <https://doi.org/10.5664/jcsm.4760>.

ZAFARGHANDI, N.; HADAVAND, S. *et al.* The effects of sleep quality and duration in late pregnancy on labor and fetal outcome. **J Matern Fetal Neonatal Med** 2012; 25: 535-537.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

1) Dados Demográficos

Nome: _____

Data: _____ Idade da gestante: _____

Idade do cônjuge/companheiro: _____

Estado civil: Solteira () Casada () Viver Junto () Divorciada/Separada () Viúva ()

Religião: _____

Procedência : _____

Escolaridade: Gestante (anos de estudo)

Analfabeto ()

1º Ciclo Ensino Básico (4ª classe) ()

2º Ciclo Ensino Básico (5º e 6º ano) ()

3º Ciclo Ensino Básico (9º ano) ()

Ensino Secundário (12º ano) ()

Bacharelado/Licenciatura ()

Mestrado/Doutorado ()

Situação socioprofissional :

Empregada () Desempregada () Outra _____

Se empregada, especifique qual a sua profissão e a do cônjuge/companheiro:

Cônjuge/Companheiro: Empregado () Desempregado () Outro _____

Se desempregado, especifique o início e o motivo ?

2) Dados Clínicos

A) Semanas de gravidez: _____

B) A gravidez foi:

Planejada/Desejada ()

Não planejada, mas aceita por ambos os pais ()

Não planejada e não aceita por ambos os pais ()

Não planejada e não aceita por um dos pais (especifique se o pai ou a mãe) ()

C) Número de filhos vivos: _____

D) Número de gestações anteriores: _____

No caso de ter havido outras gestações, especifique se o parto foi: normal, cesariana, a fórceps ou outro: _____

A gravidez atual foi antecedida de: Abortos espontâneos () Recurso a tratamentos de infertilidade ()

Dificuldades em engravidar (tempo _____)

E) História psiquiátrica prévia:

Necessitou de alguma ajuda ou de algum tratamento psicológico/psiquiátrico ao longo da sua vida: Sim () Não ()

Se sim, especifique qual o motivo do tratamento e a duração:

F) Vigilância da gravidez: durante a gravidez, está sendo acompanhada por:

Médico de Família/ Enfermeira ()

Obstetra do Hospital ()

Obstetra Particular ()

Outro ()

G) Vivência da gravidez: durante a gravidez, quem são as pessoas que mais a têm apoiado:

Marido/Companheiro ()

Mãe, pai, amigo/a ()

Médico que vigia a gravidez ()

Outro _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DO ESTUDO: Avaliação da Qualidade do Sono em Gestantes

PESQUISADOR : Dennys Lapenda Fagundes

LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO: Ambulatório de Obstetrícia do Instituto de Medicina Integral de Pernambuco

As informações que seguem estão sendo fornecidas para sua participação voluntária nesta pesquisa de cunho acadêmico, cujo objetivo é avaliar a qualidade do sono em gestantes, que será medida pela aplicação de dois questionários que avaliam a qualidade do sono e a sonolência diurna: questionário de Pittsburgh e de Epworth com duração de 10 minutos, respectivamente.

Caso você aceite participar desta pesquisa, está garantido que poderá desistir a qualquer momento, bastando para isso informar a sua decisão de desistência, da maneira que achar mais conveniente a sua pessoa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Você terá a garantia de que, nas etapas do estudo, terá acesso aos pesquisadores responsáveis para qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Os pesquisadores serão encontrados pelos número de celular ou endereço: Dennys Lapenda Fagundes (99123-5913), no endereço do Instituto de Medicina Integral de Pernambuco - IMIP.

Se tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP (CEP-IMIP). O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel.: 2122-4756. E-mail: comitedeetica@imip.org.br. As informações serão obtidas e analisadas sem divulgação ou identificação dos participantes. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Os pesquisadores se comprometem a usar os dados coletados somente para esta pesquisa. O participante também poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a sua publicação.

Neste termo de consentimento, podem aparecer alguns termos que você não entenda. Se houver dúvida, pergunte ao responsável pela pesquisa ou a outra pessoa que a acompanhe, para que possamos deixá-lo(a) esclarecido(a).

DESCRIÇÃO DO ESTUDO: O estudo constará da avaliação da qualidade do sono em gestantes. O total de tempo da aplicação dos questionários com cada paciente pode variar entre 5 e 10 minutos.

OBJETIVO DO ESTUDO: Avaliar a qualidade do sono em gestantes.

RISCOS E DESCONFORTOS: A presente pesquisa apresenta um risco mínimo, que diz respeito ao incômodo dos voluntários ao serem abordados por pessoas desconhecidas para responderem aos questionários, assim como o desvio ou extravio de algum destes questionários, provocando prejuízo e/ou constrangimento ao voluntário. Visando minimizar qualquer constrangimento, o local da entrevista será privativo para os entrevistados e pesquisadores, apenas os pesquisadores terão acesso às fichas de avaliação, como também fica a critério do voluntário durante a realização da pesquisa permitir a algum acompanhante de sua confiança estar presente no ambiente escolhido para execução da pesquisa.

BENEFÍCIOS: Como benefício oferecido: oferecer uma avaliação da qualidade do sono em gestantes.

CONFIDENCIALIDADE: As informações obtidas através deste estudo serão tratadas rigorosamente com confidencialidade. Os resultados serão divulgados publicamente, em meios científicos e acadêmicos, entretanto, a identidade dos pacientes jamais será divulgada e/ou revelada.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA / RETIRADA: A sua participação neste estudo é voluntária. Você pode recusar-se a participar ou parar de participar a qualquer momento da pesquisa.

Li e entendi as informações procedentes descritas neste estudo, e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente. Dou livremente meu consentimento para participação no estudo, até que decida o contrário.

Assinando este termo de consentimento, concordo, em duas vias, com a minha participação neste estudo e não abro mão de nenhum dos direitos legais que ele teria de outra forma.

Recife, _____ de _____ de 2018.

Nome do Paciente

Nome da Testemunha

Assinatura

Responsável pela Pesquisa

Assinatura

APÊNDICE C – ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH

ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH

Qual é a chance de você cochilar ou adormecer nas situações apresentadas a seguir: Procure separar da condição de sentir-se simplesmente cansado.

Responda pensando no seu modo de vida nas últimas semanas.

Mesmo que você não tenha passado por alguma destas situações recentemente, tente avaliar como você se comportaria frente a elas.

Utilize a escala apresentada a seguir:

0 – Nenhuma chance de cochilar

1 – Pequena chance de cochilar

2 – Moderada chance de cochilar

3 – Alta chance de cochilar

	0	1	2	3
Sentado e lendo				
Vendo televisão				
Sentado em algum lugar público sem atividade (sala de espera, cinema, teatro, reunião)				
Como passageiro de trem, carro ou ônibus, andando 1 hora sem parar				
Deitado para descansar à tarde quando as circunstâncias permitem				
Sentado e conversando com alguém				
Sentado calmamente, após um almoço sem álcool				
No carro parado, por alguns minutos durante o trânsito.				

Total: _____

APÊNDICE D – ÍNDICE DE QUALIDADE DE PITTSBURGH (PSQI-BR)

ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH (PSQI-BR)

Nome: _____ Idade: _____

Data: _____

Instruções: As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o **último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?

Hora usual de deitar _____

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?

Minutos _____

3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?

Hora usual de levantar _____

4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama).

Horas de sono por noite _____

Para cada uma das questões restantes, marque a **melhor (uma)** resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você **teve dificuldade de dormir** porque você...

(a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais _____

(b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais ^[L]_[SEP] _____

(c) Precisou levantar para ir ao banheiro

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais _____

(d) Não conseguiu respirar confortavelmente ^[L]_[SEP]

Nenhuma no último mês _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais ^[L]_[SEP] _____

(e) Tossiu ou roncou forte

Nenhuma no último mês _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais ^[L]_[SEP] _____

(f) Sentiu muito frio ^[L]_[SEP]

Nenhuma no último mês _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais ^[L]_[SEP] _____

(g) Sentiu muito calor ^[L]_[SEP]

Nenhuma no último mês _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ ^[L]_[SEP] 3 ou mais ^[L]_[SEP] _____

(h) Teve sonhos ruins ^[L]_[SEP]

Nenhuma no último mês _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ ^[L]_[SEP] 3 ou mais _____

(h) Teve dor

Nenhuma no último mês _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(i) Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão?

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

Muito boa _____^[L]_[SEP]Boa _____^[L]_[SEP]Ruim _____^[L]_[SEP]Muito ruim _____^[L]_[SEP]

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?^[L]_[SEP]

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____^[L]_[SEP]

8. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____^[L]_[SEP]

9. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?^[L]_[SEP]

Nenhuma dificuldade _____^[L]_[SEP]Um problema leve _____^[L]_[SEP]

Um problema razoável _____ Um grande problema _____^[L]_[SEP]

tem um (a) parceiro / esposo (a) ou colega de quarto ?

Não _____

Parceiro ou colega, mas em outro quarto _____^[L]_[SEP]

Parceiro no mesmo quarto, mas não na mesma cama _____

Parceiro na mesma cama _____

Se você tem um parceiro ou colega de quarto, com que frequência, no último mês, você teve

...

(a) Ronco forte

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(b) Longas paradas na respiração enquanto dormia

Nenhuma no último mês_____Menos de 1 vez/ semana_____

1 ou 2 vezes/ semana_____3 ou mais vezes/ semana_____



(c) Contrações ou puxões nas pernas enquanto você dormia

Nenhuma no último mês_____Menos de 1 vez/ semana _____

1 ou 2 vezes/ semana_____3 ou mais vezes/ semana_____

(d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono

Nenhuma no último mês_____Menos de 1 vez/ semana

1 ou 2 vezes/ semana_____3 ou mais vezes/ semana_____

(e) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme; por favor, descreva:

[Voltar](#) [Enviar Notificação](#) [Gerar Interface Rebec](#)