

INFLUÊNCIAS DOS TRANSTORNOS DE SONO-VIGÍLIA SOBRE A SAÚDE CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INFLUENCES OF SLEEP-WAKE DISORDERS ON CARDIOVASCULAR HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE

INFLUENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO- VIGILIA SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Laércio Deleon de Melo¹
Juliana de Lima Brandão²
Denicy de Nazaré Pereira Chagas³
Giane Aparecida Delfino Neves⁴
Paulo Henrique Bezerra da Silva⁵
Isabella Lima Silva Teixeira⁶
Agnes Alvarenga Rosendo⁷

Como citar este artigo: Melo LD, Brandão JL, Chagas DNP, Neves GAD, Silva PHB, Teixeira ILS, et al. Influências dos transtornos de sono-vigília sobre a saúde cardiovascular na Atenção Primária à Saúde. Rev baiana enferm. 2023; 37:e51875.

Objetivo: discutir os fatores prejudiciais ao sono e suas influências sobre a saúde cardiovascular na percepção de hipertensos atendidos por uma Unidade Básica de Saúde brasileira. **Método:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em um serviço de Atenção Básica Mineiro, Brasil. Foram coletados dados de caracterização e entrevista individual em profundidade, em 2019, com 40 hipertensos de idade ≥ 18 anos. Os dados de caracterização foram analisados com apoio do Microsoft Excel-365 para frequências e as entrevistas no Nvivo Pró-11. **Resultados:** as participantes, predominantemente mulheres, idosas, aposentadas, relataram sono de má qualidade e uso de fármacos ansiolíticos/antidepressivos. Duas categorias discursivas emergiram: Sono e repouso preservados como determinantes da qualidade de vida e saúde; e Insônia: uma realidade cotidiana ligada aos condicionantes psicossociais, biológicos e ambientais. **Considerações finais:** a insônia gera impactos negativos na saúde cardiovascular e na qualidade de vida, necessitando de cuidados especializados no âmbito da enfermagem cardiovascular.

Descritores: Enfermagem Cardiovascular. Transtornos do Sono-Vigília. Hipertensão. Doenças Cardiovasculares. Atenção Primária à Saúde.

Autor correspondente: Laércio Deleon de Melo, laercodeleondl@yahoo.com.br

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8470-7040>.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1463-2829>.

³ Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5928-4384>.

⁴ Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0065-8115>.

⁵ Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9057-9102>.

⁶ Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9572-2385>.

⁷ Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2287-1670>.

Objective: to discuss the harmful factors to sleep and their influence on cardiovascular health in the perception of hypertensive patients assisted by a Brazilian Basic Health Unit. Method: a descriptive study with a qualitative approach, conducted in a primary care service in Minas Gerais, Brazil. Characterization data and in-depth individual interviews were collected in 2019, with 40 hypertensive patients aged ≥ 18 years. The characterization data were analyzed with the support of Microsoft Excel-365 for frequencies and the interviews in Nvivo Pro-11. Results: the participants, predominantly women, elderly, retired, reported poor sleep quality and use of anxiolytic/antidepressant drugs. Two discursive categories emerged: Sleep and rest preserved as determinants of quality of life and health; and Insomnia: an everyday reality linked to psychosocial, biological and environmental conditions. Final considerations: insomnia generates negative impacts on cardiovascular health and quality of life, requiring specialized care in cardiovascular nursing.

Descriptor: Cardiovascular Nursing. Sleep Wake Disorders. Hypertension. Cardiovascular Diseases. Primary Health Care.

Objetivo: discutir los factores dañinos al sueño y sus influencias sobre la salud cardiovascular en la percepción de hipertensos atendidos por una Unidad Básica de Salud brasileña. Método: estudio descriptivo, de abordaje cualitativo, realizado en un servicio de Atención Básica Minero, Brasil. Se recogieron datos de caracterización y entrevista individual en profundidad, en 2019, con 40 hipertensos de edad ≥ 18 años. Los datos de caracterización fueron analizados con el apoyo de Microsoft Excel-365 para frecuencias y las entrevistas en el Nvivo Pro-11. Resultados: las participantes, predominantemente mujeres, ancianas, jubiladas, relataron sueño de mala calidad y uso de fármacos ansiolíticos/antidepresivos. Dos categorías discursivas surgieron: Sueño y reposo preservados como determinantes de la calidad de vida y salud; e Insomnio: una realidad cotidiana ligada a los condicionantes psicosociales, biológicos y ambientales. Consideraciones finales: el insomnio genera impactos negativos en la salud cardiovascular y en la calidad de vida, necesitando de cuidados especializados en el ámbito de la enfermería cardiovascular.

Descriptors: Enfermería Cardiovascular. Trastornos del Sueño-Vigilia. Hipertensión. Enfermedades Cardiovasculares. Atención Primaria de Salud.

Introdução

A Atenção Básica (AB), conhecida como Atenção Primária à Saúde (APS), é composta por um conjunto de ações desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, que atua de modo interdisciplinar, voltada à população de um território pré-delimitado e visa impactar positivamente os determinantes e condicionantes de saúde da coletividade. Ela é considerada a porta de entrada preferencial de usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS), ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sobre a qual incumbem o atendimento e a resolução de 80% das situações relacionadas ao processo saúde-doença dos usuários ainda na AB⁽¹⁾.

As Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNTs), dentre as quais incluem as Doenças Cardiovasculares (DCVs), com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), como comorbidade crônica associada, na maioria das vezes, ao surgimento de outras DCVs, merecem atenção dos profissionais de saúde da AB, cuja assistência deve ocorrer em abordagem com

enfoque interdisciplinar e coletivo⁽²⁾. Sumariza-se que, apenas no ano de 2017, dados sobre a Carga Global das Doenças (GBD) indicaram que as DCVs foram responsáveis por 28,8% do total de causas de mortes no mundo⁽³⁾.

Desse modo, as DCVs são a principal causa de morte, hospitalizações e atendimentos ambulatoriais em todo o mundo, inclusive em países em desenvolvimento, como o Brasil⁽³⁻⁴⁾. A HAS está associada com 45% dessas mortes cardíacas que incluem Doença Arterial Coronariana (DAC) e Insuficiência Cardíaca (IC). Há ainda uma associação da HAS com 51% das mortes por Doença Cerebrovascular (DCbV) e um percentual menor de mortes diretamente relacionadas apenas a HAS (13%). Vale ressaltar, portanto, que a HAS, enquanto causa multifatorial, é mais letal em razão de suas lesões em órgãos-alvo e/ou por suas complicações associadas⁽³⁾.

Evidências científicas (inter)nacionais apontam que o padrão e a qualidade do sono são considerados um fator de risco contribuinte

do surgimento ou agravamento da HAS e das DCVs, de forma isolada ou associada a outros fatores de risco⁽²⁻⁴⁾, a exemplo de estresse psicossocial⁽⁵⁾, tabagismo⁽⁶⁾, etilismo⁽⁷⁾, hábitos alimentares⁽⁸⁾, farmacoterapia de uso contínuo⁽⁹⁾ e transtornos de sono-vigília^(4,9-10).

Os distúrbios do sono mais evidenciados são: síndrome das pernas inquietas, insuficiência no quantitativo de horas dormidas, insônia e a síndrome da apneia obstrutiva do sono. Esta última é o distúrbio mais frequente em hipertensos⁽¹¹⁾. Assim, nesta investigação, o sono é concebido como um elemento primordial para a sobrevivência humana, estando localizado na base da pirâmide juntamente com outros elementos essenciais relacionados à fisiologia, como a respiração, a homeostase e a excreção, que são considerados requisitos básicos para a manutenção da vida humana⁽¹²⁾.

Diante da contextualização apresentada, evidenciou-se uma lacuna científica no que tange à abordagem dos transtornos de sono-vigília e suas influências sobre a saúde cardiovascular, na perspectiva de hipertensos atendidos pela AB e dos usuários do SUS, sendo a presente investigação um contributo aos campos da Enfermagem Cardiovascular e da Saúde Coletiva, ao demonstrar, pelo discurso dos próprios usuários, o quanto e de que modo estes transtornos se apresentam e impactam sua saúde, mais especificamente, a cardiovascular.

Sendo assim, foram elaboradas as questões norteadoras: Como os fatores que prejudicam o sono das pessoas hipertensas são percebidos e gerenciados pelos usuários de um serviço de AB brasileiro? Quais as influências dos transtornos de sono-vigília sobre a sua saúde cardiovascular?

Objetivou-se, então, discutir os fatores prejudiciais ao sono e suas influências sobre a saúde cardiovascular na percepção de hipertensos atendidos por uma Unidade Básica de Saúde brasileira.

Método

Investigação qualitativa, descritiva, com análise de conteúdo temático-categorial⁽⁹⁾. Foram atendidos todos os critérios do

protocolo *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research* (COREQ) visando robustez teórico-metodológica.

A população do estudo foi constituída segundo o cadastro de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma macrorregião de saúde de Minas Gerais (MG), Brasil. A unidade possuía 50 pessoas hipertensas cadastradas, que foram abordadas para participar. Foram critérios de elegibilidade: pessoas hipertensas, com idade ≥ 18 anos, pertencentes ao cadastro prévio da UBS disponibilizado pela supervisora da Unidade.

Foram excluídas as pessoas que adiaram ou reagendaram a entrevista por mais de três ocasiões distintas, totalizando-se dez perdas. Desse modo, ao final, 40 participantes foram entrevistados. A coleta aconteceu durante as consultas de enfermagem, estruturadas conforme o Processo de Enfermagem (PE)⁽¹²⁾, em atendimento a recomendações (inter)nacionais³⁻⁴ e do Ministério da Saúde (MS)⁽¹⁾ adequados à rotina da UBS cenário.

A entrevista contou com um roteiro semiestruturado composto de caracterização sociodemográfica; entrevista individual em profundidade com gravação de áudio a respeito da qualidade do sono; e Diário de campo contendo informações adicionais, a exemplo das medicações de uso contínuo e demais informações emergidas na entrevista, consideradas relevantes pelo pesquisador, e que não constavam dentre as questões do instrumento de coleta de dados.

O instrumento de coleta de dados (ICD) foi previamente construído pelo pesquisador principal, em conformidade com as diretrizes (inter)nacionais de abordagem a pacientes hipertensos e cardiopatas⁽³⁻⁴⁾ e posteriormente validado por três peritos habilitados e com experiência de atuação nos campos da enfermagem cardiovascular e da APS.

A entrevista foi desencadeada pelas seguintes questões norteadoras: Você dorme em média quantas horas consecutivas por noite? Como você avalia o seu sono? Por quê? Para você, o que prejudica o seu sono? Por quê? Você toma algum remédio para dormir? Qual? Conte-me

uma situação que aconteceu com você e que interferiu no seu sono.

As entrevistas foram previamente agendadas em horário compatível para o binômio participante/pesquisador. Houve treinamento prévio das duas pesquisadoras envolvidas na etapa de coleta de dados. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e novembro de 2019, com duração estimada média de 1h cada.

Os dados de caracterização foram tratados no Microsoft Excel 365 por estatística descritiva (frequência absoluta e relativa). Os conteúdos discursivos provenientes das entrevistas e dos registros do diário de campo foram transcritos na íntegra, com posterior leitura flutuante/aprofundada do *corpus*, para apropriação dos assuntos e desencadeamento do processo de análise. Este ocorreu de forma sistematizada, mediante a importância qualitativa dos assuntos emergidos para o objeto investigado, conferindo destaque aos temas capazes de revelar as diferentes vertentes na composição da análise de conteúdo⁽¹³⁾.

Utilizou-se como apoio o *software* NVivo Pro11® para a definição das categorias *a priori*, além da capacidade dos resultados de refletir em quantidade e em intensidade a multidimensionalidade do fenômeno investigado em busca da qualidade e do aprofundamento desses resultados⁽¹³⁾.

A análise de conteúdo temático-categorial foi expressa por código do participante, verificação das unidades de contexto, recorte, classificação e codificação das Unidades de Registros (URs) e codificação para agregar as URs em Unidades de Significação (USs)⁽¹³⁾. A construção das categorias foi idealizada de modo a retratar a qualidade do sono na perspectiva dos participantes e os fatores intervenientes, bem como as suas repercussões sobre a saúde e o controle pressórico.

A assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pós-informado foi realizada imediatamente na abordagem dos participantes, sendo assegurados o sigilo/anonimato com o uso de códigos alfanuméricos (por exemplo: P27). A investigação matriz, que integra os resultados desta pesquisa, seguiu todos os requisitos éticos e legais, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com o Parecer substanciado n. 3.466.543, aprovado em 27/07/2019, sendo respeitados todos os aspectos éticos e legais da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados

A caracterização sociodemográfica dos participantes consta na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, profissional e econômica dos participantes. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil – 2019. (N=40)

Variáveis	n	%
(continua)		
Sexo		
Mulher	21	52.5
Homens	19	47.5
Idade (anos)		
18 - 59	14	35.0
60 - 79	23	57.5
>80	3	7.5
Cor de pele autodeclarada		
Branca	21	52.5
Parda/Preta	19	47.5
Situação conjugal		
Casado	23	57.5
Com companheiro fixo	12	30.0
Solteiro	5	12.5
Filhos		
Sim	35	87.5

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, profissional e econômica dos participantes. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil – 2019. (N=40)

Variáveis	n	%
Não	5	12.5
Religião		
Católica	25	50.0
Evangélica	16	40.0
Escolaridade		
Ensino fundamental (≤ 9 anos de estudo)	16	40.0
Ensino médio (entre 9 e 12 anos de estudo)	24	60
Profissão		
Atividades industriais	16	40.0
Serviços domésticos	14	35.0
Comerciantes	10	25.0
Aposentadoria		
Sim	34	85.0
Não	6	15

Fonte: elaboração própria

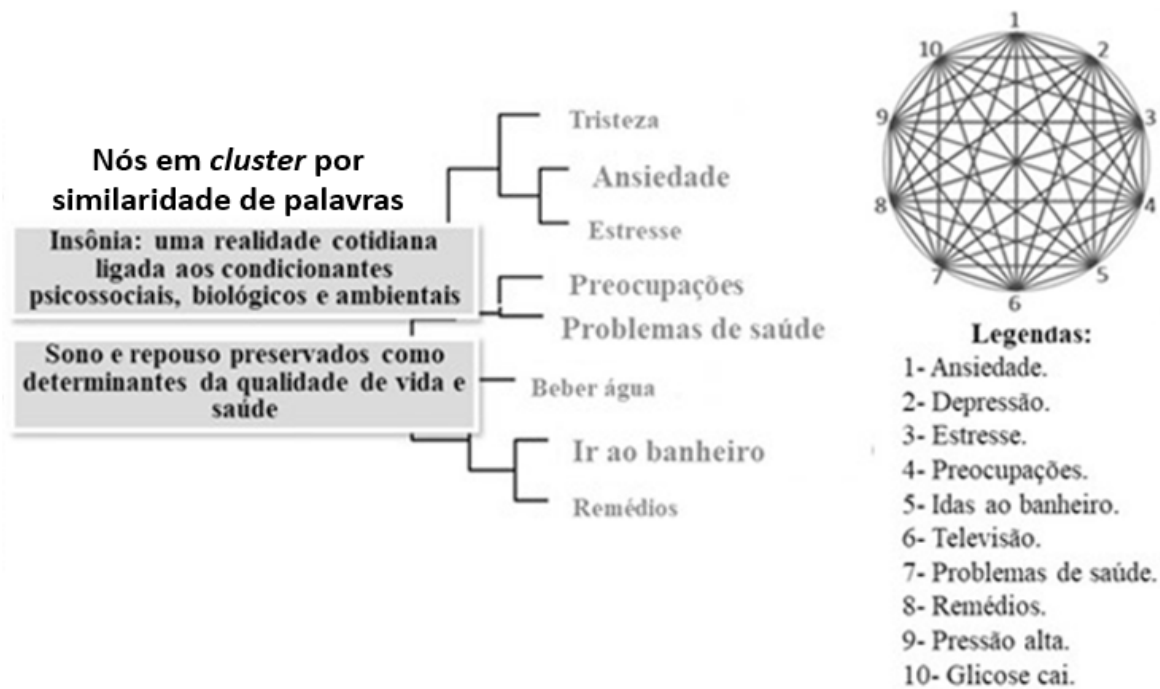
Os participantes relataram a utilização dos seguintes fármacos: Ansiolíticos – Clonazepam cinco (12,5%), Diazepam três (7,5%), Escitalopram três (7,5%), Alprazolam dois (5%), Lexotan dois (5%); Antidepressivos – Citalopram quatro (10%). Tal panorama foi atribuído a uma dependência contínua para controlar os sintomas ansiosos e depressivos, conforme relatos do diário de campo, sendo que dos 15 participantes que fazem uso contínuo de ansiolíticos, 12 (80%) consideram o uso destes fármacos como um ponto positivo e acreditam que problemas pessoais ou de saúde podem atrapalhar o sono e o repouso. Foi relatado ainda o uso de diuréticos, como hidroclorotiazida, espirolactona e furosema, por 13 (32,5%) participantes.

Destaca-se que 25 (62,5%) participantes não avaliam o seu sono como de qualidade e relataram dormir menos que seis horas por noite.

Esta informação foi reforçada pelos registros do diário de campo, a exemplo de relatos de sinais e sintomas de insônia, como estresse, depressão, sono intervalar durante a noite, sonolência e pouca disposição durante o dia para realização das atividades laborais etc. Cabe mencionar, ainda, que apesar do uso de farmacoterapia ansiolítica e antidepressiva relatada por parte dos participantes, apenas 15 (37,5%) afirmaram dormir bem, em tempo estimado de, aproximadamente, oito horas de sono ininterruptas por noite.

Na análise de conteúdo temático-categorial, composta por 59 URs e 116 USs, emergiram duas categorias que expressaram uma dicotomia de pontos de vistas entre os participantes que afirmaram dormir bem e aqueles que consideravam seu sono insuficiente ou prejudicado, conforme expresso na Figura 1.

Figura 1 – Dendrograma e Grafo de círculo conforme análise de conteúdo-temático categorial. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil – 2019. (N=40)



Fonte: elaboração própria

Salienta-se que, para melhor entendimento e aprofundamento dos resultados, estes, por vezes, foram triangulados com os resultados adquiridos pelas demais técnicas de coleta, isto é, o questionário de caracterização e os registros do diário de campo.

A categoria 1, intitulada *Sono e repouso preservados como determinantes da qualidade de vida e saúde*, representou 29,5% do conteúdo discursivo dos participantes que retrataram uma autoavaliação positiva de qualidade do sono, justificada pela capacidade de manutenção do sono durante a noite de forma ininterrupta, por período equivalente a oito horas ou, caso ocorresse o despertar durante a noite, este era motivado por necessidade de micção ou ingestão hídrica, conforme discursos abaixo:

Eu deito e durmo e, de manhã, eu acordo da mesma forma, nem de posição eu mudo. Nunca tomei remédio para dormir. (P16).

Durmo bem! Às vezes, acordo, vou ao banheiro, tomo água e retorno. Aí, dentro de uns 10 a 15 minutos, eu volto a dormir. (P17).

Durmo oito horas por noite, direto e sem acordar. Nunca tive insônia! (P21).

Às vezes, acordo e vou ao banheiro, pois tomo remédios. Volto, deito e durmo. (P23).

A categoria 2, intitulada *Insônia: uma realidade cotidiana ligada aos condicionantes psicossociais, biológicos e ambientais*, representou 70,5% do conteúdo discursivo e foi apresentada em três subcategorias, divididas segundo os condicionantes, apresentados abaixo:

Condicionantes psicossociais:

Não durmo bem. Vivo pedindo à médica para passar um remédio para mim, mas ela disse que não iria me passar. (P4).

Por noite, eu durmo umas três a quatro horas apenas. Esses dias, eu estou mais preocupada, vida muito corrida e com muitos problemas no trabalho, família etc. De vez em quando, tomo Clonazepam, pois vejo necessidade de dormir. (P7).

Tomo Alprazolam, ele já faz parte da minha vida. Se eu não tomar, não durmo. (P28).

Acordo umas 4h da madrugada todos os dias. Acho que deve ser ansiedade. (P30).

Eu durmo em média três horas por noite, isso quando durmo. O que me tira o sono são as preocupações. (P40).

Condicionantes biológicos:

Acordo muito para ir ao banheiro durante a noite. Minha glicose também costuma baixar e a pressão subir. (P3).

A quantidade de insônia que eu tenho, ainda mais depois que a minha menstruação parou. Aí, eu fiquei mais nervosa. Sempre cochilo, mas dormir aquele sono gostoso, não tenho mais. (P15).

Eu tiro cochilos só. Eu consigo dormir melhor de dia. Ontem mesmo, eu não aguentava, não estava aguentando nem em pé de dia e dei uma deitada. Mas, quando chegou à noite, já não dormi. (P20).

Tenho muita vontade de ir ao banheiro depois que me deito. Fico estressado por esse motivo e acabo perdendo o sono. A pressão às vezes sobe também. (P33).

Condicionantes ambientais:

Moro na beira da rua, passam carros toda hora, e agora ainda tem uma obra lá perto de casa, bem em frente. Toda hora, tem carro passando, cachorrada latindo. A pressão chega até a subir. Então, para dormir, é só a poder de remédios. (P5).

Tenho de tomar remédios para dormir senão passo a noite acordado. O que me distrai bastante é a televisão, se ela estiver ligada, até me esqueço de dormir. (P13).

Durmo pouco, por causa de trabalhar demais. Em média cinco horas de sono. O que atrapalhou foi o serviço, trabalhei tempo demais assim. Não tomo remédio para dormir, não aceito. (P25).

Barulho e claridade atrapalham o sono. (P35).

Desse modo, observou-se que os transtornos do sono-vigília são influenciados pela tríade de condicionantes: psicossociais, biológicos e ambientais.

Discussão

A caracterização sociodemográfica característica dos 40 participantes hipertensos foi composta por mulheres, idosas, casadas, com filhos e aposentadas. Assim, presume-se que as justificativas para os relatos a respeito dos Transtornos de Sono-Vigília pelos participantes foi marcado por estressores psicossociais, conforme evidenciado em dendograma e gráfico de círculo (estresse, tristeza, preocupação, ansiedade, depressão etc.), que são comuns ao fato de serem mulheres, idosas e do lar, sendo corroborado por outras investigações^(5-8,14-15).

Quanto à caracterização dos participantes, cabe um contraponto em relação às necessidades de adequações no estilo de vida requeridas no processo de enfrentamento da HAS, a exemplo: maior ingestão hídrica, conforme orientação profissional; farmacoterapia prescrita, motivada pela ocorrência de comorbidades que ocasionam a polifarmácia; idas frequentes ao banheiro para micção noturna que pode estar associada a possível incontinência; ingestão de líquidos predominantemente durante a noite e/ou pelo uso de diuréticos comuns no tratamento da HAS^(9,14,16-17).

Quanto ao uso de fármacos, é um condicionante biológico que a pessoa hipertensa possua um maior número de micções devido ao uso de diuréticos, podendo ter o seu sono interrompido devido a urgência em urinar. Dessa forma, são requeridas estratégias simples de (auto)cuidado, a exemplo do aprazamento de diuréticos de uso pela manhã, para que, assim, a pessoa não tenha seu ritmo circadiano noturno interrompido pela função miccional⁽⁹⁾.

O uso de fármacos no cotidiano de usuários da AB frente às suas condições de vida e saúde está associado à presença de estressores psicossociais que contribuem para o surgimento de transtornos, como a ansiedade e a depressão⁽¹⁵⁾, e que, muitas vezes, podem levar essas pessoas à dependência de Substâncias Psicoativas (SPAs), por exemplo, o alcoolismo e o tabagismo. Tais substâncias são formas de enfrentamento ineficazes, que incidem diretamente sobre o processo saúde-doença de forma negativa e requerem a atenção dos profissionais de saúde^(1,4,14-15).

Em relação ao uso contínuo de ansiolíticos, os achados são corroborados por outras investigações^(4,15) e convergem para o entendimento do sono e repouso como uma NHB, localizado na base da pirâmide, sendo uma necessidade fisiológica essencial à existência e manutenção da vida e saúde humana, que influi diretamente sobre a qualidade de vida e processo saúde-doença⁽³⁾.

Observa-se, na maioria dos discursos, relatos de sono interrompido ou de curta duração, motivado por preocupações, ansiedade, estresse etc. Ressalta-se na fala do participante P30, que a presença de insônia pode estar associada à

ocorrência de outros transtornos, com forte tendência para os de cunho mental, uma vez que ela é capaz de prever o início de episódios de depressão, ansiedade, abuso de álcool e outras SPA's, ou ainda, a psicose, com riscos de ideação e comportamento suicida⁽¹⁸⁾.

Nota-se que, sintomas de tristeza e preocupação estão mais associados ao sono de má qualidade⁽¹⁹⁾. Desse modo, alterações expressivas na duração e na qualidade do sono noturno ocasionam, por consequência, redução da qualidade de vida e rendimento diurno, conforme expresso pelos participantes do estudo.

Os reflexos dessa realidade de insônia podem culminar ainda na ocorrência de sonolência diurna excessiva, fadiga e cefaleia. A quantidade reduzida de sono e sua má qualidade, sem um descanso fisiológico eficaz, têm um impacto negativo substancial na saúde cardiovascular da pessoa e estão associadas a maiores taxas de morbimortalidade justificadas por HAS, Diabetes *Mellitus* (DM), distúrbios respiratórios e obesidade^(1,16-17).

Evidências científicas apontam uma moderada associação entre os distúrbios do sono e a vida estressante, e os pensamentos negativos podem afetar o início do sono e também a sua qualidade^(15,20). Nesse contexto, o sono está intimamente relacionado à ocorrência de HAS e possui efeitos importantes na função do sistema cardiovascular, interferindo na frequência cardíaca e nos índices pressóricos, bem como na fisiopatologia do desenvolvimento das DCVs⁽²⁰⁻²⁵⁾.

Reitera-se, ainda, que os hábitos e as características do sono interferem na ritmicidade cardíaca e também na expectativa de vida, principalmente em idosos. Uma coorte prospectiva realizada com 160 idosos do norte brasileiro objetivou estimar o risco de óbito e de eventos cardiovasculares em idosos comunitários que se queixavam de sonolência excessiva diurna e insônia noturna. Ao longo de oito anos de seguimento, concluiu que a mortalidade foi influenciada pelo estado emocional, insônia e pela depressão (RR=2,04;1,06-3,89), gravidade da insônia (RR=2,39;1,52-4,56), latência do sono entre 16-30 minutos (RR=3,54;1,26-9,94) e 31-60

minutos (RR=2,23;1,12-4,47), que aumentaram independentemente o risco de óbito⁽²⁶⁾.

Desse modo, a insônia, isto é, a dificuldade para adormecer ou para permanecer dormindo ao longo da noite é um distúrbio bastante comum. Esse transtorno afeta a sensação de bem-estar que, em sua subjetividade, pode favorecer a ocorrência de alterações psíquicas, cognitivas e somáticas diurnas. Como consequência, no dia seguinte, podem ocorrer cansaço físico, desatenção, sonolência, estresse psicossocial, ansiedade, depressão e HAS^(5,10).

A respeito dos condicionantes biológicos, na fala do participante P20, percebe-se uma inversão do ritmo circadiano normal, evidenciando a existência de um transtorno do sono-vigília. Acredita-se que a curta duração do sono noturno ou a sua baixa qualidade foi compensada pelo sono diurno, o que pode ter atenuado os resultados adversos à saúde. Essa interpretação foi corroborada em outra investigação, que destaca, ainda, que o sono diurno habitual pode reduzir o risco de incidência de HAS de forma independente, conforme resultados de um estudo de coorte⁽²⁷⁾.

Destarte, o ritmo circadiano, como relógio fisiológico, é um biomarcador natural da relação entre vigília e repouso, sendo que o natural é a ocorrência de uma vigília diurna e de um repouso noturno, com duração aproximada de oito horas/noite. Um sono com período menor que seis horas/noite já é considerado como de curta duração e está associado ao risco aumentado de DCVs, com destaque para HAS, IC, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE) e anomalias metabólicas, como a obesidade e o DM⁽³⁻⁴⁾.

Sendo assim, a compensação diurna do sono pode, portanto, desempenhar um importante papel na prevenção da HAS em adultos e idosos que conseguem dormir por curtos períodos durante a noite. Nesse sentido, o "cochilo" diurno pode melhorar o estresse neuroendócrino e a recuperação imunológica, com potencial efeito profilático na saúde cardiovascular em longo prazo⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Acrescenta-se à problemática da insônia, o fato mencionado pelos participantes P3 e P33

em relação à ocorrência de HAS. Nessa lógica, a insônia predispõe o indivíduo sem o diagnóstico de HAS ao surgimento de elevados índices pressóricos e pode piorar o controle pressórico entre pessoas sabidamente hipertensas. Isso porque, durante o sono, considera-se normal a redução de 10% a 20% nos níveis pressóricos, quando comparados ao período de vigília, também chamado de descanso noturno fisiológico. Entretanto, quando este processo não ocorre, evidências apontam para um aumento do risco de DCVs, como as emergências hipertensivas IAM e AVE^(3-4,10,29).

No que se refere aos relatos de hipertensão noturna, destacados no discurso dos participantes P3 e P33, cabe mencionar também as recomendações da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). Esta tem sido, historicamente, a estratégia considerada padrão-ouro para mensurar a Pressão Arterial (PA), uma vez que o exame permite calcular os valores médios da PA durante o dia e a noite, em um período de 24h⁽²⁹⁻³¹⁾.

Além disso, reitera-se que, mesmo quando a HAS é controlada de maneira ideal durante o dia, caso ocorram picos hipertensivos noturnos, o risco de eventos cardiovasculares é maior⁽²⁵⁾. Torna-se irrefutável a necessidade de medição precisa, previsão e tratamento adequado da HAS, como estratégia essencial para o manejo da doença e a prevenção dos riscos cardiovasculares associados⁽³⁻⁴⁾.

Destacam-se nos discursos, relatos sobre os mecanismos fisiopatogênicos da insônia: a HAS, a inquietação/agitação (P33) e o condicionante da necessidade de micção de forma urgente e repetidas vezes durante a noite (P3). Isso se justifica pelo uso de diuréticos como terapia associada ao tratamento anti-hipertensivo.

Os fatores indicativos que constituem mecanismos fisiopatogênicos da HAS e que estão intimamente relacionados ao desenvolvimento de distúrbios do sono são: hiperatividade do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina, aumento da relação endotelial/óxido nítrico, uso de eritropoietina recombinante,

presença de hiperparatireoidismo secundário e o aumento do volume extracelular⁽³⁻⁴⁾.

Nota-se, assim, que os participantes apresentam evidências de hiperatividade do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina. Além disso, alterações hormonais podem reforçar esses eventos, como a menopausa, relatada pela participante P15. Esta pode corroborar a redução da qualidade/duração do sono, com aumento dos níveis de cortisol, redução da melatonina, aumento da resistência insulínica, liberação de citocinas pós-inflamatórias, entre outros⁽¹⁶⁾.

Verifica-se, na fala do participante P13, que as tecnologias, no caso a televisão, são fontes de distração para os momentos de insônia. O barulho externo ao ambiente do sono e a claridade local são apontados como capazes de reduzir o número de horas de sono do indivíduo durante a noite, conforme mencionado pelos participantes P5 e P35. Nesse sentido, há evidências de que a luz artificial, emitida por algumas tecnologias no ambiente de sono e repouso das pessoas, possui potencial para modificar o ritmo circadiano fisiológico, como celulares, televisão, iluminações de ambientes etc.

Contudo, períodos totais de sono extremamente longos e/ou curtos estão associados a um risco aumentado de HAS. Pessoas com durações de sono noturno curtas ou moderadas, especialmente a curta duração do sono noturno, podem se beneficiar do sono diurno habitual, para prevenir a hipertensão, desde que suas condições de vida e trabalho permitam tal adaptação⁽²⁷⁾.

Neste sentido, é interessante ressaltar o discurso do participante P25 em relação à redução da duração média do tempo de sono, justificada como decorrente do excesso de atividades laborais e das condições de trabalho. Tal depoimento está em consonância com o rápido desenvolvimento pelo qual passa a sociedade moderna capitalista e com as mudanças no estilo de vida populacional, que levaram a uma consequente diminuição da duração média do tempo e da qualidade do sono⁽²⁰⁾.

Ressalta-se que ainda são necessárias várias abordagens para compreender a história natural

da doença envolvida nas DCVs, bem como sua repercussão nos aspectos social, econômico, político e cultural do indivíduo e em coletividade. Fazem-se necessárias novas análises e reflexões teóricas sobre estes aspectos que impactam o setor saúde, e cujo enfrentamento demanda o protagonismo da ciência de modo que abarque, no contexto aqui discutido, estratégias que visem o fortalecimento das políticas e sistemas de saúde, com destaque especial, a avaliação dos transtornos do sono-vigília e suas influências sobre a DCV.

Considera-se como possível limitação da presente investigação o reduzido número de participantes. Para minimizar tal fragilidade amostral, adotou-se como estratégia a abordagem de todas as pessoas presentes no cadastro prévio fornecido pela UBS. Mesmo assim, o número de participantes (n=40) foi incompatível com a aplicação de escalas de avaliação dos transtornos de sono-vigília. No entanto, ressalta-se que, por meio da abordagem integral dos participantes elegíveis e da confirmação da saturação teórica, foi possível uma análise reflexiva dos resultados.

Esta investigação é um contributo à comunidade científica, na medida em que estes resultados reforçam o reconhecimento da necessidade da realização de novas reflexões interdisciplinares sobre o cuidado profissional realizado na AB. As abordagens individuais e coletivas de hipertensos devem ser voltadas para as demandas específicas desse grupo, de modo a se replanejar a assistência prestada pelos diferentes profissionais de saúde, a fim de que a assistência coletiva abarque as percepções dos usuários sobre os fatores condicionantes dos transtornos de sono-vigília, bem como de suas influências sobre a qualidade de vida e saúde, tornando-os protagonistas do cuidado.

Considerações Finais

A maioria dos participantes considerou como fatores prejudiciais ao sono os condicionantes de insônia de origem psicossocial, biológica e ambiental, que impactaram negativamente a sua

saúde cardiovascular e, por conseguinte, a qualidade de vida, necessitando de cuidados especializados no âmbito da enfermagem cardiovascular.

Neste estudo foi possível conhecer o panorama proposto com relação à qualidade do sono e os impactos na saúde cardiovascular. Entretanto, abre novos questionamentos que ensejam outras abordagens e um aumento do público-alvo, podendo até mesmo abranger uma área adstrita de maior capilaridade para perfazer um “n” que permita o tratamento dos dados com delineamentos mais precisos, como o método misto, a exemplo das escalas de avaliação dos transtornos de sono-vigília.

Colaborações:

1 – concepção e planejamento do projeto: Laércio Deleon de Melo;

2 – análise e interpretação dos dados: Laércio Deleon de Melo, Juliana de Lima Brandão, Denicy de Nazaré Pereira Chagas, Giane Aparecida Delfino Neves, Paulo Henrique Bezerra da Silva, Isabella Lima Silva Teixeira e Agnes Alvarenga Rosendo;

3 – redação e/ou revisão crítica: Laércio Deleon de Melo, Juliana de Lima Brandão, Denicy de Nazaré Pereira Chagas, Giane Aparecida Delfino Neves, Paulo Henrique Bezerra da Silva, Isabella Lima Silva Teixeira e Agnes Alvarenga Rosendo;

4 – aprovação da versão final: Laércio Deleon de Melo, Juliana de Lima Brandão, Denicy de Nazaré Pereira Chagas, Giane Aparecida Delfino Neves, Paulo Henrique Bezerra da Silva, Isabella Lima Silva Teixeira e Agnes Alvarenga Rosendo.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

- [Internet]. Brasília; 2017 [cited 2022 Dec 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:e190030. DOI: 10.1590/1980-549720190030
 3. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, et al. Brazilian Guidelines of Hypertension. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(3):516-58. DOI: 10.36660/abc.20201238
 4. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension.* 2020;75(6):1334-57. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026
 5. Melo LD, Shubo AFMF, Silva LAF, Rodrigues JS, Teixeira ILS, Neves GAD, et al. Psychosocial Stress and Systemic Arterial Hypertension: Social Representations in the Light of Neuman Stressors. *Enferm Foco.* 2020;11(3):98-104. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.2894>
 6. Melo LD, Jeremias JS, Shubo AFMF, Taroco FE, Spindola T, Gomes-Filho W, et al. Smoking, Systemic Arterial Hypertension and Pandemic of COVID-19: A Freudian Psychoanalytical Analysis. *Res, Soc Dev.* 2020;9:e57891110240. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10240>
 7. Melo LD, Brandão JL, Silva LAF, Rodrigues JS, Rosendo AA, Silva PHB. Alcoholism among hypertensive patients assisted by Primary Health Care and its implications: Notes for health care. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2023;19:41-51. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2023.186589>
 8. Melo LD, Brandão JL, Santos LS, Nascimento LLTP, Paula KC, Campos YM, et al. Eating habits and their influence on the health of hypertensive patients: contributions to nursing care. *Rev Pró-UniversSUS.* 2023;14(1):21-8. DOI: 10.21727/rpu.14i1.3534
 9. Melo LD, Rodrigues JS, Silva LAF, Fernandes ROM, Lima SMC, Lima HD. Social representations of self-care in antihypertensive pharmacotherapy. *Recien.* 2021;11(36):352-65. DOI: 10.24276/rrecien2021.11.36.352-365
 10. Almeida DJ, Duma TC, Snak AL, Freitas GBL. Physiological Parameters Variation Between Morning and Evening Chronotypes Correlated to Young University Students. *Uniciências.* 2019;23(2):70-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.17921/1415-5141.2019v23n2p70-76>
 11. Cappuccio FP. The Role of Nocturnal Blood Pressure and Sleep Quality in Hypertension Management. *Eur Cardiol.* 2020;15:e60. DOI: 10.15420/ecr.2020.13
 12. Horta WA. *Processo de enfermagem.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
 13. Bardin L. *Análise de Conteúdo. Edição revista e atualizada.* Campinas (SP): Autores Associados; 2020.
 14. Arreguy-Sena C, Santos JC, Marcelo TS, Pinto PF, Dutra HS, Melo LD, et al. Social representations of men about self-care and high blood pressure. *Ciênc cuid saúde.* 2021;(20)1-20. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v20i0.50063
 15. Arreguy-Sena C, Marangon AMG, Gomes AMT, Melo LD, Martins R, Fontes FLS. Social representations of forgetting and depression by older people: process approach. *Enferm Foco.* 2020;11(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2480>
 16. Melo LD, Arreguy-Sena C, Oliveira TV; Krempser, P, Krepker FF, Pinto PF. Representações Sociais do Autocuidado na Percepção de Homens com Diabetes. *Ciênc cuid saúde.* 2022 [cited 2022 Dec 10];21:e58842. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1384525>
 17. Arreguy-Sena C, Krepker FF, Melo LD, Dutra HS, Pinto PS, Pinto PF. Social representations of people in hemodialysis on dialytic treatment according to Neuman's stressors. *Enferm Foco.* 2022;13:e-202246. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202246>
 18. Barbosa DJ, Gomes AMT, Gomes MP, Melo LD, Paes LS, Soares GO. Social representations of the drug users for the Catholic Church: the implications for care. *Rev enferm UFPE on line.* 2021;15(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.244507>
 19. Nunes NAH, Ceolim MF. Quality of sleep and symptom cluster in cancer patients undergoing

- chemotherapy treatment. *Cogitare Enferm.* 2019;24. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58046>
20. Yang F, Zhang Y, Qiu R, Tao N. Association of sleep duration and sleep quality with hypertension in oil workers in Xinjiang. *Peer J.* 2021;9:e11318. DOI: 10.7717/peerj.11318
 21. Christina BJ, Fernandez-Mendoza J. Insomnia, Short Sleep Duration, and High Blood Pressure: Recent Evidence and Future Directions for the Prevention and Management of Hypertension. *Cur Hypertens Rep.* 2018;20(6):1-8. DOI: 10.1007/s11906-018-0850-6
 22. Wang D, Zhou Y, Guo Y, Zhang R, Li W, He M, et al. The effect of sleep duration and sleep quality on hypertension in middle-aged and older Chinese: the Dongfeng-Tongji Cohort Study. *Sleep Med.* 2017;40:78-83. DOI: 10.1016/j.sleep.2017.09.024
 23. Sajjadih A, Shahsavari A, Safaei A, Penzel T, Schoebel C, Fietze I, et al. The Association of Sleep Duration and Quality with Heart Rate Variability and Blood Pressure. *Tanaffos.* 2020 [cited 2022 Dec 10];19(2):135-42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33262801/>
 24. Paciência I, Araújo J, Ramos E. Sleep duration and blood pressure: a longitudinal analysis from early to late adolescence. *J Sleep Res.* 2016;25(6):702-8. DOI: 10.1111/jsr.12433
 25. Wang Y, Mei H, Jiang YR, Sun WQ, Song YJ, Liu SJ, et al. Relationship between Duration of Sleep and Hypertension in Adults: A Meta-Analysis. *J Clin Sleep Med.* 2015;11(9):1047-56. DOI: 10.5664/jcsm.5024
 26. Lopes JM, Galvão FD, Oliveira AGRC. Risk of Death in the Elderly with Excessive Daytime Sleepiness, Insomnia and Depression: Prospective Cohort Study in an Urban Population in Northeast Brazil. *Arq Bras Cardiol.* 2021;117(3):446-54. DOI: 10.36660/abc.20200059
 27. Yao F, Zhao J, Cui Y, Yu D, Tang X. Daytime Sleep as Compensation for the Effects of Reduced Nocturnal Sleep on the Incidence of Hypertension: A Cohort Study. *Nat Sci Sleep.* 2021;13:1061-74. DOI: 10.2147/NSS.S316113
 28. Faraut B, Nakib S, Drogou C, Elbaz M, Sauvet F, Bandt JP, et al. Napping reverses the salivary interleukin-6 and urinary norepinephrine changes induced by sleep restriction. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100(3):e416-26. DOI: 10.1210/jc.2014-2566
 29. Barroso WKS, Barbosa ED. The importance of home blood pressure measurement in hypertensive disease. *Rev Bras Hipertens.* 2018;25(4):127-9. DOI: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/25-4.pdf>
 30. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018;39(33):3021-104. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy339
 31. O'Flynn AM, Madden JM, Russell AJ, Curtin RJ, Kearney PM. Isolated nocturnal hypertension and subclinical target organ damage: a systematic review of the literature. *Hypertens Res.* 2015;38(8):570-5. DOI: 10.1038/hr.2015.43

Recebido: 24 de março de 2023

Aprovado: 13 de setembro de 2023

Publicado: 25 de outubro de 2023



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.: