



Impacto do transtorno bipolar na qualidade do sono

Impact of bipolar disorder on sleep quality

Impacto del trastorno bipolar em la calidad del sueño

Gabriela Maciel Schmitt¹, Carolina Ferraz de Paula Soares¹.

RESUMO

Objetivo: Investigar e comparar a qualidade de sono entre pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e indivíduos sem o referido diagnóstico, visando a identificar, ainda, diferenças na prevalência e gravidade das perturbações de sono entre os mesmos. **Métodos:** Estudo descritivo caso-controle com 32 participantes, selecionados por conveniência dentre os frequentadores de uma clínica psiquiátrica localizada no oeste do Paraná, e distribuídos entre dois grupos (16 pacientes com TAB e 16 indivíduos controles), posteriormente submetidos ao preenchimento de questionários como Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI-BR), Diário do Sono, além de outros instrumentos de avaliação de humor. **Resultados:** Pacientes com TAB apresentaram, apesar do uso mais frequente de medicamentos psiquiátricos e sedativos, pontuação significativamente mais alta no PSQI, além de acentuada fragmentação do sono, dificuldade na manutenção de horários regulares de descanso, maior prevalência de sonolência diurna e comprometimento das atividades cotidianas. **Conclusão:** Os dados revelaram qualidade de sono significativamente mais comprometida entre indivíduos com TAB, mesmo em eutímia, ressaltando a importância desse fator dentro do transtorno. Contudo, devido a limitações como viés de autorrelato, composição e tamanho da amostra, que restringem a generalização dos resultados, novas pesquisas que superem essas restrições e explorem diferentes focos se fazem necessárias.

Palavras-chave: Transtorno bipolar, Qualidade do sono, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: To investigate and compare the quality of sleep between patients with Bipolar Affective Disorder (BPAD) and individuals without this diagnosis, as well as identify differences in the prevalence and severity of sleep disorders between them. **Methods:** A descriptive case-control study involving 32 participants, selected by convenience among attendees of a psychiatric clinic located in western Paraná, and divided into two groups (16 patients with BPAD and 16 controls), who were later asked to fill in questionnaires such as the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-BR), the Sleep Diary and other mood assessment tools. **Results:** Despite the more frequent use of psychiatric drugs and sedatives between patients with BPAD, they had significantly higher PSQI scores, as well as accentuated sleep fragmentation, greater difficulty in maintaining regular rest schedules, higher prevalence of daytime sleepiness and significant impairment of daily activities. **Conclusion:** The data revealed significantly more compromised sleep quality among individuals with BPAD, even during euthymia, highlighting the importance of addressing this factor within the disorder. However, due to limitations such as self-report bias, and the composition and size of the sample, which restrict the generalizability of the results, further research that overcome these restrictions and explores different areas are required.

Keywords: Bipolar disorder, Sleep quality, Quality of life.

¹ Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG), Cascavel - PR.

RESUMEN

Objetivo: Investigar y comparar la calidad del sueño entre pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) y individuos sin este diagnóstico, visando, también, identificar diferencias en la prevalencia y gravedad de los trastornos del sueño entre ellos. **Métodos:** Estudio descriptivo caso-control con 32 participantes, seleccionados por conveniencia entre frequentadores de una clínica psiquiátrica en el oeste de Paraná, divididos entre 16 pacientes con TAB y 16 controles, y sometidos a cuestionarios como el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI-BR), el Diario del Sueño y instrumentos de evaluación del estado de ánimo. **Resultados:** Pacientes con TAB presentaron, a pesar del uso más frecuente de fármacos psiquiátricos y sedantes, puntuaciones significativamente más altas en el PSQI, con marcada fragmentación del sueño, dificultad para mantener horarios regulares de descanso, mayor prevalencia de somnolencia diurna y perjuicio en actividades cotidianas. **Conclusión:** Los datos revelaron calidad del sueño más comprometida entre individuos con TAB, incluso en eutimia, subrayando la importancia de este factor dentro del trastorno. Sin embargo, debido a limitaciones como el sesgo de autoinforme, y la composición y el tamaño de la muestra, que restringen la generalizabilidad de los resultados, nuevas investigaciones que superen estas restricciones y exploren diferentes enfoques son necesarias.

Palabras clave: Trastorno bipolar, Calidad del sueño, Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) consiste em um distúrbio multifatorial (devido à influência de fatores genéticos e ambientais) (MORENO RA, et al., 2015), que cursa com manifestações crônicas e recorrentes (BONNÍN CM, et al., 2019) de oscilações de humor, energia, impulso, pensamento e psicomotricidade, com ao menos uma ocorrência no sentido da ativação. O TAB do tipo I, prevalente em aproximadamente 1% da população, cursa com episódios de ativação intensa (mania), bem como de lentificação (depressão). Por outro lado, o TAB do tipo II, evidente em cerca de 5 – 8% da população, cursa com estados de elevação mais leves e transitórios (hipomania), mas de depressão mais recorrentes e com tendência à cronificação (TAVARES DF e MORENO RA, 2019). Essas flutuações se manifestam através de sintomas específicos, que persistem por no mínimo 15 dias quando depressivos, ou 4 dias quando hipomaniacos ou maníacos. Podem ocorrer períodos eufímicos ou de remissão, de duração de meses a anos – entretanto, não excluem o risco de ocorrência de novos episódios ao longo da vida (MORENO RA, et al., 2015), que podem se instalar espontaneamente ou a partir de fatores estressores associados (TAVARES DF e MORENO RA, 2019).

Atualmente, alterações de sono podem ser reconhecidas como sintomas nucleares da perturbação bipolar, sendo parte integrante dos critérios disponibilizados pelo DSM-V (AFONSO P e MOREIRA CA, 2015). Nesse contexto, episódios de depressão envolvem queixas de insônia, hipersonia (com dificuldade de despertar e sonolência excessiva diurna), despertares noturnos frequentes e sono não restaurador. Por outro lado, episódios de hipomania/mania compreendem queixas de redução de tempo total de sono e sensação subjetiva de redução da necessidade de sono (LUCCHESI LM, et al., 2005), sem que essa condição leve ao cansaço (MORENO RA, et al., 2015; TAVARES DF e MORENO RA, 2019; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Os episódios mistos (com sobreposição de sintomas maníacos e depressivos) apresentam, habitualmente, “troca do dia pela noite”, em que o indivíduo amanhece torporoso, mas, à noite, não consegue adormecer (MORENO RA, et al., 2015). Por fim, períodos eufímicos, apesar de configurados como períodos de remissão (MONTEZANO BB, et al., 2023), seguem com muitos aspectos do sono desregulados (ROCHA P e CORREA H, 2018) – em até 70% dos pacientes (AFONSO P e MOREIRA CA, 2015; GRUBER J, et al., 2011).

O sono corresponde a um processo fisiológico que segue um padrão normal de alternância cíclico entre períodos NREM, REM e de despertares noturnos, relacionado a hipótese de restauração do corpo e dos processos mentais (FOX MR, 1999), de modo que alterações nesses ciclos podem apresentar amplas implicações em aspectos como humor, motivação e funcionamento cognitivo. No contexto do transtorno bipolar, perturbações de sono podem levar a um pior prognóstico da doença e maior número de recaídas,

sendo os sintomas prodrômicos mais comuns de agudização do transtorno (AFONSO P e MOREIRA CA, 2015). Dessa forma, a avaliação e correção das principais alterações de sono em indivíduos com TAB faz parte do manejo terapêutico do transtorno. A identificação e estabilização precoce de disfunções de sono pode proporcionar maior eficácia dos tratamentos psicoterapêuticos e farmacológicos, resultando em maior funcionalidade e melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

Assim, o presente estudo teve como objetivo investigar e comparar a qualidade de sono entre indivíduos com TAB e uma população controle, buscando identificar, ainda, diferenças na prevalência e gravidade das perturbações de sono entre os mesmos.

MÉTODOS

A presente pesquisa, estruturada como um estudo descritivo caso-controle, com uma amostra de 32 participantes, sendo o grupo de estudo composto por 16 indivíduos com diagnóstico de TAB em acompanhamento em clínica psiquiátrica localizada no oeste do Paraná, e o grupo controle formado por 16 indivíduos sem o referido diagnóstico recrutados entre frequentadores da mesma clínica, incluindo tanto pacientes em tratamento por outros transtornos quanto pessoas sem histórico de condições psiquiátricas.

A seleção dos participantes foi realizada por conveniência, contando com o auxílio de membros da equipe da clínica em questão para a identificação inicial de possíveis candidatos, seguindo critérios de inclusão que exigiam idade entre 18 e 65 anos e capacidade de compreensão e comunicação adequadas, sendo excluídos aqueles que, além de não atenderem a esses requisitos, apresentassem barreiras cognitivas, condições médicas graves ou uso de substâncias psicoativas em níveis que pudessem comprometer a colaboração e/ou resultados da pesquisa. Inicialmente, os profissionais da instituição realizaram uma breve apresentação do estudo aos potenciais voluntários, servindo como um primeiro contato informativo para verificação de aceite de contato posterior. Em seguida, o processo formal de recrutamento foi conduzido pela pesquisadora responsável, que realizou o convite direto aos interessados via e-mail e WhatsApp, fornecendo maiores esclarecimentos àqueles que apresentaram disponibilidade em conhecer melhor a pesquisa.

Após a conclusão da etapa anterior e consequente definição dos participantes da pesquisa, foi iniciada a coleta de dados, conduzida a partir da aplicação de instrumentos validados para a avaliação de parâmetros de sono e humor, como o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI-BR), o Diário do Sono, o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Young para Avaliação de Mania (YOUNG) ou a Escala de Avaliação de Mania Modificada (EAM-M), sendo algumas das ferramentas de avaliação enviadas digitalmente via formulário Google Forms e outras conduzidas por meio de entrevistas individuais online, preservando a adequação metodológica e respeitando o conforto e aceitação dos voluntários, previamente informados sobre potenciais riscos e desconfortos associados à pesquisa.

Com relação à abordagem estatística, o cálculo amostral foi realizado utilizando o software GPower versão 3.1, com base em um tamanho de efeito de 0,9, coletado de outros artigos correlatos na área de psicometria. A partir dessa estimativa, foi possível concluir que 32 participantes, igualmente distribuídos, seriam suficientes para a detecção de diferenças significativas no escore do PSQI entre o grupo de estudo e o grupo controle, assegurando um poder estatístico estimado em 0,8. Em seguida, a avaliação estatística e a tabulação dos dados coletados foram realizadas para a melhor disposição e interpretação dos resultados. As análises, assim como a construção dos gráficos e tabelas, foram realizadas no software JAMOVI versão 2.5.0, baseado na linguagem R. A normalidade das variáveis quantitativas foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk e, para variáveis com distribuição normal, os resultados foram expressos como média e desvio padrão, enquanto para aquelas com distribuição não normal, foram expressos como mediana e intervalo (mínimo – máximo). A correlação entre as variáveis quantitativas foi verificada pelo Teste de Correlação de Pearson. Por outro lado, as variáveis qualitativas foram apresentadas em números absolutos e percentuais. A associação entre as variáveis qualitativas foi avaliada pelo Teste do Qui-Quadrado, com Correção de Fisher quando necessário. Por fim, comparações entre variáveis quantitativas e qualitativas foram realizadas com o Teste T de Student para dados normais e o Teste Mann-Whitney U para dados não normais. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$ para todos os testes, sendo esse o critério para rejeição da hipótese nula.

A saber, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (FAG), sob parecer de número 6.803.582 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 77516124.3.0000.5219. Após a aprovação do projeto, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes por meio de formulário Google Forms. A coleta de dados foi iniciada somente após a finalização da etapa de formalização do consentimento, garantindo a adesão voluntária e informada dos participantes.

RESULTADOS

A caracterização da população estudada, apresentada na **Tabela 1**, revelou uma média de idade de 44,7 anos entre os indivíduos com TAB e de 36 anos entre os indivíduos do grupo controle, sendo que tal variação, embora perceptível, não apresentou relevância estatística para a pesquisa. Ademais, apontou, em ambos os grupos, predomínio de mulheres e de participantes com ensino superior ou mais, que vivem acompanhados por outras pessoas e pertencem a classes sociais médias ou altas.

Tabela 1 - Caracterização da população.

| | Estudo (N = 16) | Controle (N = 16) | Amostra (N = 32) | Varição (P) |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|
| Idade | | | | |
| Média (DP) | 36.0 (10.4) | 44.7 (14.0) | 40.3 (12.9) | |
| Mediana [MÍN, MÁX] | 35.5 [21.0, 55.0] | 48.0 [25.0, 62.0] | 41.5 [21.0, 62.0] | 0.0561* |
| Gênero | | | | |
| Feminino | 13 (81.3%) | 15 (93.8%) | 28 (87.5%) | |
| Masculino | 3 (18.8%) | 1 (6.3%) | 4 (12.5%) | 0.593*** |
| Grau de escolaridade | | | | |
| Sem graduação | 5 (31.3%) | 4 (25.0%) | 9 (28.1%) | |
| Graduação | 5 (31.3%) | 5 (31.3%) | 10 (31.3%) | |
| Pós-graduação | 6 (37.5%) | 7 (43.8%) | 13 (40.6%) | 0.91*** |
| Status de moradia | | | | |
| Sozinho | 1 (6.3%) | 2 (12.5%) | 3 (9.4%) | |
| Acompanhado | 15 (93.8%) | 14 (87.5%) | 29 (90.6%) | 1*** |
| Classe social | | | | |
| Classe A | 4 (25.0%) | 3 (18.8%) | 7 (21.9%) | |
| Classe B | 5 (31.3%) | 10 (62.5%) | 15 (46.9%) | |
| Classe C | 6 (37.5%) | 3 (18.8%) | 9 (28.1%) | |
| Classes D/E | 1 (6.3%) | 0 (0%) | 1 (3.1%) | 0.283*** |

Legenda: Gerado por JAMOVI®, baseado na linguagem R (R Core Team), <https://www.r-project.org/Licenses/GPL-3>. Método estatístico empregado: *Teste T; **Teste de Mann-Whitney U; ***Teste do Qui-Quadrado. Nível de significância adotado: $p < 0,05$.

Fonte: Schmitt GM e Soares CFP, 2025.

Quanto aos hábitos de vida, a **Tabela 2** indicou tendências semelhantes entre os grupos no que se refere ao consumo de substâncias como álcool, tabaco e/ou outras drogas, relatado por mais da metade dos participantes, bem como à prática de atividades físicas, que, embora ligeiramente mais prevalente no grupo controle, não apresentou diferença estatisticamente significativa. Ainda, em relação tratamento farmacológico, 100% dos pacientes do grupo de estudo relataram uso regular de medicamentos, em comparação com 75% dos participantes do grupo controle, sendo particularmente significativa a distinção nas classes de medicamentos utilizados; por exemplo, enquanto nenhum dos pacientes do grupo de estudo utilizavam antidepressivos isoladamente, 10 dos 16 participantes do grupo controle mencionaram o uso dos mesmos de forma exclusiva (62,5%) ($p = 0.00125$). Adicionalmente, no grupo de estudo, 10 dos 16 pacientes relataram o uso de sedativos (62,5%), frequentemente associadas a outros medicamentos como parte de esquemas terapêuticos complexos, em contraste com apenas 3 de 16 indivíduos do grupo controle (18,7%) ($p = 0.0488$).

Tabela 2 - Hábitos de vida e consumo de substâncias.

| | Estudo (N = 16) | Controle (N = 16) | Amostra (N = 32) | Varição (P) | |
|---|--------------------|----------------------|---------------------|----------------|-----------|
| Uso de bebidas alcóolicas, cigarros ou drogas ilícitas | | | | | |
| Não | 5 (31.3%) | 6 (37.5%) | 11 (34.4%) | 0.0905*** | |
| Sim, ocasionalmente. | 5 (31.3%) | 9 (56.3%) | 14 (43.8%) | | |
| Sim, frequentemente. | 6 (37.5%) | 1 (6.3%) | 7 (21.9%) | | |
| Engajamento em exercícios físicos | | | | | |
| Não | 5 (31.3%) | 3 (18.8%) | 8 (25.0%) | 0.778*** | |
| Sim, ocasionalmente. | 2 (12.5%) | 3 (18.8%) | 5 (15.7%) | | |
| Sim, frequentemente. | 9 (56.3%) | 10 (62.5%) | 19 (59.4%) | | |
| Medicamentos psiquiátricos regulares | | | | | |
| Nenhum | 0 (0%) | 4 (25.0%) | 4 (12.5%) | 0.00125*** | |
| Antidepressivo | 0 (0%) | 10 (62.5%) | 10 (31.3%) | | |
| Antidepressivo + Anticonvulsivante | 3 (18.8%) | 1 (6.3%) | 4 (12.5%) | | |
| Antipsicótico | 1 (6.3%) | 0 (0%) | 1 (3.1%) | | |
| Psicoestimulante | 0 (0%) | 1 (6.3%) | 1 (3.1%) | | |
| Lítio | 1 (6.3%) | 0 (0%) | 1 (3.1%) | | |
| Lítio + Anticonvulsivante | 4 (25.0%) | 0 (0%) | 4 (12.5%) | | |
| Lítio + Antidepressivo | 2 (12.5%) | 0 (0%) | 2 (6.3%) | | |
| Lítio + Antidepressivo + Anticonvulsivante | 3 (18.8%) | 0 (0%) | 3 (9.4%) | | |
| Lítio + Antidepressivo + Antipsicótico | 1 (6.3%) | 0 (0%) | 1 (3.1%) | | |
| Lítio + Psicoestimulante | 1 (6.3%) | 0 (0%) | 1 (3.1%) | | |
| Medicamentos sedativos | | | | | |
| Nenhum | 6 (37.5%) | 13 (81.3%) | 19 (59.4%) | | 0.0488*** |
| Trazodona | 0 (0%) | 2 (12.5%) | 2 (6.3%) | | |
| Zolpidem | 0 (0%) | 1 (6.3%) | 1 (3.1%) | | |
| Levomepromazina | 1 (6.3%) | 0 (0%) | 1 (3.1%) | | |
| Pregabalina | 2 (12.5%) | 0 (0%) | 2 (6.3%) | | |
| Pregabalina + Alprazolam | 1 (6.3%) | 0 (0%) | 1 (3.1%) | | |
| Pregabalina + Levomepromazina + Clonazepam + Zolpidem | 1 (6.3%) | 0 (0%) | 1 (3.1%) | | |
| Quetiapina | 4 (25.0%) | 0 (0%) | 4 (12.5%) | | |
| Quetiapina + Alprazolam | 1 (6.3%) | 0 (0%) | 1 (3.1%) | | |

Legenda: Gerado por JAMOVI®, baseado na linguagem R (R Core Team), <https://www.r-project.org/Licenses/GPL-3>. Método estatístico empregado: *Teste T; **Teste de Mann-Whitney U; ***Teste do Qui-Quadrado. Nível de significância adotado: $p < 0,05$.

Fonte: Schmitt GM e Soares CFP, 2025.

A caracterização do sono, apresentada na **Tabela 3**, contemplou o Diário do Sono, referente ao padrão de sono de um dia específico, e o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI), referente à qualidade do sono ao longo de um mês.

Em ambos, a amostra total apresentou predominância de início do sono entre 22:00 e 00:00, com despertares majoritariamente antes das 07:00, e tempo total de sono entre 06:00 e 08:00. Ademais, embora sem diferença estatisticamente significativa, os pacientes com TAB demonstraram maior tendência a despertares noturnos e necessidade de cochilos diurnos.

De mesma forma, embora sem diferença estatisticamente significativa, quando analisados apenas os participantes que relataram consumo de cafeína, os pacientes com TAB demonstraram maior tendência ao consumo após as 14:00. Por outro lado, no que tange as atividades precedentes ao sono, tanto pacientes com TAB quanto controles relataram envolvimento em atividades potencialmente estimulantes, com uso predominante de dispositivos eletrônicos; no entanto, foi identificada uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,0222$) no uso de dispositivos eletrônicos associado à ingestão alimentar, observado em 25% dos pacientes com TAB e em nenhum participante do grupo controle.

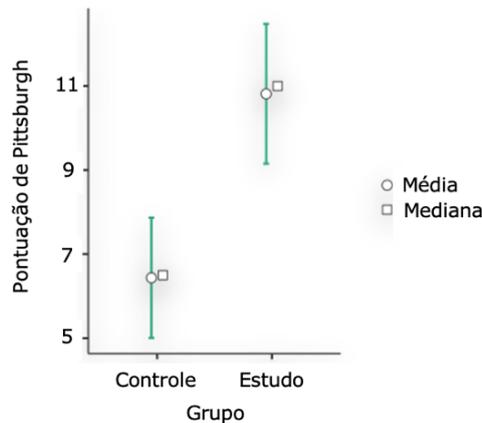
Tabela 3 - Caracterização do sono.

| | Estudo (N = 16) | Controle (N = 16) | Amostra (N = 32) | Varição (P) |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|
| Horário de dormir - Diário do sono | | | | |
| Antes das 22:00 | 4 (25.0%) | 2 (12.5%) | 6 (18.8%) | 0.46*** |
| Entre 22:00 e 00:00 | 8 (50.0%) | 7 (43.8%) | 15 (46.9%) | |
| Depois da 00:00 | 4 (25.0%) | 7 (43.8%) | 11 (34.4%) | |
| Horário de acordar - Diário do sono | | | | |
| Antes das 07:00 | 9 (56.3%) | 5 (31.3%) | 14 (43.8%) | 0.284*** |
| Entre 07:00 e 09:00 | 5 (31.3%) | 6 (37.5%) | 11 (34.4%) | |
| Depois das 09:00 | 2 (12.5%) | 5 (31.3%) | 7 (21.9%) | |
| Tempo total de sono - Diário do sono | | | | |
| Menos de 6 horas | 5 (31.3%) | 3 (18.8%) | 8 (25.0%) | 0.556*** |
| Entre 6 e 8 horas | 8 (50.0%) | 11 (68.8%) | 19 (59.4%) | |
| Mais de 8 horas | 3 (18.8%) | 2 (12.5%) | 5 (15.6%) | |
| Despertares noturnos - Diário do sono | | | | |
| Não | 4 (25.0%) | 8 (50.0%) | 12 (37.5%) | 0.231*** |
| Sim, um | 7 (43.8%) | 3 (18.8%) | 10 (31.3%) | |
| Sim, mais que um | 5 (31.3%) | 5 (31.3%) | 10 (31.3%) | |
| Cochilos e/ou deitadas - Diário do sono | | | | |
| Não | 8 (50.0%) | 12 (75.0%) | 20 (62.5%) | 0.273*** |
| Sim | 8 (50.0%) | 4 (25.0%) | 12 (37.5%) | |
| Ingestão de bebida com cafeína - Diário do sono | | | | |
| Não | 3 (18.8%) | 1 (6.3%) | 4 (12.5%) | 0.593*** |
| Sim | 13 (81.3%) | 15 (93.8%) | 28 (87.5%) | |
| Horário da última bebida com cafeína - Diário do sono | | | | |
| Nenhum horário | 3 (18.8%) | 1 (6.3%) | 4 (12.5%) | 0.244*** |
| Antes das 14:00 | 3 (18.8%) | 7 (43.8%) | 10 (31.3%) | |
| Depois das 14:00 | 10 (62.5%) | 8 (50.0%) | 18 (56.3%) | |
| Atividade uma hora antes de dormir - Diário do sono | | | | |
| Eletrônicos | 11 (68.8%) | 10 (62.5%) | 21 (65.6%) | 0.0222*** |
| Eletrônicos + Alimentação | 4 (25.0%) | 0 (0%) | 4 (12.5%) | |
| Outros | 1 (6.3%) | 6 (37.5%) | 7 (21.9%) | |
| Horário de dormir - Pittsburgh | | | | |
| Antes das 22:00 | 2 (12.5%) | 3 (18.8%) | 5 (15.6%) | 0.556*** |
| Entre 22:00 e 00:00 | 11 (68.8%) | 8 (50.0%) | 19 (59.4%) | |
| Depois da 00:00 | 3 (18.8%) | 5 (31.3%) | 8 (25.0%) | |
| Horário de acordar - Pittsburgh | | | | |
| Antes das 07:00 | 7 (43.8%) | 5 (31.3%) | 12 (37.5%) | 0.758*** |
| Entre 07:00 e 09:00 | 6 (37.5%) | 7 (43.8%) | 13 (40.6%) | |
| Depois das 09:00 | 3 (18.8%) | 4 (25.0%) | 7 (21.9%) | |
| Tempo total de sono - Pittsburgh | | | | |
| Menos de 6 horas | 4 (25.0%) | 1 (6.3%) | 5 (15.6%) | 0.147*** |
| Entre 6 e 8 horas | 12 (75.0%) | 13 (81.3%) | 25 (78.1%) | |
| Mais de 8 horas | 0 (0%) | 2 (12.5%) | 2 (6.3%) | |
| Classificação de Pittsburgh | | | | |
| Boa qualidade de sono | 1 (6.3%) | 5 (31.3%) | 6 (18.8%) | 0.174*** |
| Má qualidade de sono | 15 (93.8%) | 11 (68.8%) | 26 (81.3%) | |
| Pontuação de Pittsburgh | | | | |
| Média (DP) | 10.8 (3.39) | 6.44 (2.92) | 8.63 (3.82) | <0.001* |
| Mediana [MÍN, MÁX] | 11.0 [5.00, 17.0] | 6.50 [2.00, 13.0] | 7.50 [2.00, 17.0] | |
| | | | | |
| Distúrbios de sono - Pittsburgh | | | | |
| Média (DP) | 1.31 (0.602) | 1.44 (0.629) | 1.38 (0.609) | 0.57 |
| Mediana [MÍN, MÁX] | 1.00 [1.00, 3.00] | 1.00 [1.00, 3.00] | 1.00 [1.00, 3.00] | |
| | | | | |
| Sonolência e disfunção diurna - Pittsburgh | | | | |
| Média (DP) | 1.69 (0.704) | 1.00 (0.730) | 1.34 (0.787) | 0.011* |
| Mediana [MÍN, MÁX] | 2.00 [1.00, 3.00] | 1.00 [0, 2.00] | 1.00 [0, 3.00] | |
| | | | | |

Legenda: Gerado por JAMOVI®, baseado na linguagem R (R Core Team), <https://www.r-project.org/Licenses/GPL-3>. Método estatístico empregado: *Teste T; **Teste de Mann-Whitney U; ***Teste do Qui-Quadrado. Nível de significância adotado: $p < 0,05$. **Fonte:** Schmitt GM e Soares CFP, 2025.

A análise dos dados coletados pelo PSQI indicou predominância de má qualidade de sono entre todos os participantes da pesquisa. Contudo, conforme exposto no **Gráfico 1**, a análise da pontuação média permitiu a identificação de uma diferença significativa ($p < 0,001$) entre os grupos, com valores acentuadamente maiores entre o grupo com bipolaridade.

Gráfico 1 – Pontuação de Pittsburgh.

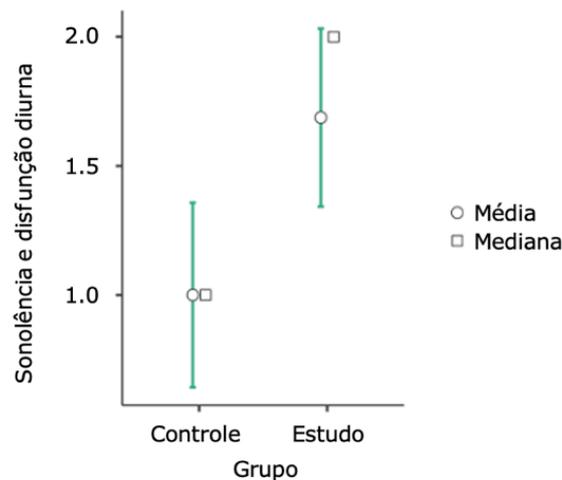


Legenda: Gerado por JAMOVI®, baseado na linguagem R (R Core Team), <https://www.r-project.org/Licenses/GPL-3>.

Fonte: Schmitt GM e Soares CFP, 2025.

Adicionalmente, em relação às categorias verificadas no questionário, diferenças notáveis foram evidenciadas quanto à sonolência diurna e disfunção nas atividades diárias; conforme disposto no **Gráfico 2**, pacientes do grupo de estudo relataram maior gravidade em ambos os aspectos, com uma diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo controle ($p = 0,011$).

Gráfico 2 – Sonolência e disfunção diurna.



Legenda: Gerado por JAMOVI®, baseado na linguagem R (R Core Team), <https://www.r-project.org/Licenses/GPL-3>.

Fonte: Schmitt GM e Soares CFP, 2025.

Ainda, a avaliação dos resultados dos testes Escala de Young para Avaliação de Mania (YOUNG) e Inventário de Depressão de Beck (BDI) nos pacientes com TAB revelou que, embora 100% deles estivessem em fases eufímicas, 60% apresentavam, ainda, sintomas depressivos em algum grau.

DISCUSSÃO

Neste estudo comparativo entre pacientes com TAB e indivíduos controles, as análises revelam que pacientes com TAB apresentam índices de Pittsburgh de qualidade de sono substancialmente piores do que os controles. Adicionalmente, os dados expressam maior índice de sonolência diurna e impacto em atividades diárias também no grupo TAB. Tais achados demonstram que o sono insatisfatório afeta significativamente a funcionalidade desse grupo, contribuindo para a maior instabilidade do quadro clínico e para o aumento do potencial para recaídas (AFONSO P e MOREIRA CA, 2015). Além disso, o grupo TAB apresenta uma maior variabilidade em horários de dormir à avaliação de curto prazo, contrastando com maior convergência desses horários em período mais longo de observação, o que sugere um esforço desses indivíduos na regularização dos horários de sono ao longo do tempo. Por outro lado, os resultados do grupo controle revelam padrões de sono mais consistentes desde o início. Adicionalmente, os dados demonstram, nos pacientes com TAB, uma tendência persistente ao despertar precoce, independentemente do método de registro. Em contraste, os controles exibem distribuição mais equilibrada e tardia entre os horários de despertar.

Quanto à duração do sono em pacientes com TAB, a análise revela variações mais perceptíveis à avaliação em período mais limitado, com tendência à regularização ao longo de período mais extenso. No entanto, na comparação entre os dois grupos, as diferenças observadas não se mostram significativas, sugerindo que, apesar dessas flutuações, a duração total do sono entre indivíduos com TAB e controles permanece bastante semelhante. Nesse sentido, tal conformidade pode ser atribuída a estratégias adaptativas adotadas por pacientes com TAB, como ajustes comportamentais ou farmacológicos, por exemplo.

Adicionalmente, embora não se observe uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, os pacientes com TAB apresentam uma maior tendência a despertares noturnos em comparação aos controles. Assim, a maior tendência à necessidade de cochilos diurnos entre os pacientes com TAB pode representar uma tentativa de compensação e/ou recuperação do tempo perdido durante a noite. Tais dados sugerem que, apesar dos esforços para a regularização, esses pacientes ainda enfrentam certa fragmentação do sono, comprometendo um repouso verdadeiramente reparador; ainda, reforçam a hipótese de que, apesar do uso de medicamentos sedativos, a qualidade do sono dos pacientes com TAB permanece inferior à dos controles, apontando para as possíveis limitações na regulação da arquitetura do sono (GANDINI RC, 2007).

Em relação ao uso de medicamentos, os dados evidenciam abordagens distintas entre os grupos, indicando que os indivíduos do grupo controle utilizam medicações mais pontuais, enquanto os pacientes com TAB utilizam, com frequência, combinações mais diversificadas de medicamentos psiquiátricos, incluindo estabilizadores de humor, antipsicóticos e/ou outros, refletindo a complexidade do tratamento do transtorno. Quanto ao uso de sedativos, a discrepância no padrão sugere a necessidade de uma abordagem farmacológica mais abrangente para indivíduos com bipolaridade, refletindo a importância de combinações terapêuticas que trabalhem não apenas nos sintomas de humor, mas também nos distúrbios de sono comuns a esses pacientes. Nesse contexto, podem ser utilizados estabilizadores de humor e antidepressivos (LEE H, et al., 2013), muitas vezes associados a antipsicóticos e benzodiazepínicos, que proporcionam melhora rápida do sono enquanto aguardam para que os medicamentos primários comecem a agir (PLANTE DT, WINKELMAN JW, 2008); no entanto, apesar de apresentarem a capacidade de alteração dos ritmos circadianos (LEE H, et al., 2013), não garantem arquitetura ideal, implicando em qualidade de sono ainda inferior ao esperado (HADDAD FML e GREGÓRIO LC, 2017).

Os resultados indicam que características como maior nível educacional e pertencimento a classes sociais mais favorecidas podem estar associadas à melhor compreensão da importância dos cuidados com a saúde e ao acesso facilitado a informações e serviços médicos, assim como o maior apoio social proporcionado pela convivência com outras pessoas pode, também, favorecer o seguimento de orientações médicas. Assim, tais condições socioeconômicas podem refletir diretamente no acesso e adesão a terapias mais complexas, assim como na manutenção de hábitos de vida mais saudáveis.

No que diz respeito ao estilo de vida, a tendência similar ao uso de substâncias como álcool, tabaco e/ou outras drogas entre os grupos não permite que se infira uma relação direta entre tal comportamento e a gestão emocional ou as anormalidades no sono entre os participantes. Ademais, a boa adesão à prática regular de atividade física em toda a amostra faz com que não se destaque como fator principal de diferenciação entre os indivíduos com TAB e controles; no entanto, dado o potencial que os exercícios apresentam na promoção de descanso mais reparador e eficiente, a menor porcentagem de indivíduos praticantes no grupo de estudo pode ser pensada como possível fator associado à pior qualidade do sono nesses pacientes.

Quanto ao consumo de cafeína, o padrão levemente mais prevalente de ingestão mais tardia entre os pacientes com TAB pode contribuir para as dificuldades em adormecer e para a fragmentação do sono, uma vez que a ingestão de cafeína próxima ao horário de dormir interfere na qualidade do sono. No entanto, o consumo se mostra igualmente frequente em ambos os grupos, o que sugere que, embora a cafeína possa influenciar os padrões de sono, não se destaca como um fator determinante na diferenciação da qualidade do sono entre os perfis avaliados, além de que seus efeitos podem se manifestar em qualquer indivíduo, independentemente das comorbidades ou condições clínicas.

Em termos de atividades realizadas antes de dormir, embora os hábitos dos pacientes com TAB se mostrem semelhantes aos do controles, a alimentação próxima ao horário de descanso aparece como um fator relevante de diferenciação entre os grupos. Nesse contexto, o comportamento alimentar pode estar relacionado tanto a aspectos emocionais quanto a características próprias do transtorno, incluindo alterações de apetite e influências medicamentosas sobre a percepção de fome e desejo. Quanto ao efeito no sono, a ingestão de alimentos pesados e/ou estimulantes pode dificultar o processo de relaxamento necessário para um sono reparador, aumentando, assim, a dificuldade em adormecer e a fragmentação do sono.

Ainda, cabe acrescentar que os achados das avaliações de mania e depressão corroboram com diversos apontamentos acerca da persistência de sintomas depressivos residuais ou subclínicos durante os períodos de remissão, com possibilidade de continuidade das disfunções de sono (ROCHA P e CORREA H, 2018). Assim, reforçam a ideia da qualidade do sono como preocupação central para pacientes com TAB mesmo quando sintomas maníacos ou depressivos se encontram controlados, uma vez que a manutenção das disfunções no sono pode seguir comprometendo o bem-estar geral desses indivíduos e aumentando a vulnerabilidade a novos episódios da doença recaídas (AFONSO P e MOREIRA CA, 2015).

Embora a pesquisa apresente resultados consistentes quanto à pior qualidade de sono entre pacientes com TAB, algumas limitações merecem destaque. Em primeiro lugar, o uso de questionários como instrumentos de coleta de dados envolve o risco de viés de autorrelato, que se caracteriza pelo fornecimento de informações imprecisas pelos participantes, intencionalmente ou não, devido à influência de fatores subjetivos como percepção pessoal distorcida da realidade, recordação limitada de eventos passados, compreensão equivocada das questões propostas, ou mesmo tendência de adequação de suas declarações com o objetivo de aprovação social. Além disso, o desenho transversal se restringe à identificação de associações e não oferece respaldo para a determinação de causalidade. Adicionalmente, o tamanho amostral, a limitação espacial e a amostra por conveniência não permitem a generalização dos resultados para populações mais amplas ou com perfis distintos. Por fim, a composição heterogênea do grupo controle, que abrange tanto indivíduos com outros transtornos mentais quanto indivíduos sem diagnósticos psiquiátricos, dificulta o isolamento preciso de alterações de sono mais específicas do transtorno bipolar; ao mesmo tempo, no entanto, possibilita uma comparação mais abrangente e representativa da realidade clínica.

Por fim, esses achados realçam a necessidade de novas pesquisas, compostas por amostras maiores e direcionadas por abordagens longitudinais, de forma a expandir a compreensão sobre a relação entre as perturbações de sono e a evolução do transtorno, avaliando a possível associação entre o manejo de alterações de sono, frequentemente negligenciadas, e o controle de sintomas afetivos, além de investigar a eficácia de intervenções específicas aplicadas, como terapias comportamentais e ajustes em tratamentos medicamentosos.

CONCLUSÃO

As análises realizadas evidenciaram qualidade de sono significativamente mais prejudicada em pacientes com TAB, apesar do uso mais prevalente e diversificado de medicamentos psiquiátricos e sedativos, com maior fragmentação do sono, irregularidade de horários, despertares noturnos e sonolência diurna – características com impacto direto em atividades diárias. Adicionalmente, revelaram a persistência dessas perturbações mesmo em períodos de eutimia, reforçando a possível associação à predisposição a alterações de humor.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos imensamente a todos os participantes que generosamente dedicaram seu tempo a esta pesquisa, assim como à Clínica TATO Serviços de Medicina e Psicologia Ltda e à Dra. Márcia Rego Maciel, que tornaram esse estudo possível, e à Mariana Lesovski, secretária da equipe, pelo auxílio fundamental em diversos momentos. Ainda, agradecemos à Cynthia Carvalho Jorge, psicóloga e professora universitária, pelos valiosos conselhos e direcionamentos ao longo deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. AFONSO P, MOREIRA CA. As Alterações do Sono na Perturbação Bipolar. *PsiLOGOS*. 2015; 13(1): 66-78.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.
3. ATALAY, H. Comorbidity of Insomnia Detected by the Pittsburgh Sleep Quality Index with Anxiety, Depression and Personality Disorders. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 2011; 48(1): 54-59.
4. BARTON J, et al. Factors Associated With Sleep Disturbance Amongst Youth With Bipolar Disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2022; 31(4): 165-175.
5. BERTOLAZI AN, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Medicine*, 2011; 12(1): 70-75.
6. BONNÍN CM, et al. Improving Functioning, Quality of Life, and Well-being in Patients with Bipolar Disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2019; 22(8): 467-477.
7. DIÁRIO DO SONO. In: CLÍNICA UNI-SONO. Disponível em: <http://www.clinicaunisono.com.br/pdf/teste-diario-do-sono.pdf>. Acesso em: 14/08/2023.
8. FAUL F, et al. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 2007; 39(2): 175-191.
9. FOX MR. The Importance of Sleep. *Nursing Standard*, 1999; 13(24): 44-47.
10. GANDINI RC, et al. Inventário de Depressão de Beck – BDI: Validação Fatorial para Mulheres com Câncer. *Psico-USF*, 2007; 12(1).
11. GRUBER J, et al. Sleep Matters: Sleep Functioning and Course of Illness in Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2011; 134(1-3): 416-420.
12. HADDAD FML, GREGÓRIO LC. Manual do Residente: Medicina do Sono. São Paulo: Manole, 2017. 416p.
13. LEE H, et al. Circadian Rhythm Hypotheses of Mixed Features, Antidepressant Treatment Resistance, and Manic Switching in Bipolar Disorder. *Psychiatry Investigation*, 2013; 10(3): 225-232.
14. LUCCHESI LM, et al. O Sono em Transtornos Psiquiátricos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2005; 27(1): 27-32.
15. MONTEZANO BB, et al. Associations Between General Sleep Quality and Measures of Functioning and Cognition in Subjects Recently Diagnosed With Bipolar Disorder. *Psychiatry Research Communications*, 2023; 3(2).

16. MORENO RA, et al. Aprendendo a Viver com o Transtorno Bipolar: Manual Educativo. Porto Alegre: Artmed, 2015; 208p.
17. PLANTE DT, WINKELMAN JW. Sleep Disturbance in Bipolar Disorder: Therapeutic Implications. *American Journal of Psychiatry*, 2008; 165(7): 830-843.
18. R CORE TEAM (2020). R: A Language and Environment for Statistical Computing (Versão 4.0) [Computer Software]. <https://cran.r-project.org>.
19. RECHE, M. Avaliação das capacidades psicométricas da Escala de Depressão de Hamilton de seis itens e da Escala de mania de Bech-Rafael sen Modificada revisada em uma amostra de indivíduos deprimidos com características mistas composta predominantemente por mulheres. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia. Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre, 2019; 132p.
20. ROCHA P, CORREA H. The Impact of Clinical Comorbidities and Residual Depressive Symptoms in Sleep Quality in Euthymic/Interepisodic Bipolar Subjects. *Psychiatry Research*, 2018; 268: 165-168.
21. TAVARES DF, MORENO RA. Depressão e Transtorno Bipolar: A Complexidade das Doenças Afetivas. 1ª Ed. São Paulo: Segmento Farma, 2019. 176p.
22. THE JAMOVI PROJECT (2020). Jamovi (Versão 1.6) [Computer Software]. <https://www.jamovi.org>.