

CARLA RENATA APARECIDA VIEIRA STELLA

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área Ciências Biomédicas do(a) aluno(a) **Carla Renata Aparecida Vieira Stella**.

Campinas, 29 de agosto de 2005.



Prof(a). Dr(a). Evandro Gomes de Matos
Orientador(a)

**DISTÚRBIOS DO SONO
NO TRANSTORNO DE PÂNICO**

CAMPINAS

2005

CARLA RENATA APARECIDA VIEIRA STELLA

**DISTÚRBIOS DO SONO
NO TRANSTORNO DE PÂNICO**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de
Mestre em Ciências Médicas, área de concentração
Saúde Mental.*

ORIENTADOR: *Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos - FCM-UNICAMP*

CO-ORIENTADOR: *Prof. Dr. Luís Alberto Magna - FCM-UNICAMP*

CAMPINAS

2005

UNIDADE	PC
1ª CHAMADA	1/UNICAMP St39d
EX	
OMBO BC/	66855
ROC.	16-123-06
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
2º REÇO	11.00
DATA	9/2/06
1ª CPD	

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

libid 374783

St39d

Stella, Carla Renata Aparecida Vieira

Distúrbios do sono no transtorno de pânico. / Carla Renata
Aparecida Vieira Stella. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientadores: Evandro Gomes de Matos, Luís Alberto Magna
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Sono. 2. Pânico. 3. Insônia. I. Matos, Evandro Gomes de.
II. Magna, Luís Alberto. III. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. IV Título.

(Slp/fcm)

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Evandro Gomes de Matos
Co-Orientador: Prof. Dr. Luis Alberto Magna

Membros:

1. Prof. Dr. Jaime Antunes Maciel

2. Prof. Dr. Jose Carlos Rosa Pires de Souza

3. Prof. Dr. Wollgrand Alves Vilela

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 29/08/2005

260603917

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Renata, por toda dedicação e incentivo.

A Deus, meu Mestre maior, razão de tudo.

Aos meus pais, por todo estímulo e confiança.

À minha avó, Maria de Lourdes, exemplo de idealismo e fé.

À minha irmã Juliane, pela presença nas horas mais difíceis e cumplicidade neste percurso e ao meu cunhado, Guto por toda compreensão e apoio.

À minha irmã Raquel, pelo incentivo constante.

À secretária Marlene Barbosa dos Santos, pela tranquilidade e conforto em todos os momentos.

À secretária Sonia Ap. Faria Ferreira, pelo profissionalismo e dedicação.

Ao Dr. Luis Carlos Costa Morisco, meu mestre e orientador na arte da neurociência.

Ao Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos, por conduzir-me no campo fascinante da pesquisa.

Ao Prof. Dr. Luis Alberto Magna, por todo encorajamento e estímulo generoso.

Ao Prof. Dr. José Carlos Rosa de Souza, pelos conselhos valiosos oferecidos neste trabalho.

Ao Prof. Dr. Jaime Antunes Maciel, por toda orientação metodológica científica.

Aos amigos, Líliliana Ravera e Giovanni Dagostini, pela fidelidade inabalável.

Às amigas Lionela Sardelli e Andréa Patutti, presentes em todos os momentos desta jornada.

Aos meus pacientes.

E, finalmente, e, em especial ao meu companheiro Flávio e a seus filhos, Vivian e Rodrigo, pelo amor, paciência e apoio, tão necessários, ao esforço exigido para realização do meu trabalho.

A todos, minha gratidão.

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>xli</i>
ABSTRACT	<i>xliv</i>
1- INTRODUÇÃO	49
I- Para Compreender a Saúde Mental	55
II- Avanços em Neurociências	55
III- Avanços na Medicina do Comportamento	56
IV- O Custo Social dos Transtornos Mentais e Comportamentais	56
V - Identificação dos Transtornos	57
VI - Diagnóstico dos Transtornos	57
VII - Prevalência dos Transtornos	58
2- AS TEORIAS BIOLÓGICAS DO TRANSTORNO DE PÂNICO	59
I- A Epidemiologia do Transtorno de Pânico	66
II- Fisiopatologia	68
1- Modelo Noradrenérgico.....	68
2- Modelo Serotonérgico.....	69
3- Modelo Gabaérgico.....	70
3- SONO	73
I- Antecedentes na Literatura	75
II- Histórico	76
III- Mitologia	76
IV- Filosofia	77

V- Conceitos	77
VI- Fisiologia	77
VII- Transtornos do Sono	79
VIII- Classificação Internacional dos Transtornos do Sono	81
1- Transtornos Intrínsecos do Sono.....	81
2- Transtornos Extrínsecos do Sono.....	83
4- TRANSTORNO DO PÂNICO E SONO	85
I- Introdução	87
II- Objetivos	89
1- Objetivo Geral	89
2- Objetivos Específicos	89
III- Método	90
1- Desenho da Pesquisa	90
2- Sujeitos da Amostra	92
a) Crterios de Inclusão	92
b) Crterios de Exclusão	92
3- Instrumentos de Pesquisa	93
a) Protocolo Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade	93
b) Escala de Avaliação de Ansiedade - Hamilton A	93
c) Escala de Ansiedade de Sheehan	94
d) Escala de Hamilton para Depressão - Hamilton D	95
e) Inventário de Depressão de Beck	96
f) Miniquestionário de Sono	96
g) Questionário Escandinavo Básico de Sono	97
h) Questionário de Auto Avaliação de Sono - Gorenstein	97

4- Aspectos Éticos da Pesquisa.....	97
5- Procedimentos para Coleta de Dados.....	99
a) Primeira Entrevista.....	99
b) Segunda Entrevista.....	100
c) Terceira Entrevista.....	100
6- Análise dos Dados.....	101
a) Análise Estatística.....	102
b) Resultados.....	103
c) Conclusões sobre os Resultados Finais.....	259
5- DISCUSSÃO.....	263
6- CONCLUSÃO.....	269
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	273
8- ANEXOS.....	281

		<i>Pág.</i>
Tabela 1	População Amostral.....	104
Tabela 2	Dados Sociodemográficos.....	105
Tabela 3	Dados de Escolaridade.....	106
Tabela 4	Dados em Relação ao Estado Civil.....	107
Tabela 5	Média de Idade.....	107
Tabela 6	Dados da Distribuição da Amostra por Faixa Etária.....	108
Tabela 7	Dados de Idade e Desvio Padrão.....	108
Tabela 8	Distribuição por Sexo nos Escores por Hamilton A	109
Tabela 9	Hamilton-A em relação ao estado civil.....	110
Tabela 10	Hamilton-A em relação à idade.....	111
Tabela 11	Hamilton-A em Relação aos Anos de Escolaridade.....	112
Tabela 12	Hamilton-D em relação ao sexo.....	113
Tabela 13	Hamilton-D com relação a estado civil.....	114
Tabela 14	Hamilton-D com relação à Idade.....	115
Tabela 15	Hamilton-D com relação à escolaridade.....	116
Tabela 16	Sheehan 1 em relação ao sexo.....	117
Tabela 17	Sheehan 1 em Relação ao Estado Civil.....	118
Tabela 18	Sheehan 1 em Relação à Idade.....	119
Tabela 19	Sheehan 1 em Relação à Escolaridade.....	120
Tabela 20	Beck em Relação ao Sexo.....	121
Tabela 21	Beck em Relação ao Estado Civil.....	122

Tabela 22	Beck com relação à Idade.....	123
Tabela 23	Frequência da qualidade do sono em pacientes com TP, medido pelo MSQ.....	124
Tabela 24	Frequência da Amostra em Relação aos Escores do MSQ.....	125
Tabela 25	MSQ em relação a sexo.....	126
Tabela 26	MSQ em relação ao estado civil.....	127
Tabela 27	MSQ em relação à idade.....	128
Tabela 28	MSQ em Relação aos anos de Escolaridade.....	129
Tabela 29	MSQ em relação a Hamilton A.....	130
Tabela 30	MSQ em Relação a Hamilton D.....	130
Tabela 31	MSQ em Relação ao Sheehan 1.....	131
Tabela 32	MSQ em Relação ao Beck.....	131
Tabela 33	Horas dormidas por noite em relação ao sexo - Análise de Variância.....	132
Tabela 34	Horas dormidas por noite em relação ao estado civil - Análise de Variância.....	133
Tabela 35	Horas dormidas com relação à idade - Análise de Variância.....	135
Tabela 36	Horas dormidas com relação à escolaridade - Análise de Variância....	135
Tabela 37	Horas em que vai dormir em dias de semana com relação ao sexo.....	137
Tabela 38	Horas em que vai dormir em dias de semana com relação ao estado civil.....	138
Tabela 39	Horas em que vai dormir em dias de semana com relação à idade.....	139
Tabela 40	Horas em que vai dormir em dias de semana com relação à escolaridade.....	140

Tabela 41	Horas em que vai dormir em dias livres com relação ao sexo.....	141
Tabela 42	Horas em que vai dormir em dias livres com relação ao estado civil.....	142
Tabela 43	Horas em que vai dormir em dias livres com relação à idade.....	143
Tabela 44	Horas em que vai dormir em dias livres com relação à escolaridade.....	144
Tabela 45	Horas em que acorda em dias de semana com relação ao sexo.....	145
Tabela 46	Horas em que acorda em dias de semana com relação ao estado civil.....	146
Tabela 47	Horas em que acorda em dias de semana com relação à idade.....	147
Tabela 48	Horas em que acorda em dias de semana com relação à escolaridade.....	148
Tabela 49	Horas em que acorda em dias livres com relação a sexo.....	149
Tabela 50	Horas em que acorda em dias livres com relação ao estado civil.....	150
Tabela 51	Horas em que acorda em dias livres com relação à idade.....	151
Tabela 52	Horas em que acorda em dias livres com relação à escolaridade.....	152
Tabela 53	Frequência que tem acordado à noite nos últimos três meses.....	153
Tabela 54	Se acorda à noite, quantas vezes isso geralmente acontece por noite.....	154
Tabela 55	Com que frequência tem acordado muito cedo pela manhã sem conseguir adormecer novamente.....	155
Tabela 56	Como tem dormido nos últimos três meses.....	156
Tabela 57	Uso de remédios ou bebidas alcoólicas para dormir nos últimos três meses.....	157
Tabela 58	Sentir muito sonolento pela manhã depois de acordar.....	158

Tabela 59	Sentir muito sonolento durante o dia.....	159
Tabela 60	Sentir uma vontade irresistível de dormir durante seu trabalho.....	160
Tabela 61	Sentir uma vontade irresistível de dormir durante seu tempo livre (momentos de lazer).....	161
Tabela 62	Frequência com que você cochila durante o dia.....	162
Tabela 63	Ronca enquanto dorme.....	163
Tabela 64	Sobre o ronco	164
Tabela 65	Paradas da respiração enquanto dorme (apnéia do sono).....	165
Tabela 66	Há quantos anos ronca.....	166
Tabela 67	Idade de início do ronco.....	168
Tabela 68	Quantas horas seriam necessárias para um sono reparador.....	170
Tabela 69	Problemas referidos em relação ao sono.....	171
Tabela 70	Facilidade em Adormecer.....	173
Tabela 71	Rapidez ao Adormecer.....	174
Tabela 72	Sono Agitado.....	176
Tabela 73	Sono Repousante.....	177
Tabela 74	Sonhos.....	179
Tabela 75	Dificuldade em Despertar.....	181
Tabela 76	Qualidade Psíquica ao Despertar.....	183
Tabela 77	Ansiedade ao Despertar.....	185
Tabela 78	Estado Psíquico ao Despertar.....	187
Tabela 79	Coordenação Motora ao Despertar.....	189
Tabela 80	Tristeza ao Despertar.....	191
Tabela 81	Tranquilidade ao Despertar.....	193

Tabela 82	Concentração ao Despertar.....	194
Tabela 83	Satisfação ao Acordar.....	196
Tabela 84	Preocupação ao Acordar.....	198
Tabela 85	Irritação ao Acordar.....	200
Tabela 86	Excitação ao Acordar.....	202
Tabela 87	Comunicação Verbal ao Acordar.....	204
Tabela 88	Atenção ao Acordar.....	206
Tabela 89	Disposição ao Acordar.....	208
Tabela 90	Competência ao Acordar.....	210
Tabela 91	Estado Depressivo ao Acordar.....	212
Tabela 92	Estado Hostil ao Acordar.....	214
Tabela 93	Motivação ao Acordar.....	216
Tabela 94	Sociabilidade ao Acordar.....	218
Tabela 95	Alteração Psíquica.....	220
Tabela 96	CANSAÇO = Cansaço ao Despertar.....	222
Tabela 97	Fraqueza ao Despertar.....	224
Tabela 98	Atividade ao Acordar.....	226
Tabela 99	Dor de Cabeça ao Despertar.....	228
Tabela 100	Tensão Muscular ao Acordar.....	230
Tabela 101	Tontura ao Despertar.....	232
Tabela 102	Tremor ao Despertar.....	234
Tabela 103	Sede ao Despertar.....	236
Tabela 104	Enjôo ao Despertar.....	238

Tabela 105	Desconforto Gástrico ao Despertar.....	240
Tabela 106	Salivação ao Despertar.....	242
Tabela 107	Sudorese ao Despertar.....	244
Tabela 108	Turvação Visual ao Despertar.....	246
Tabela 109	Desejo de Evacuar ao Despertar.....	248
Tabela 110	Dificuldade em Respirar ao Despertar.....	250
Tabela 111	Dificuldade para Urinar ao Despertar.....	252
Tabela 112	Taquicardia ao Despertar.....	254
Tabela 113	Alterações Físicas.....	256
Tabela 114	Escores das Alterações Psíquicas do Questionário de Auto-Avaliação em Relação a Beck.....	257
Tabela 115	Escores das Alterações Psíquicas do Questionário de Auto-Avaliação em Relação a Sheehan 1.....	258
Tabela 116	Escores das Alterações Físicas do Questionário de Auto-Avaliação em Relação a Beck.....	258
Tabela 117	Escores das Alterações Físicas do Questionário de Auto-Avaliação em Relação a Sheehan 1.....	259

	<i>Pág.</i>
Gráfico 1 População amostral.....	104
Gráfico 2 População incluída.....	104
Gráfico 3 Dados de escolaridade.....	106
Gráfico 4 Dados em relação ao estado civil.....	107
Gráfico 5 Dados para distribuição da amostra por faixa etária.....	108
Gráfico 6 Frequência da qualidade do sono em pacientes com TP, medido pelo MSQ.....	124
Gráfico 7 Frequência da amostra em relação aos escores do MSQ.....	125
Gráfico 8 Horas dormidas por noite em relação ao sexo.....	132
Gráfico 9 Horas dormidas por noite em relação ao estado civil.....	133
Gráfico 10 Horas dormidas com relação à idade.....	134
Gráfico 11 Horas dormidas com relação à escolaridade.....	135
Gráfico 12 Frequência que tem acordado à noite nos últimos três meses.....	153
Gráfico 13 Se acorda à noite, quantas vezes isso geralmente acontece por noite...	154
Gráfico 14 Com que frequência tem acordado muito cedo pela manhã sem conseguir adormecer novamente.....	155
Gráfico 15 Como tem dormido nos últimos três meses.....	156
Gráfico 16 Uso de remédios ou bebidas alcoólicas para dormir nos últimos três meses.....	157
Gráfico 17 Sentir muito sonolento pela manhã depois de acordar.....	158
Gráfico 18 Sentir muito sonolento durante o dia.....	159

Gráfico 19	Sentir uma vontade irresistível de dormir durante o trabalho.....	160
Gráfico 20	Sentir uma vontade irresistível de dormir durante seu tempo livre (momentos de lazer).....	161
Gráfico 21	Frequência com que você cochila durante o dia.....	162
Gráfico 22	Ronca enquanto dorme.....	163
Gráfico 23	Sobre o ronco.....	164
Gráfico 24	Paradas da respiração enquanto dorme (apnéia do sono).....	165
Gráfico 25	Há quantos anos ronca.....	167
Gráfico 26	Idade de início do ronco.....	169
Gráfico 27	Quantas horas seriam necessárias para um sono reparador.....	170
Gráfico 28	Problemas referidos em relação ao sono.....	171
Gráfico 29	Facilidade em adormecer.....	174
Gráfico 30	Rapidez ao adormecer.....	175
Gráfico 31	Sono agitado.....	177
Gráfico 32	Sono repousante.....	178
Gráfico 33	Sonhos.....	180
Gráfico 34	Dificuldade em despertar.....	182
Gráfico 35	Qualidade psíquica ao despertar.....	184
Gráfico 36	Ansiedade ao despertar.....	186
Gráfico 37	Estado psíquico ao despertar.....	188
Gráfico 38	Coordenação motora ao despertar.....	190
Gráfico 39	Tristeza ao despertar.....	192
Gráfico 40	Tranquilidade ao despertar.....	193
Gráfico 41	Concentração ao despertar.....	195

Gráfico 42	Satisfação ao acordar.....	197
Gráfico 43	Preocupação ao acordar.....	199
Gráfico 44	Irritação ao acordar.....	201
Gráfico 45	Excitação ao acordar.....	203
Gráfico 46	Comunicação verbal ao acordar.....	205
Gráfico 47	Atenção ao acordar.....	207
Gráfico 48	Disposição ao acordar.....	209
Gráfico 49	Competência ao acordar.....	211
Gráfico 50	Estado depressivo ao acordar.....	213
Gráfico 51	Estado hostil ao acordar.....	215
Gráfico 52	Motivação ao acordar.....	217
Gráfico 53	Sociabilidade ao acordar.....	219
Gráfico 54	Alteração psíquica.....	221
Gráfico 55	Cansaço ao despertar.....	223
Gráfico 56	Fraqueza ao despertar.....	225
Gráfico 57	Atividade ao acordar.....	227
Gráfico 58	Dor de cabeça ao despertar.....	229
Gráfico 59	Tensão muscular ao acordar.....	231
Gráfico 60	Tontura ao despertar.....	233
Gráfico 61	Tremor ao despertar.....	235
Gráfico 62	Sede ao despertar.....	237
Gráfico 63	Enjôo ao despertar.....	239
Gráfico 64	Desconforto gástrico ao despertar.....	241

Gráfico 65	Salivação ao despertar.....	243
Gráfico 66	Sudorese ao despertar	245
Gráfico 67	Turvação visual ao despertar.....	247
Gráfico 68	Desejo de evacuar ao despertar.....	249
Gráfico 69	Dificuldade em respirar ao despertar.....	251
Gráfico 70	Dificuldade para urinar ao despertar.....	253
Gráfico 71	Taquicardia ao despertar.....	255
Gráfico 72	Alterações físicas.....	256

LISTA DE ANEXOS

	<i>Pág.</i>
Anexo I Núcleo de atendimento dos transtornos de ansiedade.....	283
Anexo II Escala de auto avaliação depressão - Beck.....	285
Anexo III Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton (Ham A).....	291
Anexo IV Escala de Hamilton para avaliação de depressão (Ham D 21 itens)....	293
Anexo V Escala de ansiedade - Sheehan.....	299
Anexo VI Miniquestionário de sono.....	303
Anexo VII Questionário escandinavo básico de sono.....	305
Anexo VIII Questionário de auto avaliação de sono.....	311
Anexo IX Termo de consentimento.....	315
Anexo X Consentimento.....	317

RESUMO

PALAVRAS-CHAVE: sono, distúrbios do sono, transtornos do pânico, insônia.

OBJETIVO: O objetivo do presente estudo é avaliar os distúrbios do sono encontrados em uma amostra de pacientes com transtornos do pânico (segundo critério diagnóstico do DSM-IV). O transtorno do pânico (TP) ocorre em cerca de 3% da população. Os transtornos do sono (TS) podem ocorrer em até 70% dos pacientes com TP. Com frequência, há dificuldade em iniciar e manter o sono.

INTRODUÇÃO: O NATA – Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade, foi constituído com o objetivo de atender pacientes ambulatoriais com distúrbios ansiosos.

O paciente com TP queixa-se de sono não reparador, apresenta aumento no tempo de movimentação e um maior número de movimentos corporais no estágio 2. Podem ocorrer também ataques de pânico noturnos. Estes se caracterizam por despertar abrupto com manifestações típicas de pânico. Os ataques podem ocorrer em 40% a 69% dos portadores de TP, o que corresponde a 8% ou 18% dos ataques espontâneos de pânico. Os pacientes que apresentam ataques noturnos com frequência igual ou superior aos ataques diurnos são de 4%. A maior parte dos ataques de pânico noturnos sobrevêm 2 à 3 horas após o início do sono, no fim do estágio 2 ou início do estágio 3. Podem também ocorrer no estágio 1, logo no início do sono e repetir diversas vezes durante a noite.

PACIENTES: Casuística: 200 pacientes, (+/- 39 anos); Prevalência (4F:1M); Escolaridade - primeiro grau (66,6%); Casados (50%).

MÉTODO: Instrumentos utilizados: Escalas de avaliação Hamilton (Ansiedade e Depressão) Escalas de avaliação Sheehan (Ansiedade) Inventário para depressão de Beck Mini-Sleep Questionnaire (MSQ) Basic Nordic Sleep Questionnaire (BNSQ) Questionário de Auto Avaliação de Sono. Período de avaliação: Março de 2002 à julho 2004. Foram aplicadas as escalas de Beck e de Hamilton para depressão, assim como as escalas de Sheehan e Hamilton para ansiedade. Foram registrados os antecedentes pessoais e familiares, fatores de estresse e questionário do sono. Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética, e os pacientes preencheram o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS: Qualidade do sono:

Inventário para depressão de Beck: 36,42% referiram fadiga ao despertar, 20,71% despertavam durante a noite e 24,28% apresentavam dificuldade na indução do sono; a Escala de avaliação de ansiedade Hamilton A, referiram dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga ao acordar, sonhos penosos, pesadelos, terror noturno: intensidade leve 10,27%, intensidade média 16,43% , intensidade forte 33,56% e intensidade máxima 19,17%; na Escala de ansiedade de Sheehan quando questionados sobre dificuldade na indução do sono, apresentaram as seguintes respostas: 12,31% (um pouco), 12,31% (moderado), 18,84% (acentuado), 21,01% (demasiado) e quando questionados sobre o despertar durante o sono ou sono inquieto responderam: 14,18% (um pouco), 13,47% (moderado), 23,40% (acentuado) e 24,82% (demasiado); na Escala de avaliação para depressão Hamilton D os resultados foram: 56,54% para insônia inicial, 61,85% para insônia intermediária e 56,15% para insônia tardia.

CONCLUSÃO: Analisando a qualidade do sono em pacientes com pânico, observamos a insônia, a fadiga diurna, sono fragmentado e despertares abruptos ocorrendo em 75%. A OMS recomenda atenção a este tipo de problema, pois compromete a qualidade de vida.

ABSTRACT

UNIVERSITY HOSPITAL, STATE UNIVERSITY OF CAMPINAS
UNICAMP SP - BRAZIL

ANXIETY DISORDER TREATMENT CENTER – NATA

DEPARTMENT OF MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY

OBJETIVE:

The goal of the present study is to evaluate the sleep disorder found in a sample group of patients with Panic Disorder, according to DSM-IV criteria (8), as well as to describe its main characteristics.

SUMMARY:

Also, it proposes to determine the relationship among variables (sleep parameters and measures of sleep duration) and degree of severity of the panic disorder. Panic disorder (PD) occurs within 3% of the population. Sleep disorder (SD) may occur to about 70% of patients with PD. Frequently there is difficulty in starting and maintaining sleep (initial and intermediary insomnia). Insomnia can be related to the high co morbidity associated with PD, that is, associated with generalized anxiety disturb, depressive estates or dependence to alcohol.

The patient with PD complains of unsatisfactory sleep and presents a greater number of body movements at stage 2. There may also occur sleep panic attacks. There are characterized by sudden awakening with typical manifestations of panic. The patient may not wish to go back to sleep.

The attacks may occur with 40% (6) to 69% of PD carriers, what corresponds to 8 to 18 percent of spontaneous panic attacks. And, 4 % of the patients present nocturnal attacks with equal or greater frequency to diurnal attacks. Most of the nocturnal panic attacks take place 2 or 3 hours after start of sleep, at the end of stage or beginning of stage 3. The may also occur at stage 1, at the very start of sleep, and repeat many times during the night period. In the next day there is a vivid memory of the episode, what contributes to the differential diagnose to nocturnal terror.

PATIENTS AND METHODS:

Period March 2002 at July 2004, PD patients (N: 200), mean age (+/-39), 4F: 1M, 50% married, 66,6% primary school.

Evaluated by:

Hamilton Scales of Anxiety and Depression, Sheehan Scale of Anxiety, Beck scale of Depression,

Inventory Mini-Sleep Questionnaire (MSQ), Basic Nordic Sleep Questionnaire (BNSQ)

Questionnaire of Auto Evaluation of Sleep.

RESULTS:

Scales of Depression and Anxiety , Diurnal fatigue:Beck: 36,42%; H A: 79,43%; Sheehan: 75,87%

Insomnia:Beck: 24,28%; H A: 79,43%; Sheehan: 64,47%, H D: 56,54%

Fragmented sleep:Beck: 20,71%; H A: 79,43%; Sheehan: 75,87%

Scales of Sleep obtained results of analysis, with prevalence for:

Insomnia (64,4%), Diurnal fatigue (79,43%), Fragmented sleep (78,87%)

CONCLUSION:

By analyzing the quality of sleep in carriers of panic disorder, we observe insomnia, diurnal fatigue, fragmented sleep and sudden awakenings occurring with patients with anxiety as a predominant factor. And, 75% presented one or more of the sleep alterations here described. This study has shown a prevalence of sleep disorder in patients with panic. WHO recommends attention to this type of problem, for it affects the quality of life.

O pavor e a angústia andam dançando....

Um sino grita o morrer dos poentes

Na meia noite de hoje, soluçando,

Que presságios sinistros e dolentes...!

Florbelá Espanca

1- INTRODUÇÃO

A ciência e a sensibilidade, estão se combinando para transpor as dificuldades reais em relação à atenção e à cura em saúde mental. Isso porque existe uma nova compreensão que oferece uma esperança real aos mentalmente enfermos: - a compreensão de como fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais se unem para causar doenças da mente e do cérebro e a compreensão de como são realmente inseparáveis a saúde mental e a física, e de como é complexa e profunda a influência de uma sobre a outra.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) fez uma declaração muito simples: a saúde mental – negligenciada por demasiado tempo – é essencial para o bem estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz (12).

Não sabemos quantas pessoas estão recebendo a atenção de que necessitam, que está disponível e pode ser obtida sem um custo elevado. As estimativas iniciais indicam que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem transtornos mentais ou neurobiológicos, ou então problemas psicossociais como os relacionados com o abuso do álcool e das drogas. Muitas sofrem em silêncio e além da ausência de atenção encontram-se as fronteiras da discriminação, da vergonha, da exclusão e, mais freqüentemente do que desejaríamos reconhecer, da morte. Rara é a família poupada de conviver com pelo menos um membro acometido de transtornos mentais.

Os transtornos mentais resultam de muitos fatores e têm a sua base física no cérebro. Sabemos que eles podem afetar a todos, em toda parte. E, sabemos que, mais freqüentemente do que se pensa, podem ser tratados eficazmente. Dispomos dos meios e do conhecimento científico para ajudar os portadores de doenças mentais e cerebrais, mas os governos têm-se mostrado desidiosos, com a saúde pública. Por acidente ou por desígnio, todos nós somos responsáveis por essa situação.

Como a principal instituição mundial de saúde pública, a OMS tem apenas uma opção, assegurar que a nossa geração seja a última a permitir que a vergonha e o estigma tomem a frente da ciência e da razão (20). A OMS procura despertar a consciência do público e dos profissionais para o real ônus dos transtornos mentais e seus custos em termos humanos, sociais e econômicos. Ao mesmo tempo, empenha-se em ajudar a

transpor as barreiras, especialmente, a da discriminação e a da insuficiência dos serviços que impedem milhões de pessoas em todo o mundo de receber o tratamento de que necessitam.

A OMS possui um conjunto de recomendações de longo alcance que cada país pode adaptar de acordo com suas necessidades e seus recursos. São as seguintes as dez recomendações para ação:

1) PROPORCIONAR TRATAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O manejo e o tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária é um passo fundamental que possibilita ao maior número possível de pessoas ter acesso mais fácil e mais rápido aos serviços. Isso não só proporciona uma atenção melhor como também reduz o desperdício resultante de exames supérfluos e de tratamentos impróprios ou não específicos. Para que isso aconteça, porém, é preciso que os profissionais de saúde recebam treinamento nas aptidões essenciais da atenção em saúde mental.

Esse treinamento garante o melhor uso dos conhecimentos disponíveis para o maior número de pessoas e possibilita a imediata aplicação de intervenções. Assim, a saúde mental deve ser incluída nos programas de formação, com cursos de atualização destinados a melhorar a efetividade no manejo de transtornos mentais.

2) GARANTIR O ACESSO AOS PSICOTRÓPICOS

Devem ser fornecidos e estar constantemente disponíveis medicamentos psicotrópicos essenciais em todos os níveis da atenção à saúde. Esses medicamentos podem atenuar sintomas, reduzir a incapacidade, abreviar o curso de muitos transtornos e prevenir recorrências.

Muitas vezes, eles proporcionam o tratamento de primeira linha, especialmente em situações nas quais não estão disponíveis intervenções psicossociais nem profissionais altamente capacitados.

3) GARANTIR ATENÇÃO NA COMUNIDADE

A atenção baseada na comunidade tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais. Os serviços da base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento.

4) EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO

Devem ser lançadas em todo país campanhas de educação e sensibilização do público sobre a saúde mental. A meta principal é reduzir os empecilhos ao tratamento e à atenção, aumentando a consciência da frequência dos transtornos mentais, sua susceptibilidade ao tratamento, o processo de recuperação e os direitos humanos das pessoas com tais transtornos.

5) ENVOLVER AS COMUNIDADES, AS FAMÍLIAS E OS USUÁRIOS

As intervenções devem levar em conta a idade, o sexo, a cultura e as condições sociais, a fim de atender às necessidades das pessoas com transtornos mentais e de suas famílias.

6) ESTABELECEM POLÍTICAS, PROGRAMAS E LEGISLAÇÃO NACIONAIS.

7) FORMAR RECURSOS HUMANOS

Aprimorar a formação de profissionais para a saúde mental, que darão atenção especializada e apoiarão programas de atenção primária de saúde.

8) CRIAR VÍNCULOS COM OUTROS SETORES

Outros setores além da saúde, como educação, trabalho, previdência social e direito, bem como certas organizações não governamentais, devem ter participação na melhoria da saúde mental das comunidades.

9) MONITORIZAR A SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE

A saúde mental das comunidades deve ser monitorizada mediante a inclusão de indicadores de saúde mental aos sistemas de informação e notificação sobre saúde, sendo necessária para verificar a efetividade dos programas de prevenção e tratamento de saúde mental, e fortalece, ademais, os argumentos em favor da provisão de mais recursos.

10) DAR MAIS APOIO À PESQUISA

Há necessidade de mais pesquisas sobre os aspectos biológicos e psicossociais da saúde mental a fim de melhorar a compreensão dos transtornos mentais e desenvolver intervenções mais efetivas, visando um conhecimento maior dos fatores que influenciam a causa, a evolução e o resultado dos transtornos mentais.

A importância da saúde mental é reconhecida pela OMS desde sua origem e está refletida na sua definição de saúde, como não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas como um estado de completo bem estar físico, mental e social. A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estritamente entrelaçados e profundamente interdependentes (20).

Durante a segunda metade do século XX, ocorreu uma mudança no paradigma da atenção em saúde mental, devido em parte ao progresso significativo na psicofarmacologia, bem como o desenvolvimento de novas formas de intervenções psicossociais, e, a incorporação de um elemento mental no conceito de saúde definido pela recém criada OMS (48).

Os resultados em saúde mental devem ser monitorizados e analisados, para que as decisões possam ser continuamente ajustadas para fazer face aos novos desafios.

Os avanços científicos realizados no tratamento de transtornos mentais significam que a maioria dos indivíduos e famílias pode receber ajuda. Além do tratamento e da reabilitação efetiva, há estratégias disponíveis para prevenção de certos transtornos.

Para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e a social constituem padrões de vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países.

Hoje, milhões de pessoas sofrem transtornos mentais ou de comportamento, mas apenas uma minoria recebe o tratamento básico. Em termos globais, muitos se transformam em vítimas por causa da sua doença e se convertem em alvos de estigma e discriminação.

Os transtornos mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo. Esse crescente ônus vem representar um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos (48).

I - PARA COMPREENDER A SAÚDE MENTAL

Estudiosos de diferentes culturas dão diferentes definições à saúde mental. Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa (41).

II - AVANÇOS EM NEUROCIÊNCIAS

A compreensão da estrutura e do funcionamento do cérebro evoluiu nos últimos 20 anos, com os adventos da Tomografia Computadorizada em 1981 e da Ressonância Magnética Nuclear em 1991. À medida que prossegue a revolução molecular, ferramentas como a neuroimagem e a neurofisiologia estão permitindo aos investigadores observar o funcionamento do cérebro humano vivo enquanto sente e pensa. Usadas em combinação com a neurociência cognitiva, as técnicas de imagem tornam cada vez mais possível identificar as partes específicas do cérebro usadas para diferentes aspectos do pensamento e da emoção.

O cérebro tem a responsabilidade de combinar informações genéticas, moleculares e bioquímicas com informações procedentes do mundo. Mais de cem neurotransmissores comunicam-se através das mais de cem trilhões de sinapses. Estes circuitos dão lugar a complexos processos mentais e comportamentais (42).

Após o parto e durante toda vida, experiências de todos os tipos têm o poder não só de produzir comunicação imediata entre neurônios como também de desencadear processos moleculares que remodelam as conexões sinápticas.

Esse processo, descrito como plasticidade sináptica, modifica, literalmente, a estrutura física do cérebro. Podem ser criadas sinapses novas, removidas outras sinapses, ou ainda fortalecer assim como enfraquecer as já existentes. O resultado é a modificação do processamento de informações dentro do circuito para acomodar a nova experiência (39).

A integração dos resultados das pesquisas com neuroimagem, neurofisiologia, biologia molecular e o uso das informações gênicas, deverão levar a uma compreensão maior da base funcional do aparelho mental normal e anormal, bem como ao desenvolvimento de tratamentos mais eficazes (24).

III - AVANÇOS NA MEDICINA DO COMPORTAMENTO

A medicina do comportamento é uma ampla área interdisciplinar que tem por centro a integração dos conhecimentos das ciências comportamentais, psicossociais e biomédicas pertinentes à compreensão da saúde e das doenças.

Nos últimos 20 anos, no campo da medicina comportamental, o crescente avanço tecnológico dos diagnósticos, evidencia a estreita relação entre mente e cérebro, tornando-os indissociáveis (24).

IV- O CUSTO SOCIAL DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Os transtornos mentais e comportamentais ocorrem comumente e afetam mais de 25% da população em alguma fase da vida, são também universais, afetando as pessoas de todos os países e sociedade, indivíduos de todas as idades, mulheres e homens, ricos e

pobres, gente de áreas urbanas e rurais, exercendo impacto econômico sobre as sociedades e sobre o padrão de vida das pessoas e das famílias. Aproximadamente 20% de todos pacientes atendidos por profissionais de atenção primária de saúde têm um ou mais transtornos mentais e comportamentais. Uma ou mais famílias provavelmente terão pelo menos um membro. Essas famílias proporcionam não somente apoio físico e emocional, mas arcam também com impacto negativo do estigma e da discriminação. Já se estimou que, em 1990, os transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis por 10% do total de AVAI (*Grau de Incapacidade Ajustada por Ano de Vida*) perdidos em conseqüências de todas as doenças e lesões. Essa proporção chegou a 12% em 2002. Até 2020, projeta-se um crescimento da carga representada por esses transtornos pra 15%.

V - IDENTIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS

Entendem-se como transtornos mentais e comportamentais condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento.

Para serem categorizadas como transtornos, é preciso que essas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida.

Os transtornos mentais e comportamentais caracterizam-se também por sintomas e sinais específicos e geralmente seguem um curso natural mais ou menos previsível, a menos que ocorram intervenções.

VI - DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS

Os transtornos mentais e comportamentais são identificados e diagnosticados com métodos clínicos semelhantes aos que se utilizam para transtornos físicos. Esses métodos incluem uma cuidadosa anamnese colhida do indivíduo e de outros,

inclusive a família; um exame clínico sistemático para definir o status mental; e as indicações para os testes e investigações especializadas.

Registraram-se nas últimas décadas avanços na padronização da avaliação clínica e no aumento da confiabilidade dos diagnósticos. Graças a esquemas estruturados de entrevistas, definições uniformes de sinais e sintomas, critérios padronizados de diagnóstico é possível, hoje em dia, atingir alto grau de credibilidade e validade no diagnóstico de transtornos mentais. Os esquemas estruturados e as listas de verificação de sinais e sintomas permitem aos profissionais de saúde mental levantar informações usando perguntas padronizadas e respostas codificadas.

Os sinais e sintomas foram definidos para permitir uma aplicação uniforme. Finalmente, os critérios de diagnóstico para transtornos mentais foram padronizados internacionalmente. Atualmente é possível diagnosticar transtornos mentais de forma tão precisa quanto a maioria dos transtornos físicos.

VII - PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS

Análises fornecidas recentemente pela OMS mostram que condições neuropsiquiátricas que abrangiam certo número desses distúrbios acusaram uma prevalência cerca de 10% para adultos (Carga Global de Doenças – CGD - 2000). Estimou-se em 450 milhões de pessoas que sofriam afecções neuropsiquiátricas.

Essas afecções compreendiam transtornos depressivos unipolares, transtornos afetivos bipolares, esquizofrenia, epilepsia, transtornos devido ao uso de álcool e determinadas drogas, doença de Alzheimer e outras demências, estado de estresse pós-traumático, transtornos obsessivo e compulsivo, transtorno de pânico e insônia primária.

A maioria dos estudos chegou à conclusão de que a prevalência geral de transtornos mentais é aproximadamente a mesma no sexo masculino e no feminino. As diferenças porventura existentes são explicadas pelo perfil hormonal de cada gênero, o que acarreta uma distribuição diferencial dos transtornos.

“Então, do que o doente tem medo? De divagar, de gritar, de cair, de ter tonturas, de desmaiar, de ser vítima de uma apoplexia, de ser considerado um covarde, de ser motivo de zombaria, de passar por louco, de desaparecer para sempre, de cair no nada, mas, mais freqüentemente, ele tem medo... de ter medo.”

Legrand du Saulle (1878)

2- AS TEORIAS BIOLÓGICAS DO TRANSTORNO DE PÂNICO

Desde o fim do século XIX, o clássico manual de psicologia de Willian James propunha uma teoria segundo a qual a angústia era uma resposta aos estímulos fisiológicos periféricos, tais como a taquicardia e a taquipnéia. A angústia seria devida à percepção dos processos corporais autônomos. Essa teoria teve grande repercussão nas pesquisas posteriores, levando a tentativas de especificar o papel psicofisiológico dos diferentes componentes corporais dos fenômenos de angústia (45). Após essa perspectiva aberta por James, seus colaboradores estudaram outras variáveis fisiológicas importantes implicadas nos estados ansiosos, tais como a frequência cardíaca, a condução elétrica da pele, as mudanças da circulação sanguínea, as alterações hormonais, glandulares, entre outras, conduzindo a um quadro complexo das modificações fisiológicas ansiosas e, às teorias fisiopatológicas da angústia.

Em 1937, White demonstrou que os pacientes ansiosos, apresentaram, durante os estados de angústia, uma frequência cardíaca mais acelerada que a dos sujeitos normais (59). Ainda em 1937, Ken introduziu o conceito de “síndrome de hiperventilação”(45).

Dois anos mais tarde Soley e Schock propuseram que a hiperventilação involuntária e a alcalose respiratória, que dela resulta, poderiam dar conta de todas as manifestações de “coração do soldado” e da “síndrome de esforço”. A partir desses trabalhos, toda uma série de teorias e de procedimentos experimentais, foram desenvolvidos para esclarecer as relações estreitas entre as crises de angústia e a hiperventilação (59 e 35).

Em relação ao transtorno de pânico, Liebowitz et al., apresentaram evidências de que os pacientes com este diagnóstico teriam tendência a desenvolver uma hiperventilação crônica em relação aos indivíduos normais, conduzindo a um estado de alcalose respiratória crônica e à subsequente sensação de sufocação, desencadeando assim o ataque de pânico (35).

Os estudos de Pitts & Mclure (46) tiveram uma grande importância no desenvolvimento das hipóteses biológicas sobre o transtorno de pânico. Em 1967, esses dois investigadores publicaram seus resultados sugerindo uma relação causal entre o

aumento das taxas de íons lactato sérico e os estados ansiosos. O aumento das taxas de lactato levaria a uma redução do cálcio nas membranas excitáveis das terminações neuronais, o que seria então o elemento central para a instalação do estado ansioso.

À origem da criação da nova categoria de *PANIC DISORDER* encontram-se nos trabalhos de Donald Klein sobre as ações clínicas da Imipramina, publicados no início dos anos sessenta. As observações que conduziram este psiquiatra da Universidade de Columbia a propor um novo quadro nosológico para os distúrbios ansiosos, foram por ele apresentadas em um célebre artigo (32), publicado em 1980. Klein relata que desde o final dos anos 50, certamente sob a influência das descobertas europeias da ação antipsicótica da Clorpromazina, vinha realizando pesquisas clínicas para estabelecer o perfil de ação de uma nova substância psicotrópica de então: a Imipramina (30).

O fato desta, tal como a Clorpromazina, ser uma molécula derivada de uma modificação estrutural das Fenotiazinas, trazia uma expectativa de que ela também demonstrasse ação antipsicótica (32).

Klein relata que estava estudando um grupo de pacientes hospitalizados que apresentava sintomas ansiosos particularmente intensos, a maioria deles merecendo o diagnóstico genérico de Agorafobia. Não apresentavam nem alucinações nem delírios, apenas medos infundados de freqüentar lugares abertos ou de onde não pudessem sair rapidamente (32).

Foi com expectativa que Klein iniciou um estudo-piloto com pacientes do grupo que tinha sob sua responsabilidade e que se apresentaram como voluntários para testar a eficácia clínica da Imipramina.

Após a terceira semana de tratamento, nem pacientes, nem equipe terapêutica haviam notado qualquer modificação nítida no estado global dos enfermos. Contudo, diz Klein, outros membros da equipe estavam otimistas. Um atendente observou que antes do estudo-piloto, muitos pacientes corriam desesperados aos postos de enfermagem duas ou três vezes por dia, queixando-se de uma sensação de estarem morrendo e pedindo socorro urgente.

As enfermeiras tentavam acalmá-los e sentavam-se junto a eles até que se sentissem melhor. O grupo observou, então, que esse tipo de comportamento tão freqüente, havia praticamente desaparecido. Progressivamente, a melhora era evidente aos olhos de todos. Os pacientes pareciam aliviados e demonstravam maior autonomia em suas atividades rotineiras.

Em 1962, Klein & Fink, relataram sua experiência clínica com a Imipramina em duzentos e quinze pacientes com diagnósticos dos mais diversos. Nele, os autores descreveram oito padrões de resposta, sendo três favoráveis e cinco desfavoráveis. Entre os favoráveis, aparece um de particular interesse, denominado resposta de redução da ansiedade episódica. Os indivíduos apresentavam, antes do tratamento, um quadro clínico caracterizado, sobretudo, pela instalação súbita de crise intensa de ansiedade acompanhada de taquicardia e taquipnéia, sensação de sufocamento, palpitações, tonturas, opressão torácica, vivências de despersonalização e sensação de morte iminente (30).

Na medida em que os ataques se repetiam, suas atividades se restringiam progressivamente até o ponto de não conseguirem mais ficar sozinhos. A Agorafobia era extremamente freqüente, embora o temor dos pacientes estivesse mais relacionado à possibilidade de não encontrarem socorro em caso de novo ataque, do que de espaços abertos, tal como explicitado na definição clássica da *PEUR DES ESPACES*, de Legrand Du Saulle. Ao longo prazo, com o tratamento, o sintoma AGORAFÓBICO tendia a desaparecer (53).

A descrição da experiência do pânico encontra um obstáculo de grande importância: as palavras faltam durante o ataque. Na crise de pânico, o desamparo e o desespero do indivíduo são tais que toda tentativa de comunicação com ele parecem fadadas ao fracasso. Dispomos de um testemunho com verbalizações fragmentadas, expressas durante a crise e, principalmente, relatos tardios feitos por alguém que não mais está em pânico. Portanto, o ataque de pânico é uma condição afetiva da mais extrema angústia, acompanhada de sintomas físicos intensos, cuja instalação é súbita e freqüentemente inexplicável.

No entanto, para estabelecer o diagnóstico de transtorno de pânico, os ataques devem apresentar certas características peculiares, como, devem aparecer de forma inesperada, não advir imediatamente antes ou durante a exposição a situações que quase sempre causaram angústia, ao menos durante um certo período do desenvolvimento do transtorno. Em geral, tal como é apresentado no transtorno de pânico, um ataque de pânico começa por um estado de inquietude que aumenta rapidamente em intensidade, em um crescendo que vai até o extremo terror.

O indivíduo se encontra, então, em uma condição de completo desespero, como se fosse vítima de um mal-estar físico súbito e muito intenso. O fato de que os médicos que trabalham em pronto-socorros figuram entre os que têm mais experiência clínica desse tipo de situação, não se deve ao acaso. O paciente durante o ataque experimenta uma sensação de estar morrendo, de ficar louco, medo de perder o controle de si e de cometer ações desesperadas. Entretanto, diferente do terror, estado que paralisa o indivíduo, o pânico é mobilizador, o paciente movimenta-se sem cessar, de forma mais ou menos aleatória, anda de um lado para outro, pede incessantemente ajuda. Experimenta assim, uma terrível sensação de morte iminente acompanhada por esta inquietação psicomotora intensa e inútil. Quadro semelhante, descrito pelos pacientes, como uma pessoa que não sabendo nadar se encontra afogando em mar aberto: ela se debate.

Freqüentemente, os ataques são acompanhados por estados de desrealização e/ou despersonalização e por manifestações de desorganização mental, podendo chegar ao estupor.

Quanto ao caráter terrificante desta experiência, pode-se dizer que há uma temporalidade própria ao pânico, que a distingue da simples angústia. Nesta última, o indivíduo se encontra na espera de um sofrimento, de um perigo indefinido que está diante dele, isto é, situado em algum lugar em um futuro mais ou menos próximo. O paciente pode eventualmente expressá-lo através de uma frase como “eu tenho a sensação de que alguma coisa terrível vai me acontecer”. No momento do ataque de pânico, ao contrário, não é o futuro que está em questão. O indivíduo se sente, neste mesmo lugar, engolido por uma situação terrível que lhe está acontecendo. Situação essa sempre indefinível, mas presente agora e não se situa em relação a um fim, a uma possível saída no

futuro. Trata-se de um presente absoluto, onde o perigo está lá enquanto tal; durante um instante, ele é vivido como eterno, sem fim.

Desta forma, não nos surpreende o alívio que testemunha um indivíduo, vítima destas crises, pelo menos em um primeiro momento, ao ouvir de seu médico o diagnóstico de transtorno de pânico, trata-se então de uma doença, e finalmente, seu tormento foi enfim desvendado.

No ataque de pânico, as manifestações físicas da angústia, tais como observamos no quadro do transtorno de pânico, são exuberantes. Os sintomas cardiorespiratórios são particularmente intensos e contribuem para aumentar a impressão de catástrofe física em curso, como: palpitações, taquicardia, dor na região peitoral, sensação de sufocamento, asfixia. Sendo esta última descrita como uma incapacidade de respirar a quantidade de ar suficiente e necessária, embora os pulmões estejam já em inspiração máxima. A sensação de estar com a garganta apertada é também freqüente.

O sujeito em pânico sente, de forma característica, uma instabilidade do equilíbrio, ele tem a impressão de cair sem parar como se o chão se abrisse sob seus pés. Pode também ter vertigens e tonturas, tremores por todo corpo, assim como parestesias, fraqueza nas pernas e formigamentos.

Outros sintomas do sistema nervoso autônomo são igualmente freqüentes como boca seca, sudorese, sintomas gastrointestinais como a diarreia, náuseas ou dores abdominais. Observa-se que os pacientes durante o ataque podem sentir a necessidade de urinar. Estão também presentes: a fadiga, a irritabilidade, a tensão muscular, ondas de frio e de calor que percorrem o corpo. Todos esses sintomas combinam-se sob formas e intensidades variáveis, mas, uma certa quantidade deles está sempre presente. Os ataques têm uma duração variável, podendo ir de alguns minutos a várias horas. Na maioria das vezes, duram em média entre 5 a 30 minutos, desaparecendo gradualmente e por si mesmos, sem uso de medicamentos.

O pânico pode manifestar-se quando o indivíduo está sozinho ou o que é muito freqüente, durante o sono. Cerca de 70% dos pacientes com pânico, apresentam ataques de pânico durante o sono. Aliás, os estudos eletroencefalográficos mostram que a maioria dos

ataques de pânico, que sobrevêm durante o sono se produz nos estágios II ou III, e que, do ponto de vista fenomenológico, não são essencialmente diferentes dos ataques observados em pacientes despertos (21).

Com o passar do tempo, os ataques tendem a se repetir em intervalos variáveis. Contudo o primeiro ataque torna-se um marco. A partir de então, começa uma longa peregrinação passando por diferentes especialistas sempre sem resultados. Os pacientes ficam cada vez mais angustiados e o conteúdo essencial de suas angústias é o temor de serem surpreendidos, mais uma vez, por um novo ataque, diante do qual sentem-se, finalmente, impotentes. O ataque de pânico torna-se uma preocupação em si mesmo.

Nos estados crônicos, os sintomas Agorafóbicos e Hipocondríacos tornam-se mais pronunciados. Frequentemente, o paciente permanece em casa, com um acompanhante, que só muito raramente o deixa desacompanhado. Geralmente acabam por romper seus laços profissionais e sociais. São comuns os estados depressivos, o abuso de álcool e os sentimentos da mais profunda desmoralização. Um estudo de 1982 sugeriu, aliás, uma frequência muito maior de suicidas nesse grupo de pessoas que na população em geral. Posteriormente, outros trabalhos corroboram a proposição de um risco maior de suicídio e de tentativa de suicídio entre esses pacientes (37 e 38).

I - A EPIDEMIOLOGIA DO TRANSTORNO DE PÂNICO

No plano epidemiológico, o estudo mais importante do transtorno de pânico é o do *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECAS) (49) que, a partir de 1982, entrevistou mais de 18.500 adultos em cinco comunidades americanas. Este estudo observou que 9,3% dos entrevistados tiveram ataques de pânico isolados ao menos uma vez ao longo de suas vidas, 3,6% tiveram ataques de pânico sem preencher todos os critérios do transtorno de pânico e, finalmente, aproximadamente, 1,5% apresentou o transtorno de pânico segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV em um dado momento de suas vidas.

Na Europa, um estudo equivalente conduzido com critérios de inclusão menos restritos, indica a prevalência do transtorno de pânico em 11% das mulheres e em 7% dos homens (49). Essa observação de que uma maior proporção de mulheres que de homens é atingida pelo transtorno de pânico é, aliás, mundialmente confirmada (61). Uhlenhuth (55), por exemplo, estudando um grupo de 3000 pessoas, encontrou uma proporção mulheres/homens para Agorafobia com ataques de pânico de, aproximadamente: 3,5:1.

Discutindo a importância médico-social do transtorno de pânico, Marcio Bernik & Francisco Lotufo Neto (3), apresentam um quadro referente aos estudos mais importantes sobre a prevalência do transtorno de pânico. Os resultados mostram uma prevalência variando entre 0,4 e 3,1% da população.

Um outro estudo de relevância, realizado em 1985 nos Estados Unidos, com três mil pessoas, mostrou uma prevalência dos ataques de pânico na população em geral, de aproximadamente 3% em um período de seis meses (56). Este mesmo estudo observou que quanto à prevalência do transtorno de pânico no contexto dos serviços primários de saúde pública foi de 1,4% do total dos pacientes atendidos.

Katon et cols, 1986 (29), obtiveram uma prevalência de 6,7% nos pacientes que se consultaram nos serviços de atendimento primário. Estes estudos mostram que, do ponto de vista epidemiológico, longe de ser uma entidade rara, o transtorno de pânico é uma condição frequente e que incita as pessoas, que dele sofrem, a procurar ajuda médica (6).

Ao mesmo tempo, o transtorno de pânico está associado ao declínio da performance do indivíduo em certas atividades sociais e a um maior risco de dependência econômica (28). No que se refere a esta perda econômica e social, um estudo (26) constatou que 53% dos pacientes nos quais foi diagnosticado o transtorno de pânico, não trabalhavam no momento da entrevista e que 43% dentre eles estavam inaptos ao trabalho ao longo de períodos que variavam entre um mês e 25 anos.

Trata-se de uma condição psicopatológica que tem forte repercussão nos planos, individual, social, econômico e de saúde pública (14).

O transtorno de pânico ocorre em cerca de 3% da população (26). As características essenciais são os ataques paroxísticos e recorrentes de ansiedade significativa. Um episódio clássico inicia-se com súbita sensação de apreensão, medo ou terror. O paciente logo imagina que algo terrível esteja lhe acontecendo, que vai perder a razão, desmaiar ou que lhe esteja ocorrendo um problema clínico grave. Este pensamento é baseado na intensa sintomatologia somática: sudorese, parestesias, mãos frias, dor ou desconforto precordial, tontura, vertigem ou instabilidade, ondas de calor ou de frio, tremor, tensão muscular, cefaléia e sintomas gastrointestinais (45).

II - FISIOPATOLOGIA

Quanto ao aspecto neuroquímico, os principais sistemas envolvidos na fisiopatologia dos ataques de pânico são o Noradrenérgico, o Serotonérgico e o Gabaérgico.

1- Modelo Noradrenérgico

Drogas que reduzem a transmissão noradrenérgica (por exemplo: clonidina, opióides, benzodiazepínicos - BDZ, antidepressivos triciclos) apresentam ação sedativa ansiolítica. Por outro lado, a estimulação elétrica do *Locus ceruleus* produz uma resposta de fuga, em animais interpretada como semelhante a um ataque de pânico. Um importante mecanismo regulatório, da liberação de noradrenalina (NA), é o receptor alfa-2 pré-sináptico, atuando através de um mecanismo de retroalimentação negativa. O conjunto dessas observações, resultou na hipótese de que os ataques de pânico seriam desencadeados pelo aumento de disparos do *Locus ceruleus* (17).

Em apoio a essa hipótese, estudos da sensibilidade do receptor “alfa-2” em pacientes com pânico e no grupo controle, demonstraram aumento da resposta a agonistas e antagonista, indicando supersensibilidade desse receptor em pacientes com pânico. Entretanto, algumas evidências contradizem essa hipótese. A principal crítica é que o *Locus ceruleus* é, na verdade, um mediador de alerta e não de ansiedade, pois sua estimulação elétrica não produz reação de pânico em humanos.

É possível que a ação do Gás Carbônico (CO²) se dê através da estimulação direta do sistema noradrenérgico. Sabe-se que o CO² produz a estimulação direta do sistema noradrenérgico e que também produz aumento, dose-dependente, no disparo do *Locus ceruleus*. Essa descarga seria responsável pelos sintomas autônomos dos ataques de pânico induzidos tanto por CO² quanto pelo lactato (Gorman & cols., 1989) (19).

2- Modelo Serotonérgico

A serotonina é o principal neurotransmissor do Núcleo Mediano da Rafe (NMR), importante estrutura ligada às respostas de defesa. Antidepressivos que aumentam a biodisponibilidade de Serotonina (5HT) no SNC, como clomipramina, fluvoxamina, fluoxetina, atuam favoravelmente no transtorno de pânico. Drogas sem ação nesse neurotransmissor (como a maprotilina e a bupropiona) são ineficazes. Existem evidências de que a Substância Cinzenta Periaqueductal (SCP), o hipotálamo medial e a amígdala formam um sistema coordenado que é ativado por estímulos dolorosos ou estímulos inatos de medo, levando o animal a executar comportamento do tipo luta ou fuga, acompanhado de alterações autonômicas e hormonais. Deakin e Graeff (1991) sugerem que a via serotonérgica originando-se no núcleo dorsal da rafe e projetando-se para a SCP atuaria inibindo a resposta à ansiedade incondicionada, que estaria ligada ao pânico. Os benzodiazepínicos teriam ação antipânico por ação Gabaérgica neste centro, enquanto os antidepressivos facilitariam sua inibição por vias Serotonérgicas a partir do núcleo mediano da Rafe. Segundo este modelo, a ansiedade antecipatória seria equivalente a ansiedade condicionada em animais e seria mediada pela via serotonérgica que se projeta do núcleo dorsal da Rafe para a amígdala, onde a Serotonina teria um papel ansiogênico. Por outro lado, os ataques de pânico seriam equivalentes a ansiedade incondicionada e seriam mediados pela via serotonérgica que se projeta do núcleo dorsal da Rafe para a SCP, onde a serotonina teria uma ação ansiolítica.

Uma supersensibilidade de receptores serotonérgicos pós sinápticos poderiam ser uma das alterações fundamentais do transtorno de pânico. Esta hipótese tem sido corroborada por estudos com o agonista serotonérgico específico m-clorofenilpiperazina (mCPP) (3).

Doses orais relativamente baixas de mCPP aumentam a ansiedade e causam ataques de pânico em pacientes com Pânico, mas não em normais e em pacientes com depressão sem ataques de pânico. Doses mais altas de mCPP provocam crises de ansiedade em pacientes com TP e também em voluntários normais. No entanto, a ineficiência da ritanserina no controle dos ataques de pânico, um antagonista 5HT2 e estudos subseqüentes abalaram esta hipótese (3).

A boa resposta terapêutica observada com drogas inibidoras da recaptação seletiva serotoninérgicas, reforça o envolvimento de sistemas serotoninérgicos no transtorno de pânico (3).

3- Modelo Gabaérgico

A possibilidade de que o complexo macromolecular receptor BDZ/receptor GABA-A/ionóforo de cloro desempenhe um papel importante nos mecanismos da ansiedade foi reforçada pela descoberta das beta-carbolinas que, ligando-se ao mesmo receptor, têm efeitos opostos aos BDZ. Os chamados “agonistas inversos” de receptores de BDZ são drogas experimentais, cujo potencial clínico aguarda desenvolvimento. Um deles, o Ro 15-3505, capaz de induzir efeitos semelhantes à ansiedade em doses apenas suficientes para reverter a sedação promovida por flunitrazepam (Gentil & cols., 1990), tem estrutura química quase idêntica à do flumazenil, que em condições normais atua como antagonista puro nesses receptores (16).

Foram desenvolvidas três teorias principais envolvendo a participação do receptor de BDZ em transtornos ansiosos: a) a esse receptor se ligaria uma substância endógena ansiogênica, que estaria aumentada na ansiedade patológica; b) a deficiência de um ansiolítico endógeno, quando tônica, levaria ao transtorno de ansiedade generalizada; quando episódica, levaria aos ataques de pânico; c) haveria uma anormalidade no funcionamento do receptor de BDZ em algumas formas de ansiedade (19).

A descoberta de BDZs em vegetais, de diazepam e desmetildiazepam no cérebro de mamíferos, sugere que os próprios BDZs possam ser ligantes endógenos.

Essas três hipóteses têm sido testadas com o flumazenil. Experimentos recentes mostraram efeitos ansiogênicos do flumazenil em pacientes com transtorno de pânico, mas não em voluntários normais (Nutt & cols., 1993). Se existisse um ansiogênico endógeno, seria esperado que o flumazenil diminuísse a ansiedade, entretanto, as evidências experimentais foram opostas. O fato do flumazenil, agir como ansiogênico em pacientes com pânico, mas não em normais, também não apóia a presença de um ansiolítico endógeno (19).

Em estudo realizado no projeto do Ambulatório de Ansiedade do Hospital das Clínicas – USP/SP - AMBAN (projeto de doutorado de M. Bernik), a administração de flumazenil a 30 usuários crônicos de doses terapêuticas de BDZ resultou, inesperadamente, na indução de crises de pânico apenas naqueles com história de ataques de pânico (4). Essa alteração no receptor produziria um estado crônico de hipo-atividade da inibição GABA-érgica nesses pacientes. Nessas condições, o flumazenil, ao invés de atuar como antagonista, agiria como agonista inverso, o que também explicaria porque a ação de agonista BDZ estaria diminuída, necessitando-se de doses superiores às convencionais no tratamento de transtorno de pânico (5).

*Tenho medo do sono, o túnel que me esconde,
Cheio de vago horror, levando não sei aonde;
Do infinito, à janela, eu gozo os cruéis prazeres.*

Baudelaire

3 - SONO

I- ANTECEDENTES NA LITERATURA

Segundo Hipócrates (460 aC), “A inteligência, a moral e a loucura dependem do cérebro. É preciso saber que, de um lado, os prazeres, as alegrias, os risos e os jogos, e de outro, os desgostos, as dores, as aflições e as queixas só nos chegam de lá, do cérebro. É por lá que nós pensamos, compreendemos, vemos, ouvimos, que nós conhecemos o feio e o bonito, o bem e o mal, o agradável e o desagradável. É ainda por lá que nós ficamos loucos, que deliramos, que medos e pavores nos perseguem, seja à noite, seja na chegada do dia, sonhos, enganos inoportunos, preocupações sem motivos, a ignorância do presente, a falta de hábito, a inexperiência. Tudo isso nós experimentamos através do cérebro. Quando ele não está são, isto é, quando está muito quente, ou muito frio, ou muito úmido, ou muito seco, ou quando ele sofre alguma outra lesão para qual não está preparado. A loucura é proveniente da umidade que de fato o magoa. Mas quando o cérebro está em repouso o homem tem discernimento. É o ar que fornece a inteligência ao cérebro. Por essas razões eu vejo o cérebro como órgão mais poderoso no homem, pois quando está são ele é o intérprete dos efeitos que o ar provoca, o ar lhe dá inteligência. Os olhos, as orelhas, a língua, as mãos, os pés, agem de acordo com que o cérebro conhece, de fato todo corpo participa da inteligência na proporção em que ele participa do ar, para a inteligência o cérebro é o mensageiro” (52).

Talvez só o amor e o ódio humano tenham recebido mais atenção dos poetas e escritores do que o sono. Cantado em versos e poesias, retratado em pinturas, personagem bíblico, mitológico, de romances e dramas, tema de inúmeras pesquisas e publicações científicas, o sono ainda é uma incógnita para o homem. Muito ainda há de se descobrir acerca deste fenômeno ativo e cotidiano, bem como de seus agravos e conseqüências à vida (54).

A evolução tecnológica, acompanhada da globalização, tem exigido do homem uma maior dinamização e produtividade, na esfera do trabalho, da capacitação profissional e dos estudos. Isto faz com que ele aumente o seu tempo de vigília e, por conseguinte, sacrifique algumas horas de sono.

O ser humano precisa dormir, como precisa respirar e se alimentar. O dormir não é um ato passivo, mas sim reparador e ativo, portanto deve ter seu tempo respeitado e o mínimo possível desregulado. Tãmanha é a importância do sono que *“todas as funções do cérebro e do organismo em geral estão influenciadas pela alternância da vigília com o sono. O sono reinstala ou restaura as condições que existiam no princípio da vigília precedente”* (REIMÃO, 1996) (47).

II- HISTÓRICO

Moruzzi (1964), descrevendo o desenvolvimento histórico das diferentes hipóteses sobre o sono, citou o conceito Lucrético, articulado 2000 a.C. de que o sono é a ausência de vigília. Uma variação do mesmo conceito foi expressa por Hartley, em 1749, e depois por Macnish, em 1830. Este último definiu sono como a suspensão da força sensorial na qual as funções voluntárias estão ausentes, mas as forças involuntárias, como a circulação ou a respiração, permanecem intactas (54).

III- MITOLOGIA

A mitologia contribuiu para o entendimento de alguns aspectos relacionados ao estudo do sono e de seus distúrbios, assim como da ciência em geral. Assim, ao entrar na noite e sua enorme simbologia e, dentro da perfeição helênica, comprova-se que sua mitologia, em realidade, sintetiza os primeiros tratados de antropologia e psicopatologia. A mitologia da noite (Nix) é uma das mais ricas e deslumbrantes. De Nix derivam-se sentimentos, criaturas, plêiades de seres, cada um deles quase ofuscando o outro, tal seu brilho pessoal. Nix, filha do Caos e irmã de Érebo, sem princípio masculino, gerou: o Éter; o Dia; o Destino (a Moira e as Queres); a Morte (Thanatos); o Sono (Hypnos); os Sonhos; o Sarcasmo (Momo); a Miséria (Aporia ou Endreia); Ninfas da Tarde (as Hespérides) (54).

IV- FILOSOFIA

Heráclito (550-480 a.C.), pensador grego do século VI a.C., tematizou a realidade e afirmou que “*tudo se move*”, nada permanecendo fixo e imóvel (MONDIN, 1991). É o responsável pela entrada do sono e também pelo próprio problema do sono na filosofia. Para ele o sono é um voltar-se para dentro subjetivamente. Afirmou que aquilo que é inerente ao pensamento não muda, independentemente de vivo ou morto, jovem ou velho, acordado ou dormindo (SLEEP IN ART, 1993). Isto adquire um caráter particular, se levarmos em conta que, para este pensador, a essência da realidade é justamente o movimento. Ele considerou a respiração, o beber, o comer e o sono como necessidades básicas do ser humano. Assim, o mesmo principiou a transição do estudo mitológico para o filosófico do sono (54).

V- CONCEITOS

O sono é um fenômeno biológico, ativo, individual e de sobrevivência, ocupa em média um terço da vida humana, se considerar que um adulto jovem dorme, em média, oito horas por dia (KRYGER et al. 1994). A palavra sono ou sonolência é derivada do latim *somnus* (BORBELY apud CHOKROVERTY, 1994). O sono é um estado funcional, reversível e cíclico, com algumas manifestações comportamentais características, como uma imobilidade e o aumento do limiar de resposta aos estímulos externos. Em nível orgânico, produz variações dos parâmetros biológicos, acompanhadas por uma modificação da atividade mental, que supõe o dormir (BUELA, 1984) (54).

VI- FISIOLOGIA

Evidências obtidas em estudos com modelos animais mamíferos, indicam que os mecanismos fisiológicos que governam o sono NREM (sono sem o movimento rápido dos olhos) e o sono REM (sono com movimento rápido dos olhos) estão localizados na formação reticular pontina e são influenciados pela acetilcolina e pelas duas aminas biogênicas, a 5-hidroxitriptamina (serotonina) e a noradrenalina.

Os neurônios serotoninérgicos estão localizados na linha média ou na rafe da ponte ou próximo a essas regiões, os grupos mais baixos de células da rafe projetam-se para o bulbo e para a medula espinhal, os grupos mais rostrais projetam-se para o córtex temporal medial (límbico) e os núcleos da rafe dorsal projetam-se para o núcleo neostriado, para os córtices, cerebral, cerebelar e para o tálamo.

Os neurônios ricos em noradrenalina estão concentrados no *Locus ceruleus* e nos núcleos correlatos, no tegmento central do mesencéfalo caudal bem como em outras regiões tegmentais látero-ventrais. Esses neurônios projetam-se para baixo até as células do corno lateral da medula espinhal e para cima através de tratos tegmentares de localização central para os núcleos hipotalâmicos, talâmicos específicos e para todo o córtex cerebral, bem como através do pedúnculo cerebelar superior para o córtex cerebelar.

Neurônios colinérgicos são encontrados em dois locais na região parabraquial do tegmento pontino dorsolateral - pedúnculopontino e tegmental dorsolateral. Os grupos de células colinérgicas projetam-se no sentido rostral, células desse tipo fazem parte do sistema de ativação reticular ascendente.

Hobson propôs originalmente que a oscilação básica do ciclo do sono resulta da integração recíproca de neurotransmissores inibitórios e excitatórios. Os registros de células isoladas da formação reticular pontina sugerem que existam duas populações neuronais interconectadas cujos níveis de atividade flutuam de forma periódica e recíproca. Durante o período de vigília, segundo essa teoria, a atividade dos neurônios aminérgicos (inibitórios) é elevada e, por causa dessa inibição aminérgica, a atividade dos neurônios colinérgicos é baixa. Durante o sono NREM, a inibição colinérgica diminui gradativamente e a excitação colinérgica aumenta. O sono REM ocorre quando a troca é completa (1).

Apesar da hipótese de Hobson de interação recíproca, alguns de seus pontos ainda são motivos de controvérsias. Embora de maneira geral concorde-se que mecanismos colinérgicos promovem seletivamente o sono REM e seus componentes - movimentos rápidos dos olhos, ausência de atividade nos músculos extensores (atonía) e EEG dessincronizado - a participação de aminas tem sido mais difícil de determinar. Por conseguinte, as lesões no locus ceruleus e nos núcleos da rafe não diminuem nem

aumentam o sono REM. Mas, consideráveis dados farmacológicos sugerem que uma diminuição dos níveis de monoaminas provoca aumento da atividade REM e vice-versa (22). À medida que a maioria dos neurônios colinérgicos e aminérgicos foi encontrada no grupo pedunculopontino de núcleos, Shiromani e colaboradores sugeriram que a interação entre esses neurônios na região dos núcleos pedunculopontinos e não na formação reticular pontina medial, como sugerido por Hobson e colaboradores. É evidente, a partir da revisão abrangente de Culebras e outros autores, que ainda não existe um consenso quanto à integração central de todos esses mecanismos do tronco cerebral (11).

VII- TRANSTORNOS DO SONO

Segundo critérios diagnóstico do DSM-IV, os transtornos do sono são organizados em quatro seções principais, de acordo com a suposta etiologia:

Transtornos primários do sono ocorrem de situações endógenas nos mecanismos de geração ou nos horários de sono-vigília e freqüentemente são complicados por fatores de condicionamento, a Dissonia, caracterizada por anormalidade na quantidade, qualidade ou tempo de sono e Parassonia definida por eventos comportamentais ou fisiológicos anormais ocorrendo em associação com o sono, estágios específicos do sono ou transições de sono-vigília (12).

Transtorno do sono relacionado a outro transtorno mental, envolve uma queixa proeminente de distúrbio do sono resultante de um transtorno mental diagnosticável, freqüentemente relacionado ao transtorno do humor ou transtorno de ansiedade que, no entanto, é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente. Presumivelmente, os mecanismos fisiopatológicos responsáveis pelo transtorno mental também afetam a regulação do ciclo sono-vigília (3).

Transtorno do sono devido a uma condição médica geral, comumente envolve uma queixa relevante de distúrbio do sono resultante dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral sobre o sistema sono-vigília (12).

Transtorno do sono induzido por substância, refere-se a queixas de distúrbio do sono resultantes do uso atual, ou descontinuação recente do uso de uma substância (inclusive medicamentos) (24).

Cinco estágios de sono distintos podem ser medidos pela polissonografia: o sono dos movimentos oculares rápidos (REM) e quatro estágios de sono de movimentos oculares não-rápidos (NREM) (estágios 1,2,3 e 4). O estágio 1 do sono NREM representa uma transição da vigília para o sono e ocupa cerca de 5% do tempo gasto dormindo, em adultos saudáveis. O estágio 2 do sono NREM, caracterizado por formatos de ondas de EEG específicos (fusos de sono e complexos K), ocupa cerca de 50% do tempo de sono. Os estágios 3 e 4 do sono NREM (sono de ondas lentas) são os níveis mais profundos de sono e ocupam cerca de 10-20% do tempo de sono. O sono REM, durante o qual ocorre a maior parte de sonhos, ocupa cerca de 20-25% do sono total (33).

Esses estágios do sono têm uma organização temporal característica ao longo da noite. Os estágios NREM 3 e 4 tendem a ocorrer da primeira terça parte à metade da noite e sua duração aumenta em resposta à privação do sono. O sono REM ocorre ciclicamente durante a noite, alternando-se com sono NREM a cada 80-100 minutos, aproximadamente. A duração dos períodos de sono REM aumenta pela manhã. O sono humano também varia caracteristicamente ao longo da vida (33)

Após uma relativa estabilidade, com grandes quantidades de sono de ondas lentas na infância e início da adolescência, a continuidade e a profundidade do sono deterioram-se ao longo da faixa de idade adulta (33)

Esta deterioração é refletida por maior vigília e sono do estágio 1 e redução dos estágios 3 e 4. Em vista disso, a idade deve ser considerada no diagnóstico de um transtorno do sono em qualquer indivíduo (50)

VIII- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DOS TRANSTORNOS DO SONO - ASSOCIAÇÃO AMERICANA DOS TRANSTORNOS DO SONO - ASDA - 1990

1- Transtornos intrínsecos do sono

- a) Insônia psicofisiológica ou insônia primária: trata-se de uma dificuldade para iniciar ou manter o sono não reparador, que dura no mínimo um mês e causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, ocorre em aproximadamente 15% dos casos de insônia. Revela um período de latência do sono (tempo de adormecer) prolongado, aumento de despertares depois do início do sono e estágio 1 do sono aumentado e subdivide-se em, intrínseca, extrínseca e causada pela alteração do ciclo circadiano. Quanto à severidade pode ser dividida em: - Insônia leve, quando se refere a uma queixa de sono leve, sentimento de mal estar, mas, sem afetar as funções diurnas. Pode estar associada com ansiedade leve, frustração e fadiga; Insônia moderada, é a queixa de um sono insuficiente com sentimento de mal-estar, associado com o prejuízo moderado do funcionamento, gerando irritabilidade, ansiedade e fadiga; Insônia severa, envolve um sono insuficiente e sentimentos de mal-estar com comprometimento severo do funcionamento social e ocupacional, levando à irritabilidade, ansiedade e fadiga extrema. Quanto à sua duração, a insônia pode ser classificada em:- aguda, com duração em média de quatro semanas; subaguda, com duração de mais de quatro semanas e menos de seis meses e crônica, cuja duração é acima de seis meses. Também pode ser classificada em transitória, intermitente e crônica. E quanto ao momento da noite em que se produz, pode ser classificada em inicial, intermediária e terminal (6,7) (47).
- b) Percepção inadequada do estado de sono, sua causa é desconhecida. Os pacientes possuem sua vigilância diurna prejudicada (47).
- c) Insônia idiopática, os pacientes possuem um relato de longa data, por vezes desde a infância, de dificuldade para dormir. Tem um sono curto, com pouca eficiência e sem definição dos estágios do sono (47).

- d) Narcolepsia é um distúrbio de etiologia genética, caracterizada por sonolência excessiva que, tipicamente, está associada à catalepsia e outros fenômenos do sono REM, como a paralisia do sono e as alucinações hipnagógicas ao adormecer. Outros achados incluem despertares transitórios e frequentes, redução da eficiência do sono, aumento do sono estágio 1, sono REM aumentado e maior frequência de movimentos oculares dentro dos períodos REM (47).
- e) Síndrome de apnéia do sono e distúrbios do sono relacionados à respiração, quadro mais comumente encontrado nos idosos. A apnéia obstrutiva do sono está sempre associada com o ronco e com a sonolência diurna. Relatam despertares frequentes, inexplicáveis, podendo estar associados com dispnéia, asfixia ou uma sensação de sufocação (12 e 47)
- f) Síndrome de movimentos periódicos dos membros durante o sono, os pacientes relatam episódios repetitivos e estereotipados, periódicos durante o sono, que, muitas vezes, resultam em breves despertares. Sua causa é desconhecida, mas postula-se o distúrbio crônico sono-despertar, perda da inibição supraespinal dos tratos piramidais durante o sono, perfusão sanguínea periférica inadequada, compressão do canal espinal lombo-sacral, anormalidades no sistema opióide endógeno e alterações dopaminérgicas central. Esse quadro ocorre em quase todos os pacientes com síndrome das pernas inquietas, a qual parece ser uma variante mais séria (47).
- g) Síndrome das pernas inquietas, os pacientes descrevem uma incômoda parestesia ou disestesia em suas pernas quando estão acordados, mas inativos. Descrita como um rastejamento ou formigamento nas pernas, associados com um desejo irresistível de movê-las (47).

2- Transtornos extrínsecos do sono

- a) Higiene inadequada do sono, a insônia pode ser precipitada ou perpetuada por comportamentos inconsistentes com um bom sono, como atraso das fases, cochilos diurnos, uso excessivo de cafeína, álcool ou nicotina, anfetamínicos, estresse físico, como exercícios forçados, fadiga mental (47).
- b) Transtorno do sono por dependência a drogas ou álcool, corresponde aproximadamente a 10% dos casos de insônia, mas a prevalência na população geral é desconhecida. Deve-se entender que, a insônia pode ser um efeito colateral adverso de várias medicações, além dos hipnóticos e estimulantes, como: beta-bloqueadores, anticonvulsivantes (fenitoína), xantinas (teofilina), levo-dopa, alfa-metildopa, reserpina, clonidina, agentes simpaticomiméticos como a pseudoefedrina e corticóides (47).
- c) Insônia por dependência aos hipnóticos, o risco da insônia de rebote parece ser maior com doses altas e com hipnóticos de ação curta, e este pode ser reduzido pela diminuição gradativa (47).
- d) Insônia por dependência a estimulantes, como a cafeína, teofilina, nicotina, drogas simpaticomiméticas, anfetaminas, metilfenidato, pemoline e cocaína. Os efeitos dos estimulantes no sono incluem o aumento da latência do sono, a diminuição do tempo do sono, o aumento do número de despertares durante o sono e alterações nos estágios do sono (12).
- e) Insônia por dependência a álcool, pois o alcoolismo crônico desintegra a arquitetura do sono, causando uma alteração irreversível (12).
- f) Transtorno de ajustamento do sono, quadro de insônia que é temporariamente associado ao estresse agudo, conflitos, trocas ambientais (12).
- g) Transtorno ambiental do sono, trata-se de uma insônia temporária, devido a estímulos físicos ou circunstâncias ambientais (12).

- h) Insônia da altitude, condição aguda que ocorre em associação com subidas a altas altitudes (usualmente acima de 4000m), como cefaléia, náusea, taquicardia e fadiga. Esta condição é causada por uma respiração periódica durante o sono, a qual resulta da instabilidade no controle da respiração devido a hipoxemia e hipocapnia da alta altitude (12)
- i) Insônia por alergia alimentar, comum em crianças, pode coexistir com agitação, letargia diurna e outras manifestações alérgicas (12).
- j) Insônia associada com fatores tóxicos há interferência no início e na continuidade do sono, uma vez removida a causa o sono se restaura. Fatores tóxicos que interferem no sono: arsênico, mercúrio, cobre, metais pesados, monóxido de carbono, radiação e tabaco (12).

Transtorno do sono relacionado ao ritmo circadiano, a insônia pode ser um sintoma dos vários distúrbios do ciclo circadiano, incluindo a mudança rápida do fuso horário (jet lag), trabalhos em turnos, padrão irregular do sono-vigília, síndrome do atraso da fase do sono, síndrome de avanço da fase do sono e síndrome de padrão sono-vigília, não de 24 h (12).

Insônia associada a distúrbios médicos e psiquiátricos, os deprimidos possuem um padrão de sono caracterizado por um início fácil, despertar precoce pela manhã e latência de sono REM curta. Os distúrbios de ansiedade, como transtorno de pânico, podem causar insônia, geralmente do tipo inicial. Outras doenças neurológicas estão associadas à insônia, como a demência, insônia familiar fatal, Parkinson, epilepsia e cefaléias. Ainda há a isquemia cardíaca noturna, fibrose pulmonar intersticial, asma, refluxo gastroesofágico e fibromialgia. Há também de se considerar as parassônias que podem causar insônia, como o sonambulismo, terror noturno, ataques de pânico espontâneo noturno (12).

Por opção, dentre as várias classificações, utilizamos no nosso serviço a da Associação Americana dos Transtornos do Sono - ASDA - 1990.

Corpo, este hóspede estranho da alma.

Tenho fome, ele diz ao espírito,

Necessito descanso...

Grita à margem do desespero,

não quero morrer,

Não me deixa morrer, me leva contigo

alma piedosa.

Adélia Prado

4- TRANSTORNO DE PÂNICO E SONO

I- INTRODUÇÃO

Para a ciência em geral, assim como para os sujeitos da pesquisa, através dos resultados obtidos e conhecimentos adquiridos, deve-se esclarecer à população quanto a possibilidade do reconhecimento do transtorno de pânico, quer com ataques diurnos ou noturnos, possibilitar a recuperação e controle das crises com os objetivos de: melhorar a qualidade de vida, integração no convívio social e diminuição dos custos do tratamento.

O transtorno do sono pode ocorrer em até 70% dos pacientes com transtorno de pânico (45). Com frequência, há dificuldade em iniciar e manter o sono (8). A insônia pode estar relacionada à elevada comorbidade associada ao transtorno de pânico, isto é, pode estar associada ao transtorno de ansiedade generalizada, a estados depressivos ou a dependência de álcool (33). O paciente com transtorno de pânico queixa-se frequentemente de sono não reparador (21).

Apresenta aumento no tempo de movimentação e um maior número de movimentos corporais no estágio 2. Podem ocorrer também ataques de pânico noturnos. Estes se caracterizam por despertar abrupto com manifestações típicas de pânico (37). O paciente pode relutar em voltar a adormecer (38). Os ataques podem ocorrer em 40% (34) a 69% (50) no transtorno de pânico, o que corresponde de 8% a 18% dos ataques espontâneos de pânico (44). E 4% dos pacientes apresentam os ataques noturnos em frequência igual ao superior aos ataques diurnos. A maior parte dos ataques de pânico noturnos sobrevém duas a três horas após o início do sono, no fim do estágio 2 ou início do estágio 3. Podem também ocorrer no estágio 1, logo no início do sono, e repetir diversas vezes na mesma noite (2).

Entre os pacientes com transtorno de pânico, aqueles que apresentam ataques noturnos mostram maior comorbidade com transtorno de ansiedade generalizada, fobia social e depressão maior. Esses pacientes tendem a apresentar duração mais prolongada da doença a ter história de transtorno de ansiedade na infância (38).

No dia seguinte ao ataque de pânico durante o sono, o paciente possui uma recordação vívida do episódio o que, teoricamente, contribui para o diagnóstico diferencial com terror noturno (17).

Deve-se considerar que a APNÉIA do sono também pode provocar ataques do tipo pânico. Estes pacientes pioram com o uso de benzodiazepínicos (37 e 38).

Segundo a literatura, a polissonografia dos pacientes com transtorno de pânico pode mostrar aumento da latência e a redução da eficiência do sono, redução no tempo total do sono na ausência de alterações específicas do sono REM. Alguns estudos mostram redução da latência do sono REM, embora sem alteração em sua densidade. No 1º ciclo de sono profundo, como ocorre com a depressão (44), há uma redução no estágio 2 e aumento nos estágios 3 e 4, em comparação com indivíduos normais (19) ou redução na porcentagem de sono lento, principalmente em decorrência da redução do estágio 4 (37). Ocorre aumento dos movimentos corpóreos amplos, independentemente dos episódios de pânico, o que sugere um sono mais interrompido, isto é, fragmentado (38).

*A noite dos sentidos,
Se prolonga na inteligência,
Instala o vazio da alma,
Solitária e silenciosa,
Que tudo encobre
E que transforma tudo em nada...
Clarice Lispector*

II- OBJETIVOS

1- Objetivo Geral

- 1.1- Pesquisar a qualidade do sono e seus distúrbios mais frequentes em pacientes com transtorno de pânico.

2- Objetivos Específicos

- 2.1- Levantar dados sociodemográficos da amostra estudada: Idade, Sexo, Escolaridade e Estado Civil
- 2.2- Verificar a incidência de sintomatologia depressiva por meio dos instrumentos de depressão: Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Hamilton para depressão (Ham-D).
- 2.3- Verificar a incidência de sintomatologia ansiosa por meio dos instrumentos de ansiedade: Escala de Ansiedade de Sheehan. Hamilton para Ansiedade (Ham-A).
- 2.4- Verificar a qualidade do sono por meio do instrumento Miniquestionário do Sono - MSQ.
- 2.5- Avaliar a qualidade do sono por meio do Questionário de Auto-avaliação do Sono, considerando: Blocos II, III e IV – início do sono, qualidade durante o sono e despertar, respectivamente; Bloco V – estado psíquico após ter acordado e Bloco VI - estado físico após ter acordado.

- 2.6- Verificar, por meio do instrumento Questionário Escandinavo Básico do Sono - BNSQ, sintomas descritos objetivamente pelo paciente, em relação à sua qualidade do sono.

III- MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, corte transversal e com análise quantitativa (Mlakatos at. Al, 1991 e Gorenstein at. Al, 1998).

Realizado no Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade (NATA) – Hospital de Clínicas – UNICAMP durante o período de Março/2002 a Julho/2004, onde foram realizadas as aplicações de sete instrumentos: Inventário de Depressão de Beck (BDI), Escala de Avaliação de Hamilton de Depressão (HAM-D) para investigar sintomatologia depressiva, Escala de Ansiedade de Sheehan (SHEEHAN) e Escala de Avaliação de Hamilton de Ansiedade (HAM-A) para investigar sintomatologia ansiosa, Miniquestionário de Sono, Questionário Escandinavo Básico de Sono, Questionário de Auto-avaliação de Sono, para investigar os Distúrbios de Sono.

1- Desenho da Pesquisa

Contexto de Origem da Pesquisa:

Este estudo tem início com a implantação do Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade (NATA) idealizado e planejado pelo Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos, e que funciona, desde seu início em 2000, dentro do ambulatório geral de psiquiatria de adultos, no Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas/SP (UNICAMP) (36).

O NATA é um ambulatório que visa investigar os Transtornos de Ansiedade (TA) e em especial o Transtorno de Pânico (TP). O início dos atendimentos ocorreu em 22 de março de 2000. Entretanto, anterior a esta data, por várias vezes o grupo de profissionais voluntários reuniu-se com o coordenador, Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos, deste ambulatório.

Estas reuniões objetivaram a otimização do Projeto NATA, desde, como o mesmo seria constituído, os procedimentos adotados no ambulatório, como também das pesquisas que seriam desenvolvidas.

Na discussão sobre as escalas e instrumentos, foi considerada a utilização de duas escalas para avaliar os níveis de sintomatologia depressiva, Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Escala de Hamilton para Depressão (HAM-D), e dois para os níveis de sintomatologia ansiosa, Escala de Ansiedade de Sheehan (Sheehan) e Escala de Hamilton para Ansiedade (HAM-A). Além disso, foi elaborado um roteiro de coleta de dados, nomeado protocolo NATA, colaborando com o registro de dados sociodemográficos.

O NATA é um ambulatório destinado ao diagnóstico e tratamento dos transtornos de ansiedade, que recebe pacientes procedentes de outros ambulatórios do HC, assim como, da rede primária de saúde pública e da região metropolitana de Campinas. O ambulatório funciona às quartas feiras, no horário das 7h00 às 12h00, num conjunto de salas, nas quais são realizados os atendimentos.

O projeto NATA foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (CEP/FCM), sob o no. 032/2000.

Pensando no desgaste dos pacientes, devido ao tempo de que ele disporia para responder todos os instrumentos, o processo de coleta de dados foi dividido em duas etapas. A primeira é caracterizada pela aplicação das escalas e a segunda parte, que ocorre no retorno após uma semana, com a aplicação dos testes projetivos de personalidade. Estas etapas serão detalhadas no item Coleta de Dados.

Nesta ocasião já se contava com aproximadamente 80 pacientes registrados no NATA e, embora fosse alta a prevalência de sintomas de distúrbio do sono, não tínhamos à disposição, no ambulatório, um instrumento específico que tratasse amplamente desta questão. Devido a esta restrição, optou-se por adotar o item-16 do BDI, que investiga esta queixa. Finalmente, para atender esta proposta inicial, além do BDI foram utilizados os instrumentos HAM-A (item 4), SHEEHAN 1 (itens 27 e 28) e HAM-D (itens 4, 5, 6 e 18).

O envolvimento da pesquisadora, na rotina do NATA, foi imprescindível para o amadurecimento do projeto, encontrando a possibilidade de eliminar o possível viés, relacionado ao diagnóstico, já que a proposta deste estudo era trabalhar somente com pacientes portadores de TP e Transtorno do Sono (TS).

2- Sujeitos da amostra

Foram incluídos 376 sujeitos de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, atendidos pelo Nata-Unicamp. A amostra foi composta de forma aleatória no que se refere ao Transtorno de Pânico com ou sem agorafobia e com ou sem distúrbio de sono, segundo critérios diagnósticos do DSM IV e sem tratamento medicamentoso prévio para o TP e Sono.

Foram considerados critérios de inclusão e exclusão, para viabilizar o processo de execução ao qual o estudo se propôs.

a) Critérios de Inclusão

- Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido;
- Idade acima de 18 anos;
- Responder todos os questionários e instrumentos;
- Resposta acima de 1 (um), para os itens referentes ao Distúrbio de Sono, dos instrumentos BDI, Sheehan, Ham A, Ham D;
- Escore total acima de 25 pontos para o instrumento MSQ.

b) Critérios de Exclusão

- Em tratamento medicamentoso para TP e sono;
- Quadros comorbidos: Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, Epilepsia, Déficit Cognitivo, Quadros Demenciais;

- Doenças Degenerativas e Desmielinizantes do Sistema Nervoso Central;
- Hiper ou Hipotireoidismo;
- Gestantes;
- Em uso de substâncias sedativas e/ou psicoativas nos últimos 3 meses;
- Abandonos.

3- Instrumentos de Pesquisa

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram:

a) Protocolo NATA

Trata-se de uma ficha/roteiro elaborada pelo NATA para auxiliar o processo de admissão e coleta de dados durante a anamnese do paciente. Contempla dados de identificação, início e frequência dos ataques de pânico, comorbidades, abuso de substâncias, antecedentes pessoais e familiares, medicações e/ou tratamentos farmacológicos e terapêuticos anteriores para o quadro atual, registro dos resultados dos exames laboratoriais, das escalas de avaliação de sintomatologia depressiva, ansiosa e testes de personalidade aplicados (Anexo I).

b) Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM A)

Instrumento que investiga níveis de sintomatologia ansiosa. Composto por 14 questões, divididas entre aspectos subjetivos (sete questões) e orgânicos (sete questões). As respostas são dadas por níveis de intensidade que variam de 0 a 4, sendo zero a ausência de sintoma e 4 refere à intensidade máxima. O ponto de corte considerado para marcar a ansiedade é de 17 (Anexo III).

Para o item referente ao Distúrbio do Sono foi considerada a questão de número 4 (Quadro 1).

Quadro 1- Questão de nº 4 da Escala de Avaliação de Hamilton de Ansiedade.

<p>“4- Insônia () Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga de acordar, sonhos penosos, pesadelos, terror noturno, etc.”</p>
--

c) Escala de Ansiedade Sheehan

Escala de medida subjetiva de intensidade de sintomatologia ansiosa, onde alguns itens se relacionam aos sintomas de humor e físicos de ansiedade. As intensidades das respostas podem variar de 0 (zero) a 4 (quatro), é de fácil entendimento e auto-aplicável (NARDI, 1998). Seu formato é subdividido em duas partes: a primeira contempla 34 questões, correspondentes aos momentos de crises de ansiedade já vividos, com referência aos últimos seis meses, avaliando assim a sintomatologia de ansiedade endógena (CAETANO, 1986). A classificação, desta primeira parte, é por categorias, onde de 0 a 30 é igual a leve; de 31 a 50 é moderada; de 51 a 80 é marcada e acima de 81 é severa. A segunda parte é composta por 11 questões relacionadas às sensações atuais, no ‘aqui e agora’, ou seja, sintomas apresentados durante a entrevista, sendo que também é distribuído em categorias para a classificação da sintomatologia ansiosa, onde de 4 a 11 é igual a leve, de 12 a 22 é moderada, de 23 a 33 é marcada e acima de 34 é considerada severa (Anexo V).

Para o item referente ao Distúrbio do Sono, foram consideradas as questões de números 27 e 28 (Quadro 2).

Quadro 2- Questões de nºs 27 e 28 da Escala de Ansiedade Sheehan.

“27) Dificuldade para pegar no sono	0 1 2 3 4
28) Acordar no meio da noite ou sono inquieto	0 1 2 3 4”

d) Escala de Hamilton para Depressão - HAM D

Instrumento objetivo que visa investigar níveis de sintomatologia depressiva. Composto por vinte e uma questões. As respostas são dadas por níveis de intensidade que variam de 0 a 4, sendo zero a ausência de sintoma e 4 refere à intensidade máxima (Anexo IV).

Para o item referente ao Distúrbio do Sono foram consideradas as questões de números 4, 5, 6 e 18 (Quadro 3).

Quadro 3- Questões de nºs 4, 5, 6 e 18 da Escala de Avaliação de Hamilton de Depressão.

<p>“4. Insônia Inicial</p> <ul style="list-style-type: none">0. Sem dificuldade para conciliar o sono1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono toas às noites <p>5. Insônia Intermediária</p> <ul style="list-style-type: none">0. Sem dificuldade1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite2. Acorda à noite – qualquer saída da cama marcar 2 (exceto para urinar) <p>6. Insônia Tardia</p> <ul style="list-style-type: none">0. Sem dificuldade1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir2. Incapaz de volta a conciliar o sono ao deixar a cama” <p>18. Variação Noturna</p> <ul style="list-style-type: none">0. nenhuma1. leve2. grave

e) Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Medida de avaliação de depressão amplamente utilizada em pesquisa e na clínica, não tem pretensão diagnóstica e foi desenvolvido para ser utilizado em população de pacientes anteriormente já diagnosticados, por meio de entrevista clínica, complementando a avaliação pela óptica do próprio paciente, uma vez que é um instrumento de auto-aplicação. Consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cujas intensidades variam de 0 (zero) a 3, sendo que a classificação da sintomatologia depressiva é dividida em categorias: 0 a 9 é igual à mínima; 10 a 16 é leve; 17 a 29 é moderada e acima de 30 é severa. São vários itens investigados através de categorias de sintomas como: humor, sintomas vegetativos ou somáticos, sociais, cognitivos e irritabilidade (CALIL e PIRES, 2000 e GORENSTEIN e ANDRADE, 2000) (Anexo II). Cabe ressaltar, que o item que corresponde ao Distúrbio de Sono é de no. 16, conforme quadro 4.

Quadro 4- Questão de nº 16 do Inventário de Depressão de Beck.

- 16) 0. Eu consigo dormir tão bem quanto antes
- 1a. Eu acordo de manhã mais cansado do que antes
 - 1b. Durmo um pouco mais do que o habitual
 - 2a. Eu acordo uma ou duas horas antes do que costumava acordar e fica difícil voltar a dormir
 - 2b. Durmo muito mais do que o habitual
 - 3a. Eu acordo mais cedo todo dia e não consigo dormir mais que cinco horas
 - 3b. Durmo a maior parte do dia

Os instrumentos adotados para atender os objetivos a respeito do Distúrbio de Sono foram:

f) Mini questionário de sono (MSQ)

Zomer et al. (1985) desenvolveram um questionário com sete itens para avaliar sonolência excessiva em grandes populações. Posteriormente, ele foi modificado com a inclusão de três itens (comunicação pessoal) para uma avaliação mais abrangente das queixas de sono. O questionário avalia a frequência na qual ocorrem as queixas e o escore total fornece uma estimativa da qualidade do sono. (Ponto de corte ≥ 25) (Anexo VI).

g) Questionário Escandinavo Básico de Sono (BNSQ)

Um questionário mais recente, com 21 questões, foi desenvolvido com o objetivo de avaliar as queixas mais comuns de sono, em relação à sua frequência e intensidade nos últimos três meses (Partinen e Gislason, 1995).

Ele tem sido utilizado em estudos clínicos e epidemiológicos e apresenta como vantagem as especificações quantitativas das respostas, isso é, foram evitadas as expressões “freqüentemente”, “as vezes”, muito comuns em outros questionários, utilizando-se “diariamente ou quase diariamente” (Anexo VII).

h) Questionário de Auto Avaliação de Sono (GORENSTEIN)

Este questionário consta de 45 questões, sendo a maioria sob a forma de escalas analógicas visuais, relacionadas com os hábitos de sono, instalação e qualidade do sono, estado psíquico e físico ao despertar. Foi baseado no Sleep Evolution Questionnaire (Parrot e HindMarch, 1978), na visual Analogue Mood Scale (Bond e Lader, 1974) e na Badily Sympton Scale (Greenwood et al. 1975).

Foi submetido a um estudo de confiabilidade para estabelecer o padrão de variabilidade de sono sem medicação (Anexo VIII).

4- Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa compreende o estudo de pacientes em seguimento no Ambulatório de Saúde Mental de Adultos – especificamente no NATA – Núcleo de atendimento dos transtornos de ansiedade (2000), do Hospital de Clínicas da Unicamp. Esses pacientes são procedentes de outros setores da instituição, como ambulatório geral, setor de emergência, serviços de interconsultas, assim como de outros serviços da comunidade de Campinas e Região.

Todos os pacientes foram submetidos à aplicação de escalas, foram utilizadas, para esta aferição, as Escalas de Ansiedade e Depressão de Hamilton, o Inventário de Beck para Depressão e a Escala de Ansiedade de Sheehan, que estão traduzidas e validadas para o nosso meio e Mini questionário de Sono (Zomet et al., 1985 – versão traduzida e validada por F. Alóe e S. Tavares) Questionário Escandinavo Básico de Sono (Patinen e Gislason, 1995 – versão traduzida e validada por A. Pedroso e F. Alóe) Questionário de Auto-Avaliação de Sono (baseada : Sleep Evaluation Questionnaire de Parrot & Hindmarch-1978, Visual Analogue Mood Scale de Bond & Lader de 1974 e BoSymptom Scale de Greenwood et al. De 1975) traduzida e validada por Gorenstein em 1983.

Os pacientes foram informados que poderiam deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem prejuízo do atendimento, cuidado e tratamento.

As informações coletadas foram mantidas em sigilo absoluto, garantindo a privacidade do paciente e a sua possível identificação nas conclusões e publicações dos resultados.

Todos os procedimentos foram informados aos pacientes, por escrito, através do Modelo de Consentimento Livre e Esclarecido, para pesquisa com seres humanos, devidamente assinados por eles e pelo pesquisador. Uma das vias ficou em poder do paciente e a outra anexada ao prontuário da pesquisa.

Caso houvesse a indicação de terapia medicamentosa, foram utilizadas drogas antidepressivas, ansiolíticas ou indutoras do sono, todas aprovadas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Trata-se de uma pesquisa cujo perfil é epidemiológico, não acarretando risco ou prejuízo para os sujeitos da pesquisa.

O projeto de pesquisa “TRANSTORNO DE PÂNICO E SONO” foi homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 16 de Abril de 2002, sob o nº 030/2002.

5- Procedimentos para Coleta de Dados

Previamente à aplicação dos instrumentos desta pesquisa, foi feito um contato verbal com os sujeitos para explicar a sua finalidade e garantir o sigilo e a ética do processo. Neste momento foi solicitado que o sujeito lesse e, caso concordasse, assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisas com Seres Humanos (Anexo IX e X).

A coleta de dados foi realizada em três entrevistas:

a) Primeira Entrevista

- Entrevista clínica com estabelecimento de critérios diagnósticos para transtorno de pânico, depressão e de ansiedade de acordo com DSM-IV
- Preenchimento do protocolo do NATA (anexo I)
- Registro dos antecedentes pessoais e familiares
- Solicitação dos seguintes exames:
 - Eletroencefalograma,
 - IgE,
 - Colesterol total,
 - Colesterol HDL,
 - Colesterol LDL,
 - Colesterol VLDL,
 - Triglicérides,
 - T4 total,
 - T4 Livre,

- TSH Ultra-sensível,
 - Urina I
 - Protoparasitológico.
- Aplicação das escalas de BECK e HAMILTON para depressão
 - Aplicação das escalas de SHEEHAN e HAMILTON para ansiedade

b) Segunda Entrevista

Neste segundo momento, os pacientes retornaram ao ambulatório a fim de realizar os exames laboratoriais, conforme protocolo do NATA e, uma vez que já dispúnhamos dos resultados anteriores, os pacientes que haviam respondido os questionários cujos quesitos para investigação de algum transtorno do sono havia sido maior que 1, passavam para esta segunda bateria de escalas, que incluíam os questionários MSQ, BNSQ e Questionário de Auto-avaliação de Sono, sendo este último respondido pelo paciente em sua residência, trinta minutos após o despertar matinal.

Estes questionários foram aplicados pela própria pesquisadora, havendo um consumo de tempo de aproximadamente 45 minutos para cada questionário (MSQ e BNSQ).

c) Terceira Entrevista

Os pacientes retornaram ao ambulatório com o questionário de Auto-avaliação de Sono devidamente preenchido e, a partir de então, recebiam orientação terapêutica e medicamentosa.

6- Análise dos Dados

Trata-se de um estudo quantitativo. Os dados coletados foram sistematizados, categorizados, tabulados, inseridos no programa estatístico STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES (SPSS – Versão 6.0,1993) e receberam tratamento estatístico com o objetivo de estabelecer comparações e correlações estatisticamente significativas.

Foram utilizadas categorias para as variáveis estudadas a fim de colaborar com o trabalho estatístico, assim, quanto aos dados sociodemográficos, temos:

Escolaridade:

Foram consideradas as categorias por anos estudados, como segue:

0 a 4 = 1º grau incompleto

5 a 8 = 1º grau completo

9 a 11 = 2º grau

12 a 14 = nível técnico

acima de 15 = superior

Estado Civil:

Categorias, casados e outros foram agrupados e categorizados como Casados.

Categoria, separados foi substituída por descasados.

BDI:

A questão referente ao sono de número 16, recebeu a categoria 0 (zero) quando o sujeito não referiu dificuldade e quando a resposta foi assinalada acima do nível 1 (um) recebeu categoria 1.

Ham-D:

As questões referentes ao sono de números 4, 5, 6 e 18, receberam categoria 0 (zero) quando o sujeito não referiu dificuldade no sono e quando a resposta foi assinalada acima do nível 1 (um) receberam categoria 1.

Ham-A:

A questão referente ao sono de número 4, recebeu a categoria 0 (zero) quando o sujeito não referiu dificuldade no sono e quando a resposta foi assinalada acima do nível 1 (um) recebeu categoria 1.

Sheehan:

As questões referentes ao sono de números 27 e 28, receberam a categoria 0 (zero) quando o sujeito não referiu dificuldade e quando a resposta foi assinalada acima do nível 1 (um) receberam categoria 1.

MSQ:

Pacientes que pontuaram abaixo de 25 pontos receberam categoria 0 (zero), sendo desta forma excluídos da amostra e quando pontuaram acima de 25 pontos receberam categoria 1 (um), sendo incluídos na amostra final.

a) Análise Estatística

Foram utilizadas tabelas de frequência e tabelas com as médias e os correspondentes desvios-padrão, tanto para as variáveis categóricas – sexo, estado civil e escolaridade, como para a variável contínua – idade e também para as variáveis quantitativas – BDI, Ham-D, Ham-A, Sheehan, MSQ. Para os questionários BSNQ e Questionário de Auto-avaliação do Sono foram apresentados tabelas de frequência.

Foi utilizado o Teste de Qui-Quadrado com a distribuição em tabelas de contingência e através do Coeficiente de Correlação de Pearson - este tipo de teste tem o objetivo de verificar a semelhança ou a diferença de proporções entre as variáveis da amostra, realizando por meio de testes em tabelas de contingências a comparação de proporções e a associação entre as variáveis selecionadas.

A Análise de Variância (ANOVA) foi utilizada quando realizamos as comparações entre duas ou mais médias.

Foi considerada significativa a diferença quando o “p” foi igual ou inferior a 5% ($p \leq 0,05$) (SNEDECOR e COCHRAN, 1974).

Os dados coletados foram tabulados e sistematizados, sendo utilizado o STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES (SPSS – Versão 6.0,1993).

b) Resultados

Considerando o número inicial da população amostral ($n = 376$), e após a aplicação das escalas BDI, Ham A, Ham D e Sheehan I, os pacientes que obtiveram, nas questões referentes aos quesitos sobre sintomatologia do sono ≥ 1 , totalizaram 267, portanto, 61% dos pacientes apresentaram alterações com relação ao sono. Desta avaliação inicial, 39% (109 pacientes) foram excluídos, sendo 105 pacientes por não apresentarem sintomatologia referente ao sono e 4 por abandono (1 paciente que engravidou durante o processo e 3 pacientes que mudaram de município), conforme gráfico 1.

Tabela 1- População Amostral

População Amostral 376 Pacientes	
Incluídos	61%
Excluídos	39%

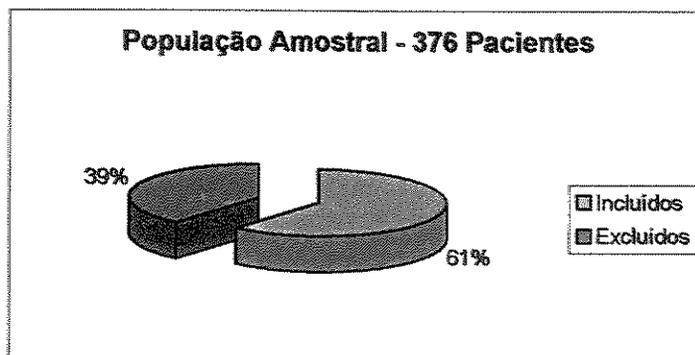


Gráfico 1- População Amostral

A partir desta amostra de 267 pacientes, após a aplicação do MSQ, Mini Questionário do Sono, obtivemos a amostra definitiva, com 200 pacientes (75%) incluídos, que obtiveram uma pontuação no MSQ ≥ 25 , resultando em uma população de 67 pacientes (25%) excluídos, conforme gráfico 2.

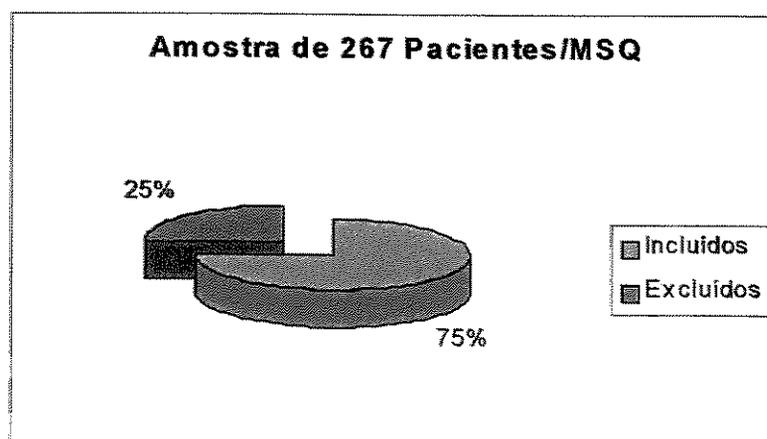


Gráfico 2- População Incluída

Tabela 2- Dados Sociodemográficos

Dados Sociodemográficos		
	N	%
SEXO		
Masculino	65	32,50%
Feminino	135	67,50%
ESCOLARIDADE		
1 (0-4 anos de estudo)	13	6,47%
2 (5-8 anos de estudo)	79	39,30%
3 (9-11 anos de estudo)	74	36,82%
4 (12-14 anos de estudo)	29	14,43%
5 (>=15 anos)	6	2,99%
ESTADO CIVIL		
Solteiros	41	20,50%
Casados	110	55,00%
Descasados	32	16,00%
Viúvos	17	8,50%

Tabela 3- Dados de Escolaridade

ESCOLAR	Freqüência	Porcentagem	Acumulada Freqüência	Acumulada Porcentagem
1	13	6.47	13	6.47
2	79	39.30	92	45.77
3	74	36.82	166	82.59
4	29	14.43	195	97.01
5	6	2.99	201	100.00

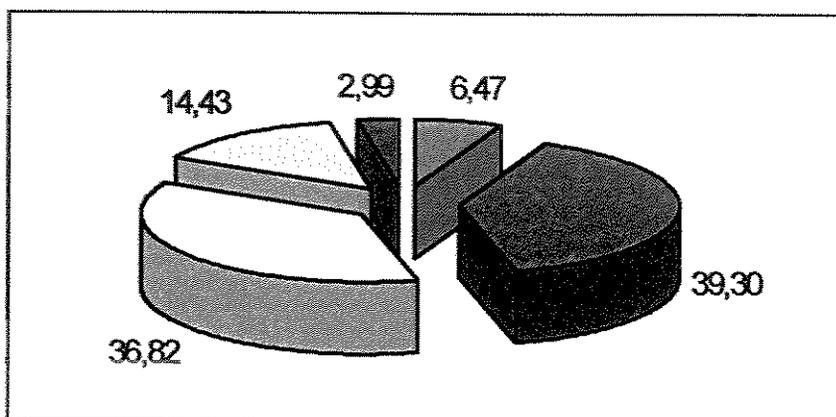


Gráfico 3- Dados de Escolaridade

Os dados acima demonstram, neste estudo, uma amostra de sujeitos 76% (153 pacientes), com nível de escolaridade entre 5 à 12 anos.

Tabela 4- Dados em Relação ao Estado Civil

EST CIVIL	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
0	41	20.50	41	20.50
1	110	55.00	151	75.50
2	32	16.00	183	91.50
3	17	8.50	200	100.00

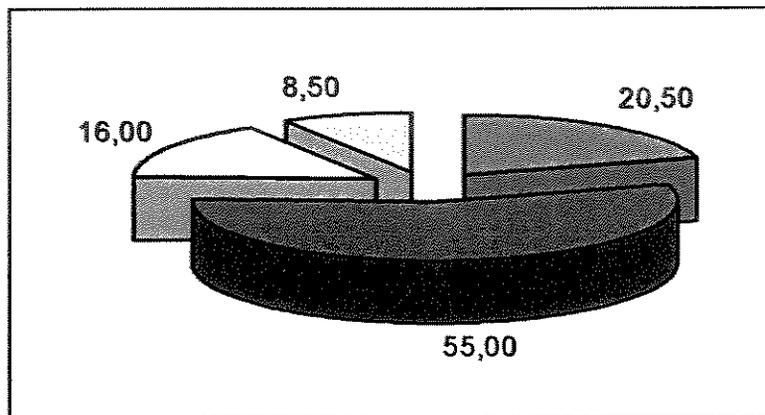


Gráfico 4- Dados em Relação ao Estado Civil

Em relação ao estado civil, a amostra contou com um grupo de 55% (110 pacientes) casados, os demais foram distribuídos nas outras categorias.

Tabela 5- Média de Idade

Média	37,66
Desvio Padrão	11,84
Var (min – Max)	18-69

Tabela 6- Dados da Distribuição da Amostra por Faixa Etária

IDADE	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
0	65	32.50	65	32.50
1	104	52.00	169	84.50
2	31	15.50	200	100.00

Tabela 7- Dados de Idade e Desvio Padrão

IDADE	
Máxima	69
Mínima	18
Média	37,66
Variância	140,3
Desvio Padrão	11,84

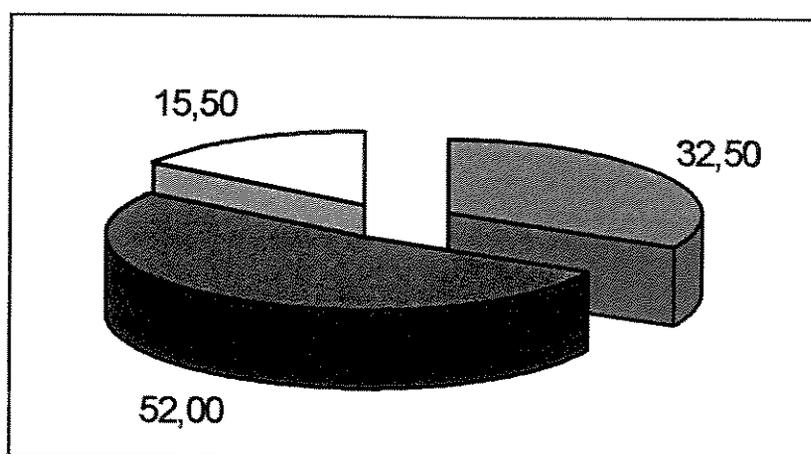


Gráfico 5- Dados da Distribuição da Amostra por Faixa Etária

A fim de pesquisar a prevalência do distúrbio do sono em pacientes com transtorno de pânico, foram analisados os questionários aplicados nesses pacientes.

As análises estatísticas usadas foram tabelas de frequências, com respectivos testes apropriados (Qui-quadrado e Exato de Fisher), visualizações gráficas com frequências das respostas e análise de variância para comparações de médias para os dados contínuos.

Hamilton-A em relação ao sexo:

De acordo com a escala de avaliação de Ansiedade de Hamilton, temos a seguinte tabela de frequência:

Tabela 8- Distribuição por Sexo nos Escores por Hamilton-A

Tabela de SEXO por HAMILTON-A			
SEXO	HAMILTON-A		Total
	0	1	
0	5	130	135
1	11	54	65
Total	16	184	200

(>=1 – Resposta Positiva para Transtorno do Sono)

(0=Feminino – 1=Masculino)

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	1	10.1669	0.0014

De acordo com a tabela de frequência acima, é notada uma diferença entre os níveis da escala em relação ao sexo. O teste qui-quadrado nos mostra que esta diferença é significativa, ou seja, os comportamentos entre homens e mulheres são diferentes em relação a esse teste.

Tabela 9- Hamilton-A em relação ao estado civil

Tabela de EST.CIVIL POR HAMILTON-A			
EST. CIVIL	HAMILTON-A		Total
	0	1	
0	1	40	41
1	10	101	111
2	3	29	32
3	2	14	16
Total	16	184	200

(>=1 – Resposta Positiva para Transtorno do Sono)

(0=Solteiro – 1=Casado – 2=Separado – 3=Viúvo)

Teste Exato de Fisher

Valor Tabelado (P) 0.0078

P-Valor 0.4343

Com o auxílio do teste exato de Fischer, pois o qui-quadrado nesse caso não é o apropriado, observa-se que, com um p-valor = valor alto, não há evidências para rejeitar hipótese de que o estado civil difere com relação a avaliação de ansiedade de Hamilton.

Tabela 10- Hamilton-A em relação à idade

Tabela de idade por HAMILTON-A			
IDADE	HAMILTON-A		Total
	0	1	
0	3	62	65
1	4	51	55
2	5	45	50
3	4	26	30
Total	16	184	200

(>=1 – Resposta Positiva para Transtorno do Sono)

(0=18-30anos – 1=31-40anos – 2=41-50anos – 3=igual ou acima de 51anos)

Teste Exato de Fisher	
Valor Tabelado (P)	0.0054
P-Valor	0.4530

Nesse caso, em relação à idade, novamente não foi apropriado o teste qui-quadrado. Realizando o teste exato de Fisher, podemos concluir que não há evidências de que a idade seja um fator importante na análise da avaliação de ansiedade de Hamilton, ou seja, o resultado do teste independe da idade do paciente.

Tabela 11- Hamilton-A em Relação aos Anos de Escolaridade

HAMILTON-A	ESCOLAR					Total
	1	2	3	4	5	
0	0	5	7	3	1	16
1	13	74	67	26	4	184
Total	13	79	74	29	5	200

(>=1 – Resposta Positiva para Transtorno do Sono)

(1=1 a 4anos – 2=5 a 8anos – 3=9 a 12anos – 4=13 a 15anos – 5=acima de 16 anos)

Teste Exato de Fisher	
Valor tabelado (P)	0.0048
P-Valor	0.5406

Usando o teste mais apropriado nesse caso, o exato de Fisher, temos que não há diferença na avaliação de acordo com a escolaridade.

De acordo com a escala de avaliação de depressão de Hamilton, temos a seguinte tabela de frequência:

Tabela 12- Hamilton-D em relação ao sexo

Tabela de SEXO por HAMILTON-D			
SEXO	HAMILTON-D		Total
	0	1	
0	48	87	135
1	29	36	65
Total	77	124	200

(>=1 – Resposta Positiva para Transtorno do Sono)
(0= Feminino – 1= Masculino)

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	1	1.3184	0.2509

Com relação à tabela de frequência acima, a evidência da diferença entre os sexos em relação a essa escala não é notada. O teste qui-quadrado nos mostra que esta diferença não é realmente significativa, ou seja, homens e mulheres não diferem em relação a esse teste.

Tabela 13- Hamilton-D com relação a estado civil

Tabela de ESTADO CIVIL por HAMILTON-D			
EST CIVIL	HAMILTON-D		Total
	0	1	
0	18	23	41
1	48	63	111
2	8	24	32
3	3	13	16
Total	77	123	200

(>=1 – Resposta Positiva para Transtorno do Sono)

(0=Solteiro – 1=Casado – 2=Separado – 3=Viúvo)

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	3	7.1556	0.0671

Com relação ao cruzamento do teste de avaliação de depressão de Hamilton com o estado civil, baseados num teste qui-quadrado, rejeitou-se a hipótese de que há diferença na avaliação com relação ao estado civil a uma significância de 90%. Agora, à significância de 95%, não podemos concluir que o estado civil difere no resultado do teste.

Tabela 14- Hamilton-D com relação à Idade

Tabela de IDADE por HAMILTON-D			
IDADE	HAMILTON-D		Total
	0	1	
0	32	33	65
1	15	40	55
2	20	30	50
3	10	20	30
Total	77	123	200

(>=1 – Resposta Positiva para Transtorno do Sono)

(0=18-30anos – 1=31-40anos – 2=41-50anos – 3=igual ou acima de 51anos)

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	3	6.6561	0.0837

Aqui, mais uma vez foi realizado o teste qui-quadrado para verificarmos se a idade difere com relação à avaliação. Rejeitamos a hipótese de que não há diferença na avaliação com relação à idade, a uma significância de 90%. Agora, a uma significância de 95%, não rejeitamos a hipótese de que a idade não difere na avaliação.

Tabela 15- Hamilton-D com relação à escolaridade

Tabela de HAMILTON-D por ESCOLARIDADE						
HAMILTON-D	ESCOLAR					Total
	1	2	3	4	5	
0	4	28	28	12	5	77
1	9	51	46	16	1	123
Total	13	79	74	28	6	200

(>=1 – Resposta Positiva para Transtorno do Sono)

(1=1 a 4anos – 2=5 a 8anos – 3=9 a 12anos – 4=13 a 15anos – 5=acima de 16 anos)

Teste Exato de Fisher	
Valor tabelado (P)	1.145E-04
P-Valor	0.2381

Nesse caso, o nível escolar também não interfere na avaliação.

Tabela 16- Sheehan 1 em relação ao sexo

Tabela de SEXO por SHEEHAN 1					
SEXO	SHEEHAN 1				Total
	0	1	2	3	
0	5	12	63	55	135
1	3	15	30	17	65
Total	8	27	93	72	200

(>=1 – Resposta Positiva para Transtorno do Sono)

(0= Feminino – 1= Masculino)

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	3	8.6264	0.0347

De acordo com a análise, é notada uma diferença entre os níveis da escala em relação ao sexo. O teste qui-quadrado nos mostra que esta diferença é significativa, ou seja, comportamento entre homens e mulheres é diferente em relação a esse teste.

Tabela 17- Sheehan 1 em Relação ao Estado Civil

Tabela de ESTADO CIVIL por SHEEHAN 1					
EST CIVILR	SHEEHAN 1				Total
	0	1	2	3	
0	1	7	19	14	41
1	7	20	74	58	159
Total	8	27	93	72	200

(>=1 – Resposta Positiva para Transtorno do Sono)

(0=Solteiro – 1=Casado – 2=Separado – 3=Viúvo)

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	3	0.8824	0.8297

O estado civil nesse caso foi reduzido em apenas dois níveis para que o teste usado fosse apropriado. A evidência de que não há diferença na avaliação em relação ao estado civil é clara, de acordo com o alto p-valor do teste (0,8297).

Tabela 18- Sheehan 1 em Relação à Idade

Tabela de IDADE por SHEEHAN 1					
IDADE	SHEEHAN 1				Total
	0	1	2	3	
0	6	12	51	41	110
1	2	15	42	31	90
Total	8	27	93	72	200

(>=1 – Resposta Positiva para Transtorno do Sono)

(0=18-30anos – 1=31-40anos – 2=41-50anos – 3=igual ou acima de 51anos)

Teste Exato de Fisher	
Valor Tabelado (P)	0.0018
P-Valor	0.4863

A evidência de que não há diferença na avaliação em relação à idade é aceita nesse caso, de acordo com teste de Fisher realizado (p-valor=0,4863).

Tabela 19- Sheehan 1 em Relação à Escolaridade

Tabela de SHEEHAN1 por ESCOLAR				
SHEEHAN1	ESCOLAR			Total
	1	2	3	
0	1	4	3	8
1	14	7	6	27
2	51	30	12	93
3	27	33	13	72
Total	93	74	34	201

(>=1 – Resposta Positiva para Transtorno do Sono)

(1=1 a 4anos – 2=5 a 8anos – 3=9 a 12anos – 4=13 a 15anos – 5=acima de 16 anos)

Teste Exato de Fisher	
Valor tabelado (P)	3.061E-07
P-Valor	0.0540

Nesse caso, a escolaridade teve que ser agrupada em 3 grupos, juntando-se os grupos 1 e 2 como grupo 1, o grupo 3 como grupo 2 e os grupos 4 e 5 como 3, para que o teste pudesse ser realizado. De acordo com o p-valor do teste de Fisher utilizado, não há diferença entre as escolaridades se tomarmos uma significância de 95%. Porém, se a significância for menor do que 94%, a diferença entre as escolaridades pode ser considerada significativa.

Tabela 20- Beck em Relação ao Sexo

Tabela de SEXO por BECK					
SEXO	BECK				Total
	0	1	2	3	
0	6	16	52	61	135
1	7	9	27	22	65
Total	13	25	79	83	200

(>=1 – Resposta Positiva para Transtorno do Sono)

(0= Feminino – 1= Masculino)

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	3	3.9134	0.2710

Há evidência de que não há diferença na avaliação em relação a sexo (p-valor=0,2710).

Tabela 21- Beck em Relação ao Estado Civil

Tabela de ESTADO CIVIL por BECK					
EST CIVIL	BECK				Total
	0	1	2	3	
0	2	6	19	14	41
1	11	19	60	69	159
Total	13	25	79	83	200

(>=1 – Resposta Positiva para Transtorno do Sono)

(0=Solteiro – 1=Casado – 2=Separado – 3=Viúvo)

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	3	1.7704	0.6214

Utilizando apenas dois níveis de estado civil (para ser realizado o teste de Fisher), concluímos que há evidência de que, nesse caso, também não há diferença na avaliação em relação ao estado civil.

Tabela 22- Beck com relação à Idade

Tabela de IDADE por BECK					
IDADE	BECK				Total
	0	1	2	3	
0	5	18	45	42	110
1	8	7	34	41	90
Total	13	25	79	83	200

(>=1 – Resposta Positiva para Transtorno do Sono)

(0=18-30anos – 1=31-40anos – 2=41-50anos – 3=igual ou acima de 51anos)

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	3	5.3154	0.1501

Não rejeitamos a hipótese de que a idade não difere para essa avaliação. Nesse caso a idade foi agrupada em dois níveis para que a realização do teste de qui-quadrado fosse validado.

Tabela 23- Frequência da qualidade do sono em pacientes com TP, medido pelo MSQ.

MSQ		
Varição (min – Max)	(25 – 61)	
Categorias de qualidade do Sono	n	%
Sono levemente alterado (SLA)	9	5
Sono moderadamente alterado (SMA)	28	14
Sono muito alterado (SMMA)	163	81

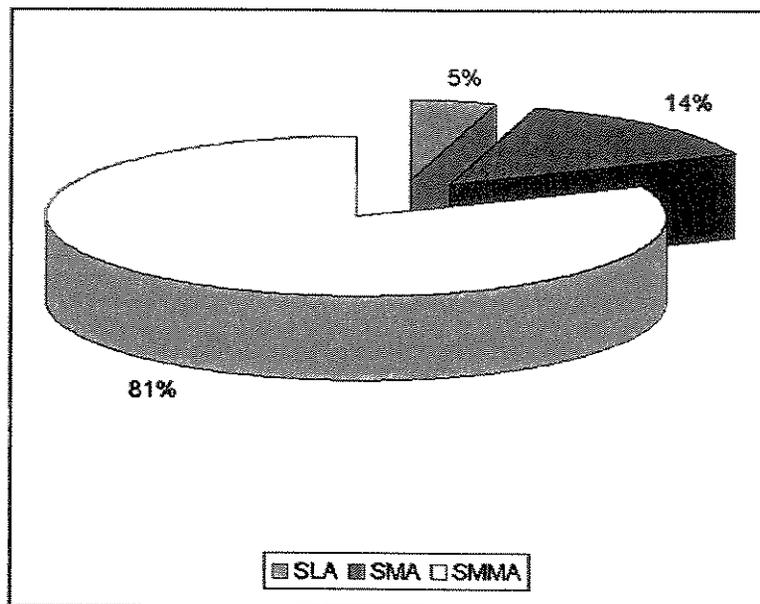


Gráfico 6- Frequência da qualidade do sono em pacientes com TP, medido pelo MSQ.

Tabela 24- Frequência da Amostra em Relação aos Escores do MSQ

MSQ	Frequência	Percent	Frequência Acumulada	Porcentagem Acumulada
1	10	5.00	10	5.00
2	28	14.00	38	19.00
3	162	81.00	200	100.00

(1=Sono levemente alterado – 2=Sono moderadamente alterado – 3=Sono muito alterado)

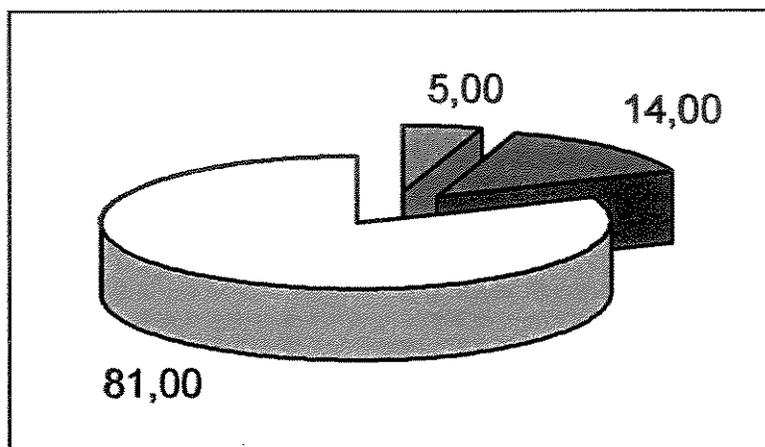


Gráfico 7- Frequência da Amostra em Relação aos Escores do MSQ

As tabelas 23 e 24/gráficos 6 e 7 evidenciaram o quanto o MSQ pôde ser útil, tanto para definir a população selecionada, como para avaliar a qualidade do sono nesta amostra, com uma análise preliminar caracterizando que 81% (160 pacientes) apresentaram escores elevados.

Tabela 25- MSQ em relação a sexo

SEXO	MSQ			Total
	1	2	3	
0	2	16	118	135
1	8	12	45	66
Total	10	28	162	200

(1=Sono levemente alterado – 2=Sono moderadamente alterado – 3=Sono muito alterado)

(0=Feminino – 1=Masculino)

Teste Exato de Fisher	
Valor Tabelado (P)	9.048E-06
P-Valor	2.375E-04

Nesse caso, o p-valor foi muito baixo, apresentando fortes evidências contra a hipótese de que Sexo não difere nessa avaliação.

Tabela 26- MSQ em relação ao estado civil

Tabela de ESTADO CIVIL por MSQ				
EST CIVIL	MSQ			Total
	1	2	3	
0	1	9	31	41
1	9	16	86	111
2	0	2	30	32
3	0	1	16	17
Total	10	28	162	200

(1=Sono levemente alterado – 2=Sono moderadamente alterado – 3=Sono muito alterado)

(0=Solteiro – 1=Casado – 2=Separado – 3=Viúvo)

Teste Exato de Fisher	
Valor Tabelado (P)	1.141E-05
P-Valor	0.3431

O teste de Fischer nos dá evidências de que essa avaliação não difere quanto ao estado civil.

Tabela 27- MSQ em relação à idade

Tabela de IDADE por MSQ				
IDADE	MSQ			Total
	1	2	3	
0	2	15	48	65
1	7	9	89	105
2	1	4	25	30
Total	10	28	162	200

(1=Sono levemente alterado – 2=Sono moderadamente alterado – 3=Sono muito alterado)
(0=18-30anos – 1=31-40anos – 2=igual ou acima de 41anos)

Teste Exato de Fisher	
Valor Tabelado (P)	7.570E-05
P-Valor	0.1645

Mais uma vez, há evidências de que a avaliação não difere com relação à idade, codificada em três níveis para a realização do teste.

Tabela 28- MSQ em Relação aos anos de Escolaridade

Tabela de MSQ por ESCOLA			
MSQ	Escola		Total
	1	2	
1	4	6	10
2	9	19	28
3	80	82	162
Total	93	107	200

(1=Sono levemente alterado – 2=Sono moderadamente alterado – 3=Sono muito alterado)
(1=1 a 8anos – 2=igual ou acima de 9anos)

Teste Exato de Fisher	
Valor tabelado (P)	0.0040
P-Valor	0.1842

Nesse caso, a escolaridade foi agrupada em apenas dois níveis novamente para realização do teste, o que nos leva a aceitar que não há diferença na avaliação de acordo com a escolaridade.

Tabela 29- MSQ em relação a Hamilton A

Tabela de MSQ por HAMILTON A			
MSQ	HAMILTON A		Total
	0	1	
1	4	6	10
2	3	25	28
3	9	153	162
Total	16	184	200

(1=Sono levemente alterado – 2=Sono moderadamente alterado – 3=Sono muito alterado)
(>=1 positivo para transtorno do sono)

Os dados acima indicaram que os pacientes com escore de 3 (162 pacientes) no MSQ, apresentaram escore positivo na escala de HAMILTON para ansiedade (153 pacientes).

Tabela 30- MSQ em Relação a Hamilton D

Tabela de MSQ por HAMILTON D			
MSQ	HAMILTON D		Total
	0	1	
1	6	4	10
2	15	13	28
3	55	107	162
Total	76	124	200

(1=Sono levemente alterado – 2=Sono moderadamente alterado – 3=Sono muito alterado)
(>=1 positivo para transtorno do sono)

Os dados acima indicaram que pacientes com escore de 3 (162 pacientes) no MSQ, apresentaram escore positivo na escala de HAMILTON para depressão (107 pacientes).

Tabela 31- MSQ em Relação ao SHEEHAN 1

Tabela de MSQ por SHEEHAN 1					
MSQ	SHEEHAN 1				Total
	0	1	2	3	
1	3	3	3	1	10
2	2	4	13	9	28
3	3	20	77	62	162
Total	8	27	93	72	200

(1=Sono levemente alterado – 2=Sono moderadamente alterado – 3=Sono muito alterado)

(>=1 positivo para transtorno do sono)

Os dados acima indicaram que pacientes com escore de 3 (162 pacientes) no MSQ, apresentaram escores elevados na escala de SHEEHAN para ansiedade (77 pacientes com ansiedade moderada e 62 pacientes com ansiedade severa).

Tabela 32- MSQ em Relação ao Beck

Tabela de MSQ por BECK					
MSQ	BECK				Total
	0	1	2	3	
1	3	2	1	4	10
2	3	5	10	10	28
3	7	18	67	70	162
Total	13	25	78	84	200

(1=Sono levemente alterado – 2=Sono moderadamente alterado – 3=Sono muito alterado)

(>=1 positivo para transtorno do sono)

Os dados acima indicaram que pacientes com escore de 3 (162 pacientes) no MSQ, apresentaram escores elevados na escala de BECK para depressão (67 pacientes com depressão moderada e 70 pacientes com depressão severa).

QUESTIONÁRIO ESCANDINAVO BÁSICO DE SONO

Comparação de Médias em Relação a:

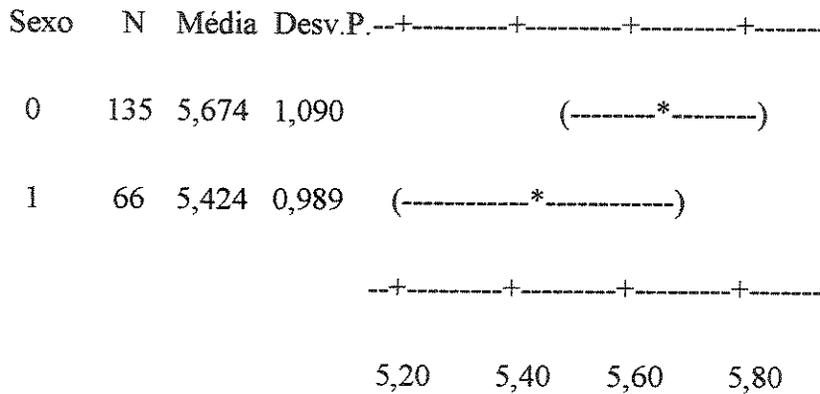


Gráfico 8- Horas dormidas por noite em relação ao sexo

Tabela 33- Horas dormidas por noite em relação ao sexo - Análise de variância:

Fonte	G.L.	SS	MS	F	P
SEXO	1	2,77	2,77	2,47	0,118
Error	199	222,78	1,12		
Total	200	225,55			

Pelo p-valor, não há diferença entre as médias de horas dormidas em relação aos sexos.

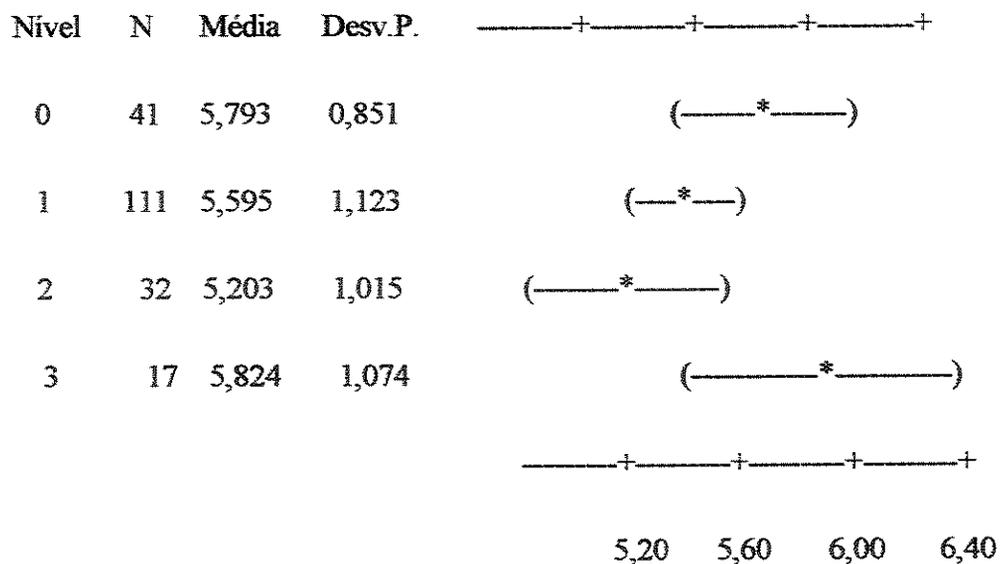


Gráfico 9- Horas dormidas por noite em relação ao estado civil

Tabela 34- Horas dormidas por noite em relação ao estado civil – Análise de Variância

Fonte	G.L.	SS	MS	F	P
ESTCIVIL	3	7,40	2,47	2,23	0,086
Error	197	218,14	1,11		
Total	200	225,55			

Pelo p-valor, não há diferença entre as médias de horas dormidas em relação ao estado civil.

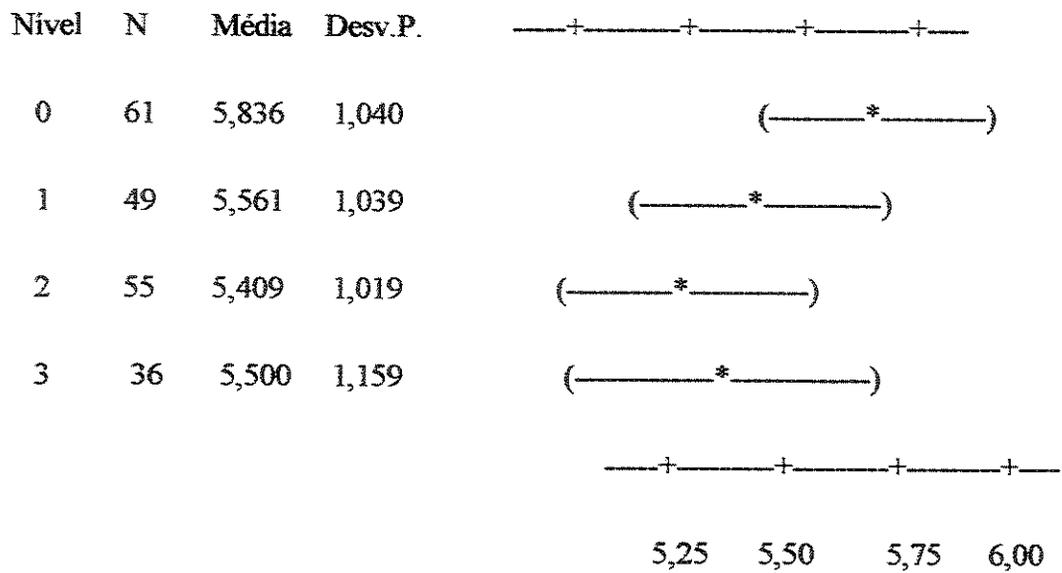


Gráfico 10- Horas dormidas com relação à idade

Tabela 35- Horas dormidas com relação à idade - Análise de Variância

Fonte	G.L.	SS	MS	F	P
IDADE	3	5,82	1,94	1,74	0,160
Error	197	219,72	1,12		
Total	200	225,55			

Pelo p-valor, não há diferença entre as médias de horas dormidas em relação aos níveis de idade.

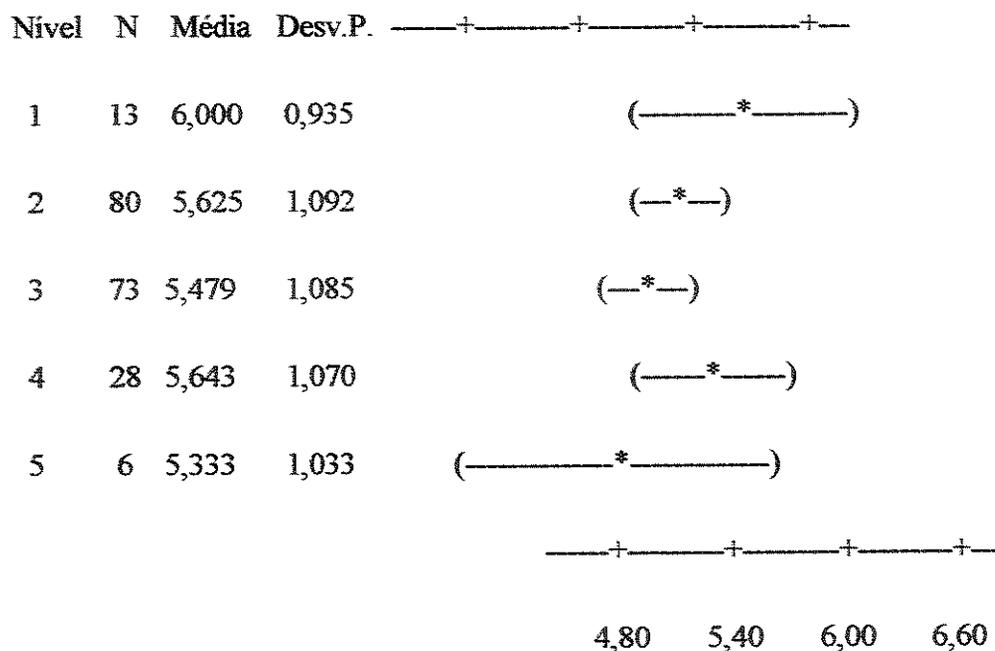


Gráfico 11- Horas dormidas com relação à escolaridade

Tabela 36- Horas dormidas com relação à escolaridade - Análise de Variância

Fonte	G.L.	SS	MS	F	P
Escolaridade	4	3,65	0,91	0,79	0,534
Error	195	225,73	1,16		
Total	199	229,38			

Pela análise de variância, com o p-valor alto, não há diferença entre as médias em relação à escolaridade.

Horas em que vai dormir e horas em que se acorda

Para verificarmos as diferenças na hora em que uma pessoa vai dormir e horas em que acorda foram criados níveis de horas, caracterizados como:

Para horas em que vai dormir:

Nível 1- pessoas que vão dormir até 22 horas.

Nível 2- pessoas que vão dormir depois das 22 hs até às 23 horas e meia.

Nível 3- pessoas que vão dormir depois das 23 e meia hs até meia noite e meia.

Nível 4- pessoas que vão dormir depois da meia noite e meia.

Para horas em que se acorda:

Nível 1- pessoas que acordam antes das 5 horas.

Nível 2- pessoas que acordam: depois das 5 hs e até as 6.

Nível 3- pessoas que acordam depois da 6 horas.

Isso porque a variável hora em que se vai dormir e hora em que se acorda não é contínua e a análise de variância não pôde ser usada. Com a criação dos níveis, uma análise de dados através de tabelas e testes (Qui-quadrado e Exato de Fisher) pôde ser útil.

Tabela 37- Horas em que vai dormir em dias de semana com relação ao sexo

Tabela de HORA/DORME/SEMANA por SEXO			
HORA/DORME/SEMANA	SEXO		Total
	0	1	
1	49	32	81
2	59	16	75
3	27	17	44
Total	135	65	200

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	2	6.8307	0.0329

De acordo com o teste qui-quadrado, há diferença na hora de dormir em dias de semana em relação ao sexo. Os homens, em geral, dormem mais cedo do que as mulheres.

Tabela 38- Horas em que vai dormir em dias de semana com relação ao estado civil

Tabela de HORA/DORME/SEMANA por EST CIVIL					
HORADORME/SEMANA	EST CIVIL				Total
	0	1	2	3	
1	18	45	12	6	81
2	13	43	11	8	75
3	10	22	9	3	44
Total	41	110	32	17	200

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	6	2.2438	0.8960

De acordo com o p-valor do teste, não há evidências para dizer que há diferença na hora de dormir em relação ao estado civil.

Tabela 39- Horas em que vai dormir em dias de semana com relação à idade

Tabela de HORA/DORME/SEMANA por IDADE					
HORA/DORME/SEMANA	IDADE				Total
	0	1	2	3	
1	24	23	14	20	81
2	21	17	25	12	75
3	16	8	16	4	44
Total	61	48	55	36	200

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	6	11.3788	0.0774

De acordo com o teste, há diferença na hora de dormir em dias de semana se considerarmos uma significância de 90%. Se tomarmos uma significância de 95%, não há evidências para dizer que há diferença na hora de dormir em relação à idade.

Tabela 40- Horas em que vai dormir em dias de semana com relação à escolaridade

Tabela de HORA/DORME/SEMANA por ESCOLAR				
HORA/DORME/SEMANA	ESCOLAR			Total
	1	2	3	
1	43	24	14	81
2	32	29	14	75
3	18	20	6	44
Total	93	73	34	200

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	4	3.8182	0.4312

Nesse caso, a escolaridade foi agrupada em 3 níveis para que o teste pudesse ser realizado. O agrupamento foi: níveis 1 e 2 = grupo 1, nível 3 = grupo 2, níveis 4 e 5 = grupo 3. De acordo com o teste, não existem diferenças significativas entre a hora de dormir em dia de semana de acordo com a escolaridade.

Tabela 41- Horas em que vai dormir em dias livres com relação ao sexo

Tabela de HORA/DORME/DIA LIVRE por SEXO			
HORA/DORME/DIA LIVRE	SEXO		Total
	0	1	
1	22	19	41
2	43	21	64
3	70	25	95
3	70	25	95
Total	135	65	200

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	2	5.2397	0.0728

De acordo com o p-valor do teste, a uma significância de 90%, há diferença na hora de dormir de acordo com o sexo. Porém, se tomarmos uma significância de 95%, essa diferença não é significativa.

Tabela 42- Horas em que vai dormir em dias livres com relação ao estado civil

Tabela de HORA/DORME/DIA LIVRE por EST CIVIL					
HORA/DORME/DIA LIVRE	EST CIVIL				Total
	0	1	2	3	
1	9	24	7	1	41
2	16	31	9	8	64
3	16	55	16	8	95
Total	41	110	32	17	200

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	6	5.2326	0.5143

O teste nos dá uma clara evidência de que a hora de dormir em dias livres não varia conforme o estado civil, significativamente.

Tabela 43- Horas em que vai dormir em dias livres com relação à idade

Tabela de HORA/DORME/DIA LIVRE por IDADE					
HORA/DORME/DIA LIVRE	IDADE				Total
	0	1	2	3	
1	15	9	10	7	41
2	17	19	12	16	64
3	29	20	33	13	95
Total	61	48	55	36	200

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	6	8.5814	0.1985

Nesse caso, foram usados novamente a escolaridade com níveis reduzidos para ser realizado o teste, que nos mostrou que não há diferenças significantes na hora de dormir em dias livres em relação à idade.

Tabela 44- Horas em que vai dormir em dias livres com relação à escolaridade

Tabela de HORA/DORME/DIAS LIVRE por ESCOLAR				
HORA/DORME/DIAS LIVRES	ESCOLAR			Total
	1	2	3	
1	24	12	5	41
2	29	23	12	64
3	40	38	17	95
Total	93	73	34	200

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	4	3.3200	0.5058

Nesse caso, foram usados novamente a escolaridade com níveis reduzidos para ser realizado o teste, que nos mostrou que não há diferenças significantes na hora de dormir em dias livres em relação à escolaridade.

Tabela 45- Horas em que acorda em dias de semana com relação ao sexo

Tabela de HORA/ACORDA/DIAS SEMANA por SEXO				
HORA/ACORDA/DIAS SEMANA	SEXO		Total	
	0	1		
1	37	23	60	
2	88	39	127	
3	10	3	13	
Total	135	65	200	

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	2	1.6426	0.4399

Pelo p-valor, não há diferença entre a hora em que se acorda em dias de semana em relação ao sexo.

Tabela 46- Horas em que acorda em dias de semana com relação ao estado civil

Tabela de HORA/ACORDA/DIAS SEMANA por ESTADO CIVIL					
HORA/ACORDA/DIAS SEMANA	ESTADO CIVIL				Total
	0	1	2	3	
1	13	36	3	8	60
2	25	67	27	8	127
3	3	7	2	1	13
Total	41	110	32	17	200

Teste Exato de Fisher	
Valor tabelado (P)	1.169E-06
P-Valor	0.0775

Pelo p-valor, não há diferença entre a hora em que se acorda em dias de semana em relação ao estado civil se tomarmos uma significância de 95%. Porém, se tomarmos uma significância de 90%, há uma diferença significativa no horário em que se acorda em relação ao estado civil.

Tabela 47- Horas em que acorda em dias de semana com relação à idade

Tabela de HORA/ACORDA/DIAS SEMANA por IDADE					
HORA/ACORDA/DIAS SEM	IDADE				Total
	0	1	2	3	
1	18	18	14	10	60
2	38	29	36	24	127
3	5	1	5	2	13
Total	61	48	55	36	200

Teste Exato de Fisher	
Valor tabelado (P)	1.478E-05
P-Valor	0.7070

Pelo p-valor, não há diferença entre a hora em que se acorda em dias de semana em relação à idade.

Tabela 48- Horas em que acorda em dias de semana com relação à Escolaridade

Tabela de HORA/ACORDA/DIAS SEMANA por ESCOLAR					
HORA/ACORDA/ DIAS SEM	ESCOLAR				Total
	1	2	3	4	
1	31	16	10	3	60
2	57	52	15	3	127
3	5	5	3	0	13
Total	93	73	28	6	200

Teste Exato de Fisher	
Valor tabelado (P)	2.707E-05
P-Valor	0.3985

A escolaridade foi agrupada em níveis menores para o teste ser realizado e, de acordo com ele, não há diferença na hora de acordar em dias de semana em relação à escolaridade.

Tabela 49- Horas em que acorda em dias livres com relação a sexo

Tabela de HORA/ACORDA DIAS LIVRES por SEXO			
HORA/ACORDA/DIAS LIVRES	SEXO		Total
	0	1	
1	6	5	11
2	23	16	39
3	106	44	150
Total	135	65	200

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	2	2.8194	0.2442

De acordo com o teste, não há diferença entre a hora de acordar em dias livres de acordo com o sexo.

Tabela 50- Horas em que acorda em dias livres com relação ao estado civil

Tabela de HORA/ACORDA/DIAS LIVRES por ESTADO CIVIL					
HORA/ACORDA/DIAS LIVRES	ESTADO CIVIL				Total
	0	1	2	3	
1	3	6	1	1	11
2	5	23	5	6	39
3	33	81	26	10	150
Total	41	110	32	17	200

Teste Exato de Fisher	
Valor tabelado (P)	3.439E-05
P-Valor	0.4936

Pelo p-valor, não há diferença entre a hora em que se acorda em dias livres em relação ao estado civil.

Tabela 51- Horas em que acorda em dias livres com relação à idade

Tabela de HORA/ACORDA/DIAS LIVRES por IDADE					
HORA/ACORDA/DIAS LIVRES	IDADE				Total
	0	1	2	3	
1	2	2	5	2	11
2	12	10	11	6	39
3	47	36	39	28	150
Total	61	48	55	36	200

Teste Exato de Fisher	
Valor tabelado (P)	6.118E-05
P-Valor	0.9063

Pelo p-valor, não há diferença na hora em que se acorda em dias livres em relação à idade.

Tabela 52- Horas em que acorda em dias livres com relação à escolaridade

Tabela de HORA/ACORDA/DIAS LIVRES por ESCOLAR				
HORA/ACORDA/DIAS LIVRES	ESCOLAR			Total
	1	2	3	
1	8	3	0	11
2	16	15	8	39
3	26	14	10	50
4	43	41	16	100
Total	93	73	34	200

Estatística	G.L.	Valor	P-Valor
Qui-quadrado	6	6.7861	0.3411

De acordo com o teste, não há diferenças significativas na hora de acordar em dias livres em relação à escolaridade, que nesse caso foi agrupada em níveis menores para a realização do teste.

Tabela 53- FRQAC3M = Frequência que tem acordado à noite nos últimos três meses

FRQAC3M	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	11	5,47	11	5,47
2	39	19,40	50	24,88
3	77	38,31	127	63,18
4	42	20,90	169	84,08
5	32	15,92	200	100,00

1) nunca ou menos de uma vez por mês; 2) menos de uma vez por semana; 3) em 1 a 2 dias por semana; 4) em 3 a 5 dias por semana; 5) toda noite ou quase toda noite

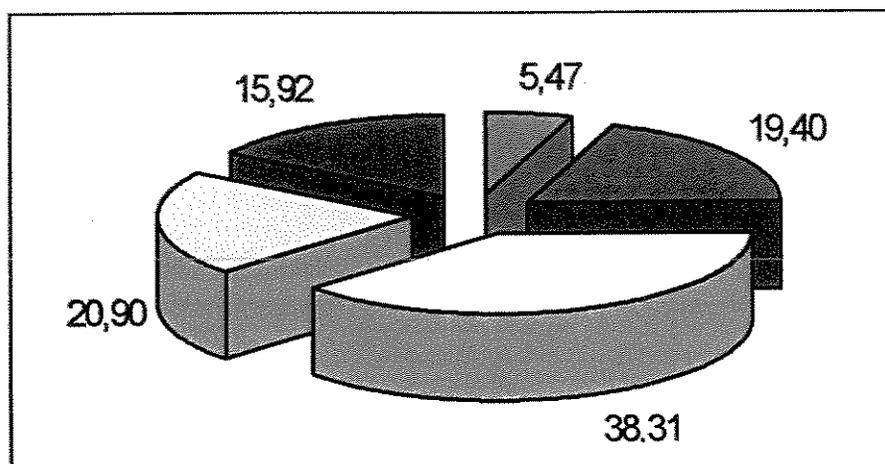


Gráfico 12- Frequência que tem acordado à noite nos últimos três meses

Nesta amostra foi identificado um percentual de 38% (77 pacientes) que apresentaram uma frequência de despertares durante à noite, ao menos 1 a 2 vezes na semana, 20% (42 pacientes) e 15% (32 pacientes) com uma frequência muito superior, de 3 à 5 vezes durante a semana até praticamente todas as noites.

Tabela 54- VEZACNOI = Se acorda à noite, quantas vezes isso geralmente acontece por noite

VEZACNOI	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	29	14,43	29	14,43
2	123	61,19	152	75,62
3	26	12,94	178	88,56
4	17	8,46	195	97,01
5	6	2,99	200	100,00

1) geralmente eu não acordo à noite; 2) 1vez por noite; 3) 2 vezes por noite; 4) 3 a 4 vezes por noite; 5) toda noite ou quase toda noite

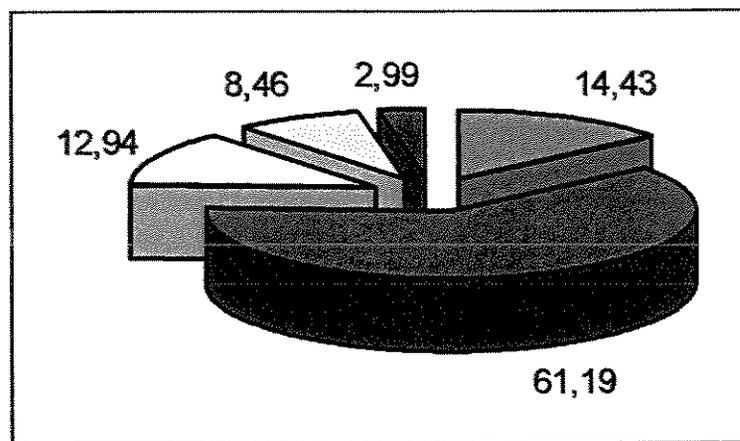


Gráfico 13- Se acorda à noite, quantas vezes isso geralmente acontece por noite

Os dados acima revelaram que 61% (123 pacientes) despertavam ao menos uma vez durante a noite.

Tabela 55- FRQACCED = Com que frequência tem acordado muito cedo pela manhã sem conseguir adormecer novamente

FRQACCED	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	21	10.45	21	10.45
2	41	20.40	62	30.85
3	64	31.84	126	62.69
4	47	23.38	172	86.07
5	28	13.93	200	100.00

1) nunca ou menos de uma vez por mês; 2) menos de uma vez por semana; 3) em 1 a 2 dias por semana; 4) em 3 a 5 dias por semana; 5) diariamente ou quase diariamente

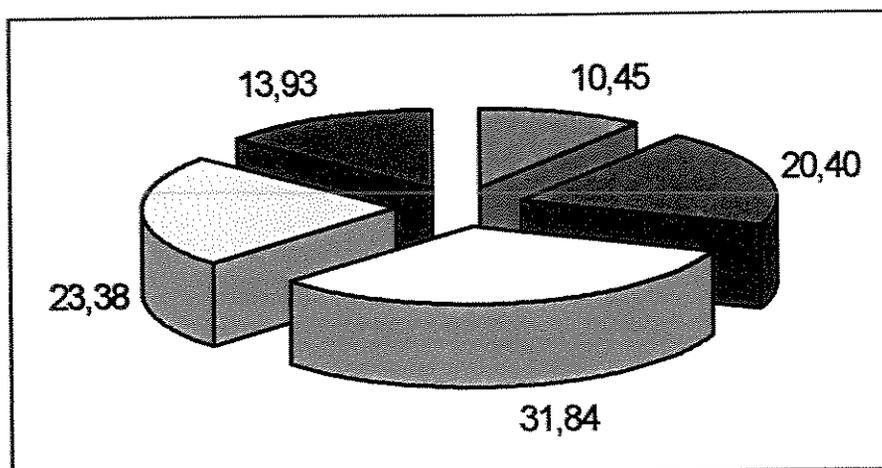


Gráfico 14- Com que frequência tem acordado muito cedo pela manhã sem conseguir adormecer novamente

Nesta questão, observou-se uma distribuição percentual equitativa entre as respostas.

Tabela 56- DORMID3M = Como tem dormido nos últimos três meses

DORMID3M	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	5	2.49	5	2.49
2	0	0	5	2.49
3	81	40.30	86	42.79
4	64	31.84	149	74.63
5	51	25.37	200	100.00

1) bem; 2) moderadamente bem; 3) nem bem, nem mal; 4) moderadamente mal; 5) mal

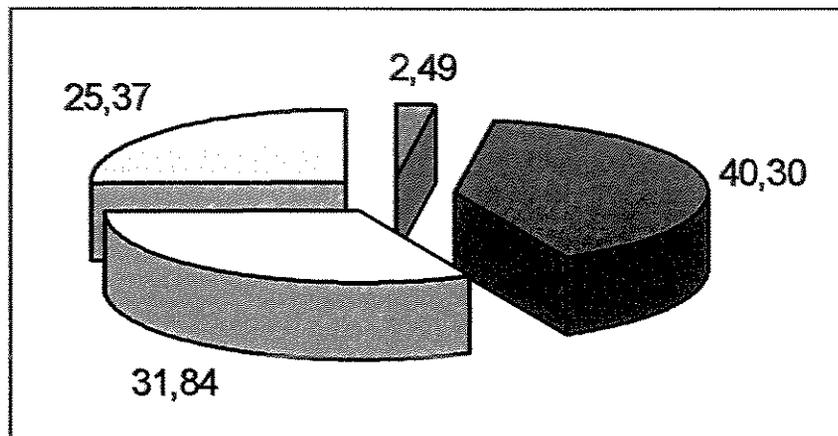


Gráfico 15- Como tem dormido nos últimos três meses

Nesta questão todos os pacientes referiram algum grau de desconforto na qualidade do sono, não obtivemos nenhuma resposta afirmativa.

Tabela 57- USODROGA = Uso de remédios ou bebidas alcoólicas para dormir nos últimos três meses

USODROGA	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	195	97.01	195	97.01
2	0	0	197	97.01
3	1	0.50	196	97.51
4	2	1.00	197	98.51
5	3	1.49	200	100.00

1) Nunca ou menos de uma vez por mês; 2) menos de uma vez por semana; 3) em 1 a 2 dias por semana
4) em 3 a 5 dias por semana; 5) diariamente ou quase diariamente

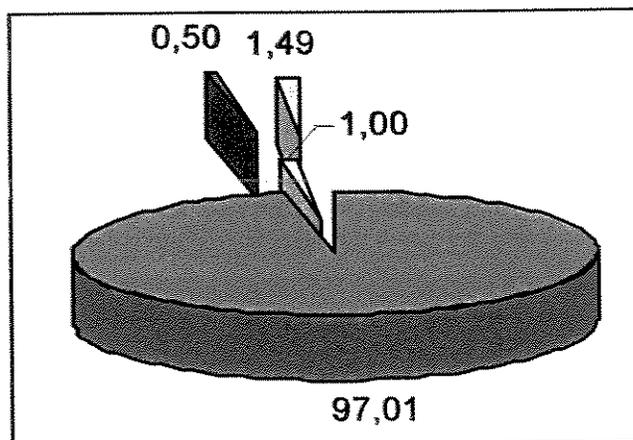


Gráfico 16- Uso de remédios ou bebidas alcoólicas para dormir nos últimos três meses

Quando questionados sobre o uso de alguma substância para facilitar a indução do sono, 97% (195 pacientes) nunca fizeram uso, ou se o fizeram foi menos de uma vez ao mês.

Tabela 58- SONOACOR = Sentir muito sonolento pela manhã depois de acordar

SONOACOR	Freqüência	Porcentagem	Acumulada Freqüência	Acumulada Porcentagem
1	24	11.94	24	11.94
2	14	6.97	38	18.91
3	50	24.88	88	43.78
4	28	13.93	116	57.71
5	84	41.79	200	99.50

1) nunca ou menos de uma vez por mês; 2) menos de uma vez por semana; 3) em 1 a 2 dias por semana
4) em 3 a 5 dias por semana; 5) diariamente ou quase diariamente

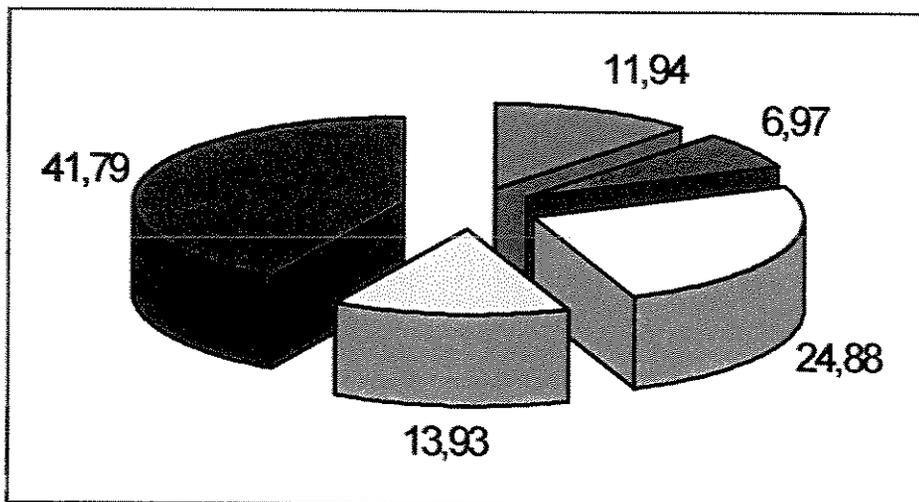


Gráfico 17- Sentir muito sonolento pela manhã depois de acordar

Os dados acima evidenciaram que um percentual significativo de respostas, com 112 pacientes (54%), referiram-se à sonolência após o despertar ao menos 3 vezes na semana até diariamente.

Tabela 59- SONODIA = Sentir muito sonolento durante o dia

SONODIA	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	17	8.46	17	8.46
2	37	18.41	54	26.87
3	68	33.83	122	60.70
4	38	18.91	160	79.60
5	41	20.40	200	100.00

1) nunca ou menos de uma vez por mês; 2) menos de uma vez por semana; 3) em 1 a 2 dias por semana
4) em 3 a 5 dias por semana; 5) diariamente ou quase diariamente

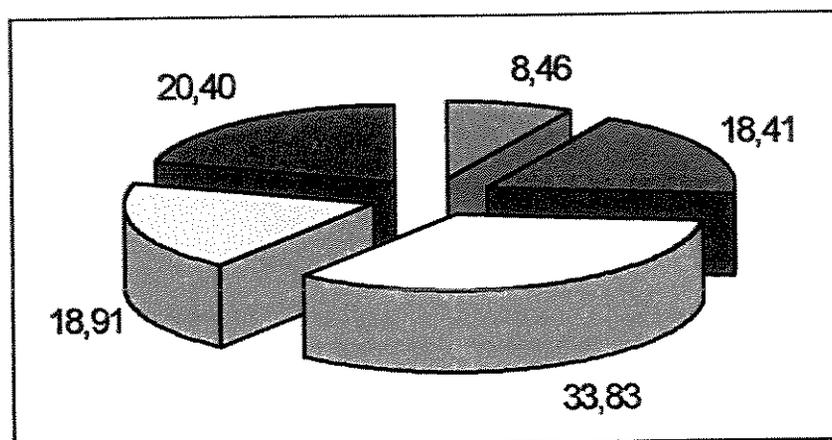


Gráfico 18- Sentir muito sonolento durante o dia

Quanto à sonolência diurna, 33% (68 pacientes) referiram uma frequência de 1 a 2 dias na semana.

Tabela 60- SONOTRAB = Sentir uma vontade irresistível de dormir durante seu trabalho

SONOTRAB	Freqüência	Porcentagem	Acumulada Freqüência	Acumulada Porcentagem
1	19	9.45	19	9.45
2	54	26.87	73	36.32
3	69	34.33	142	70.65
4	27	13.43	168	84.08
5	32	15.92	200	100.00

1) nunca ou menos de uma vez por mês; 2) menos de uma vez por semana; 3) em 1 a 2 dias por semana
4) em 3 a 5 dias por semana; 5) diariamente ou quase diariamente

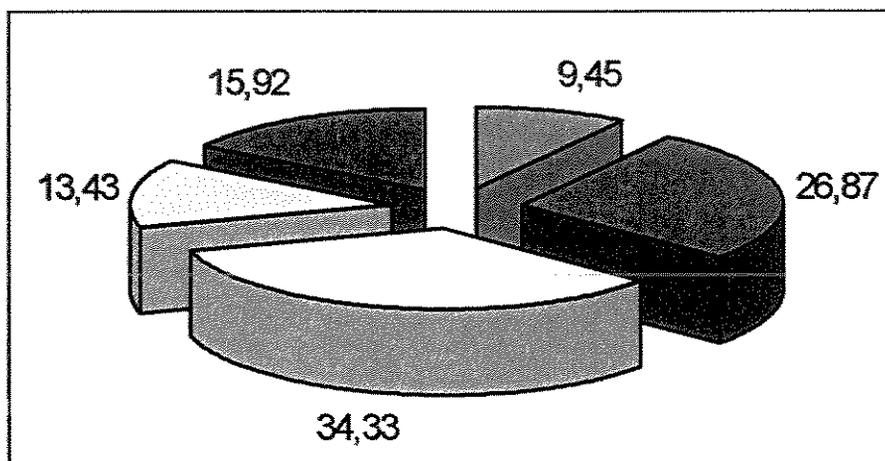


Gráfico 19- Sentir uma vontade irresistível de dormir durante seu trabalho

Repetindo o mesmo percentual, de 34% (69 pacientes) tinham vontade de dormir durante o trabalho.

Tabela 61- SONOLIVR = Sentir uma vontade irresistível de dormir durante seu tempo livre (momentos de lazer)

SONOLIVR	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	19	9.45	19	9.45
2	23	11.44	42	20.90
3	67	33.33	109	54.23
4	45	22.39	153	76.62
5	47	23.38	200	100.00

1) nunca ou menos de uma vez por mês; 2) menos de uma vez por semana; 3) em 1 a 2 dias por semana; 4) em 3 a 5 dias por semana; 5) diariamente ou quase diariamente

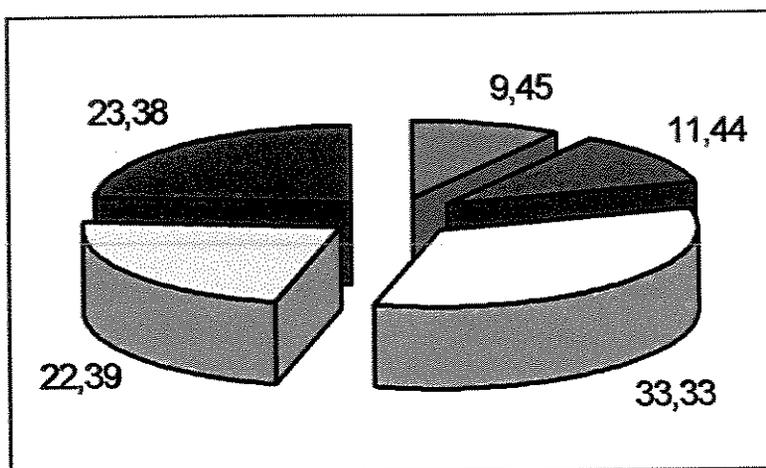


Gráfico 20- Sentir uma vontade irresistível de dormir durante seu tempo livre (momentos de lazer)

E mesmo nas horas de lazer, o mesmo percentual de pacientes 33% (67 pacientes), referiram-se, também, a uma necessidade de dormir ao menos 1 a 2 dias na semana.

Tabela 62- COCHILLO = Frequência você cochila durante o dia

COCHILA	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	57	28.36	57	28.36
2	43	21.39	100	49.75
3	34	16.92	134	66.67
4	9	4.48	143	71.14
5	58	28.86	200	100.00

1) nunca ou menos de uma vez por mês; 2) menos de uma vez por semana; 3) em 1 a 2 dias por semana
4) em 3 a 5 dias por semana; 5) diariamente ou quase diariamente

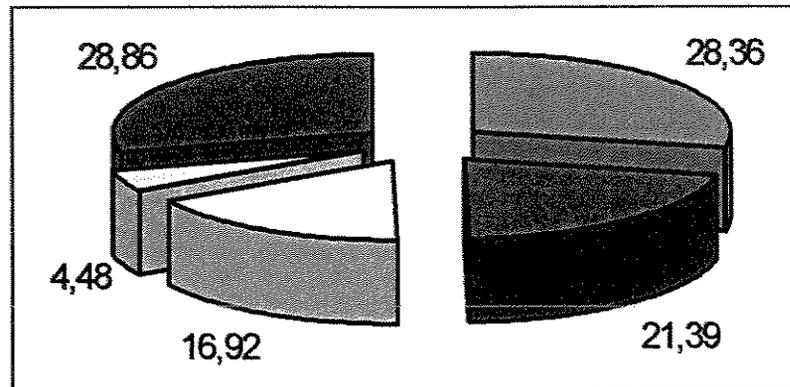


Gráfico 21- Frequência você cochila durante o dia

Nesta questão obtivemos três grupos com percentuais equitativos, 28% (57 pacientes) cochilam menos de uma vez por mês, 21% (43 pacientes) cochilam menos de uma vez na semana e 28% (58 pacientes) cochilam diariamente.

Tabela 63- RONCO = Ronca enquanto dorme

RONCA	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	128	63.68	129	64.18
2	35	17.41	164	81.59
3	9	4.48	173	86.07
4	3	1.49	175	87.56
5	25	12.44	200	100.00

1) nunca ou menos de uma vez por mês; 2) menos de uma vez por semana; 3) em 1 a 2 dias por semana; 4) em 3 a 5 dias por semana; 5) toda noite ou quase toda noite

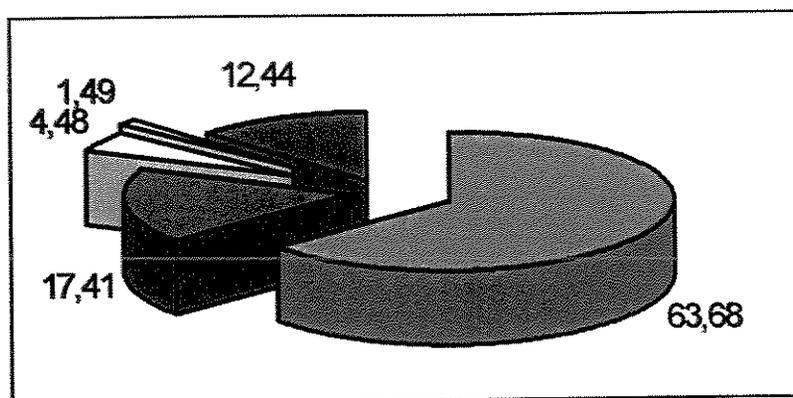


Gráfico 22- Ronca enquanto dorme

Quando questionados sobre se roncam, 63% (128 pacientes) referiram que menos de uma vez por mês, mas 12% (25 pacientes) roncavam todas as noites.

Tabela 64- TIPORNC = Sobre o ronco

TIPORNC	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	127	63.18	127	63.18
2	47	23.38	174	86.57
3	9	4.48	182	91.04
4	1	0.50	184	91.54
5	17	8.46	200	100.00

1) eu não ronco; 2) o som do meu ronco é regular e soa como voz em tom baixo; 3) o som é regular, mas é bem alto; 4) o som é regular, mas é muito alto; 5) ronco muito alto e com interrupções, isto é, ocorrem pausas silenciosas quando não há ruído de ronco e, de tempos em tempos, se ouve um ronco profundo e alto

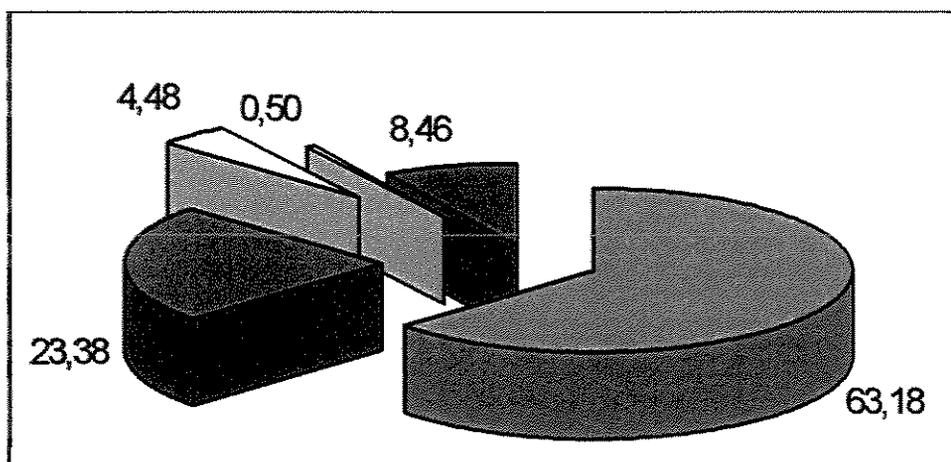


Gráfico 23- Sobre o ronco

O mesmo percentual se repete neste quesito, mas com 8% (17 pacientes com um tipo de ronco severo).

Tabela 65- APNÉIA = Paradas da respiração enquanto dorme (apnéia do sono)

APNEIA	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	140	69.65	140	69.65
2	31	15.42	171	85.07
3	12	5.97	183	91.04
4	4	1.99	186	93.03
5	14	6.97	200	100.00

1) nunca ou menos de uma vez no mês; 2) menos de uma vez por semana; 3) em 1 a 2 dias por semana
4) em 3 a 5 dias por semana; 5) toda noite ou quase toda noite

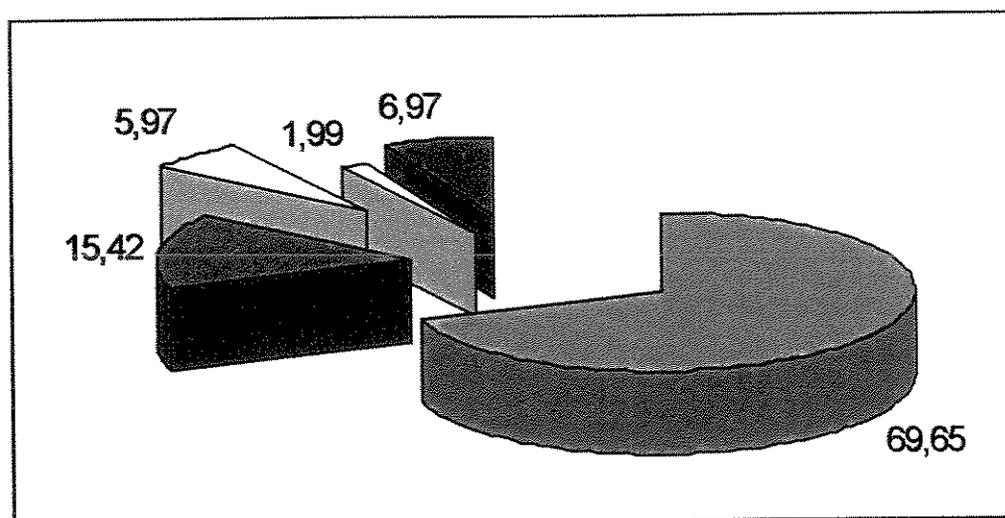


Gráfico 24- Paradas da respiração enquanto dorme (apnéia do sono)

E, quanto a apnéia, 6% (14 pacientes) afirmaram que apresentavam.

Tabela 66- Há quantos anos ronca?

ANOSRNC	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
0	124	61.69	124	61.69
1	3	1.49	127	63.18
2	7	3.48	134	66.67
3	2	1.00	136	67.66
4	5	2.49	141	70.15
5	11	5.47	152	75.62
8	4	1.99	156	77.61
10	11	5.47	167	83.08
13	1	0.50	168	83.58
15	10	4.98	178	88.56
20	15	7.46	193	96.02
23	1	0.50	194	96.52
25	1	0.50	195	97.01
30	4	1.99	199	99.00
35	1	0.50	200	99.50
40	1	0.50	200	100.00

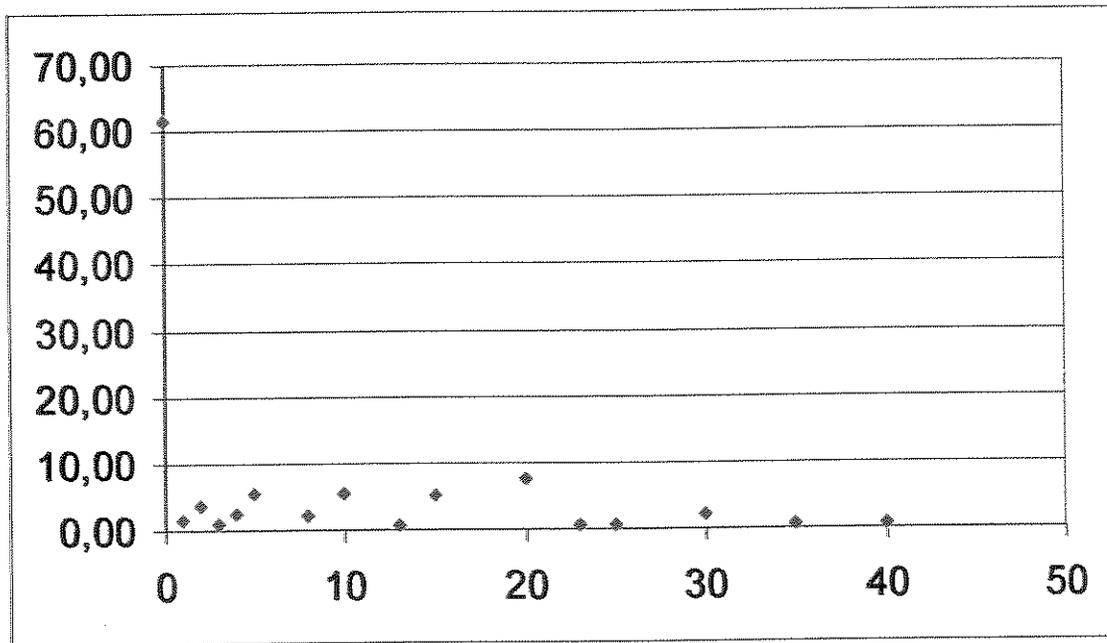


Gráfico 25- Há quantos anos ronca?

Quanto aos anos que ronca, 61% (124 pacientes) referiram não roncar, ou muito raramente, e os demais apresentaram uma distribuição eqüitativa.

Tabela 67- Idade de início do ronco

IDADRNC	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
0	124	61.69	124	61.69
8	1	0.50	125	62.19
14	2	1.00	127	63.18
15	1	0.50	128	63.68
17	1	0.50	129	64.18
20	3	1.49	132	65.67
21	1	0.50	133	66.17
22	1	0.50	134	66.67
23	3	1.49	137	68.16
25	2	1.00	139	69.15
26	3	1.49	142	70.65
27	2	1.00	144	71.64
28	6	2.99	150	74.63
30	11	5.47	161	80.10
31	3	1.49	164	81.59
32	2	1.00	166	82.59
33	6	2.99	172	85.57
34	3	1.49	175	87.06
35	1	0.50	176	87.56
36	3	1.49	179	89.05
37	3	1.49	182	90.55
38	1	0.50	183	91.04
39	3	1.49	186	92.54
40	4	1.99	190	94.53
42	3	1.49	193	96.02
43	2	1.00	195	97.01
45	2	1.00	197	98.01
48	1	0.50	198	98.51
50	2	1.00	200	99.50
51	1	0.50	200	100.00

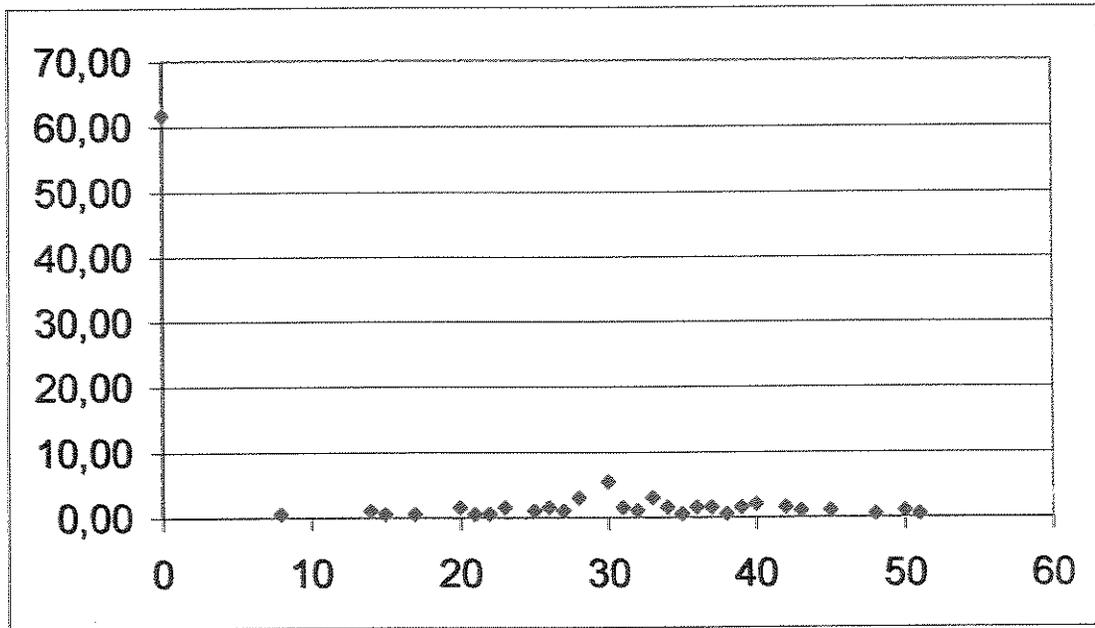


Gráfico 26- Idade de inicio do ronco

Quanto à idade de inicio do ronco houve também uma distribuição eqüitativa.

Tabela 68- Quantas horas seriam necessárias para um sono reparador

PRECSON	Freqüência	Porcentagem	Acumulada Freqüência	Acumulada Porcentagem
6	2	1.00	2	1.00
7	12	5.97	14	6.97
8	86	42.79	100	49.75
9	67	33.33	167	83.08
10	32	15.92	199	99.00
13	1	0.50	200	99.50
14	1	0.50	200	100.00

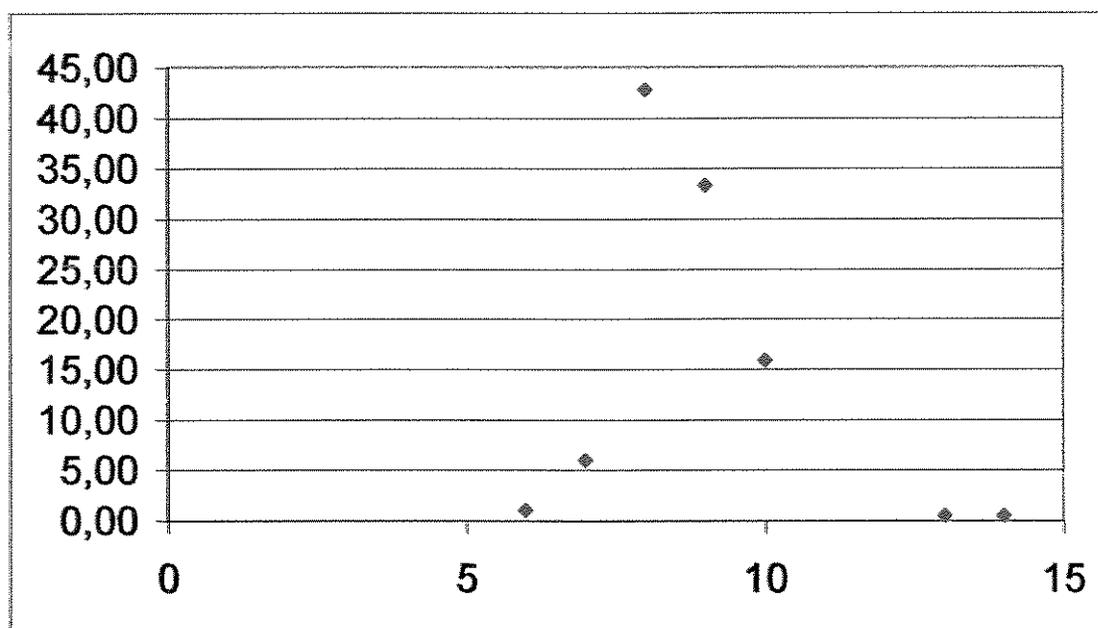


Gráfico 27- Quantas horas seriam necessárias para um sono reparador

Quando questionados sobre quantas horas seriam necessárias para um sono reparador, 42% (86 pacientes) indicaram 8 horas e 33% (67 pacientes) 9 horas seriam ideais. Os demais foram distribuídos entre um mínimo de 6 horas e um máximo de 14 horas.

Tabela 69- PROBSONO = Problemas referidos em relação ao sono

PROBSONO	Freqüência	Porcentagem	Acumulada Freqüência	Acumulada Porcentagem
1	27	13.43	27	13.43
2	7	3.48	34	16.92
3	12	5.97	46	22.89
4	34	16.92	80	39.80
5	23	11.44	103	51.24
6	44	21.89	147	73.13
7	26	12.94	173	86.07
8	19	9.45	192	95.52
9	9	4.48	200	100.00

1) Insônia Inicial; 2) Insônia Intermediária; 3) Insônia Terminal; 4) Sono fragmentado; 5) Sonolência diurna excessiva; 6) Ataque de Pânico Noturno; 7) Prejuízo da qualidade de vida; 8) Sono Agitado; 9) Ronco/Apnéia

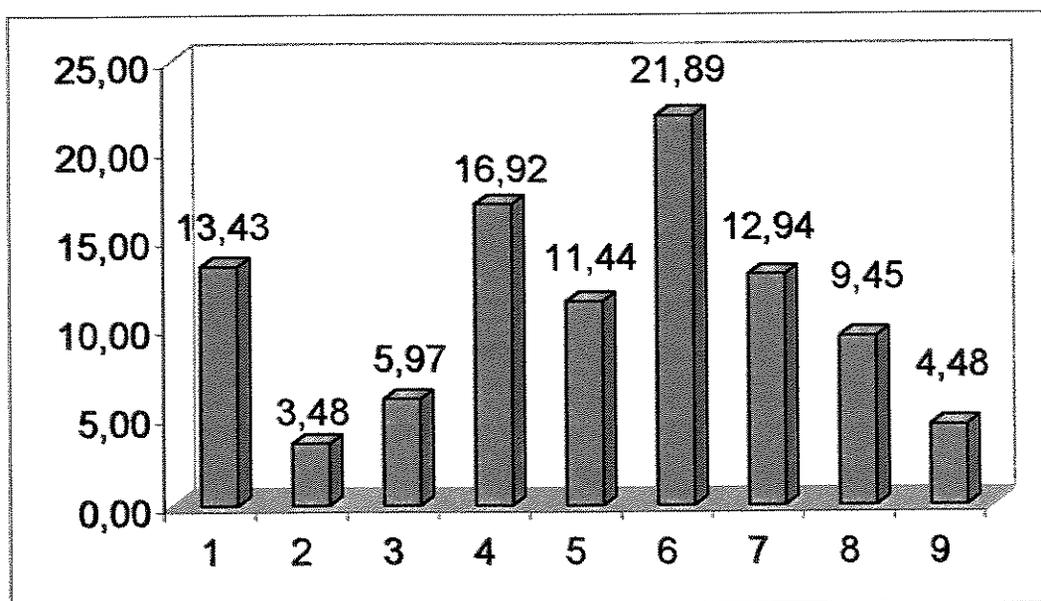


Gráfico 28- Problemas referidos em relação ao sono

Na Tabela 69 e gráfico 27, os pacientes nomearam livremente, aquele que seria realmente seu problema quanto à qualidade do sono , e assim foram agrupados, sendo que 21% (44 pacientes) relataram ATAQUE DE PÂNICO NOTURNO, 16% (34 pacientes) SONO FRAGMENTADO, 13% (27 pacientes) INSÔNIA INICIAL e 12% (26 pacientes) PREJUÍZO NA QUALIDADE DE VIDA, os demais foram distribuídos em um percentual equitativo.

QUESTIONÁRIO DE AUTO AVALIAÇÃO DO SONO - GORENSTEIN

PARTE 1 - INSTALAÇÃO DO SONO

Tabela 70- FACDORM = Facilidade em adormecer

Como você compararia a facilidade em adormecer na noite anterior com conseguir adormecer normalmente?

Mais difícil (1) _____ Mais fácil (10)

FACDORM	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	16	7.96	16	7.96
2	39	19.40	55	27.36
3	70	34.83	125	62.19
4	29	14.43	154	76.62
5	28	13.93	182	90.55
6	3	1.49	185	92.04
7	7	3.48	192	95.52
8	4	1.99	196	97.51
9	4	1.99	200	99.50
10	1	0.50	200	100.00

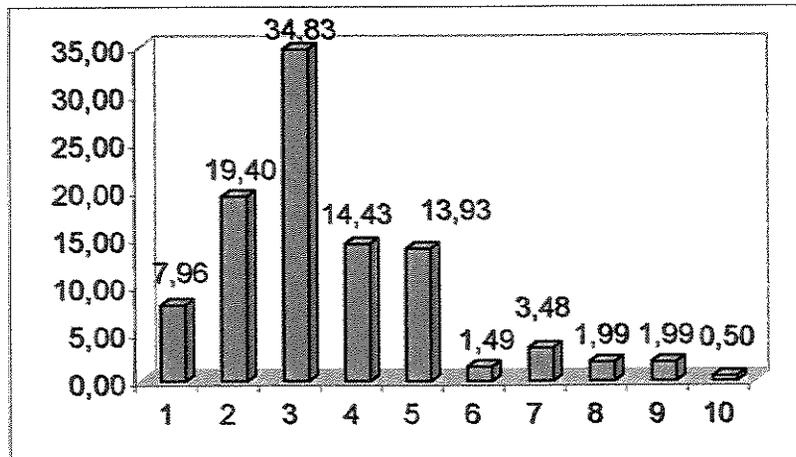


Gráfico 29- Facilidade em adormecer

Os dados da tabela 70/gráfico 28 demonstraram que 90% (182 pacientes) apresentavam dificuldade em dormir. (insônia)

Tabela 71- RAPDORM = Rapidez ao adormecer

Como você compararia a facilidade em adormecer na noite anterior com conseguir adormecer normalmente?

Mais lento (1) _____ Mais rápido (10)

RAPDORM	Freqüência	Porcentagem	Acumulada Freqüência	Acumulada Porcentagem
1	15	7.46	15	7.46
2	50	24.88	65	32.34
3	54	26.87	119	59.20
4	34	16.92	153	76.12
5	29	14.43	182	90.55
6	3	1.49	185	92.04
7	6	2.99	191	95.02
8	5	2.49	196	97.51
9	3	1.49	199	99.00
10	2	1.00	200	100.00

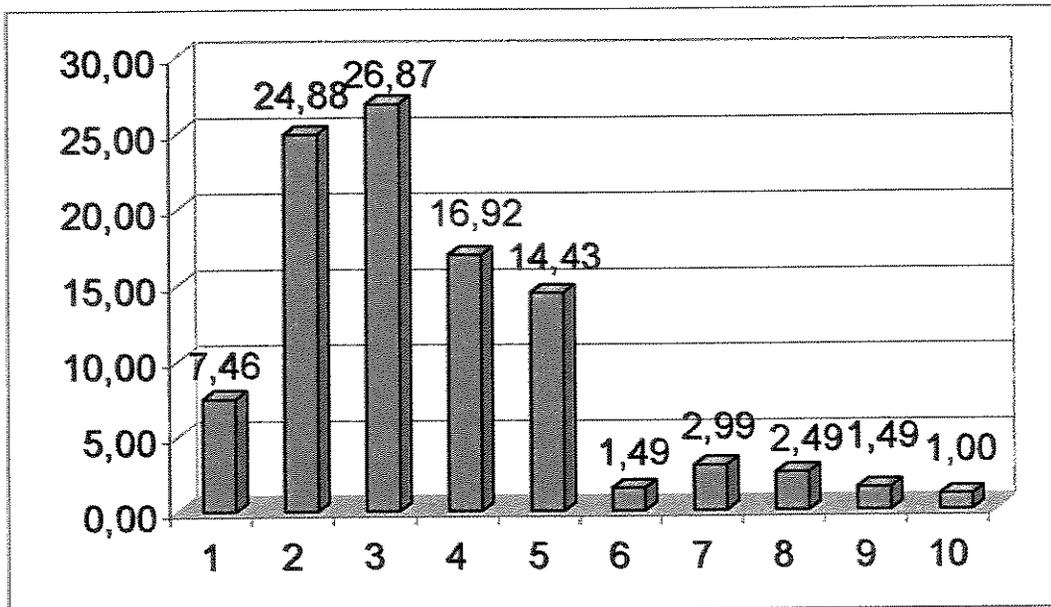


Gráfico 30- Rapidez ao adormecer

Os dados acima indicam que 76% (153 pacientes) apresentaram dificuldade na indução do sono.

PARTE 2 – QUALIDADE DO SONO

Tabela 72- AGITSONO = Sono agitado

Como você compararia a facilidade à qualidade do sono na noite anterior com o seu normal?

Mais agitado (1) _____ Mais tranqüilo (10)

AGITSONO	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	25	12.44	25	12.44
2	36	17.91	61	30.35
3	54	26.87	115	57.21
4	28	13.93	143	71.14
5	39	19.40	182	90.55
6	4	1.99	186	92.54
7	6	2.99	192	95.52
8	5	2.49	197	98.01
9	3	1.49	200	99.50
10	1	0.50	200	100.00

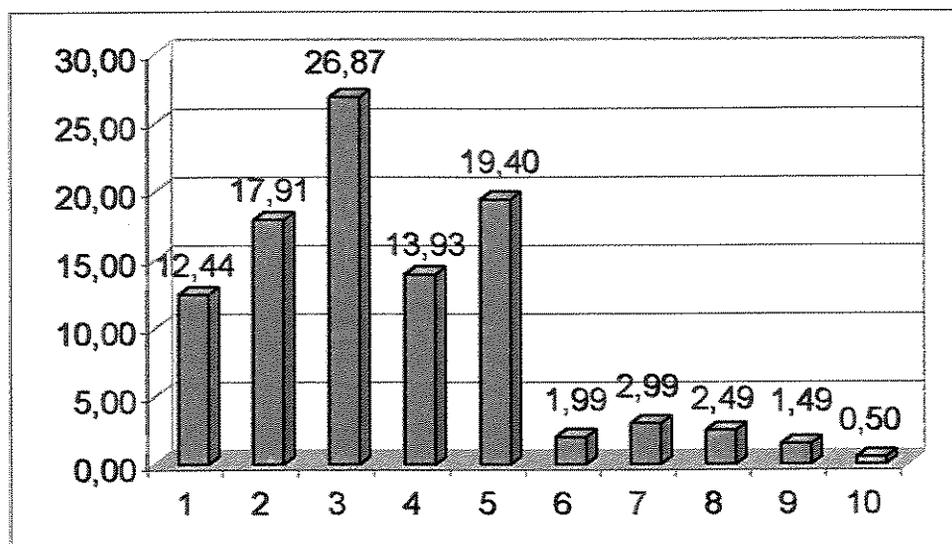


Gráfico 31- Sono agitado

Quando questionados sobre a qualidade do sono, especificamente, se apresentavam um sono agitado, obteve-se um percentual de 71% (143 pacientes).

Tabela 73- REPOUSONO = Sono repousante

Como você compararia a facilidade à qualidade do sono na noite anterior com o seu normal?

Menos repousante (1) _____ Mais repousante (10)

REPOUSONO	Freqüência	Porcentagem	Acumulada Freqüência	Acumulada Porcentagem
1	31	15.42	31	15.42
2	45	22.39	76	37.81
3	43	21.39	119	59.20
4	47	23.38	166	82.59
5	24	11.94	190	94.53
6	2	1.00	192	95.52
7	4	1.99	196	97.51
8	4	1.99	200	99.50
10	1	0.50	200	100.00

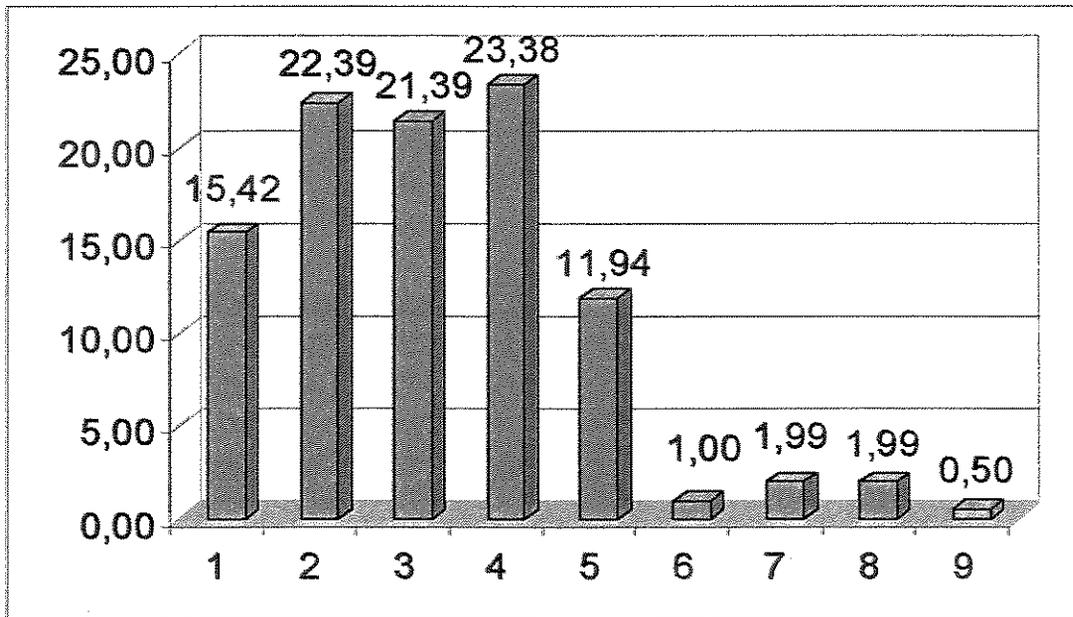


Gráfico 32- Sono repousante

Os dados acima revelaram que 82% (166 pacientes) possuíam um sono não repousante.

Tabela 74- Sonhos

Como você compararia a facilidade à qualidade do sono na noite anterior com o seu normal?

Menos sonhos (1) _____ Mais sonhos (10)

SONHOS	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	16	7.96	16	7.96
2	26	12.94	42	20.90
3	23	11.44	65	32.34
4	15	7.46	80	39.80
5	43	21.39	123	61.19
6	9	4.48	132	65.67
7	29	14.43	161	80.10
8	19	9.45	180	89.55
9	8	3.98	188	93.53
10	13	6.47	200	100.00

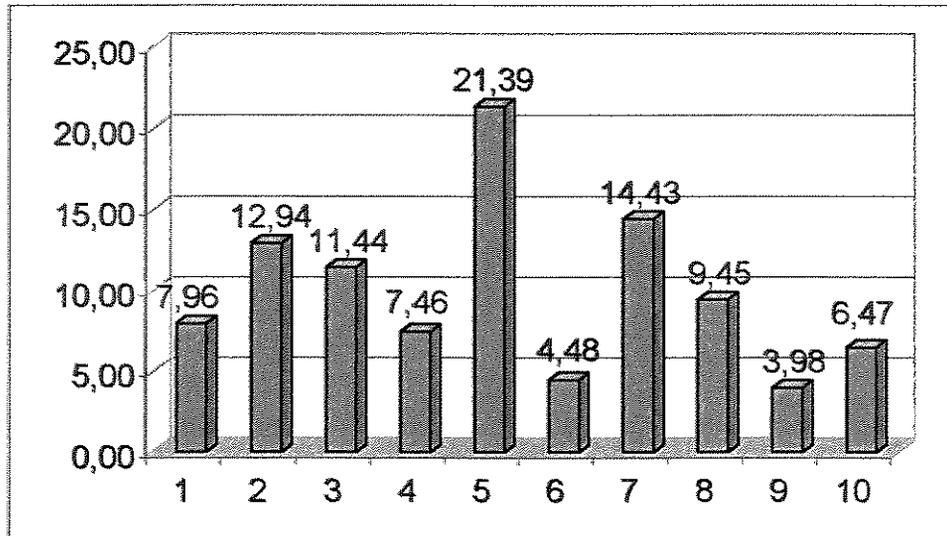


Gráfico 33- Sonhos

Na questão referente aos sonhos, obteve-se uma distribuição percentual equitativa, com 61% (123 pacientes) informando sobre um padrão de sono pobre em sonhos.

Tabela 75- DIFDESP = Dificuldade em despertar

Como você compararia seu despertar hoje com o seu padrão normal de acordar?

Mais difícil (1) _____ Mais fácil (10)

DIFDESP	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	31	15.42	31	15.42
2	25	12.44	56	27.86
3	48	23.88	104	51.74
4	15	7.46	119	59.20
5	43	21.39	162	80.60
6	3	1.49	165	82.09
7	11	5.47	176	87.56
8	8	3.98	184	91.54
9	8	3.98	192	95.52
10	9	4.48	200	100.00

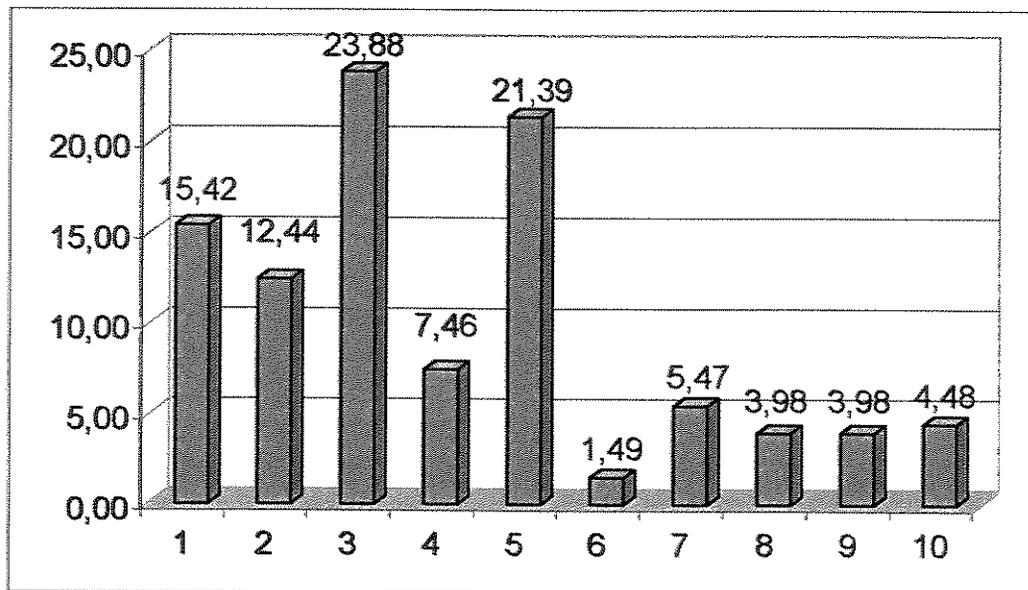


Gráfico 34- Dificuldade em despertar

Os dados acima denotaram que 80% (162 pacientes) apresentavam dificuldade ao despertar.

PARTE 3 - ESTADO PSÍQUICO APÓS TER ACORDADO

Tabela 76- ALERTA = Qualidade psíquica ao despertar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais alerta (1) _____ Mais sonolento (10)

ALERTA	Freqüência	Porcentagem	Acumulada Freqüência	Acumulada Porcentagem
1	8	3.98	8	3.98
2	12	5.97	20	9.95
3	34	16.92	54	26.87
4	21	10.45	75	37.31
5	58	28.86	133	66.17
6	5	2.49	138	68.66
7	14	6.97	152	75.62
8	15	7.46	167	83.08
9	19	9.45	186	92.54
10	15	7.46	200	100.00

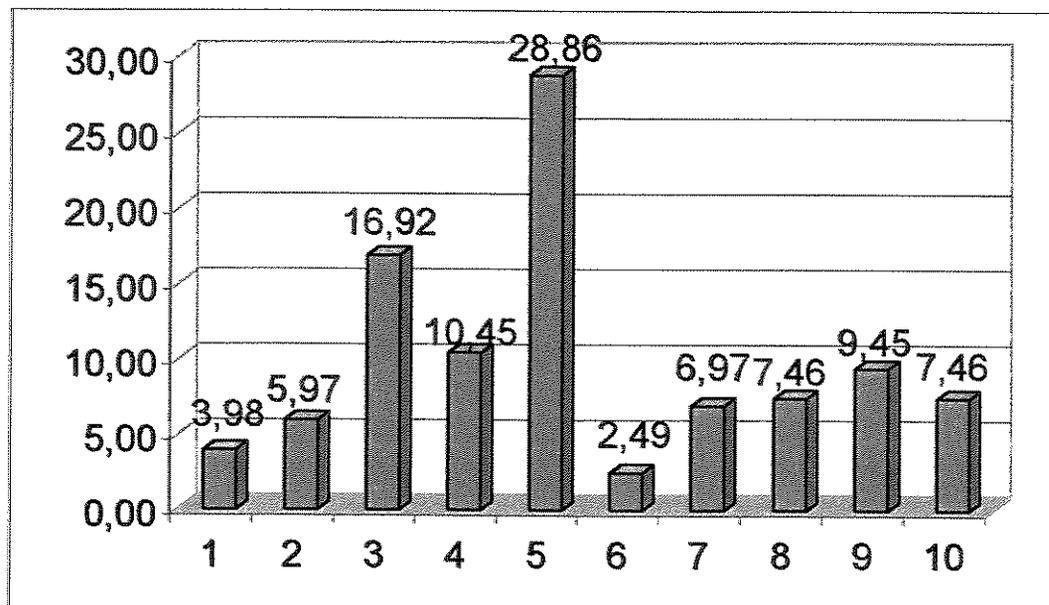


Gráfico 35- Qualidade psíquica ao despertar

A análise acima indicou que 133 pacientes (66%) encontravam-se menos sonolentos ao despertar.

Tabela 77- ANSIED = Ansiedade ao despertar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais ansioso (1) _____ Mais calmo (10)

ANSIED	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	11	5.47	11	5.47
2	20	9.95	31	15.42
3	41	20.40	72	35.82
4	34	16.92	106	52.74
5	62	30.85	168	83.58
6	5	2.49	173	86.07
7	14	6.97	187	93.03
8	7	3.48	194	96.52
9	4	1.99	198	98.51
10	3	1.49	200	100.00

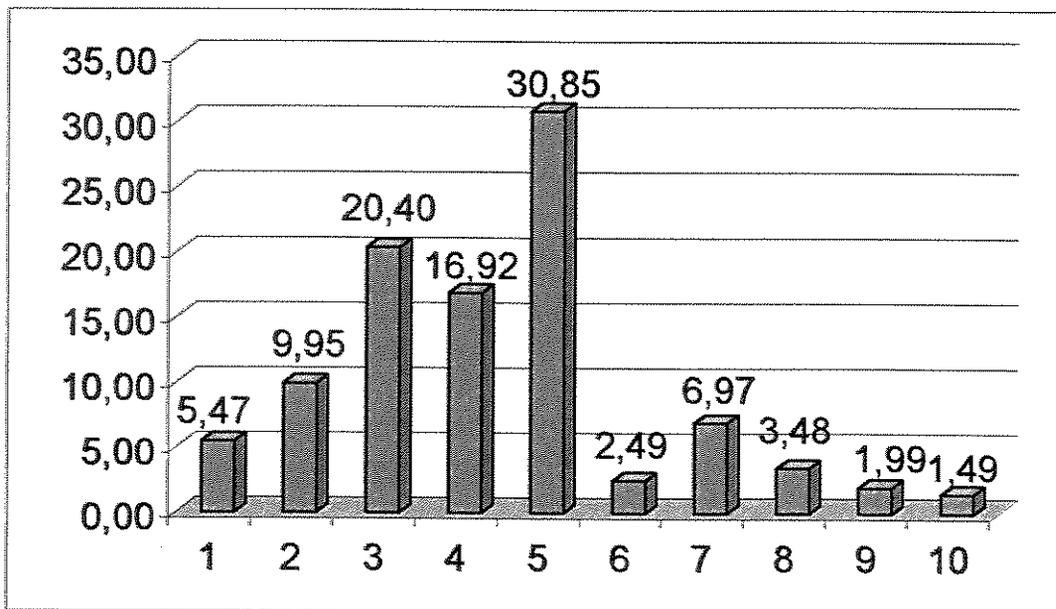


Gráfico 36- Ansiedade ao despertar

Nesta análise, um percentual significativo de 83% (168 pacientes) apresentou ansiedade ao despertar.

Tabela 78- CONFUSO = Estado psíquico ao despertar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Com a mente mais clara (1) _____ Mais confuso (10)

CONFUSO	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	5	2.49	5	2.49
2	10	4.98	15	7.46
3	13	6.47	28	13.93
4	16	7.96	44	21.89
5	41	20.40	85	42.29
6	12	5.97	97	48.26
7	29	14.43	126	62.69
8	32	15.92	158	78.61
9	29	14.43	187	93.03
10	14	6.97	200	100.00

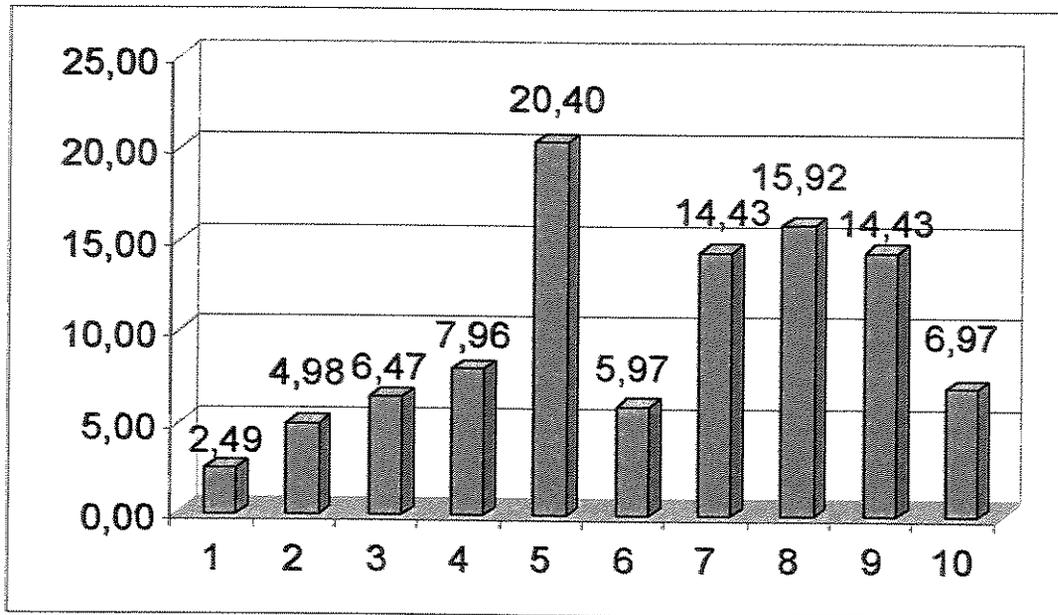


Gráfico 37- Estado psíquico ao despertar

Nesta questão observou-se que 67% (116 pacientes) informaram que ao despertar mostravam-se confusos e desorientados.

Tabela 79- COORDEN = Coordenação motora ao despertar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais desajeitado (1) _____ Mais bem coordenado (10)

COORDEN	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	5	2.49	5	2.49
2	6	2.99	11	5.47
3	20	9.95	31	15.42
4	15	7.46	46	22.89
5	119	59.20	165	82.09
6	6	2.99	171	85.07
7	9	4.48	180	89.55
8	12	5.97	192	95.52
9	6	2.99	198	98.51
10	3	1.49	200	100.00

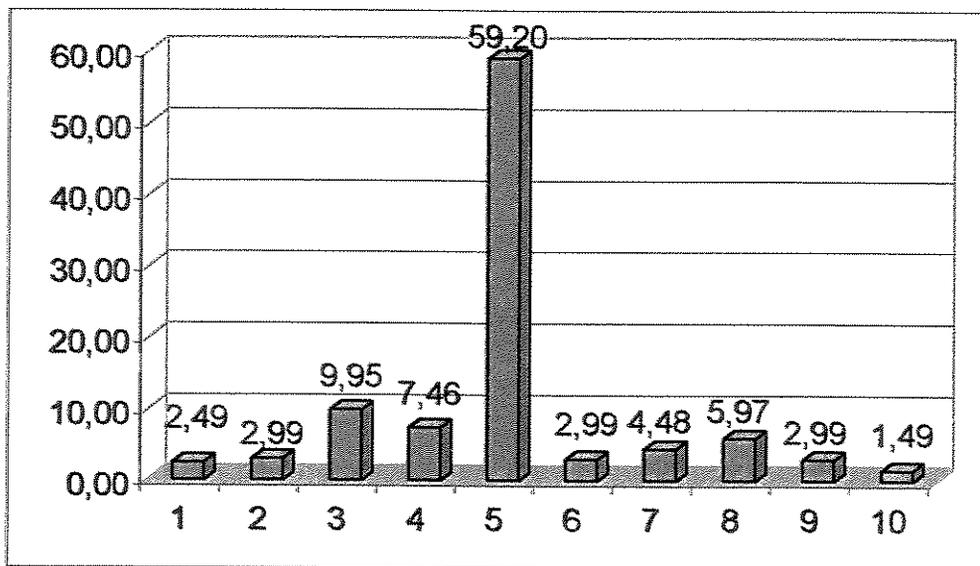


Gráfico 38- Coordenação motora ao despertar

Os dados acima revelaram que 60% (119 pacientes) ao despertar, encontravam-se com uma coordenação motora razoável, e os demais foram distribuídos nos diversos graus de comprometimento dentro de uma equivalência percentual.

Tabela 80- TRISTE = Tristeza ao despertar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais alegre (1) _____ Mais triste (10)

TRISTE	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	4	1.99	4	1.99
2	11	5.47	15	7.46
3	10	4.98	25	12.44
4	38	18.91	63	31.34
5	48	23.88	111	55.22
6	10	4.98	121	60.20
7	37	18.41	158	78.61
8	22	10.95	180	89.55
9	17	8.46	197	98.01
10	4	1.99	200	100.00

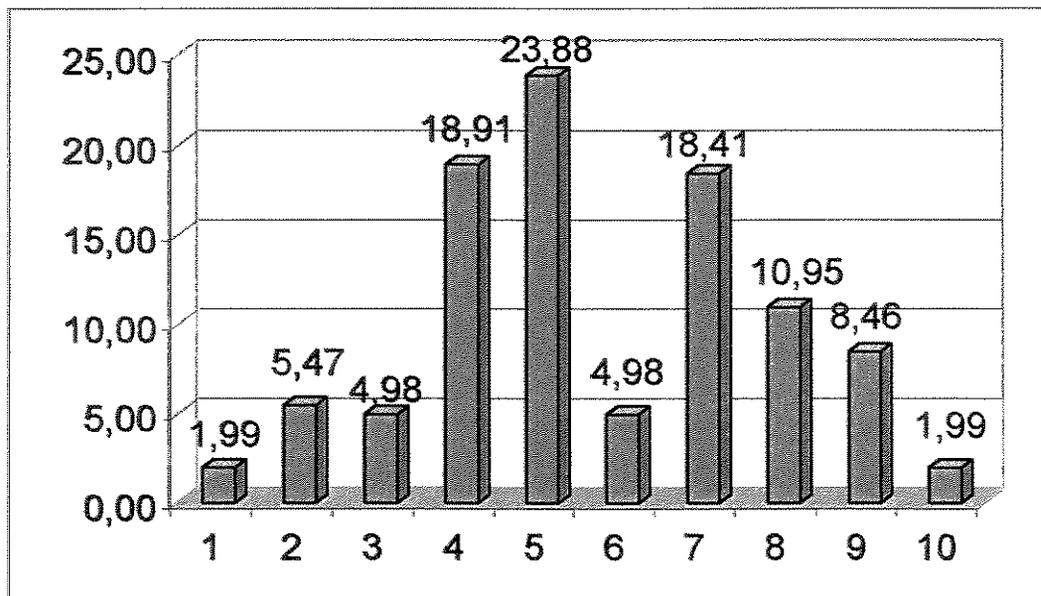


Gráfico 39- Tristeza ao despertar

A tabela 80 e o gráfico 38 apresentaram uma resposta para o despertar acompanhado de tristeza, de um percentual de 55% (111 pacientes).

Tabela 81- TRANQ = Tranquilidade ao despertar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais tranqüilo (1) _____ Mais agitado (10)

TRANC	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	1	0.50	1	0.50
2	5	2.49	6	2.99
3	12	5.97	18	8.96
4	18	8.96	36	17.91
5	89	44.28	125	62.19
6	7	3.48	132	65.67
7	24	11.94	156	77.61
8	23	11.44	179	89.05
9	18	8.96	197	98.01
10	4	1.99	200	100.00

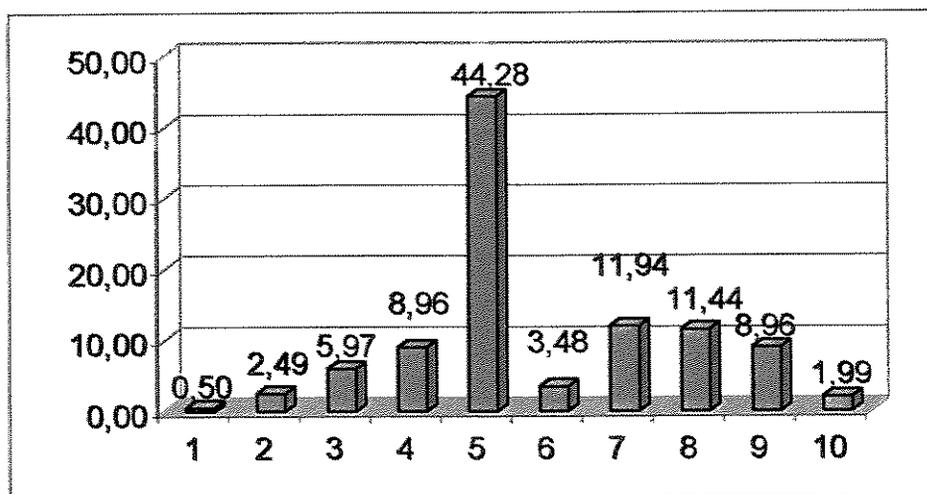


Gráfico 40- Tranquilidade ao despertar

Nesta questão observamos uma equivalência percentual entre os extremos, e 44% (89 pacientes) informaram sobre um despertar normal nem mais nem menos tranqüilo.

Tabela 82- CONCENTR = Concentração ao despertar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Com a concentração
mais fácil (1) ----- Com maior dificuldade
de concentração (10)

CONCENTR	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	2	1.00	2	1.00
2	4	1.99	6	2.99
3	6	2.99	12	5.97
4	13	6.47	25	12.44
5	58	28.86	83	41.29
6	6	2.99	89	44.28
7	26	12.94	115	57.21
8	45	22.39	160	79.60
9	32	15.92	192	95.52
10	9	4.48	200	100.00

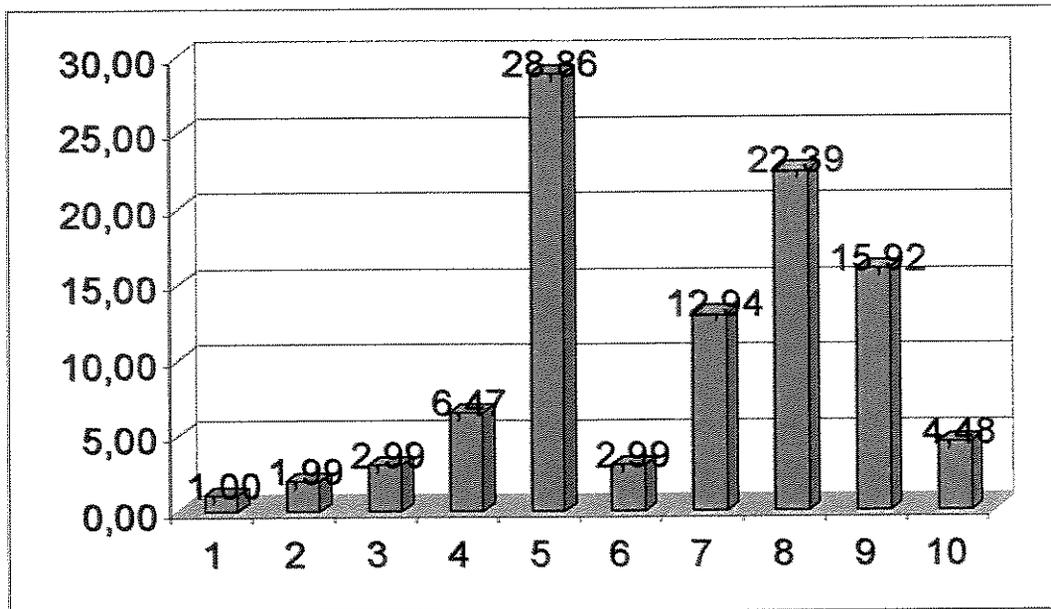


Gráfico 41- Concentração ao despertar

Os dados acima indicaram que um significativo percentual de 59% (127 pacientes) apresentou dificuldade em concentrar-se ao acordar.

Tabela 83- SATISF = Satisfação ao acordar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais satisfeito (1) _____ Mais insatisfeito (10)

SATISF	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
2	3	1.49	3	1.49
3	6	2.99	9	4.48
4	17	8.46	26	12.94
5	74	36.82	100	49.75
6	7	3.48	107	53.23
7	24	11.94	131	65.17
8	28	13.93	159	79.10
9	30	14.93	189	94.03
10	12	5.97	200	100.00

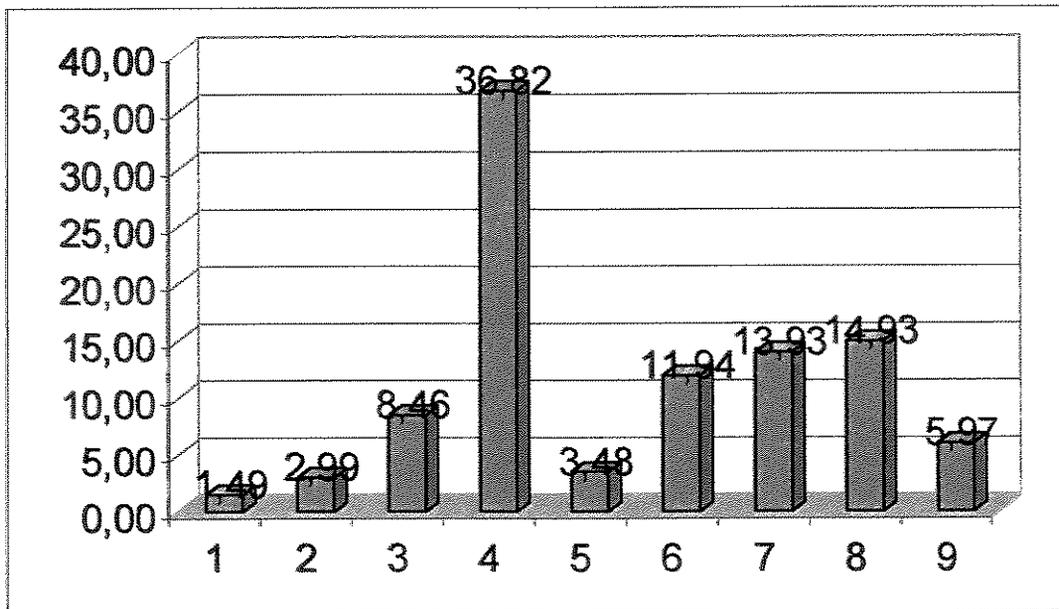


Gráfico 42- Satisfação ao acordar

Nesta questão foi observado que um percentual de 51% (101 pacientes), encontravam-se insatisfeitos ao despertar, e 36% (74 pacientes) referiram-se a uma satisfação razoável ao despertar.

Tabela 84- PREOCUP = Preocupação ao acordar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais preocupado (1) _____ Mais indiferente (10)

PREOCUP	Freqüência	Porcentagem	Acumulada Freqüência	Acumulada Porcentagem
1	8	3.98	8	3.98
2	10	4.98	18	8.96
3	31	15.42	49	24.38
4	47	23.38	96	47.76
5	38	18.91	134	66.67
6	5	2.49	139	69.15
7	19	9.45	158	78.61
8	14	6.97	172	85.57
9	16	7.96	188	93.53
10	13	6.47	200	100.00

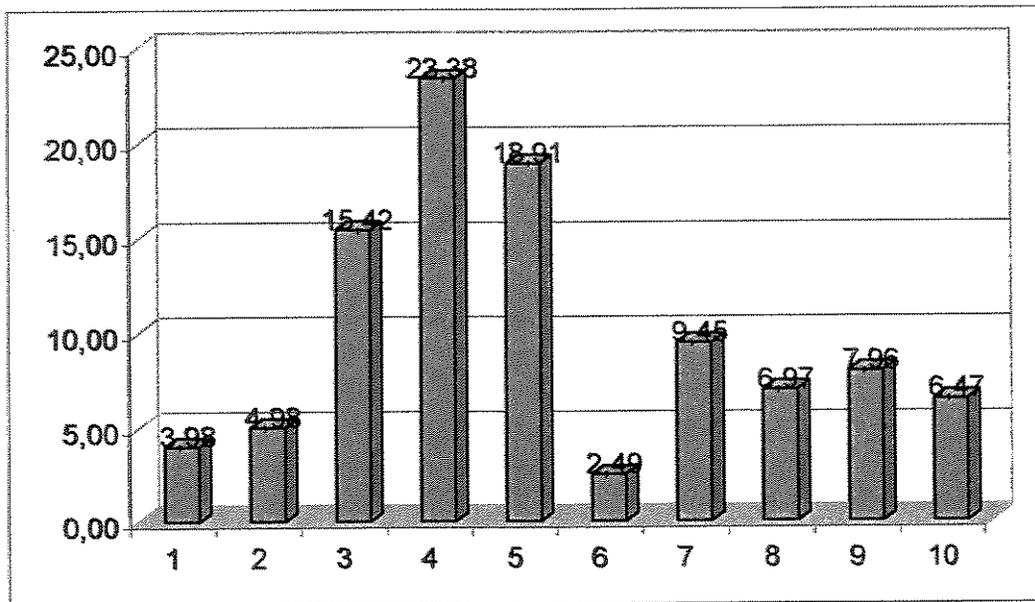


Gráfico 43- Preocupação ao acordar

Os dados acima mostraram uma concentração significativa, de 66% (134 pacientes) quando questionados sobre um estado de preocupação ao acordar.

Tabela 85- IRRITAC = Irritação ao acordar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais irritado (1) _____ Mais tolerante (10)

IRRITAC	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	7	3.48	7	3.48
2	14	6.97	21	10.45
3	42	20.90	63	31.34
4	54	26.87	117	58.21
5	45	22.39	162	80.60
6	9	4.48	171	85.07
7	12	5.97	183	91.04
8	9	4.48	192	95.52
9	7	3.48	199	99.00
10	2	1.00	200	100.00

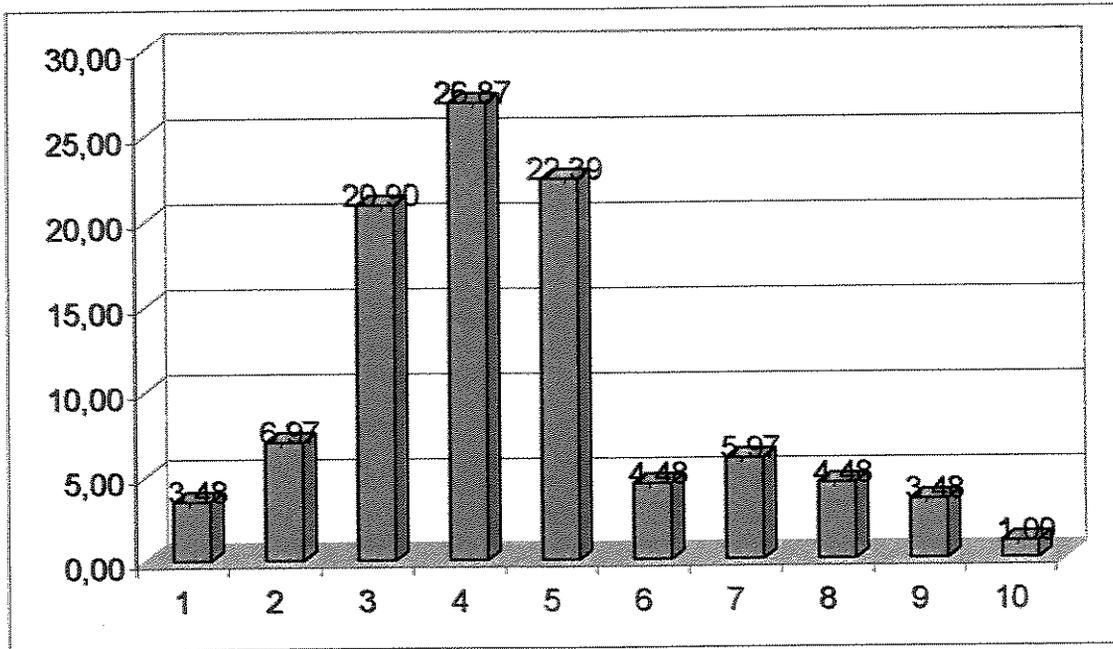


Gráfico 44- Irritação ao acordar

Os dados acima revelam que uma porcentagem significativa de 80% (162 pacientes), despertava irritado.

Tabela 86- EXCITAC = Excitação ao acordar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais excitado (1) _____ Mais relaxado (10)

EXCITAC	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	3	1.49	3	1.49
2	6	2.99	9	4.48
3	14	6.97	23	11.44
4	24	11.94	47	23.38
5	123	61.19	170	84.58
6	3	1.49	173	86.07
7	7	3.48	180	89.55
8	13	6.47	193	96.02
9	8	3.98	200	100.00

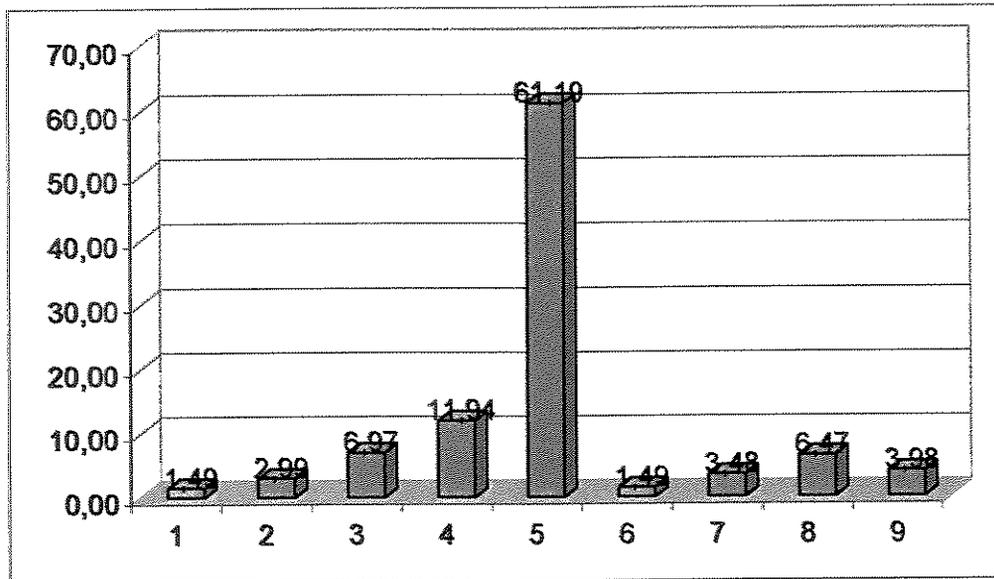


Gráfico 45- Excitação ao acordar

Nesta questão 61% (123 pacientes) informaram que ao despertar não se sentiam nem relaxados nem excitados, os demais pacientes foram distribuídos com uma porcentagem equitativa entre as demais pontuações.

Tabela 87- LOCUÇÃO = Comunicação verbal ao acordar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais falante (1) _____ Mais calado (10)

LOCUÇÃO	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	21	10.45	21	10.45
2	13	6.47	34	16.92
3	30	14.93	64	31.84
4	33	16.42	97	48.26
5	27	13.43	124	61.69
6	2	1.00	126	62.69
7	14	6.97	140	69.65
8	26	12.94	166	82.59
9	20	9.95	186	92.54
10	15	7.46	200	100.00

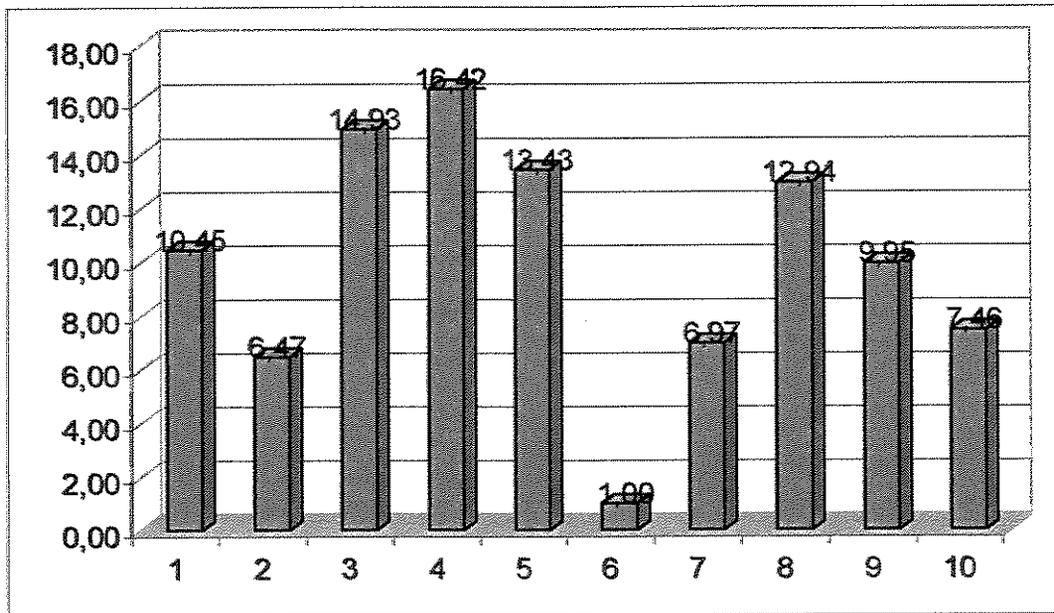


Gráfico 46- Comunicação verbal ao acordar

Observa-se nos dados acima uma distribuição eqüitativa entre as pontuações, na questão comunicação, alguns pacientes são mais eloqüentes enquanto outros, mostram-se mais reservados ao despertar.

Tabela 88- ATENC = Atenção ao acordar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais distraído (1) _____ Mais atento (10)

ATENC	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	9	4.48	9	4.48
2	17	8.46	26	12.94
3	21	10.45	47	23.38
4	23	11.44	70	34.83
5	100	49.75	170	84.58
6	7	3.48	177	88.06
7	6	2.99	183	91.04
8	9	4.48	192	95.52
9	5	2.49	197	98.01
10	4	1.99	200	100.00

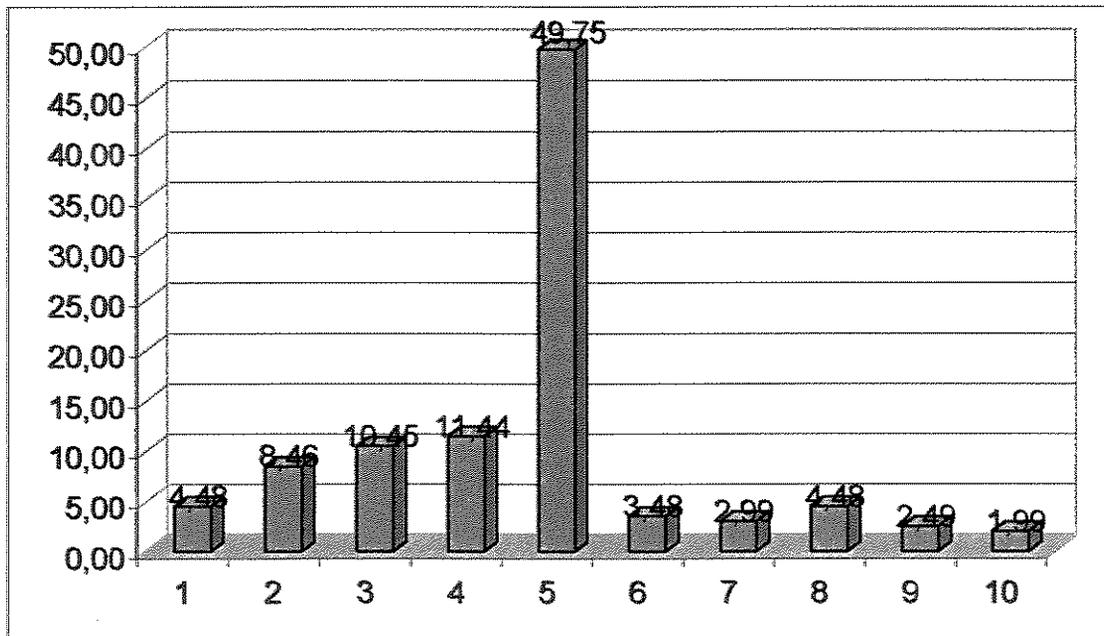


Gráfico 47- Atenção ao acordar

Segundo os dados acima, 84% (170 pacientes) relataram um estado maior de distração ao despertar.

Tabela 89- DISPOSIC = Disposição ao acordar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais bem disposto (1) _____ Mais disposto (10)

DISPOSIC	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	6	2.99	6	2.99
2	4	1.99	10	4.98
3	13	6.47	23	11.44
4	22	10.95	45	22.39
5	123	61.19	168	83.58
6	10	4.98	178	88.56
7	11	5.47	189	94.03
8	3	1.49	192	95.52
9	6	2.99	198	98.51
10	3	1.49	200	100.00

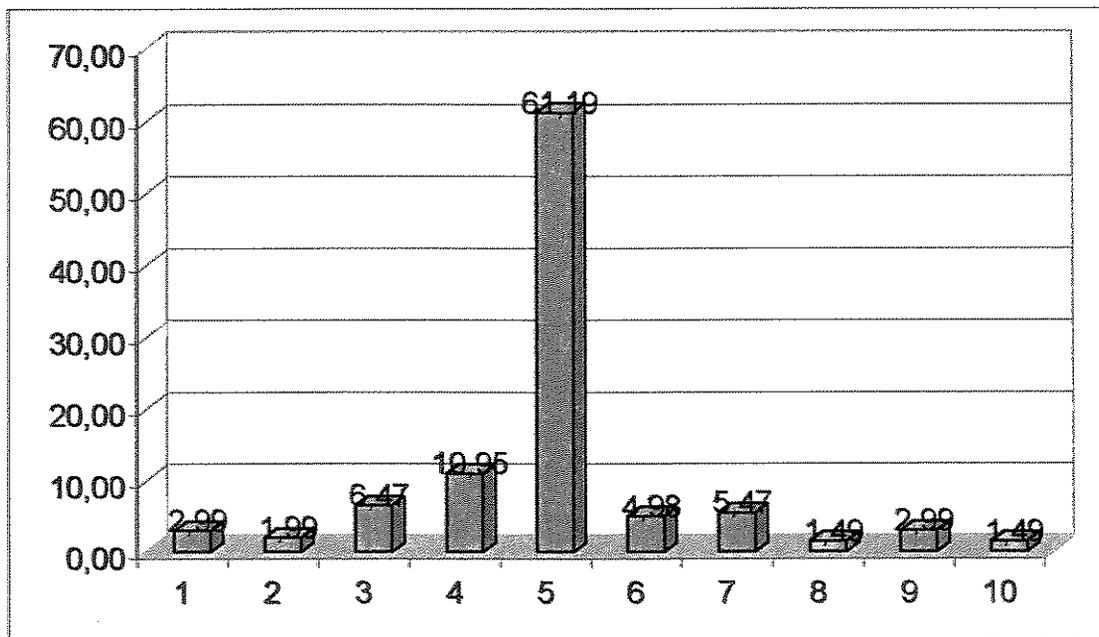


Gráfico 48- Disposição ao acordar

Quanto ao estado de estarem dispostos ao acordar, os dados obtidos não mostraram nenhuma resposta significativa, com uma média de 61% (123 pacientes).

Tabela 90- COMPET = Competência ao acordar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais incompetente (1) _____ Mais competente (10)

COMPET	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	5	2.49	5	2.49
2	8	3.98	13	6.47
3	24	11.94	37	18.41
4	7	3.48	44	21.89
5	137	68.16	181	90.05
6	8	3.98	189	94.03
7	4	1.99	193	96.02
8	6	2.99	199	99.00
9	2	1.00	200	100.00

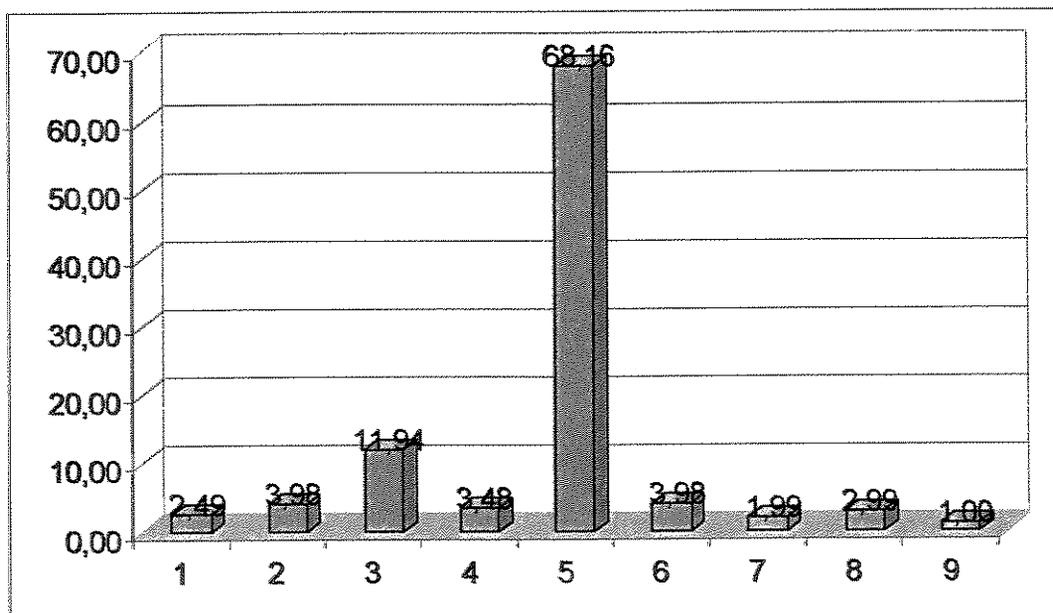


Gráfico 49- Competência ao acordar

Quanto ao sentirem-se competentes ao acordar, os dados acima mostraram também haver um equilíbrio nesta amostra com 68% (137 pacientes) para nem mais nem menos.

Tabela 91- DEPRES = Estado depressivo ao acordar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais deprimido (1) _____ Mais eufórico (10)

DEPRES	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	16	7.96	16	7.96
2	29	14.43	45	22.39
3	41	20.40	86	42.79
4	61	30.35	147	73.13
5	38	18.91	185	92.04
6	2	1.00	187	93.03
7	8	3.98	195	97.01
8	4	1.99	199	99.00
9	1	0.50	200	99.50
10	1	0.50	200	100.00

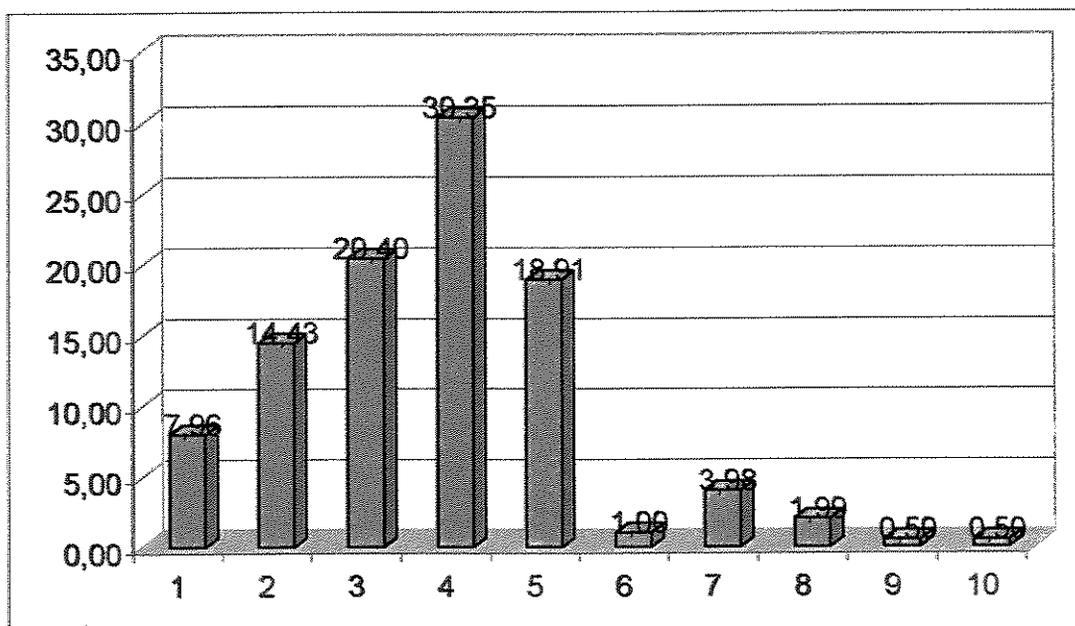


Gráfico 50- Estado depressivo ao acordar

Nesta questão os dados são significativos, com 92% (185 pacientes) referindo encontrarem-se deprimidos ao despertar.

Tabela 92- HOSTIL = Estado hostil ao acordar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais amistoso (1) _____ Mais hostil (10)

HOSTIL	Freqüência	Porcentagem	Acumulada Freqüência	Acumulada Porcentagem
1	11	5.47	11	5.47
2	20	9.95	31	15.42
3	55	27.36	86	42.79
4	43	21.39	129	64.18
5	51	25.37	180	89.55
6	7	3.48	187	93.03
7	5	2.49	192	95.52
8	6	2.99	198	98.51
9	2	1.00	200	99.50
10	1	0.50	200	100.00

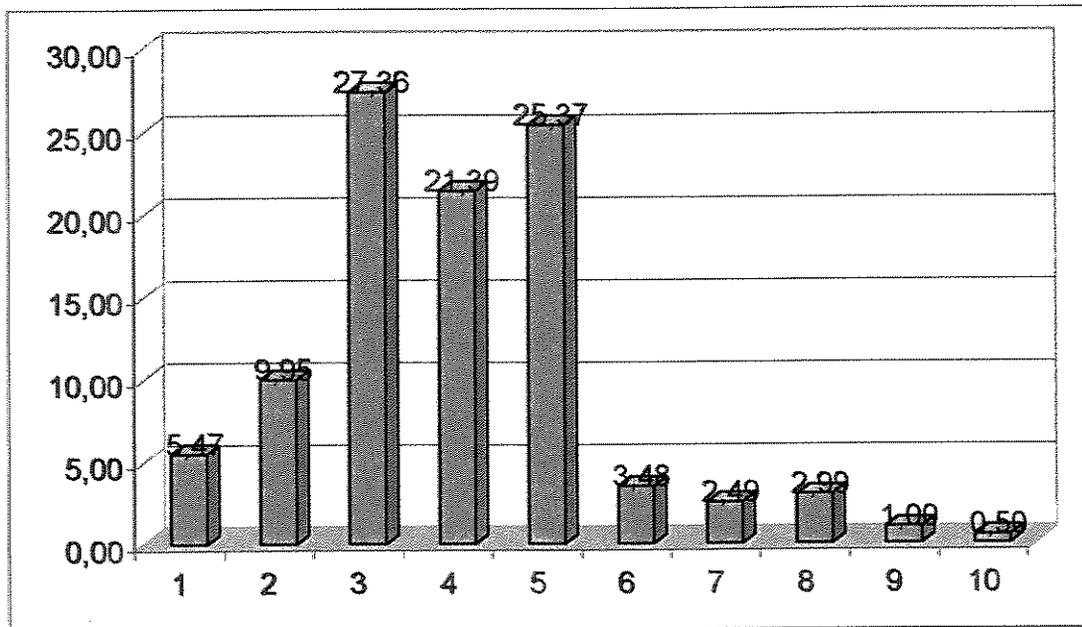


Gráfico 51- Estado hostil ao acordar

E, nesta questão a resposta também foi estatisticamente significativa com 89% (180 pacientes) encontravam-se amistosos ao despertar.

Tabela 93- MOTIV = Motivação ao acordar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais apático (1) _____ Mais motivado (10)

MOTIV	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	19	9.45	19	9.45
2	44	21.89	63	31.34
3	57	28.36	120	59.70
4	32	15.92	152	75.62
5	23	11.44	175	87.06
6	6	2.99	181	90.05
7	8	3.98	189	94.03
8	8	3.98	197	98.01
9	4	1.99	200	100.00
10	0	0	200	100.00

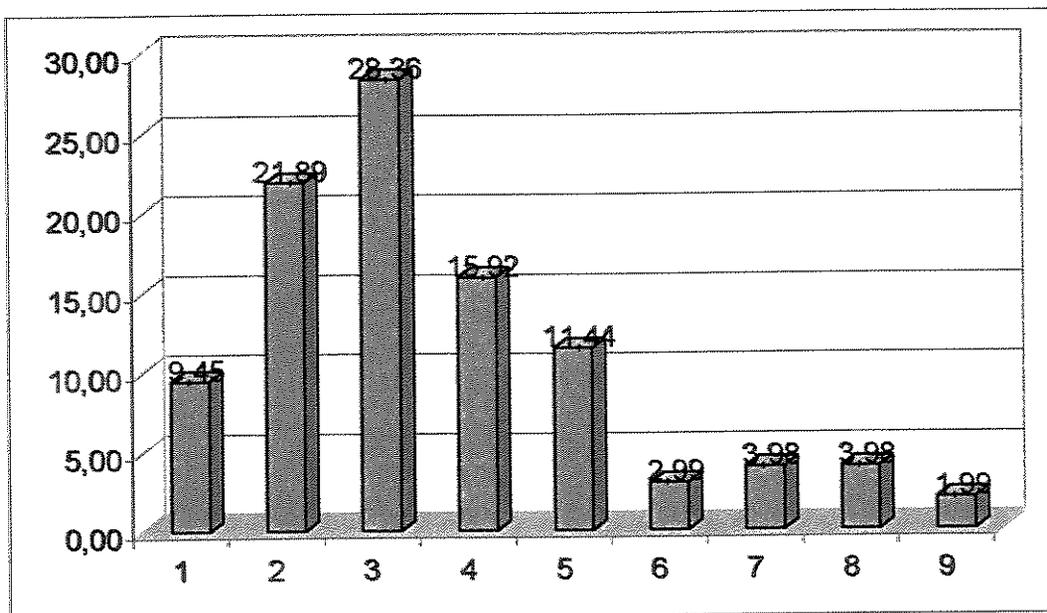


Gráfico 52- Motivação ao acordar

Os dados acima demonstraram que um conjunto significativo de pacientes 87% (175 pacientes), encontravam-se pouco motivados ao despertar.

Tabela 94- SOCIABIL = Sociabilidade ao acordar

Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais retraído (1) _____ Mais sociável (10)

SOCIABIL	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	27	13.43	27	13.43
2	62	30.85	89	44.28
3	51	25.37	140	69.65
4	12	5.97	152	75.62
5	23	11.44	175	87.06
6	4	1.99	179	89.05
7	9	4.48	188	93.53
8	7	3.48	195	97.01
9	3	1.49	198	98.51
10	3	1.49	200	100.00

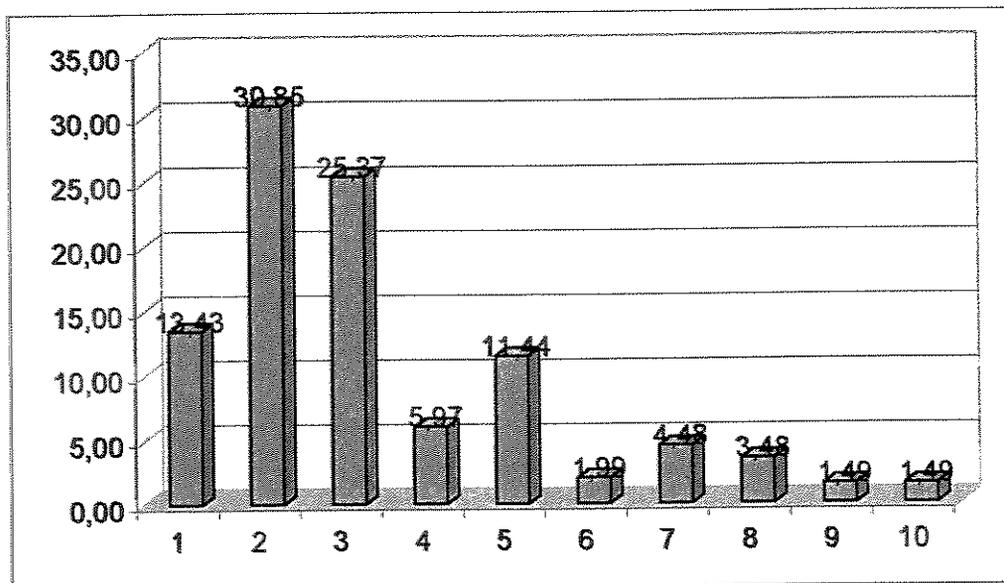


Gráfico 53- Sociabilidade ao acordar

A tabela 94 e o gráfico 52 evidenciaram que 87% (175 pacientes) relataram, que ao acordar sentiam-se menos sociável, mais retraídos.

Tabela 95- ALTPSIQ = Alteração psíquica

Analisando os itens acima (estado psíquico), você considera que as alterações, em relação ao seu normal, foram globalmente: (grife um)

Muito fortes Fortes Moderados Fracas Muito fracas Ausentes
(5) (4) (3) (2) (1) (0)

ALTPSIQ	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
0	10	4.98	10	4.98
1	46	22.89	56	27.86
2	126	62.69	182	90.55
3	13	6.47	195	97.01
4	5	2.49	200	99.50
5	1	0.50	200	100.00

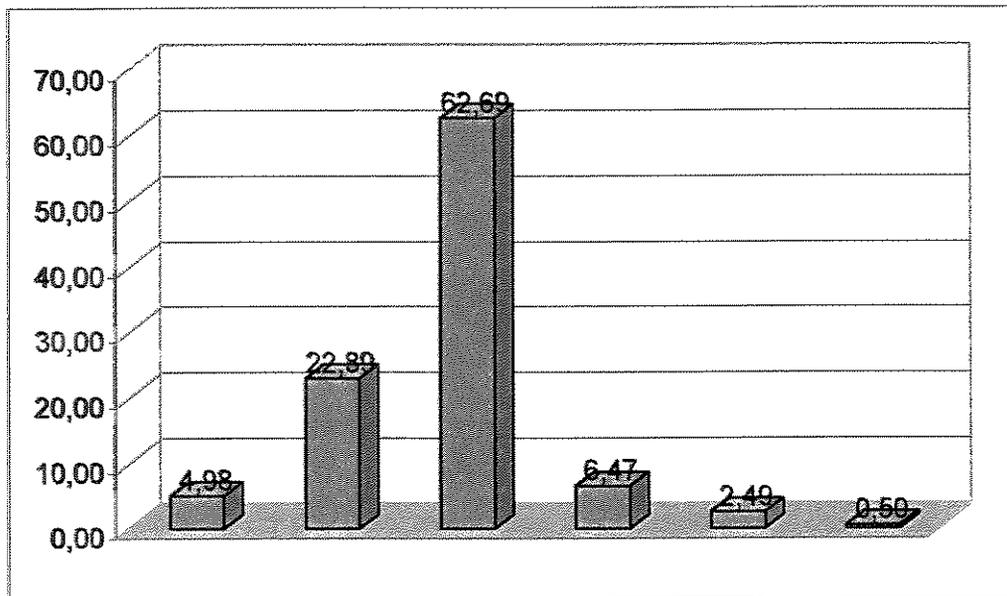


Gráfico 54- Alteração psíquica

Quanto às alterações psíquicas, em relação ao normal, 90% (182 pacientes) as descreveram como pouco significativas.

PARTE 4- ESTADO FÍSICO APÓS TER ACORDADO

Tabela 96- CANSAÇO = Cansaço ao despertar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais cansado (1) _____ Mais descansado(10)

CANSAÇO	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	28	13.93	28	13.93
2	46	22.89	74	36.82
3	53	26.37	127	63.18
4	32	15.92	159	79.10
5	29	14.43	188	93.53
6	1	0.50	189	94.03
7	3	1.49	192	95.52
8	2	1.00	194	96.52
9	5	2.49	199	99.00
10	2	1.00	200	100.00

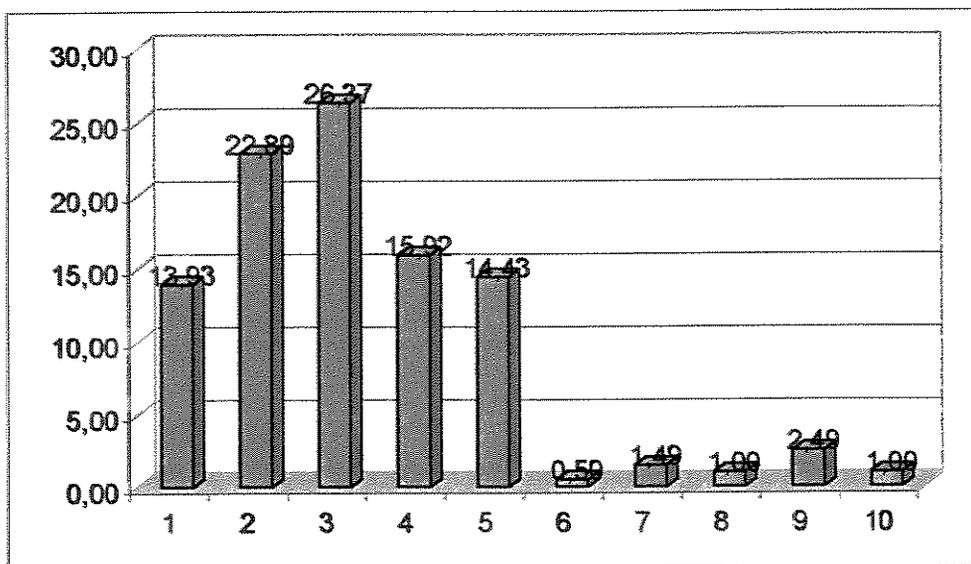


Gráfico 55- Cansaço ao despertar

Quanto ao estado de sentirem-se cansados logo ao despertar, a resposta foi estatisticamente significativa com 93% (188 pacientes) evidenciados na tabela 96/gráfico 54.

Tabela 97- FRAQUEZA = Fraqueza ao despertar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais energético (1) _____ Mais fraco (10)

FRAQUEZA	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	2	1.00	2	1.00
2	5	2.49	7	3.48
3	6	2.99	13	6.47
4	9	4.48	22	10.95
5	41	20.40	63	31.34
6	12	5.97	75	37.31
7	32	15.92	107	53.23
8	46	22.89	153	76.12
9	24	11.94	177	88.06
10	24	11.94	200	100.00

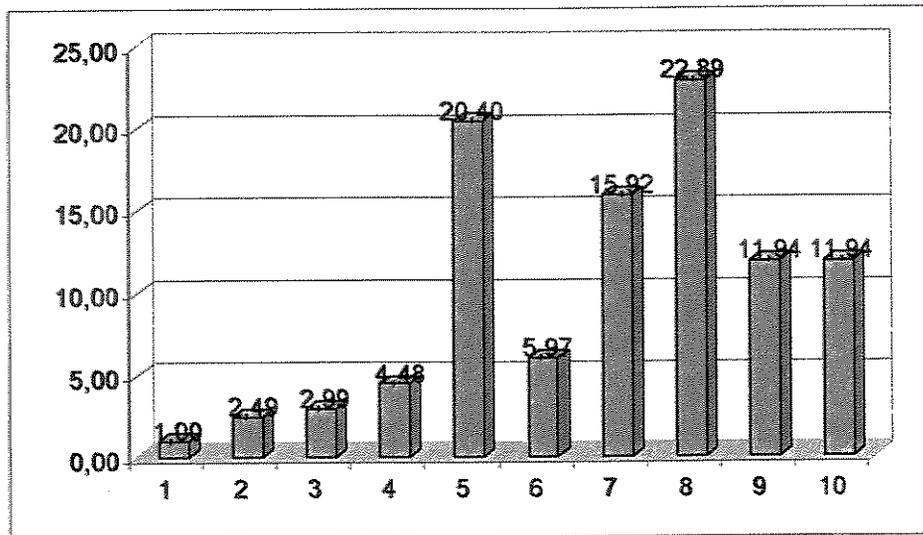


Gráfico 56- Fraqueza ao despertar

Sentir-se com fraqueza ao despertar, mostrou um resultado significativo, com 69% (127 pacientes).

Tabela 98- ATIVID = Atividade ao acordar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais ativo (1) _____ Mais lentificado (10)

ATIVID	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	2	1.00	2	1.00
2	4	1.99	6	2.99
3	7	3.48	13	6.47
4	10	4.98	23	11.44
5	63	31.34	86	42.79
6	9	4.48	95	47.26
7	30	14.93	125	62.19
8	34	16.92	159	79.10
9	19	9.45	178	88.56
10	23	11.44	200	100.00

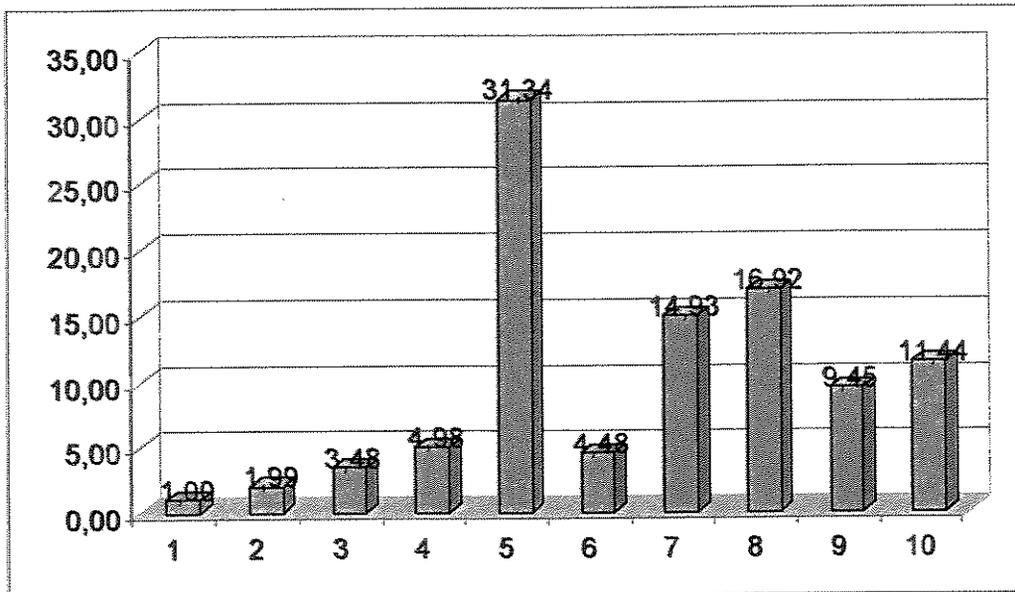


Gráfico 57- Atividade ao acordar

Os dados acima mostram que 115 pacientes, 58%, encontravam-se bem menos ativo ao despertar.

Tabela 99- DORCABEC = Dor de cabeça ao despertar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Com menos dor de cabeça (1) _____ Com mais dor de cabeça (10)

DORCABEC	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	3	1.49	3	1.49
2	5	2.49	8	3.98
3	12	5.97	20	9.95
4	10	4.98	30	14.93
5	81	40.30	111	55.22
6	9	4.48	120	59.70
7	21	10.45	141	70.15
8	23	11.44	164	81.59
9	17	8.46	181	90.05
10	20	9.95	200	100.00

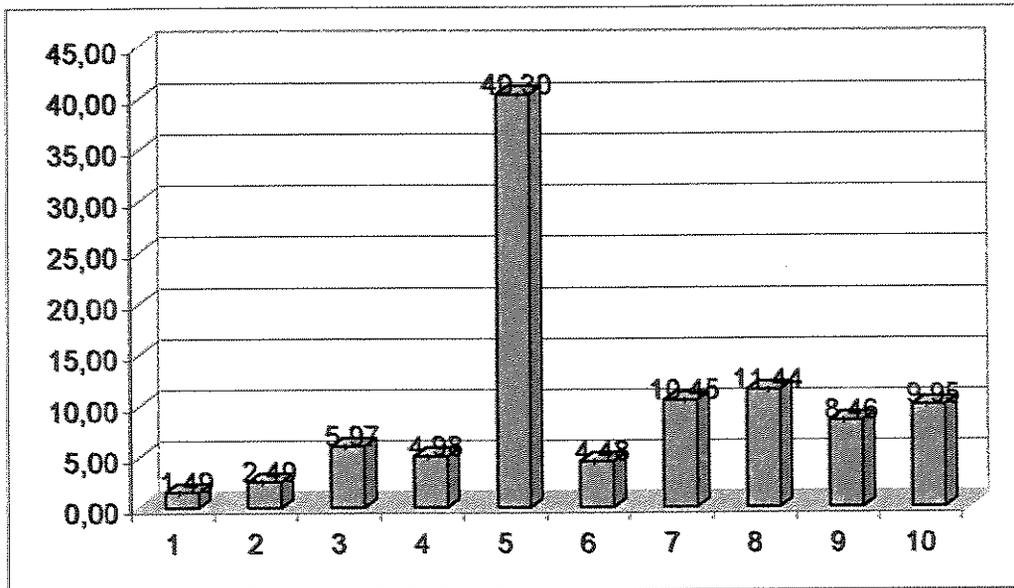


Gráfico 58- Dor de cabeça ao despertar

Quanto a despertarem com cefaléia, a amostra revelou um equilíbrio significativo entre as pontuações, com uma concentração de 40% (81) nem mais nem menos que o habitual.

Tabela 100- TENSMUSC = Tensão muscular ao acordar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Com menos

Com mais

tensão muscular (1) _____ tensão muscular (10)

TENSMUSC	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	3	1.49	3	1.49
2	4	1.99	7	3.48
3	8	3.98	15	7.46
4	15	7.46	30	14.93
5	66	32.84	96	47.76
6	7	3.48	103	51.24
7	22	10.95	125	62.19
8	27	13.43	152	75.62
9	26	12.94	178	88.56
10	23	11.44	200	100.00

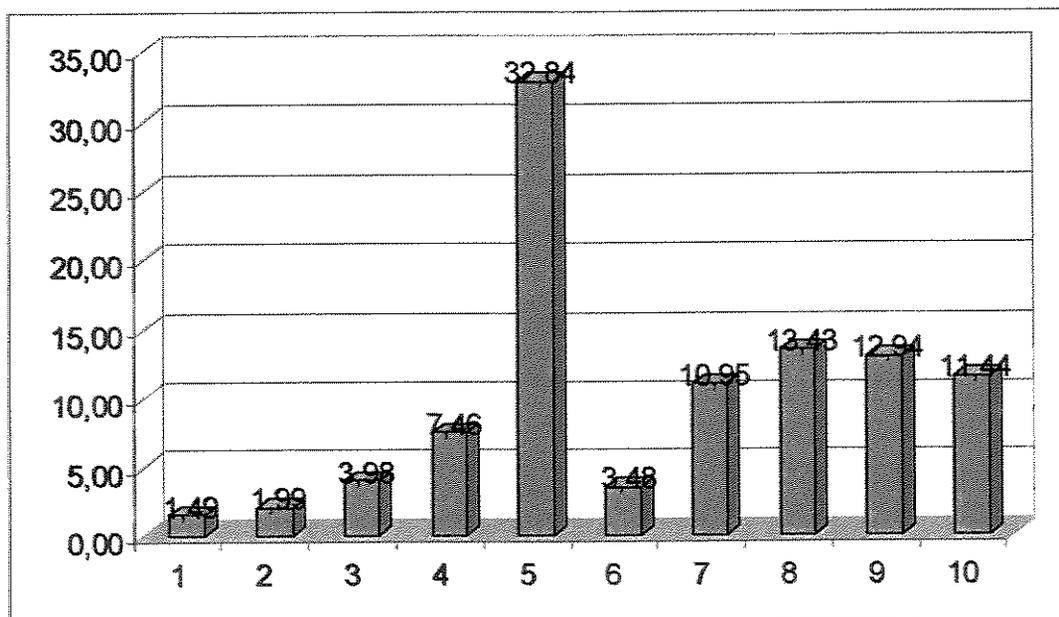


Gráfico 59- Tensão muscular ao acordar

Quanto a sentirem-se tensos ao acordar, 51% (103 pacientes) pontuaram mais à esquerda, isto é, mais tensos.

Tabela 101- TONTURA = Tontura ao despertar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Com mais tontura

Com menos tontura

ou mal-estar (1) _____ ou mal-estar (10)

TONTURA	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	25	12.44	25	12.44
2	20	9.95	45	22.39
3	53	26.37	98	48.76
4	29	14.43	127	63.18
5	57	28.36	184	91.54
6	4	1.99	188	93.53
7	4	1.99	192	95.52
8	5	2.49	197	98.01
9	4	1.99	200	100.00
10	0	0	200	100.00

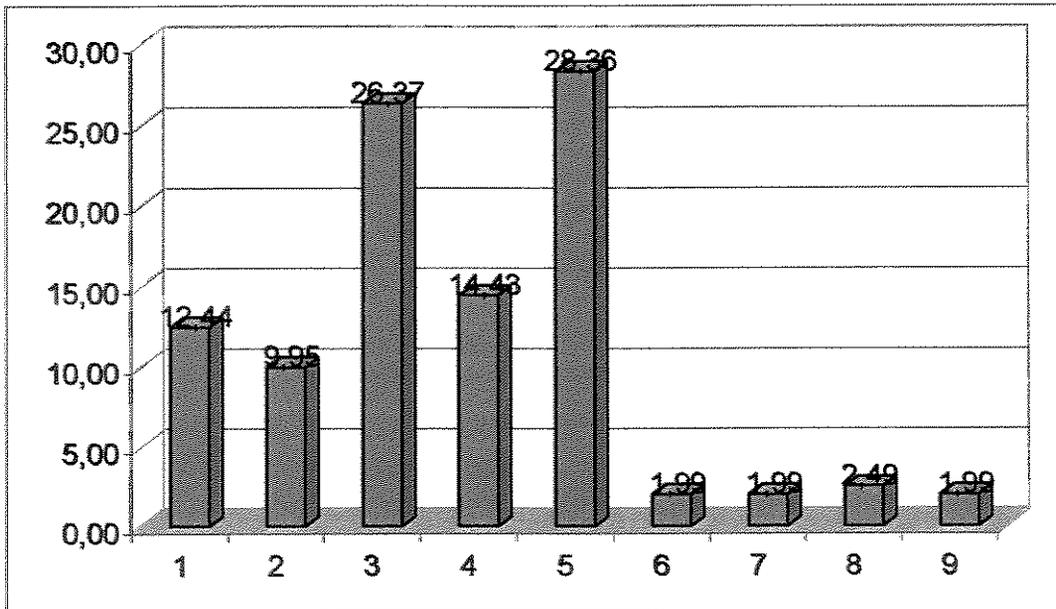


Gráfico 60- Tontura ao despertar

Outro dado significativo foi a questão referente à tontura ao despertar, com um contingente de 91% (184 pacientes) referindo este dado como positivo.

Tabela 102- TREMOR = Tremor ao despertar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais trêmulo (1) _____ Menos trêmulo (10)

TREMOR	Freqüência	Porcentagem	Acumulada Freqüência	Acumulada Porcentagem
1	27	13.43	27	13.43
2	27	13.43	54	26.87
3	45	22.39	99	49.25
4	17	8.46	116	57.71
5	66	32.84	182	90.55
6	3	1.49	185	92.04
7	7	3.48	192	95.52
8	7	3.48	199	99.00
9	1	0.50	200	99.50
10	1	0.50	200	100.00

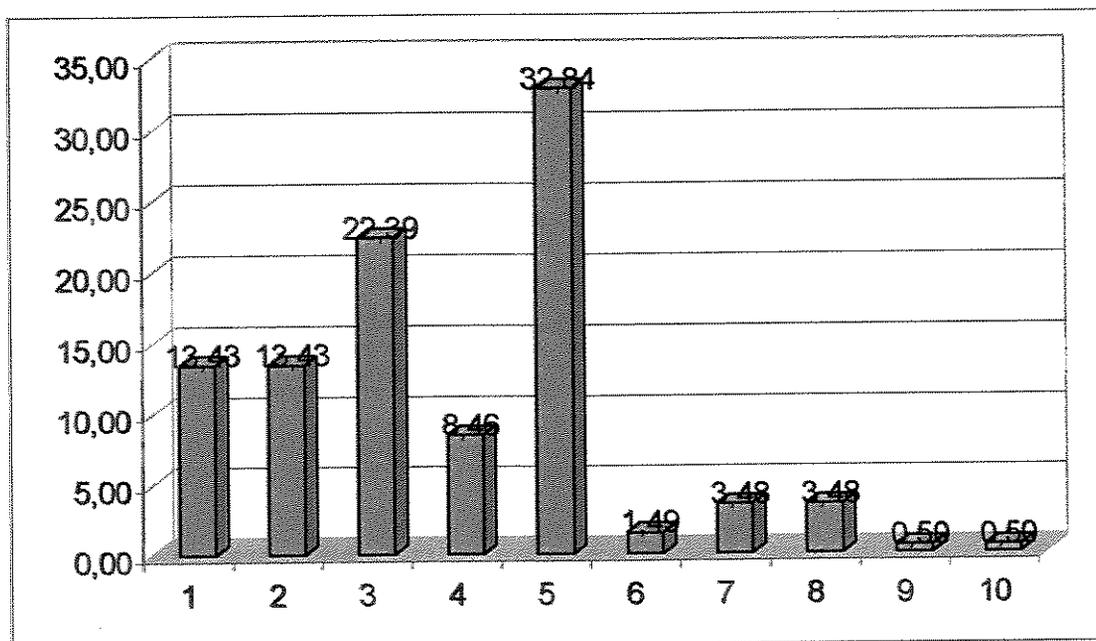


Gráfico 61- Tremor ao despertar

Os dados acima demonstraram que 90% (182 pacientes) relataram tremor ao despertar.

Tabela 103- SEDE = Sede ao despertar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Com menos sede (1) _____ Com mais sede (10)

SEDE	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	1	0.50	1	0.50
2	4	1.99	5	2.49
3	4	1.99	9	4.48
4	5	2.49	14	6.97
5	56	27.86	70	34.83
6	3	1.49	73	36.32
7	21	10.45	94	46.77
8	23	11.44	117	58.21
9	55	27.36	172	85.57
10	29	14.43	200	100.00

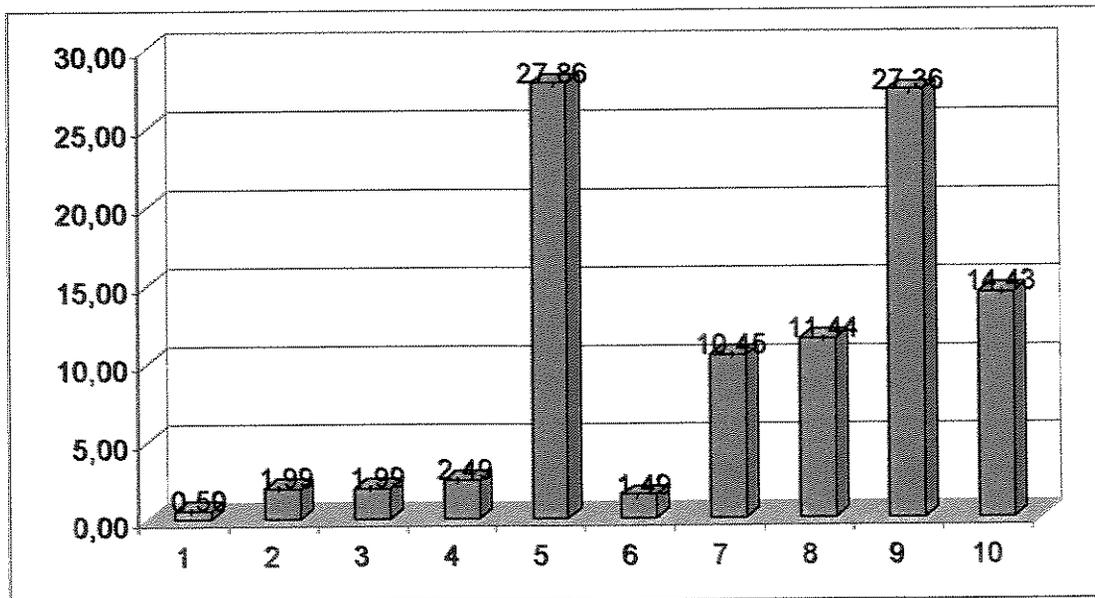


Gráfico 62- Sede ao despertar

Quanto ao sentirem mais sede ao despertar, 66% (130 pacientes) positivaram esse dado.

Tabela 104- ENJOO = Enjôo ao despertar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Com mais enjôo (1) _____ Com menos enjôo (10)

ENJOO	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	28	13.93	28	13.93
2	9	4.48	37	18.41
3	42	20.90	79	39.30
4	43	21.39	122	60.70
5	61	30.35	183	91.04
7	2	1.00	185	92.04
8	10	4.98	195	97.01
9	6	2.99	200	100.00
10	0	0	200	100.00

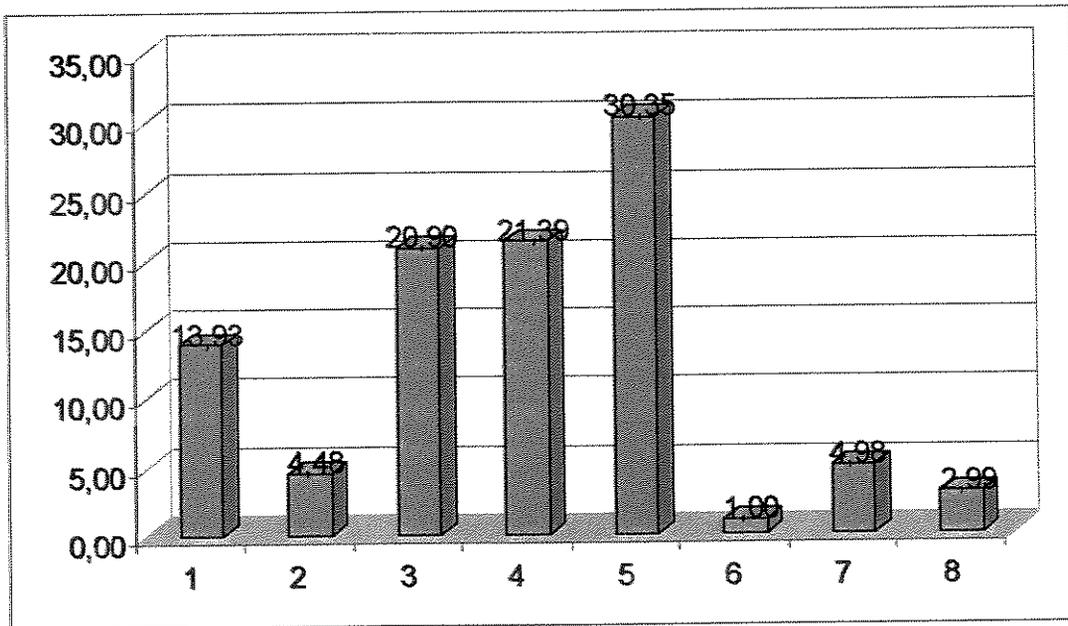


Gráfico 63- Enjôo ao despertar

Os dados acima revelaram que 91% (183 pacientes) apresentam enjôo ao acordar.

Tabela 105- GASTR = Desconforto gástrico ao despertar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais mal-estar gástrico (1) _____ Menos mal-estar gástrico (10)

GASTR	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	29	14.43	29	14.43
2	15	7.46	44	21.89
3	36	17.91	80	39.80
4	47	23.38	127	63.18
5	62	30.85	189	94.03
6	1	0.50	190	94.53
7	4	1.99	194	96.52
8	7	3.48	200	100.00
9	0	0	200	100.00
10	0	0	200	100.00

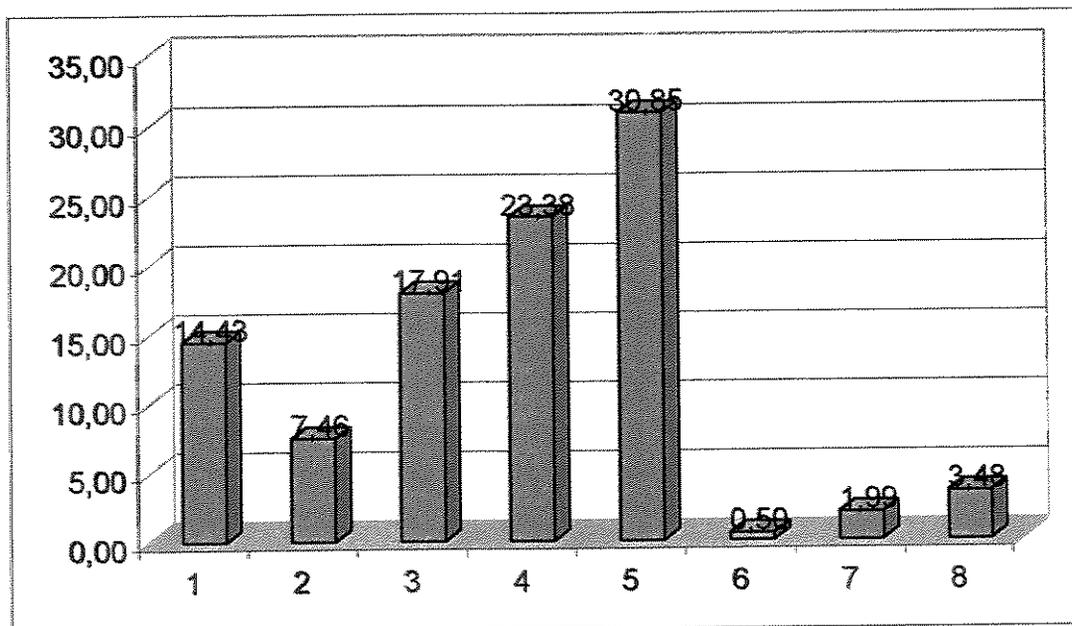


Gráfico 64- Desconforto gástrico ao despertar

Assim como o desconforto gástrico ao despertar apresentou uma resposta estatisticamente significativa, com 94% (189 pacientes).

Tabela 106- SALIVAC = Salivação ao despertar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Com menos salivação (1) _____ Com mais salivação (10)

SALIVAC	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	7	3.48	7	3.48
2	6	2.99	13	6.47
3	14	6.97	27	13.43
4	9	4.48	36	17.91
5	152	75.62	188	93.53
6	4	1.99	192	95.52
7	4	1.99	196	97.51
8	1	0.50	197	98.01
9	2	1.00	199	99.00
10	2	1.00	200	100.00

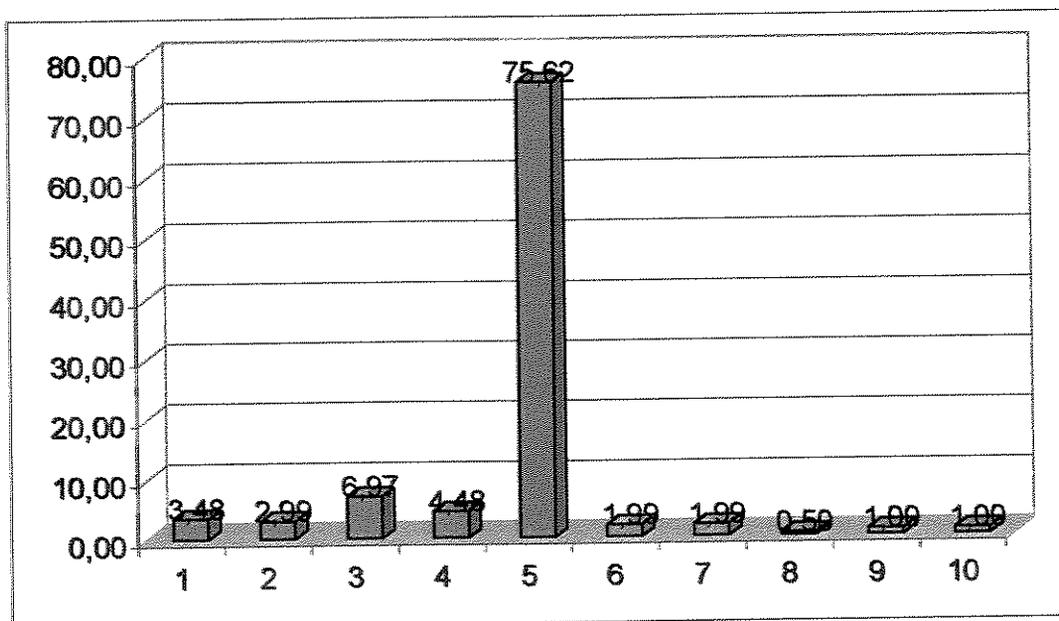


Gráfico 65- Salivação ao despertar

Quanto à presença de salivação ao despertar, os dados revelaram um equilíbrio de 75% (188 pacientes) nem mais nem menos.

Tabela 107- SUDORESE = Sudorese ao despertar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Suando mais (1) _____ Suando menos (10)

SUDORESE	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	30	14.93	30	14.93
2	20	9.95	50	24.88
3	21	10.45	71	35.32
4	22	10.95	93	46.27
5	92	45.77	185	92.04
6	6	2.99	191	95.02
7	7	3.48	198	98.51
9	2	1.00	200	99.50
10	1	0.50	200	100.00

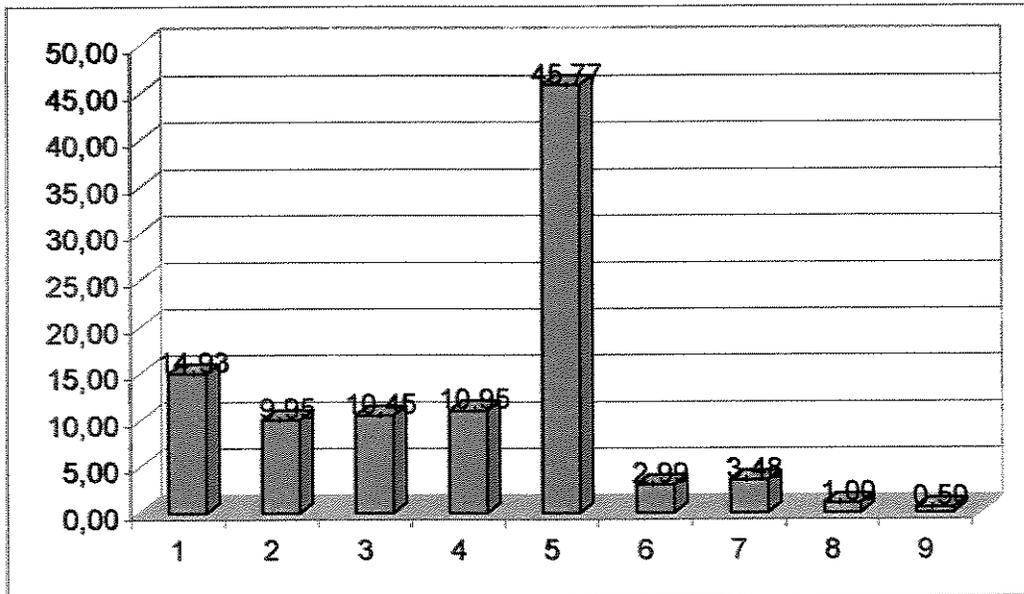


Gráfico 66- Sudorese ao despertar

Outro dado importante foi que 92% (185 pacientes) apresentavam sudorese ao acordar.

Tabela 108- VISEMB = Turvação visual ao despertar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Com visão mais embaçada (1) _____ Com visão mais clara (10)

VISEMB	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	25	12.44	25	12.44
2	30	14.93	55	27.36
3	56	27.86	111	55.22
4	32	15.92	143	71.14
5	48	23.88	191	95.02
6	2	1.00	193	96.02
7	3	1.49	196	97.51
8	2	1.00	198	98.51
9	3	1.49	200	100.00
10	0	0	200	100.00

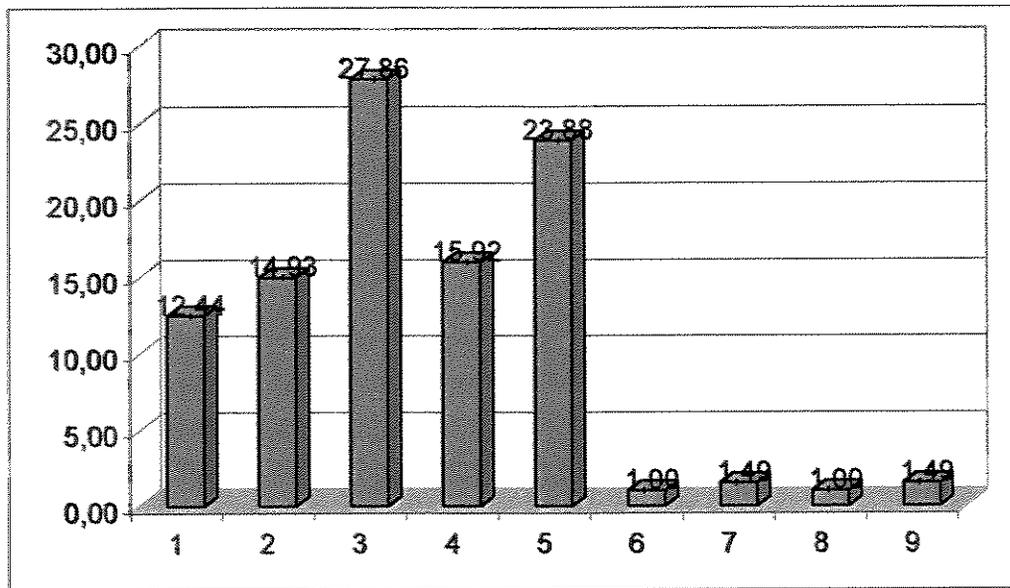


Gráfico 67- Turvação visual ao despertar

Outra sintomatologia estatisticamente significativa, foi a turvação visual ao despertar, com 95% (191 pacientes).

Tabela 109- EVACUAR = Desejo de evacuar ao despertar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Com menos vontade

Com mais vontade

de evacuar (1) _____ de evacuar (10)

EVACUAR	Freqüência	Porcentagem	Acumulada Freqüência	Acumulada Porcentagem
1	3	1.49	3	1.49
2	4	1.99	7	3.48
3	11	5.47	18	8.96
4	7	3.48	25	12.44
5	141	70.15	166	82.59
6	10	4.98	176	87.56
7	7	3.48	183	91.04
8	7	3.48	190	94.53
9	9	4.48	199	99.00
10	2	1.00	200	100.00

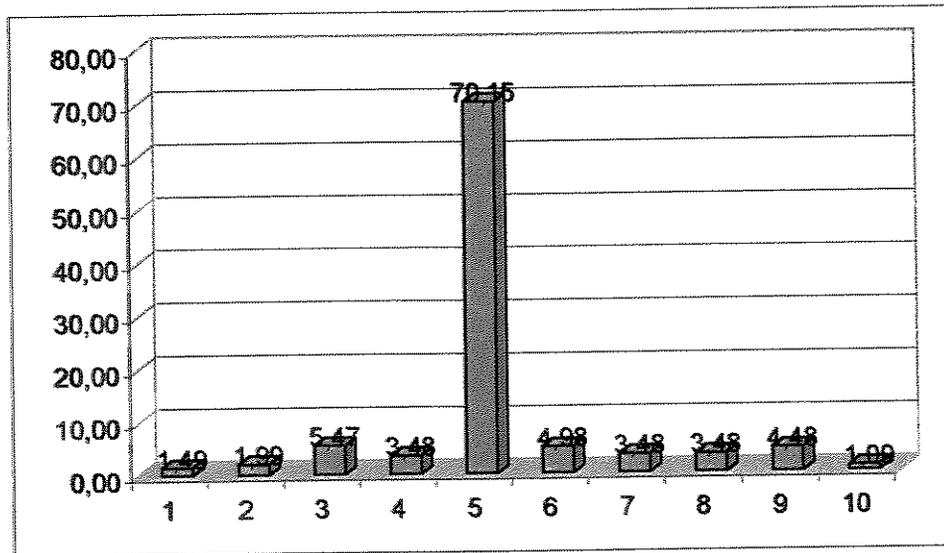


Gráfico 68- Desejo de evacuar ao despertar

Quanto à evacuação ao despertar, houve um equilíbrio na amostra com 70% (166 pacientes) não referiram alterações, conforme os dados da tabela 109/gráfico 67.

Tabela 110- RESPIRAR = Dificuldade em respirar ao despertar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Com menos dificuldade

com mais dificuldade

em respirar (1)

em respirar (10)

RESPIRAR	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	0	0	0	0
2	2	1.00	2	1.00
3	1	0.50	3	1.49
4	6	2.99	9	4.48
5	76	37.81	85	42.29
6	21	10.45	106	52.74
7	50	24.88	156	77.61
8	20	9.95	176	87.56
9	19	9.45	195	97.01
10	6	2.99	200	100.00

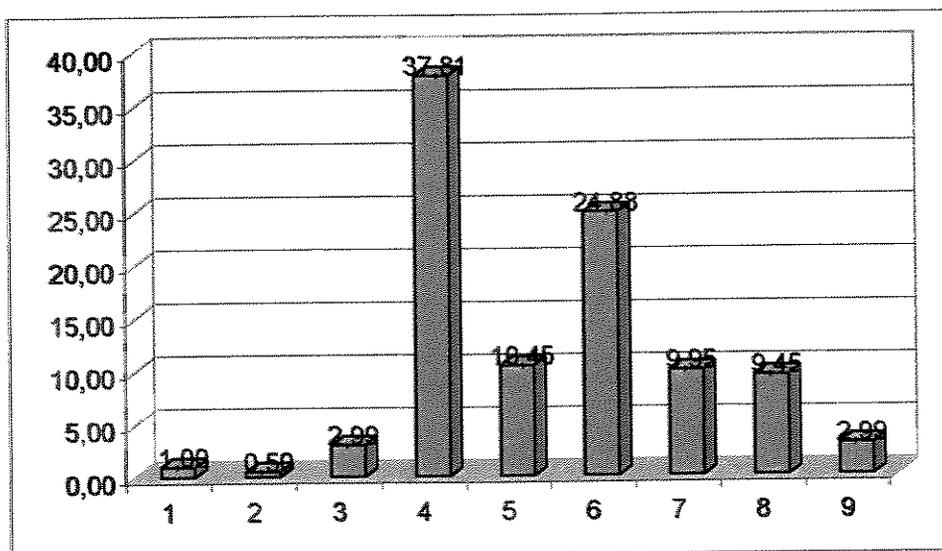


Gráfico 69- Dificuldade em respirar ao despertar

Na tabela 110/gráfico 68 a questão referente à dificuldade em respirar ao despertar, 52% (106 pacientes) apresentaram algum desconforto.

Tabela 111- URINAR = Dificuldade para urinar ao despertar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Com mais dificuldade para urinar (1) _____ com menos dificuldade para urinar (10)

URINAR	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	3	1.49	3	1.49
2	2	1.00	5	2.49
3	6	2.99	11	5.47
4	7	3.48	18	8.96
5	163	81.09	181	90.05
6	5	2.49	186	92.54
7	5	2.49	191	95.02
8	5	2.49	196	97.51
9	4	1.99	200	99.50
10	1	0.50	200	100.00

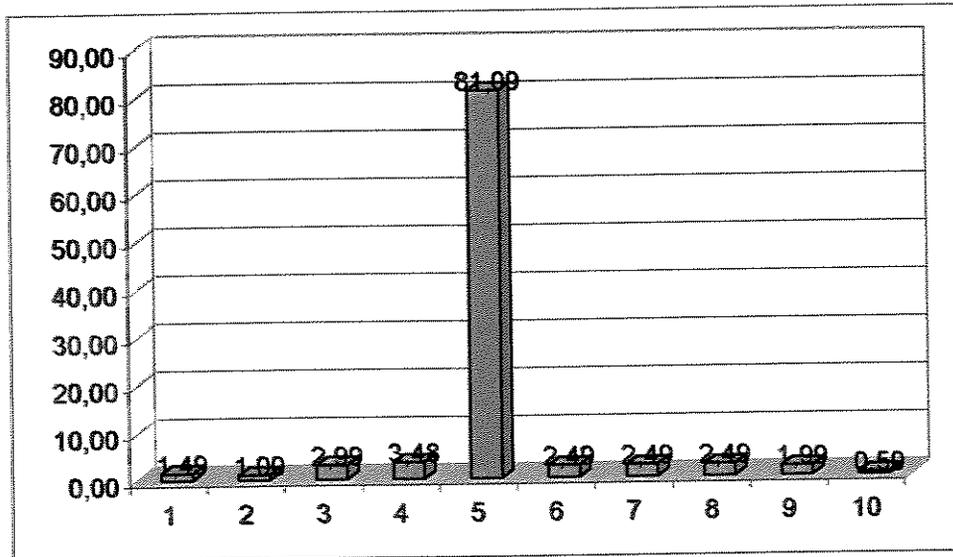


Gráfico 70- Dificuldade para urinar ao despertar

Os dados acima evidenciaram que houve um equilíbrio na amostra quanto à dificuldade de urinar ao despertar, com um percentual de 81% (181 pacientes), nem para mais ou para menos.

Tabela 112- TAQUIC = Taquicardia ao despertar

Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Com menos palpitação
ou taquicardia (1) _____

Com mais palpitação
ou taquicardia (10) _____

TAQUIC	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
1	0	0	0	0
2	1	0.50	1	0.50
3	3	1.49	4	1.99
4	2	1.00	6	2.99
5	62	30.85	68	33.83
6	17	8.46	85	42.29
7	53	26.37	138	68.66
8	36	17.91	174	86.57
9	15	7.46	189	94.03
10	12	5.97	200	100.00

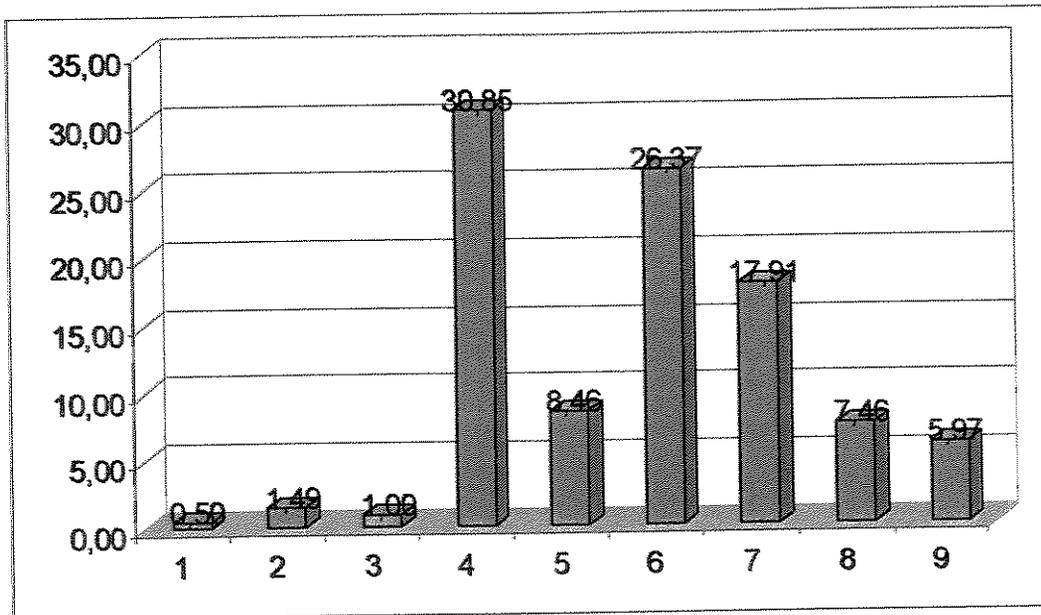


Gráfico 71- Taquicardia ao despertar

Quanto à presença de taquicardia ao despertar, houve um resultado significativo de 68% (138 pacientes).

Tabela 113- ALTFIS = Alterações físicas

Analisando os itens acima (estado físico), você considera que as alterações em relação ao seu normal foram globalmente (grife um)

Muito forte (5) Fortes (4) Moderadas (3) Fracas (2) Muito fracas (1) Ausentes (0)

ALTFIS	Frequência	Porcentagem	Acumulada Frequência	Acumulada Porcentagem
0	1	0.50	1	0.50
1	14	6.97	15	7.46
2	48	23.88	63	31.34
3	104	51.74	167	83.08
4	29	14.43	196	97.51
5	5	2.49	200	100.00

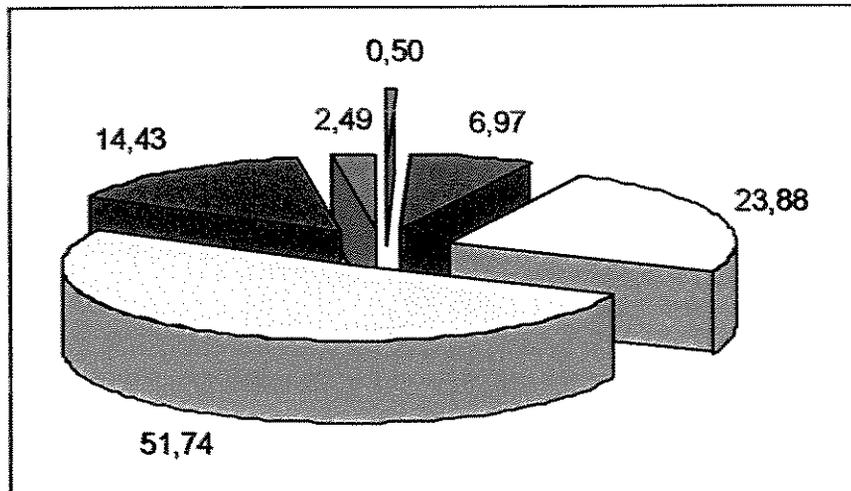


Gráfico 72- Alterações físicas

Os dados acima também revelaram que como as alterações psíquicas, as alterações físicas foram descritas por 167 pacientes, portanto 83% da amostra, como alterações pouco significativas, de leves a moderadas.

Tabela 114- Escores das Alterações Psíquicas do Questionário de Auto-Avaliação em Relação a Beck

Tabela de ALTPSIQ por BECK					
ALTPSIQ	BECK				Total
	0	1	2	3	
1	0	2	4	4	10
2	3	7	13	23	46
3	9	14	57	46	126
4	1	2	2	8	13
5	0	0	2	3	5
Total	13	25	78	84	200

Relacionamos os dados de duas escalas subjetivas, isto é, respondidas livremente, sem a presença do entrevistador, e foi observado que os pacientes com escores elevados na escala de BECK, 2 e 3, depressão moderada e severa, encontraram-se nos escores para as alterações psíquicas, de leve a moderada.

Tabela 115- Escores das Alterações Psíquicas do Questionário de Auto-Avaliação em Relação a SHEEHAN 1

Tabela de ALTPSIQ por SHEEHAN1					
ALTPSIQ	SHEEHAN1				Total
	0	1	2	3	
1	0	0	9	1	10
2	2	6	22	16	46
3	5	19	54	48	126
4	1	2	5	5	13
5	0	0	3	2	5
Total	8	27	93	72	200

O mesmo dado também foi observado quando comparados com a escala para ansiedade de SHEEHAN.

Tabela 116- Escores das Alterações Físicas do Questionário de Auto-Avaliação em Relação a Beck

Tabela de ALTFIS por BECK					
ALTFIS	BECK				Total
	0	1	2	3	
0	0	0	0	1	1
1	0	2	9	3	14
2	1	8	13	26	48
3	10	11	45	37	103
4	2	4	11	12	29
5	0	0	0	5	5
Total	13	25	78	84	200

Como nas alterações psíquicas, o mesmo se repete na escala de BECK.

Tabela 117- Escores das Alterações Físicas do Questionário de Auto-Avaliação em Relação a SHEEHAN 1

Tabela de ALTFIS por SHEEHAN1					
ALTFIS	SHEEHAN1				Total
	0	1	2	3	
0	0	0	1	0	1
1	0	1	7	6	14
2	0	5	22	21	48
3	7	17	45	34	103
4	1	4	16	8	29
5	0	0	2	3	5
Total	8	27	93	72	200

Da mesma forma, as alterações psíquicas mantêm os dados similares nas alterações físicas, quando comparadas na escala de SHEEHAN.

c) Conclusão dos resultados finais

Em relação às avaliações de Hamilton A, Hamilton-D, Sheehan 1, Beck e MSQ, testes de independências foram feitos para observar se há diferença nas avaliações em relação ao sexo, estado civil, idade e escolaridade. A tabela abaixo apresenta os resultados:

Avaliação	Variável			
	SEXO	ESTADO CIVIL	IDADE	ESCOLARIDADE
HAMILTON-A	*			
HAMILTON-D		**		
SHEEHAM-1	*			
SHEEHAM-2	**			
BECK				
MSQ	*			
* - Diferença significativa à uma significância de 95% ** - Diferença significativa à uma significância de 90%				

A variável P-VALOR SONO, apesar de apresentar a primeira categoria com respostas SIGNIFICATIVAS, está bem distribuída entre as outras categorias. As variáveis SONOTRAB (Tabela 60) e SONOLIVR (Tabela 61) apresentam concentrações distribuídas entre as cinco categorias.

As demais variáveis como o COCHILO (Tabela 62), o RONCO (Tabela 63), o TIPORNC (Tabela 64) e a APNEIA (Tabela 65), têm uma grande concentração nas categorias iniciais.

As variáveis com grandes concentrações nos extremos, de acordo com a visualização, são FACDORM (Tabela 70), RAPDORM (Tabela 71), AGITSONO (Tabela 72), REPOUSONO (Tabela 73). As outras variáveis têm suas maiores concentrações em torno do nível médio (5).

Tratando-se do questionário de auto-avaliação do sono, as variáveis FACDORM (Tabela 70), RAPDORM (Tabela 71), AGITSONO (Tabela 72), REPOUSONO (Tabela 73), MOTIV (Tabela 93), DEPRES (Tabela 91), SOCIABIL (Tabela 94), CONCENTR (Tabela 82) e CANSAÇO (Tabela 96) são as que apresentaram grandes concentrações nos extremos, indicando que esses itens são alarmantes quanto a mudanças de comportamento.

As variáveis com grandes concentrações nos extremos, de acordo com a visualização gráfica, são MOTIV (Tabela 93), DEPRES (Tabela 91), SOCIABIL (Tabela 94) e CANSAÇO (Tabela 96). As outras variáveis têm suas maiores concentrações em torno do nível médio (5).

A variável com grande concentração nos extremos, de acordo com a visualização gráfica, é CONCENTR (Tabela 82). As outras variáveis têm suas maiores concentrações em torno do nível médio (5).

As variáveis com grandes concentrações nos extremos, de acordo com a visualização gráfica, FRAQUEZA (Tabela 97), ATIVID (Tabela 98), TENSMUSC (Tabela 100), TONTURA (Tabela 101), TREMOR (Tabela 102), SEDE (Tabela 103) e GASTR (Tabela 105). As outras variáveis têm suas maiores concentrações em torno do nível médio (5).

As variáveis com grandes concentrações nos extremos, de acordo com a visualização gráfica, TAQUIC (Tabela 112), VISEMB (Tabela 108), SUDORESE (Tabela 107) e RESPIRAR (Tabela 110). As outras variáveis têm suas maiores concentrações em torno do nível médio (5). A variável ALTFIS (Tabela 113), que representa as alterações em relação ao estado normal em escala de 1 a 5, a maior concentração foi no nível 3.

A respeito do Questionário Escandinavo Básico do Sono (BNSQ), as horas dormidas foram analisadas comparadas também com a variável sexo, estado civil, idade e escolaridade através de análise de variância. Com exceção do estado que obteve diferença a uma significância de 90%, nenhuma das outras variáveis apresentou diferença de média significativa.

Levando em consideração a hora em que se vai dormir e que se acorda em dias de semana e em dias livres, os seguintes resultados foram obtidos:

	Variável			
	SEXO	ESTADO CIVIL	IDADE	ESCOLARIDADE
Hora de dormir em dia de semana	*			
Hora de dormir em dias livres	**		**	
Hora de acordar em dias de semana		**		
Hora de acordar em dias livres				
* - Diferença significativa à uma significância de 95%				
** - Diferença significativa à uma significância de 90%				

Tratando-se do questionário Escandinavo Básico do Sono, as variáveis COCHILO (Tabela 62), RONCO (Tabela 63), TIPORNC (Tabela 64) e APNEIA (Tabela 65) têm uma grande concentração de respostas nas categorias iniciais. A DORMID3M (Tabela 56) retrata que a maioria das pessoas dorme regular para mal. A concentração de pessoas que dormem bem, é muito baixa. O uso de drogas ou bebida para dormir, é baixo.

5- DISCUSSÃO

A proposta do trabalho foi de avaliar a qualidade do sono em pacientes com transtorno de pânico, portanto, em um grupo específico, sendo assim todos os pacientes tinham diagnóstico de Transtorno de Pânico.

Cabe salientar que para esse estudo, o grupo não foi dicotomizado em agorafóbicos e não agorafóbicos, uma vez que o objetivo maior seria traçar um perfil, avaliando a qualidade do sono nestes pacientes, e não obtivemos na literatura dados conflitantes em grupos distintos, trabalhos similares foram descritos por Stein, 1995 e Norton et al (1999).

Em relação ao método proposto, consistiu em selecionar inicialmente um grupo a partir das respostas positivas para qualquer transtorno do sono, nas escalas de HAM A e HAM D, assim como nas de Beck e Sheehan. A população inicial já mostrava um percentual elevado de pacientes com algum transtorno de sono, confirmando com a amostra final, a qual aponta para sinais diretos e indiretos relacionados à precariedade do sono; Craske e Keuger, em 1990, enfatizaram o quanto as queixas relacionadas ao sono, são negligenciadas.

Assim cuidamos de buscar uma população amostral que não sabendo que estavam sendo investigados, revelaram transtornos significativamente importantes como o ronco e apnéia, dados confirmados estatisticamente na literatura, nos trabalhos de Van Oot et al., 1984; Stein et al., 1995; Krystal et al., 2005.

Os autores Thomas Roth e Timothy Roehrs (2000), descreveram que cerca de 20% da população apresentam alguma dificuldade crônica em relação ao sono, e esse percentual aumenta significativamente quando o transtorno do sono é secundário a algum transtorno mental (57).

Eric Kandel (2000), explica o ataque de pânico como realmente uma patologia orgânica, passível de ser reproduzida em laboratório, através da infusão de lactato de sódio ou da inalação de dióxido de carbono, assim como a yohimbine, uma droga que ativa os receptores noradrenérgicos, precipitando os ataques de pânico em pacientes, ditos pelo autor como não normais, isto é, em pacientes que já possuam uma predisposição genética para o transtorno de pânico (58).

Na literatura, embora recente, os primeiros a descreverem o fenômeno, diferenciando os ataques de pânico noturno com terror noturno, foram Mellman e Uhde (1989).

À partir de então, outros autores, como Craske e Barlow em 1989, Stein et al. 1993 e Uhde em 1994, passaram a estudar e ampliar a gama de sintomatologia específica, relacionada aos transtornos do Sono e Pânico.

Revedo a literatura, observamos trabalhos recentes de Craske e Tsao, 2005, que relataram sinais e sintomas físicos e psíquicos ao despertar, como sonolência diurna, fadiga, desconforto gástrico e intestinal, taquicardia, problemas relacionados à concentração e memória, irritabilidade, e outros, descritos em pacientes com transtorno de pânico, sugerindo, um sono não satisfatório, portanto, não reparador, indicando transtornos outros, encontrados nesses pacientes além do ataque de pânico noturno, como a insônia inicial, sono fragmentado, despertar precoce e sonolência diurna excessiva.

Assim sendo, os questionários utilizados nesta pesquisa, como o Escandinavo do Sono, contemplou por um lado a necessidade de dados relacionados à qualidade do sono, pesquisando nos últimos três meses, definindo dados como a quantificação das horas dormidas, despertares durante a noite, ronco e apnéia, sonolência diurna até os cochilos. Este inventário, diferente dos demais, pois abre um espaço para que o paciente descreva a quantidade de horas ideal de sono e qual seria o seu problema referente ao sono. Este último quesito resultou em nove grupos: insônia inicial, insônia intermediária, insônia terminal, sono fragmento, hipersonia diurna, ataque de pânico noturno, baixa qualidade de vida (neste quesito os pacientes referiram utilizar suas horas de lazer para dormir, péssimo rendimento escolar, profissional, afetivo e sexual), sono agitado (descritos por muitos por um sono não reparador, não suficiente) e, finalmente, o grupo ronco/apnéia (assim que diagnosticados, foram encaminhados para tratamento específico no departamento de otorrinolaringologia e para o departamento de gastroenterologia, uma vez que alguns pacientes padeciam de refluxo gastro esofágico, e apresentavam a síndrome do falso alarme de sufocação).

Quanto ao Questionário de Auto Avaliação do Sono (modificado por Gorenstein), elogiado pelos pacientes por sua objetividade, simplicidade e clareza, confirmou os dados obtidos no Questionário Escandinavo quanto à dificuldade na indução e manutenção do sono, mas uma concentração elevada no quesito sonho. Isto confirma o dado que estes pacientes têm sua patologia centrada no sono NREM, visto que sonham, portanto quanto à arquitetura do sono REM, parece manter-se íntegra.

Em nenhum momento, os pacientes da pesquisa descreveram fenômenos como terror noturno, sonambulismo, bruxismo ou sonilóquio.

Ainda no questionário de Auto Avaliação do Sono, quanto às alterações psíquicas mais freqüentes ao despertar, foram encontrados, com maior significância estatística: distúrbio de memória e concentração, desmotivação, irritabilidade, menos sociáveis e mais deprimidos e quanto aos aspectos físicos de maior relevância, foram: fadiga, cansaço, desconforto gástrico e intestinal, taquicardia e distúrbio da acomodação visual.

Diante dos resultados obtidos, entendemos que o instrumento para avaliar o índice de qualidade do sono de Pittsburg, talvez não contemple a busca sintomatológica desta pesquisa. Este instrumento é de valia quando se pesquisa distúrbio do ciclo sono-vigília, isto é, atraso das fases do sono, segundo, Buysse, 1989 (56).

O padrão-ouro para avaliação dos distúrbios do sono é a combinação da história clínica com o estudo da polissonografia, que consiste no registro contínuo e simultâneo de múltiplas variáveis fisiológicas durante o sono (eletroencefalograma, eletrooculograma, eletromiograma, etc.), fornece dados quantitativos do padrão de sono, como latências, distribuição e quantidades das fases de sono, números e duração de despertares, eficiências de sono e presença de eventos anormais.

Entretanto, embora bastante atraente a possibilidade de obtenção de informações tão objetivas, o número insuficiente de laboratórios de sono e seu custo operacional limitam sua utilização em grande escala.

Informações clinicamente relevantes na investigação dos distúrbios de sono podem ser obtidas por meio de questionários e escalas de auto-avaliação de sono, que têm a vantagem do baixo custo e de permitir a avaliação de grandes amostras em seu ambiente natural. Embora habitualmente os indivíduos tendam a subestimar o número de horas dormidas e superestimar a duração da latência para iniciar o sono, Lewis et al.(1969) observou que há correlação significativa entre as medidas objetivas na polissonografia e as auto-avaliações subjetivas.

6- CONCLUSÃO

A pesquisa científica é o território clássico de utilização de escalas, garantindo que a informação coletada sobre sintomas específicos (em geral frequências e intensidades), seja padronizada e, portanto, passível de comparação com outros indivíduos e estudos de forma confiável. Espera-se, dessa forma, que os escores obtidos representem um padrão sintomatológico consistente e comum a todos os portadores daquele transtorno, independentemente do tipo de cultura estudada.

Instrumentos padronizados de avaliação podem ser úteis na avaliação inicial do paciente como um auxiliar à entrevista clínica e, ao longo do tratamento, para monitorização de resposta terapêutica. Na avaliação inicial, o objetivo é o de caracterizar o quadro clínico, de forma sistemática e rápida, abrangendo uma ampla gama de sintomas. Os dados coletados são transformados em escores numéricos. Além disso, essa informação pode auxiliar na escolha do tipo de tratamento mais adequado (farmacológico ou psicoterápico), dependendo da preponderância dos sintomas (depressão, ansiedade ou fobia).

A avaliação pode ser repetida ao longo do tratamento, com o objetivo de investigar a melhora clínica e o efeito terapêutico do tratamento administrado. A reavaliação por meio de escalas fornece dados objetivos sobre o progresso clínico do paciente, os quais nem sempre são facilmente obtidos apenas com a entrevista clínica não estruturada. Além disso, favorece a discussão com o paciente a respeito de suas respostas às escalas, a análise objetiva do seu estado clínico e da sua evolução do tratamento.

Com base na presente casuística pode-se concluir que o estudo das escalas mostrou-se útil como instrumento de quantificação e qualificação das alterações do sono nos transtornos do pânico.

As alterações foram predominantemente significativas em pacientes com transtorno de ansiedade: atingindo um escore de 75% nas escalas para ansiedade (Sheehan e Hamilton A).

E, finalmente, vemos dois trabalhos recentes da Dra. Michelle Craske (59 e 60), os quais corroboram com nossa pesquisa, inclusive utilizando uma escala analógica para pesquisar a sintomatologia psíquica e física. Trabalhos esses cujas objetividades são

marcadas principalmente, nos sintomas físicos que se mesclam tanto decorrentes dos distúrbios do sono como o transtorno de pânico.

Vivência essa sentida no nosso cotidiano com esses pacientes, mais que ansiosos, aflitos para recuperar a sanidade física para que possam ter suas vidas de volta. Um apelo constante para que façamos desaparecer as dores, os desconfortos, que nada nem ninguém explica, quando até desacreditam.

Admirada no início deste trabalho em encontrar esses pacientes, minuciosamente investigados, setorialmente, com pastas repletas de ecocardiogramas, radiografias, endoscopias, tomografias, exames de laboratórios de última geração, não me surpreendo ao encontrar no final do protocolo da pesquisa uma rica gama de sintomas, por vezes incapacitantes, como a insônia, a taquicardia, a fadiga, o torpor, confeccionando um grupo isolado de pacientes, desamparados à espera de um diagnóstico, de uma orientação e de uma conduta terapêutica assertiva.

Esperamos que essa pesquisa possa alertar e aprimorar os cuidadores tanto para os transtornos do pânico como de sono, e a sua importância na qualidade de vida.

*Durmo porque nunca estou só,
E mesmo com uma faca pendendo
Sobre nós, você, minha luz musicada,
Estará sempre comigo...
Durmo porque os fantasmas não me devorarão, e
Amanhã acordarei para infinitamente
criar-me um destino...
A.L. Cavani-Jorge*

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) ADAMS, RD; VICTOR, M.; ROPPER, AH. **Princípios da Neurologia** 6a. Ed. 1998. McGraw-Hill Interamericana de Chile, pg 253-254.
- 2) ARRIAGA F.; PAIVA T.; MATOS-PIRES A.; CAVAGLIA F.; LARA E.; BASTOS L. The sleep of non-depressed patients with panic disorder: A comparison with normal controls. **Acta Psychiatric Scand**, (1996) 93: 191-194
- 3) BERNIK, M. & F. LOTUFO-NETO, F. A importância médico-social dos transtornos ansiosos. In V. Gentil & Lotufo-Neto (org.), **Pânico, Fobias e Obsessões**, São Paulo, EDUSP, 1994, p.50.
- 4) BERNIK, M. A. "Reconceituação, relevância e tratamento da ansiedade". **Psicorama**, 3:6-12, 1990.
- 5) BERNIK, M. A.; GORENSTEIN, C & GENTIL, V. Flumazenil Precipitated Withdrawal Symptoms in Chronic Users of Therapeutic Doses of Diazepam **J. Psychopharmacol.**, 5:215-219, 1991.
- 6) BOYD, J. Use of mental health services for the treatment of panic disorder. **American Journal Psychiatry**, 1986, 143, pp. 1569-1574. D.Katerndahl, "Prevalence of panic attacks" (carta). **Journal of the Family Practitioner**, 1987, 24, pp.208-209
- 7) BUYSSE, D.J.; REYNOLDS C.F.; MONK, T.H.; BERMAN, S.R.; KUPFER D.J. The Pittsburg Sleep QualityIndex: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatric Res**. 1989 May; 28(2):193-213.
- 8) CRAKE, M.G.; BARLOW, D.H. Nocturnal panic. **Journal Nerve Mental Dis.**, 1989 177:160-167
- 9) CRASKE, M.; LANG, A.J.; MYSTKOWSKI, M.A.; ZUCKER, B. Does nocturnal panic represent a more severe form of panic disorder? **J Nerv Mental Dis**. 2002, 190: 611-618.
- 10) CRASKE, M.; TSAO, J.C.I. Assessment and treatment of nocturnal panic attacks **Sleep Medicine reviews**.2005, 9:173-184.

- 11) CULEBRAS, A. (ed): The Neurology of sleep. **Neurology** 42 (suppl 6), July 1992.
- 12) DSM-IV - **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, trad Dayse Batista – 4ª. Ed. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, pp. 375-423; 523-576.
- 13) EDLUND, M.; SWAN, A. The economic and social costs of panic disorder. **Hosp. Comm Psychiatry**, 1987, 38, pp. 277-279.
- 14) EDLUND, M.J.; MCNAMARA, E.; MILLMAN, R.P. Sleep apnea and panic attacks. **Compr. Psychiatry**, 1991, 32 (2): 130-132
- 15) GALLAGHER, S.K.; MECHANIC, D. Living with the mentally ill; effects on the health and functioning of other members. **Social Science and Medicine**, 1996, 42 (12): pp. 1691-1701
- 16) GENTIL, V.; TAVARES, S.; GORENSTEIN, C.; BELLO, C.; MATHIAS, L.; GRONICH, G. & SINGER, J. Acute Reversal of Flunitrazepam effects by Ro 15-1788 and Ro 15-3505: Inverse Agonism, Tolerance, and Rebound. **Psychopharmacology**, 100:54-59, 1990.
- 17) GORENSTEIN, C.; BERNIK, M.; RAMOS, RT.; GENTIL V. Bases biológicas da ansiedade In Gentil V. (org) **Pânico, Fobias e Obsessões** – São Paulo – EDUSP – 1997.
- 18) GORENSTEIN; C.; TAVARES, S.; ALÓE, F. Questionários de auto avaliação de Sono. In **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**, 1998 – Ed UFRJ – pp.: 423-425
- 19) GORMAN, J.M.; LIEBOWITZ, M.R.; FYER, A.J.; STEIN, J. A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. **Am. J. Psychiatry**, 146:148-161, 1989
- 20) HARNOIS, G.; GABRIEL, P. **Mental health and work: impact, issues and good practices**. Genebra, Organização Mundial da Saúde e Organização Mundial do Trabalho. (WHO/MSD/MPS/00,2) (2000) pp 104-115.

- 21) HAURY P.J.; FRIEDMAN, M.; & RAVARIS, C.L. Sleep in patients with spontaneous panic attacks. **Sleep**, 12 : 323-337
- 22) HOBSON, J. A.; LYDIC, R.; BAGHDOYAN, H. Envolving concepts of sleep cycle generation: From brain centers to neuronal populations. **Behav Brain Sci** 9: 371, 1986.
- 23) **How to Write Publish a Scientific Paper Cambridge University Press – 1995**
- 24) HYMANN,S.E. Mental illness: genetically complex disorders of neural circuitry and neural communication. **Neuron**, 28: 231-323,2000.
- 25) ITO, L.M. & RAMOS, R.T. Escalas de avaliação clínica no transtorno de pânico. In **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. Pasquali, L. – 1998 – Ed UFRJ , pp.:145-147.
- 26) MARKOWITZ, J.; WEISSMAN, M.R.; OUELLETTE, R. ET AL. Quality of life in panic disorder. **Archives of General Psychiatry**, 1989, 46; 11, pp. 984-992.]
- 27) KANDEL, E.R.; SCHWARTZ, J.H.; JESSELL, T.M. **Principles of Neural Science**, 4^oEd. McGraw-Hill Ed.2000, pp 1220-1226.
- 28) KATERNDAHL, D. Panic attacks – psychological response or medical illness? **Postgraduate Medicine**, 1984, 75, pp. 261-268
- 29) KATON, W.; VITALINO, P. ET AL., Panic disorder: epidemiology in primary care. **Journal of the Familiar Pract**, 1986, 23, pp. 233-239
- 30) KLEIN, D. & FINK, M. Psychiatry reactions patents to imipramine. **American Journal of Psychiatry**, 1992, 119, pp. 432-438.
- 31) KLEIN, D. Anxiety reconceptualized. **Comprehensive Psychiatry**, 1980, 21, pp. 411-427
- 32) KLEIN, D. Delineation of two-drugs responsive anxiety syndromes. **Psychopharmacology**, 1964, pp. 307-408.

- 33) LABBATE, A.L.; POLLAK, M.H.; OTTO, M.W.; LANGENAUER, S. & ROSENBAUM, J.F. Sleep panic attacks: an association with childhood anxiety and adult psychopathology. **Biol Psychiatry**, 1994, 36: 57-60
- 34) LAUER, C.J.; KRIEG, J.C. Sleep electroencephalographic patterns and cranial computed tomography in anxiety disorders. **Compr. Psychiatry**, 1992, 33 (3): 213-219
- 35) LIEBOWITZ, R. & AL. Lactate provocation of panic attacks; I. Clinical and behavioral findings. **Archives of General Psychiatry**, 1984, 41, pp 764-770
- 36) MATOS, E.G. **Contribuições ao estudo do Distúrbio do Pânico e prolapso de valva mitral.** (Tese – Doutorado – UNICAMP) Campinas, 1992.
- 37) MELLMAN, T & UHDE, T. Sleep panic attacks: new clinical findings and theoretical implications. **American Journal of Psychiatry**, 1989, 146:9, pp. 1204-1209
- 38) MELLMAN, T. & UHDE, T. Patients with frequent sleep panic: Clinical findings and response to medication treatment. **Journal of Clinical Psychiatry**, 1990, 51:12, pp. 513-516
- 39) MENDLOWICZ, M.V. & STEIN, M.B. Quality of life in individuals with anxiety disorders. **American Journal of Psychiatry**, 2000, 157 (5) pp.: 669-682
- 40) MLAKATOS, E. & MARCONI, M. **Fundamentos de Metodologia Científica** 1991. São Paulo. Ed. Martins Fontes.
- 41) MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D. orgs. **Global health statistics**. Cambridge, Massachusetts, Harvard School of Public Health, Global Burden of Disease and Injury Series, Vol II. 1996.
- 42) MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D. orgs. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990/2020: Global Burden of Disease Study. **Lancet**, 349: pp. 1498-1504, 1997.

- 43) PAPP, L.; KLEIN, D. & GORMAN, J. Carbon hypersensitivity, hyperventilation and panic disorder. **American Journal of Psychiatry**, 1993, 150:8, pp. 1149-1157
- 44) PECKNOLD, J.C. & LUTHE, L. Sleep studies and neurochemical correlates in panic disorder and agoraphobia. **Prog NeuroPsychopharmacol & Biol Psychiatr**, 1994, 14: 753-758
- 45) PEREIRA, M. E. C. Contribuição à Psicopatologia dos ataques de pânico. São Paulo. Lemos Editorial, 1997, pp: 89-90; 103-121.
- 46) PITTS, F. & MCLURE, J. Lactate metabolism in the anxiety disorder. **New England Journal of Medicine**. 1967, 277, pp. 1329-1336
- 47) REIMÃO, R. **Sono, sonhos e seus distúrbios**. Ed : Frontis Editorial, 1999. pg 17-27.
- 48) Relatório Sobre a Saúde no Mundo – **Saúde Mental: Nova concepção, Nova Esperança** – Organização Panamericana da Saúde E Organização Mundial da Saúde, 2001
- 49) ROBINS, N. & REGIER, D. **Psychiatric disorders in America : the ECA study**. New York, Free Press, 1991.
- 50) ROCHA, F.L. Sono e depressão. **Revista ABP-APAL**, 1991, 13(1): 11-17
- 51) ROTH, T.; ROERHRS, T.; CARSKADON, M.; DEMENT, W.C. . Daytime sleepiness and alertness. **Principles and Practice of Seep Medicine**, 2nd ed, pp40-49. Philadelphia: saunders, 1994.
- 52) SALEM, J. **Hipócrates: Conhecer, cuidar, amar. O juramento e outros textos** – Ed Landy – São Paulo – Brasil – 2002, pág. 120-121
- 53) SAULE, L.D. **Etude clinique sur la peur des espaces (agoraphobie dès Allemands) nevróse émotive**. V. Adrien Delahaye et Co., Paris, 1878
- 54) SOUZA, J.C. Insônia e qualidade de vida. Campo Grande: UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO, 1999.

- 55) UBHLENHUTH, E.; BALTER, M.; MELLINGER, G. ET AL. Symptom checklist syndromes in the general population. **Archives of General Psychiatry**, 1983, 40, pp. 1065-1069.
- 56) VON KORFF, M.; EATON, W. & KEYL, P. The epidemiology of panic attacks and panic disorder. **American Journal of Epidemiology**, 1985, 122, pp. 970-981
- 57) WEISSMAN, M. & MERIKANOS, K. The epidemiology of panic disorder: an update. **Journal of Clinical Psychiatry**, 1986, 47 : 6 (supl.), pp. 11-17
- 58) WEISSMAN, M.; MYERS, J. & HARDING, P. Psychiatry disorders in a United States urban community. **American Journal of Psychiatry**, 1978, 135, pp. 459-462
- 59) WHITE, B. "Cold pressor in tension and anxiety: cardiographic study". **Archives of Neurology and Psychiatry**, 1937,38, pp. 964-984.
- 60) WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Mental health resources in the world: Initial results of Project ATLAS**. Genebra, 2001.
- 61) WITTCHEN, H. **Epidemiology of panic attacks and panic disorder**. In I. Hand & H. Wittchen (ed.), Berlin, Sprin-Verlag, 1986, pp. 18=28. Apud, J-P. Boulenger, J.-C Bisserbe & E. Zarifian, "Les facteurs évolutifs des crises d'angoisse-panique", **Psychiatrie Française**, 1988, 3, juin-juillet, pp. 435-446

8- ANEXOS

NÚCLEO DE ATENDIMENTO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Coordenador Responsável: Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos CRM: 21992

IDENTIFICAÇÃO

Nº NATA _____ H.C. _____ DATA / / _____

Nome (iniciais) _____ Termo Consent. Não sim

Idade Fone: _____ Procedência:

Sexo Feminino Masculino

Cor Branco Negro Pardo Amarelo

Estado Civil Solteiro Casado Viúvo Separado outros

Religião Católico Protestante Evangélico Espírita outros

Grau Instrução Analfabeto 1º grau 2º grau Univers.

INFORMAÇÕES SOBRE OS SINTOMAS (assinalar com X)

Idade 1ª Crise _____

Frequências das Crises Diária 2/3 semana 1 p/semana
 Mensal Semestral _____

Comorbidades NÃO Agorafobia Depressão TOC TAG
 Fob.Especif Fob.Social Asma Diabetes AVC
 PVM Disf.Tireóide Hipertensão Inf.Miocárdio Epilepsia
 Dist.Alimentação (aumento) Dist.Alimentação (dimin.) Imp.Sexual

Abuso Substâncias NÃO Fumo Crack Maconha Cocaína
 Álcool Calmantes Outros

Anteced. Pessoais NÃO Sonambul. Sonilóquio Enurese Not. Encoprese
 Terror Not. Fobia Escol Bruxismo I.S. T.S.

Anteced.Familiares NÃO Pai Mãe Irmãos Filhos

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO (somente valores)

Escalas Ham A Beck Sheehan I
 Ham D IDATE Sheehan II

Testes Projetivos HTP _____
 (identificar aplicador) Pfister _____
 Zulliger _____

EXAMES

Ex. Laboratoriais

(somente resultados)

<input type="checkbox"/> EEG	<input type="checkbox"/> IgE	<input type="checkbox"/> Urina I	<input type="checkbox"/> T4	<input type="checkbox"/> TSH
<input type="checkbox"/> Triglicérides	<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Ppf		

Medicação Atual

1 não 2 sim Medicado com: _____

Medicação Prescrita

PSICOTERAPIAS

1 NÃO 2 Indiv. Psicod. 3 Indiv. TCC 4 Grupo 5 _____

OBSERVAÇÕES

REVIS. PRONTUÁRIO HC

REVIS. PRONT. NATA

SITUAÇÃO DO PAC.

1 alta 2 abandono 3 em tratamento 4 encaminhado p/ _____

ESCALA DE AUTO AVALIAÇÃO DEPRESSÃO – BECK

- 1) 0. Eu não estou triste
 1. Eu me sinto triste deprimido
 - 2a. Eu me sinto triste deprimido e não consigo me livrar disto
 - 2b. Eu me sinto triste e infeliz que isto se torna até doloroso
 3. Eu me sinto tão triste e infeliz que não consigo suportar

- 2) 0. Eu não estou pessimista sem coragem em relação ao futuro
 1. Estou sem coragem em relação ao futuro
 - 2a. Eu sinto que não tenho nada a esperar do futuro
 - 2b. Eu sinto que nunca vou superar ou acabar com meus problemas
 3. Eu sinto que não tenho nada a esperar do futuro as coisas não podem melhorar

- 3) 0. Eu não me sinto fracassado
 1. Eu sinto que fracassei mais que uma pessoa comum
 - 2a. Eu sinto que consegui muito pouco da vida
 - 2b. Quando olho para meu passado só vejo fracassos
 3. Eu sinto que sou um verdadeiro fracasso (como pai, marido, filho)

- 4) 0. Eu não estou insatisfeito
 - 1a. Eu me sinto chateado a maior parte do tempo
 - 1b. Eu não tenho prazer nas coisas como eu tinha antes
 2. Eu não tenho satisfação alguma com as coisas
 3. Eu estou insatisfeito com tudo

- 5) 0. Eu não me sinto culpado
1. Eu me sinto uma pessoa ruim, na qual não se pode confiar parte do tempo
 - 2a. Eu me sinto culpado
 - 2b. Eu me sinto uma pessoa na qual não se pode confiar praticamente o tempo todo
 3. Eu me sinto como se fosse ruim e sem valor
- 6) 0. Eu não sinto que estou sendo castigado
1. Eu tenho sentimento de que alguma coisa de muito ruim pode acontecer para mim
 2. Eu sinto que estou sendo castigado ou serei castigado
 - 3a. Eu sinto que mereço ser castigado
 - 3b. Eu quero ser castigado
- 7) 0. Eu não me sinto desapontado comigo mesmo
- 1a. Eu estou desapontado comigo mesmo
 - 1b. Eu não gosto de mim mesmo
 2. Eu estou chateado comigo mesmo
 3. Eu me odeio
- 8) 0. Eu não sinto que sou pior que qualquer outra pessoa
1. Eu me critico muito por causa dos meus erros e fraquezas
 - 2a. Eu me acuso por tudo que acontece de errado
 - 2b. Eu sinto que tenho muito maus atos
- 9) 0. Eu não tenho nenhuma idéia de fazer mal a mim mesmo
1. Eu tenho pensamentos de fazer mal a mim próprio, mas eu não os faria
 - 2a. Eu sinto que estaria melhor se estivesse morto
 - 2b. Eu tenho planos definitivos de me matar
 - 2c. Eu sinto que minha família estaria melhor se eu estivesse morto
 3. Eu me mataria se pudesse

- 10) 0. Eu não choro mais do que costume
1. Eu choro mais agora do que antes
2. Atualmente choro sempre
3. Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo mesmo que eu queira
- 11) 0. Eu não estou mais irritado e nervoso agora do que eu costume
1. Eu fico mais irritado e nervoso do que antes
2. Eu me sinto sempre irritado e nervoso
3. Eu não fico irritado com as coisas que antes me deixavam nervoso
- 12) 0. Eu não perdi o interesse em outras pessoas
1. Eu estou menos interessado em outras pessoas do que antes
2. Eu perdi boa parte do interesse em outras pessoas e não ligo para elas
3. Eu perdi todo o meu interesse em outras pessoas e elas pouco me interessam
- 13) 0. Eu tomo decisões tão bem como sempre
1. Eu estou mais inseguro e tento evitar tomar decisões
2. Eu não consigo tomar mais decisões sem ajuda
3. Eu não consigo mais tomar nenhuma decisão
- 14) 0. Eu não sinto que minha aparência piorou
1. Eu estou muito preocupado porque aparento estar velho e acabado
2. Eu sinto que existem mudanças definitivas na minha aparência e elas me fazem sentir acabado
3. Eu sinto que sou feio e até repugnante
- 15) 0. Eu consigo trabalhar tão bem quanto antes
1a. Custa um esforço muito grande fazer alguma coisa
1b. Eu não trabalho tão bem quanto antes
2. Eu preciso me empurrar para fazer alguma coisa
3. Eu não consigo trabalhar

- 16) 0. Eu consigo dormir tão bem quanto antes
- 1a. Eu acordo de manhã mais cansado do que antes
- 1b. Durmo um pouco mais do que o habitual
- 2a. Eu acordo uma ou duas horas antes do que costumava acordar e fica difícil voltar a dormir
- 2b. Durmo muito mais do que o habitual
- 3a. Eu acordo mais cedo todo dia e não consigo dormir mais que cinco horas
- 3b. Durmo a maior parte do dia
- 17) 0. Eu não fico mais cansado agora do que antes
1. Eu me canso mais facilmente agora do que antes
2. Eu me canso de fazer qualquer coisa
3. Eu me sinto muito cansado para fazer qualquer coisa
- 18) 0. Meu apetite não está pior agora
1. Meu apetite não está bom como costumava ser
2. Meu apetite está muito pior
3. Eu não tenho mais apetite nenhum
- 19) 0. Eu não perdi muito peso, praticamente nenhum ultimamente
1. Eu perdi mais do que dois quilos
2. Eu perdi mais de quatro quilos
3. Eu perdi mais de seis quilos
- 20) 0. Eu não estou mais preocupado com minha saúde do que antes
1. Eu estou preocupado, com dores, disenteria, prisão de ventre ou outras queixas
2. Eu estou tão preocupado sobre como eu me sinto, ou o que sinto, que é difícil pensar em outra coisa
3. Eu só penso em minhas queixas

21) 0. Não houve nenhuma mudança recente quanto ao meu interesse por sexo

1. Eu estou menos interessado por sexo do que antes

2. Eu estou atualmente muito menos interessado por sexo

3. Eu perdi completamente o interesse por sexo

Escore 0 - 9 = Mínima

10 - 16 = Leve

17 - 29 = Moderada

30 - 63 = Severa

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON (HAM-A)

Iniciais: _____

Data: ___/___/___

0 = AUSENTE
1 = INTENSIDADE LEVE
2 = INTENSIDADE MÉDIA
3 = INTENSIDADE FORTE
4 = INTENSIDADE MÁXIMA

1. Humor Ansioso..... ()

Inquietação, temor do pior, apreensão quanto ao presente ou futuro, maus pressentimentos, irritabilidade, etc.

2. Tensão ()

Sensação de tensão, fadiga, reações de sobressalto, choro fácil, tremores, sensação de cansaço, incapacidade de relaxar, agitação.

3. Medos ()

De escuro, de estranhos, de ficar só, de animais de grande porte, do trânsito, de multidões, etc.

4. Insônia ()

Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga de acordar, sonhos penosos, pesadelos, terror noturno, etc.

5. Dificuldades Intelectuais ()

Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.

6. Humor deprimido ()

Perda de interesse, oscilação do humor, depressão, despertar precoce, etc.

7. Somatizações Motoras..... ()

Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.

TOTAL PARCIAL.....

8. Somatizações Sensoriais ()

Ondas de frio e calor, sensação de fraqueza, visão borrada, sensação de picadas, formigamentos, sensações auditivas de ruído, zumbidos, etc.

9. Sintomas Cardiovasculares..... ()

Taquicardia, palpitações, dores no peito, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, etc.

10. Sintomas Respiratórios..... ()

Pressão ou constrição no peito, dispnéia, respiração suspirosa, sensação de sufocação, etc.

11. Sintomas Gastrointestinais ()

Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, sensação de plenitude, dor pré ou pós prandial, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, sensação de vazio gástrico, diarreia ou constipação, cólicas.

12. Sintomas Geniturinários ()

Polaciúria, urgência de micção, amenorréia, frigidez, ejaculação precoce, ereção incompleta, impotência, diminuição da libido, etc.

13. Sintomas Neurovegetativos ()

Boca seca, palidez, ruborização, tendência à sudção, tonturas, cefaléia de tensão, etc.

14. Comportamento Durante a Entrevista ()

Geral: tenso, pouco à vontade, inquieto, agitação das mãos (mexer, retorcer, cacoetes e tremores), franzir a testa, face tensa.

Fisiológico: engolir a saliva, eructações, dilatação pupilar, sudção, respiração suspirosa, etc.

TOTAL GERAL.....

Ponto de Corte => 17

**ESCALA DE HAMILTON PARA AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO
(HAM-D 21 ITENS)**

ESCORE

1. Humor deprimido (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0. Ausente

1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido

2. Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras

3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro

4. Sentimento deduzidos de comunicação verbal e não verbal do paciente.

.....
2. Sentimentos de Culpa

0. Ausentes

1. Auto-recriminação: sente que decepcionou os outros

2. Idéias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más ações

3. A doença atual é um castigo. Delírio de culpa

4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e / ou tem alucinações visuais ameaçadoras

.....
3. Suicídio

0. Ausente

1. Sente que a vida não vale a pena

2. Desejaria estar morto ou pensa na possibilidade de sua própria morte

3. Idéias ou gestos suicidas

4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria marcar 4)

.....
4. Insônia Inicial

0. Sem dificuldade para conciliar o sono

1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora

2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono toas as noites

5. Insônia Intermediária

0. Sem dificuldade

1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite

2. Acorda à noite – qualquer saída da cama marcar 2 (exceto para urinar)

6. Insônia Tardia

0. Sem dificuldade

1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir

2. Incapaz de volta a conciliar o sono ao deixar a cama

7. Trabalho e Atividade

0. Sem dificuldade

1. Passatempos

2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho – quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade))

3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos três horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempos).

4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

8. Retardo (lentidão de idéias e fala; dificuldade concentração; atividade motora diminuída)

0. Pensamento e fala normais

1. Leve retardo á entrevista

2. Retardo óbvio á entrevista

3. Estupor completo

9. Agitação

0. Nenhuma

1. Brinca com as mão, com os cabelos, etc.

2. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10. Ansiedade Psíquica

0. Sem ansiedade

1. Tensão e irritabilidade subjetivas
2. Preocupação com trivialidades
3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala
4. Medos expressos sem serem inquiridos

11. Ansiedade Somática

Concomitantes fisiológicos da ansiedade tais como:

Gastrintestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas e eructações

Cardiovasculares: palpitações, cefaléias

Respiratórias: hiperventilação, suspiros

Frequência urinária

Sudorese

0. Ausente

1. Leve

2. Moderada

3. Grave

4. Incapacitante

12. Sintomas Somáticos Gastrintestinais

0. Nenhum

1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen
2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos

13. Sintomas Somáticos em Geral

0. Nenhum

1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléias, mialgias. Perda de energia e cansaço
2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido marcar 2

14. Sintomas Genitais

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais.

0. Ausentes

1. Leves distúrbios menstruais

2. Intensos

15. Hipocondria

0. Ausente

1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2. Preocupação com a saúde

3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc.

4. Idéias delirantes hipocondríacas

16. Perda de Peso (Marcar A ou B)

A Quando avaliada pela história clínica:

0. Sem perda de peso

1. Provável perda de peso associada à moléstia atual

1. Perda de peso definida (de acordo com o paciente)

B. Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso:

0. Menos que 0,5 Kg por semana

1. Mais que 0,5 Kg de perda por semana

2. Mais que 1 Kg de perda por semana

17. Consciência da Doença

0. Reconhece que está deprimido e doente

1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa á má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, a necessidade de repouso, etc.

2. Nega estar doente

18. Variação Noturna

Observar se os sintomas são piores pela manhã ou á noite. Caso não haja variação marcar "nenhuma".

0. Nenhuma

1. Leve

2. Grave

19. Despersonalização e Desrealização

Tais como: sensações de irrealidade, idéias milistas.

0. Ausentes

1. Leves

2. Moderadas

3. Graves

4. Incapacitantes

20. Sintomas Paranóides

0. Nenhum

1. Desconfiança

2. Idéias de referência

3. Delírios de referência e perseguição

.....
21. Sintomas Obsessivos e Compulsivos

0. Nenhum

1. Leves

2. Graves

.....
ESCORE TOTAL

Ponto de corte: \geq 21

INICIAIS: _____

DATA: _____

ESCALA DE ANSIEDADE – SHEEHAN

PARTE I

INSTRUÇÕES: Você encontrará abaixo uma lista de problemas e queixas que as pessoas algumas vezes apresentam. Faça um círculo em torno do número à direita que melhor descreve a intensidade com que este problema o afligiu ou preocupou nos últimos 6 meses. Marque somente um número para cada item e não deixe de preencher nenhum.

0- nem um pouco 1- um pouco 2- moderado (médio) 3- acentuado (muito) 4- extremo (demais)

Em que intensidade você foi incomodado por:

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1) Crises de tonturas, desmaio ou vertigem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Sensação de perna mole ou bamba | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Sensação de perda de equilíbrio, como se estivesse para cair | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Dificuldade para respirar ou respiração forte | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Pausa ou aceleração do coração | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Dor ou pressão no peito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Sensação de estar sufocado, engasgado ou com aperto ou nó na garganta | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Formigamentos ou adormecimentos de algumas partes do corpo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Ondas de calor ou calafrios | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) Náusea ou problemas estomacais | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) Episódios de diarreia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12) Dores de cabeça, no pescoço ou na nuca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13) Sentir-se facilmente cansado, fraco ou exausto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14) Períodos de aumento de sensibilidade para o som, a luz ou tato | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15) Crises de transpiração excessiva | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16) Sensação de que o ambiente à sua volta está estranho, irreal, nebuloso ou distante | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17) Sensação de estar fora do corpo, ou sensação de estar flutuando | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18) Preocupações excessivas com a própria saúde | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19) Sensação de estar perdendo o controle ou de estar ficando louco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20) Medo de estar morrendo ou de que algo terrível está para acontecer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21) Tremores ou tremores por dentro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22) Fases de depressão que ocorrem sem razão de ser, ou por pequenos motivos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

- 23) Mudanças súbitas de humor, relacionadas com mudanças de ambiente 0 1 2 3 4
- 24) Sentir-se dependente dos outros 0 1 2 3 4
- 25) Ter que repetir a mesma ação várias vezes quando não é realmente necessário 0 1 2 3 4
(ex: checar a mesma coisa várias vezes, lavar-se, contar repetidamente)
- 26) Palavras ou pensamentos que persistentemente se intrometem na sua mente e dos quais é difícil livrar-se (ex: pensamentos indesejáveis de agressividade, sexuais ou dificuldade de controlar os impulsos) 0 1 2 3 4
- 27) Dificuldade para pegar no sono 0 1 2 3 4
- 28) Acordar no meio da noite ou sono inquieto 0 1 2 3 4
- 29) Evitar situações que apavoram 0 1 2 3 4
- 30) Tensão e incapacidade para relaxar 0 1 2 3 4
- 31) Ansiedade, nervosismo, agitação 0 1 2 3 4
- 32) Crises repentinas e inesperadas de ansiedade, com sensação ou medo de morte, causadas por pequeno ou nenhum motivo aparente e acompanhadas de 3 ou mais sintomas de todos o referidos abaixo ocorrendo juntos 0 1 2 3 4
- 33) Crises repentinas e inesperadas de ansiedade, causadas por pequeno ou nenhum motivo e acompanhadas de 1 ou 2 sintomas de todos os referidos abaixo. 0 1 2 3 4
- 34) Episódios de ansiedade que aparecem pela antecipação de fazer alguma coisa e que são mais intensos do que a experiência da maioria das pessoas em tais situações. 0 1 2 3 4

- | |
|--|
| <p>1) palpitações ou ritmo cardíaco acelerado;</p> <p>2) sudorese;</p> <p>3) tremores ou abalos;</p> <p>4) sensações de falta de ar ou sufocamento;</p> <p>5) sensações de asfixia;</p> <p>6) dor ou desconforto torácico;</p> <p>7) náusea ou desconforto abdominal;</p> <p>8) sensações de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio;</p> <p>9) desrealização (sensação de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo);</p> <p>10) medo de perder o controle ou enlouquecer;</p> <p>11) medo de morrer;</p> <p>12) parestesias (anestesia ou sensação de formigamentos);</p> <p>13) calafrios ou ondas de calor.</p> |
|--|

PARTE II

INSTRUÇÕES: Faça um círculo em torno do número á direita de cada questão que melhor descreve como você se sente neste momento.

0- nem um pouco 1- um pouco 2- moderado(médio) 3-acentuado (muito) 4- extremo(demais)

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1) Boca mais seca do que normalmente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Preocupado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Nervoso, ansioso, irrequieto, desassossegado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Temeroso, com medo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Tenso, rijo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Tremores por dentro e por fora | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Sensação de frio, movimentação ou perturbação no estômago | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Sensação de calor pelo corpo todo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Mãos suadas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) Batidas do coração aceleradas ou fortes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) Tremor nas mãos ou pernas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

APLICADOR: _____

Parte I (Ansiedade endógena):

0 a 30: leve 31 a 50: moderada 51 a 80: marcada 81: severa

Parte II (Ansiedade ou fobia exógena):

4 a 11: leve 12 a 22: moderada 23 a 33: marcada 34: severa

MINIQUESTIONARIO DE SONO

Mini-Sleep Questionnaire (MSQ) (Zomer et al., 1985) – Versão traduzida por F. Alóe e S. Tavares.

Por favor, assinale o número que melhor descreva sua resposta:

Nunca Muito raramente Raramente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente Sempre

1. Você tem dificuldade

1 2 3 4 5 6 7

2. Você acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo?

1 2 3 4 5 6 7

3. Você toma remédios para dormir ou tranquilizantes?

1 2 3 4 5 6 7

4. Você dorme durante o dia? (sem contar cochilos ou sonecas programados)

1 2 3 4 5 6 7

5. Ao acordar de manhã, você ainda se sente cansado(a)?

1 2 3 4 5 6 7

6. Você ronca à noite (que você saiba)?

1 2 3 4 5 6 7

7. Você acorda durante a noite?

1 2 3 4 5 6 7

8. Você acorda com dor de cabeça.

1 2 3 4 5 6 7

9. Você sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente.

1 2 3 4 5 6 7

10. Você tem sono agitado? (mudanças constantes de posições ou movimentos de pernas/braços)

1 2 3 4 5 6 7

Escore total da escala:

10-24 = sono bom;

25-27 = sono levemente alterado;

28-30 = sono moderadamente alterado;

acima de 30 = sono muito alterado.

QUESTIONARIO ESCANDINAVO BÁSICO DE SONO

Basic Nordic Sleep Questionnaire (BNSQ) (Patinen e Gislason, 1995) – versão traduzida por A. Pedroso e F. Alóe

Instrução: Responda às questões considerando os últimos três meses.

1. Você tem tido dificuldade para adormecer nos últimos três meses?

- 1) nunca ou menos de uma vez por mês
- 2) menos de uma vez por semana
- 3) em 1 a 2 dias por semana
- 4) em 3 a 5 dias por semana
- 5) diariamente ou quase diariamente

2. Quanto tempo (quantos minutos em média) você geralmente demora para pegar no sono depôs de apagar as luzes?

- a) Em dias de semana, demoro aproximadamente _____ minutos.
- b) Em fins de semana/feriado, demoro aproximadamente _____ minutos.

3. Com que freqüência você tem acordado à noite nos últimos três meses?

- 1) nunca ou menos de uma vez por mês
- 2) menos de uma vez por semana
- 3) em 1 a 2 dias por semana
- 4) em 3 a 5 dias por semana
- 5) toda noite ou quase toda noite

4. Se você acorda à noite, quantas vezes isso geralmente acontece por noite (nos últimos três meses)?

- 1) geralmente eu não acordo à noite
- 2) 1 vez por noite
- 3) 2 vezes por noite
- 4) 3 a 4 vezes por noite
- 5) toda noite ou quase toda noite

5. Com que frequência você tem acordado muito cedo pela manhã sem conseguir adormecer novamente (nos últimos três meses)?

- 1) nunca ou menos de uma vez por mês
- 2) menos de uma vez por semana
- 3) em 1 a 2 dias por semana
- 4) em 3 a 5 dias por semana
- 5) diariamente ou quase diariamente

6. Como você tem dormido nos últimos três meses?

- 1) bem
- 2) moderadamente bem
- 3) nem bem, nem mal
- 4) moderadamente mal
- 5) mal

7. Você tem usado remédios ou bebidas alcoólicas para dormir nos últimos três meses?

- 1) Nunca ou menos de uma vez por me
- 2) menos de uma vez por semana
- 3) em 1 a 2 dias por semana
- 4) em 3 a 5 dias por semana
- 5) diariamente ou quase diariamente

Qual(is) remédios(s): _____.

8. Você se sente muito sonolento pela manhã depois de acordar?

- 1) nunca ou menos de uma vez por mês
- 2) menos de uma vez por semana
- 3) em 1 a 2 dias por semana
- 4) em 3 a 5 dias por semana
- 5) diariamente ou quase diariamente

9. Você se sente muito sonolento durante o dia?

- 1) nunca ou menos de uma vez por mês
- 2) menos de uma vez por semana
- 3) em 1 a 2 dias por semana
- 4) em 3 a 5 dias por semana
- 5) diariamente ou quase diariamente

10. Você tem sentido uma vontade irresistível de dormir durante seu trabalho (nos últimos três meses)?

- 1) nunca ou menos de uma vez por mês
- 2) menos de uma vez por semana
- 3) em 1 a 2 dias por semana
- 4) em 3 a 5 dias por semana
- 5) diariamente ou quase diariamente

11. Você tem sentido uma vontade irresistível de dormir durante seu tempo livre (momentos de lazer) nos últimos três meses?

- 1) nunca ou menos de uma vez por mês
- 2) menos de uma vez por semana
- 3) em 1 a 2 dias por semana
- 4) em 3 a 5 dias por semana
- 5) diariamente ou quase diariamente

12. Quantas horas você geralmente dorme por noite?

Eu durmo aproximadamente _____ horas por noite.

13. A que horas você geralmente vai para cama (para dormir)?

- a) Em dias de semana: às _____
- b) Em dias livres: às _____

14. A que horas você geralmente acorda?

- a) Em dias de semana: às _____
- b) Em dias livres: às _____

15a. Com que frequência você cochila durante o dia?

- 1) nunca ou menos de uma vez por mês.
- 2) menos de uma vez por semana
- 3) em 1 a 2 dias por semana
- 4) em 3 a 5 dias por semana
- 5) diariamente ou quase diariamente

15b. Se você cochila, quanto tempo dura seu cochilo?

Meus cochilos, em geral, duram aproximadamente _____ h _____ min.

16. Você ronca enquanto dorme? (Pergunte a outras pessoas se você não tem certeza.)

- 1) nunca ou menos de uma vez por mês.
- 2) menos de uma vez por semana
- 3) em 1 a 2 dias por semana
- 4) em 3 a 5 dias por semana
- 5) toda noite ou quase toda noite

17. Como você ronca? (Pergunte a outras pessoas como você ronca.)

- 1) eu não ronco
- 2) o som do meu ronco é regular e soa como voz em tom baixo
- 3) o som é regular, mas é bem alto
- 4) o som é regular, mas é muito alto (outras pessoas podem ouvir meu ronco em outro quarto próximo.)
- 5) ronco muito alto e com interrupções, isto é, ocorrem pausas silenciosas quando não há ruído de ronco e, de tempos em tempos, se ouve um ronco profundo e alto

18. Você tem paradas da respiração enquanto dorme (apnéia do sono)? (Outras pessoas já lhe disseram que você pára de respirar enquanto dorme?)

- 1) nunca ou menos de uma vez no mês
- 2) menos de uma vez por semana
- 3) em 1 a 2 dias por semana
- 4) em 3 a 5 dias por semana
- 5) toda noite ou quase toda noite

19. Se você ronca pelo menos 1 ou 2 vezes por semana, por quantos anos você tem roncado? (pergunte a outras pessoas se você não tem certeza)

Eu tenho roncado por aproximadamente _____ anos. Eu tinha _____ anos quando comecei a roncar.

20. Quantas horas de sono você precisa dormir por noite (quantas horas você dormiria se pudesse dormir o tanto quanto você precisa?)

Eu preciso _____ horas e _____ minutos de sono por noite.

21. Se você tem problemas com seu sono, que tipo de problemas você tem? (descreva com suas próprias palavras)

Nota: Pergunta 7 modificada pelos autores do capítulo, com inclusão de “bebidas alcoólicas”.

QUESTIONARIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DE SONO

Gorenstein (1983), baseado no Sleep Evaluation Questionnaire (Parrot e Hindmarch, 1978), na Visual Analogue Mood Scale (Bond e Lader, 1974) e na BoSymptom Scale (Greenwood et al., 1975)

Este questionário deve ser preenchido em 15 a 30 minutos após o despertar matinal.

Responda todas as perguntas. Não esqueça nenhuma.

I. HORÁRIOS

1. Que se deitou: _____ Você ingeriu algum medicamento nas últimas 24 horas?
2. Que horas dormiu? _____ Sim _____ Não _____
3. Que horas acordou? _____ Qual? _____ A que horas? _____
4. Que horas se levantou: _____ E bebidas alcoólicas? Não __ Sim __ A que horas? _____
5. O que o (a) acordou: _____ Para mulheres: em que período do ciclo menstrual
6. despertador: _____ você se encontra? Dia _____
7. Barulho _____
8. Chamado: _____
9. Espontâneo: _____
10. Outros: _____ O quê? _____.

INSTRUÇÕES PARA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS (ESCALA DE AVALIAÇÃO)

Cada pergunta deve ser respondida colocando um traço vertical na linha de resposta. Se nenhuma mudança foi percebida em relação ao seu normal, então coloque o traço no meio da linha. Se você percebeu alguma mudança, então a posição de sua marca indicará o tipo e a intensidade da mudança, isto é, grandes mudanças deverão estar proporcionalmente distantes do centro e pequenas mudanças, próximas ao centro.

II. INSTALAÇÃO DO SONO

Como você compararia a facilidade em adormecer na noite anterior com conseguir adormecer normalmente?

Mais difícil _____ Mais fácil

Mais lento _____ Mais rápido

Senti-me menos sonolento (a) _____ Senti-me mais sonolento (a)

III. QUALIDADE DO SONO

Como você compararia a facilidade à qualidade do sono na noite anterior com o seu normal?

Mais agitado(a) _____ Mais tranqüilo(a)

Menos repousante _____ Mais repousante

Menos sonhos _____ Mais sonhos

Acordou mais vezes Durante a noite _____ Acordou menos vezes durante a noite.

IV. DESPERTAR

1. Você encontrou alguma dificuldade em despertar hoje? Sim ___ Não ___.

2. Como você compararia seu despertar hoje com o seu padrão normal de acordar?

Mais difícil _____ Mais fácil

Levou mais tempo _____ Levou menos tempo

V. ESTADO PSÍQUICO APÓS TER ACORDADO

A. Como você se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais difícil _____ Mais fácil

Mais alerta _____ Mais sonolento(a)

Mais ansioso(a) _____ Mais calmo(a)

Com a mente mais clara _____ Mais confuso(a)

Mais desajeitado _____ Mais bem coordenado(a)

Mais alegre _____ Mais triste

Mais tranqüilo(a) _____ Mais agitado(a)

Com concentração _____ Com maior dificuldade

Mais fácil _____ de concentração

Mais satisfeito(a) _____ Mais insatisfeito(a)

Mais preocupado(a) _____ Mais indiferente

Mais irritado(a) _____ Mais tolerante

Mais excitado(a) _____ Mais relaxado(a)

Mais falante _____ Mais calado(a)

Mais distraído(a) _____ Mais atento(a)

Mais bem disposto(a) _____ Mais disposto(a)

Mais incompetente _____ Mais competente

Mais deprimido(a) _____ Mais eufórico(a)
Mais amistoso(a) _____ Mais hostil
Mais apático(a) _____ Mais motivado(a)
Mais retraído(a) _____ Mais sociável

B. Analisando os itens acima (estado psíquico), você considera que as alterações em relação ao seu normal foram globalmente (grife um):

Muito fortes Fortes Moderados Fracas Muito fracas Ausentes

VI. ESTADO FÍSICO APÓS TER ACORDADO

A. Como se sentiu ao acordar em relação ao seu normal?

Mais cansado (a) _____ Mais descansado(a)
Mais energético (a) _____ Mais fraco(a)
Mais ativo (a) _____ Mais lentificado(a)
Com menos dor de cabeça _____ Com mais dor de cabeça
ou cabeça pesada _____ ou cabeça pesada
Com menos _____ Com mais
tensão muscular _____ tensão muscular
Com mais tontura _____ Com menos tontura
ou mal-estar _____ ou mal-estar
Mais trêmulo(a) _____ Menos trêmulo(a)
Com menos sede _____ Com mais sede
Com mais enjôo _____ Com menos enjôo
ou mal-estar gástrico _____ ou mal-estar gástrico
Com menos salivação _____ Com mais salivação
Suando mais _____ Suando menos
Com visão mais embaçada _____ Com visão mais clara
Com menos vontade _____ Com mais vontade
de evacuar _____ de evacuar
Com menos dificuldade _____ com mais dificuldade
em respirar _____ em respirar

Com mais dificuldade _____ com menos dificuldade
para urinar _____ para urinar
Com menos palpitação _____ Com mais palpitação
ou taquicardia _____ ou taquicardia

B. analisando os itens acima (estado físico), você considera que as alterações em relação ao seu normal foram globalmente (grife um):

Muito forte Fortes Moderadas Fracas Muito fracas Ausentes

TERMO DE CONSENTIMENTO

Este é um convite para você participar voluntariamente de um estudo clínico. Por favor, leia atentamente as informações aqui contidas antes de dar seu consentimento para participar.

- 1- Objetivo dessa pesquisa é estudar pacientes de ambos os sexos atendidos no Ambulatório de Saúde Mental de Adultos que apresentem transtornos de ansiedade, segundo os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV).

- 2- A avaliação clínica será realizada antes, durante e após o estudo bem como a qualquer momento que você ou seu médico acharem necessário para melhor controle de sua saúde.

- 3- Além da avaliação clínica, serão realizados os seguintes exames complementares: Exame de Sangue, de Urina e Eletroencefalograma.

- 4- A avaliação a que você será submetido(a), não contém nenhum procedimento diferente dos que poderiam ser realizados em uma consulta de rotina completa.

- 5- Durante o tempo em que você estiver participando do estudo, esperam-se de você algumas responsabilidades: seguir cuidadosamente as instruções de seu médico para uso da medicação; visitar o médico nos dias marcados para avaliação adequada do tratamento; não permitir que qualquer pessoa utilize a sua medicação.

- 6- O seu problema de ansiedade pode ser tratado com medicamentos, bem como psicoterapia ou uma associação de tratamentos. Portanto, você deve discutir com seu médico qual a melhor alternativa de tratamento para o seu caso.

- 7- A sua participação nesse estudo é voluntária, mesmo que você decida participar, você tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento sem incorrer em nenhuma penalidade. O seu atendimento médico não será prejudicado caso você decida não participar ou caso decida sair do estudo já iniciado. O seu médico pode também decidir interromper a sua participação a qualquer momento se julgar conveniente para sua saúde.

8- Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo assim como a qualquer momento durante o tratamento. O seu médico poderá oferecer todas as informações necessárias relacionadas à sua saúde, aos seus direitos, bem como aos eventuais riscos e benefícios relacionados à sua participação neste estudo.

9- A sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudos serão publicados sem revelar a sua identidade. Os seus registros médicos, entretanto, estarão disponíveis para consulta pela equipe envolvida no estudo, pelo Comitê de Ética e pela Autoridades de Saúde.

CONSENTIMENTO

Eu, _____,
RG _____, abaixo assinado concordo em participar voluntariamente deste estudo clínico. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela equipe médica.

_____, _____ de _____ de _____

Nome do Paciente e/ou Responsável

Assinatura

Endereço e Telefone

Pesquisador

Assinatura

CR _____ : _____