

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
CURSO DE PSICOLOGIA



Núcleo de estudos AC-PC

Aláide Lílian Machado Rios
Maria de Fátima Trindade Peixoto
Vani Lúcia Fontes Senra

TRANSTORNOS DO SONO, QUALIDADE DE VIDA E TRATAMENTO
PSICOLÓGICO

Governador Valadares
2008

ALAÍDE LÍLIAN MACHADO RIOS
MARIA DE FÁTIMA TRINDADE PEIXOTO
VANI LÚCIA FONTES SENRA

**TRANSTORNOS DO SONO, QUALIDADE DE VIDA E TRATAMENTO
PSICOLÓGICO**

Monografia apresentada como requisito parcial a obtenção do grau de bacharel em Psicologia no curso de Psicologia Faculdade de Ciências humanas e Sociais da Universidade Vale do Rio Doce.

Orientador: João Carlos Muniz Martinelli

Governador Valadares
2008.

ALAÍDE LÍLIAN MACHADO RIOS
MARIA DE FÁTIMA TRINDADE PEIXOTO
VANI LÚCIA FONTES SENRA

**TRANSTORNOS DO SONO, QUALIDADE DE VIDA E TRATAMENTO
PSICOLÓGICO**

Monografia apresentada como requisito parcial a
obtenção do grau de bacharel em Psicologia no curso
de Psicologia Faculdade de Ciências humanas e
Sociais da Universidade Vale do Rio Doce.

Governador Valadares, 18 de novembro de 2008.

Banca Examinadora:

Prof. João Carlos Muniz Martinelli - Orientador
Universidade Vale do Rio Doce

Prof. Marco Antônio Amaral Chequer - Convidado
Universidade Vale do Rio Doce

Prof. Mário Gomes Figueiredo - Convidado
Universidade Vale do Rio Doce

Dedicamos esta vitória a todas aquelas pessoas que fazem nosso coração sorrir... Às pessoas que fizeram a diferença em nossas vidas... Para as pessoas que quando olhamos para trás, sentimos muitas saudades... Dedicamos às pessoas que nos acolheram quando nos sentimos sozinhas, as pessoas que admiramos... Que amamos... Que abraçamos... Para as pessoas que encontramos todos os dias e não tivemos a oportunidade de dizer tudo o que sentimos por elas olhando nos olhos... Para nós, o que importa não é o que temos na vida e sim, o que somos, quem temos na vida e a nossa capacidade de agregar valores na vida de outras pessoas, numa troca de experiências. Por isto, guardamos todas vocês, pessoas especiais em nossas lembranças.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo seu amor infinito, sua proteção o meu “Porto Seguro”.

Ao esposo e filhos pelo apoio e compreensão.

Aos mestres pela dedicação.

As amigas: Graça, Jusci e Ivani Ribeiro.

Em especial: Fátima e Vani parceiras assíduas na elaboração deste “TCC”.

Alaíde Lílian M. Rios

Agradeço primeiramente a Deus, pelo seu amor, pela companhia fiel, pelo colo, pelo carinho, e a possibilidade de realizar esse sonho;

À minha família pelo apoio, incentivo, compreensão;

Minha gratidão a todos os professores que compartilharam comigo experiências e saberes, possibilitando-me crescimento intelectual, profissional e pessoal;

E em especial, ao orientador, Prof. João Carlos Muniz Martinelle, pela valiosa contribuição para a realização deste trabalho.

Maria de Fátima T. Peixoto.

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado forças para vencer mais esta etapa de minha vida.

Ao meu esposo e filhos pela compreensão dos momentos de ausência;

Aos meus colegas ,em especial a Audete, Cláudia e Ivone pelo espírito colaborativo;

E com carinho agradeço ao meu supervisor de estágio e orientador deste trabalho, João Carlos Muniz Martinelle pelo apoio e estímulo;

As minhas amigas Alaíde e Fátima pelo carinho e desprendimento na elaboração deste TCC.

Vani Lúcia

Agradecemos aos professores Marco Antônio Chequer e Mário Gomes Figueiredo pela participação como convidados da banca examinadora deste TCC e especialmente ao nosso queridíssimo Mestre e Orientador João Carlos Muniz Martinelle.

Alaíde, Fátima, Vani.

“A noite caiu. O fogo abre um mágico círculo no meio da escuridão que me cerca. Esforço-me por me manter alerta, mas o véu da sonolência descai sobre mim como uma sombra, diluindo os contornos da realidade. O cansaço afoga-me num poço de dormência; as forças abandonam-me e em breve a minha mente deixar-se-à levar pela silenciosa corrente de um rio negro e viscoso, até ao lugar inane do esquecimento.

O meu corpo repousa, vazio de sentidos, e cessam os movimentos voluntários. As partes mais profundas do meu cérebro vigiam as funções vitais e assumem o comando, enquanto vagueio à deriva num mar de pensamentos cada vez mais incertos e desconexos. Procuro agarrar-me às mioclonias, mas são tão esquivas...! Sonhos absurdos, que rapidamente se desvanecem, mostram-me pedaços quebrados do meu dia.

Escuridão total. A imensidão da eternidade condensa-se num átomo de tempo e do nada surgem novamente os sonhos, mais vívidos e claros, porém impregnados de um surrealismo estranhamente monocromático.

De novo a cerração... Podem passar anos ou segundos; estou desligado do mundo enquanto o meu corpo se restabelece”.

Alan Parson's

PEIXOTO, Maria De Fátima Trindade; RIOS, Alaíde Lílian Machado; SENRA, Vani Lúcia Fontes. **Transtornos do sono, qualidade de vida e tratamento psicológico**. Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências humanas e Sociais da Universidade Vale do Rio Doce, 2008.

RESUMO

Este trabalho abordou os transtornos do sono, qualidade de vida e tratamento psicológico. Procurou discutir as causas dos transtornos do sono; identificar os fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes com transtornos do sono, analisar o papel do psicólogo nas ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos pacientes com transtornos do sono; e identificar quais as orientações quanto aos procedimentos que podem contribuir para a eficácia da terapêutica. O problema central investigado foi: Os transtornos do sono interferem na qualidade de vida dos indivíduos? A metodologia de estudo foi a descritiva e qualitativa através de fontes bibliográficas em artigos científicos, revistas, livros e sites especializados. Concluiu-se que o sono é da máxima importância para o equilíbrio físico e psicológico do homem, pois ele é o principal mecanismo homeostático do organismo. é fundamental para a saúde e melhora a qualidade de vida. O tratamento dos transtornos do sono vai depender da causa do problema, e para isso deve ser realizada uma investigação minuciosa sobre sua etiologia, destacando-se que a higiene do sono é amplamente recomendada como uma forma eficaz para sua prevenção e tratamento. O psicólogo deve fazer um diagnóstico diferencial para tratamento eficaz das queixas e transtornos do sono, a fim de permitir a avaliação e o manuseio inteligentes da maioria desses transtornos e indicar a localização de informações ou pareceres sobre problemas clínicos mais complexos. Deve também questionar a qualidade e a satisfação do sono do paciente sempre e, principalmente, estar devidamente informado sobre a existência destes transtornos e as formas de tratamento.

Palavras-chave: transtornos do sono; qualidade de vida; psicólogo; terapia.

ABSTRACT

This study addressed the sleep disorders, quality of life and psychological treatment. Sought to discuss the causes of sleep disorders; identify the factors that interfere with quality of life of patients with sleep disorders, examine the role of psychologists in the actions of promotion, prevention and rehabilitation of the health of patients with sleep disorders, and identify which guidelines on procedures that may contribute to the effectiveness of terapêutica. O central problem was investigated: The sleep disorders interfere with the quality of life of individuals? The methodology of the study was descriptive and qualitative sources via references in scientific papers, magazines, books and specialized sites. It was concluded that sleep is of utmost importance to the physical and psychological balance of man, because he is the main mechanism homeostasis of the body. is essential to health and improving the quality of life. The treatment of sleep disorders will depend on the cause of the problem, and this should be done a thorough research on its etiology, emphasizing that the hygiene of sleep is widely recommended as an effective way for their prevention and treatment. The psychologist must make a differential diagnosis for effective handling of complaints and sleep disorders in order to allow the assessment and intelligent handling of most of these disorders and indicate the location of information or advice on clinical problems more complexos. Deve also questioned the quality and satisfaction of the patient's sleep and always, above all, be duly informed of the existence of these disorders and forms of treatment.

Key-words: sleep disorders; quality of life, psychologist; therapy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
OBJETIVOS	10
METODOLOGIA	11
CAPÍTULO I	12
1 O SONO.....	12
1.1 DESCRIÇÃO FISIOLÓGICA E COMPORTAMENTAL.....	12
1.2 ESTÁGIOS DO SONO.....	14
1.3 EFEITOS DA PRIVAÇÃO DO SONO.....	16
CAPÍTULO II	20
2 O TRANSTORNO DO SONO	20
2.1 PRINCIPAIS TRANSTORNOS DO SONO.....	23
2.1.1 Dissonias	23
2.1.1.1 <i>Insônia</i>	23
2.1.1.2 <i>Síndrome narcoléptica</i>	24
2.1.1.3 <i>Transtornos do sono relacionados com a respiração: síndrome de apnéia do sono (SAS)</i>	25
2.1.1.4 <i>Transtornos do ritmo circadiano</i>	27
2.1.1.5 <i>Dissonia sem outra especificação</i>	27
2.1.2 Parassonias	28
2.1.2.1 <i>Terrores noturnos</i>	29
2.1.2.2 <i>Pesadelos</i>	29
2.1.2.3 <i>Sonambulismo</i>	30
2.1.2.4 <i>Transtornos do movimento rítmico durante o sono</i>	30
2.1.2.5 <i>Sonilóquio</i>	31
2.1.2.6 <i>Bruxismo noturno</i>	32
2.1.2.7 <i>Enurese noturna</i>	33
CAPÍTULO III	34
3 AS CONSEQÜÊNCIAS DO TRANSTORNO DO SONO PARA A QUALIDADE DE VIDA	34
CAPÍTULO IV	40
4 CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM TRANSTORNO DO SONO	40
5 CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	47

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como tema os transtornos do sono, a qualidade de vida e o tratamento psicológico. Para tanto, procura discutir as causas dos transtornos do sono; identificar os fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes com transtornos do sono, analisar o papel do psicólogo nas ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos pacientes com transtornos do sono; e identificar quais as orientações quanto aos procedimentos que podem contribuir para a eficácia da terapêutica.

O problema central a ser investigado nesta pesquisa é: Os transtornos do sono interferem na qualidade de vida dos indivíduos?

A metodologia de estudo utilizada será descritiva e qualitativa através de fontes bibliográficas em artigos científicos, revistas, livros e sites especializados.

Eleger esse tema para a realização de um estudo, relacionando os transtornos do sono e a qualidade de vida, ocorreu ao perceber que tal distúrbio pode interferir no bem estar das pessoas e como profissional da área de saúde, o psicólogo também persegue a melhoria das condições de vida.

Para melhor entendimento do assunto, o texto está dividido da seguinte forma: O capítulo I aborda sobre o sono, a descrição fisiológica e comportamental, estágios e os efeitos de sua privação.

O capítulo II destaca os principais transtornos do sono: dissonias e parassonias.

O terceiro capítulo expõe sobre as conseqüências do transtorno do sono para a qualidade de vida.

O quarto aborda a contribuição do psicólogo no tratamento de pacientes com transtorno do sono.

E finalmente, o último apresenta as conclusões.

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Conhecer quais as conseqüências dos transtornos de sono na qualidade de vida e, a contribuição do psicólogo no tratamento desses pacientes.

Objetivos específicos

- Discutir as causas dos transtornos do sono;
- Identificar os fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes com transtornos do sono;
- Analisar o papel do psicólogo nas ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos pacientes com transtornos do sono.

METODOLOGIA

Para a realização dessa pesquisa a metodologia de estudo utilizada será descritiva e qualitativa através de fontes bibliográficas em teóricos específicos disponíveis na Biblioteca da Univale, artigos científicos, revistas e *sites* especializados, a fim de conhecer quais as conseqüências dos transtornos do sono na qualidade de vida e, a contribuição do psicólogo no tratamento desses pacientes, utilizando-se das seguintes palavras-chave: transtornos do sono; qualidade de vida; psicólogo; terapia.

CAPÍTULO I

1 O SONO

1.1 DESCRIÇÃO FISIOLÓGICA E COMPORTAMENTAL

O sono parece sempre ter despertado o interesse das pessoas, e se diz que seu conhecimento emanava inicialmente de estudos observacionais. Explicações para o sono já podiam ser observadas na cultura grega, em Hipócrates, que considerava como uma transferência do sangue e do calor para o interior do corpo e Aristóteles já dizia que o alimento ingerido era a causa imediata do sono (SOUZA & GUIMARÃES, 1999).

A Filosofia também trouxe muitas contribuições ao estudo do sono, assim como de seus distúrbios.

Aristóteles apresentou interesse fisiológico no estudo do sono: “No sono, a sensopercepção perde sua força. O sono não é a perda de consciência, mas sim um descanso necessário para recompor a sensopercepção, haja vista que um indivíduo pode dar-se ao prazer de locomover-se sempre e continuamente” (ARISTÓTELES apud SOUZA E GUIMARÃES, 1999, p. 38).

No antigo e no novo testamento também encontram-se passagens a respeito do sono.

Elemento necessário e misterioso da vida humana, o sono é repouso que regenera o homem, e também mergulho na noite tenebrosa. Fonte de vida e figura de morte, apresenta numerosos significados metafóricos. Sinal de confiança e de abandono (Sl 3,6), tempo de visita de Deus (Gn 2,21; 28, 11-19), é também o tempo dos alarmes e dos perigos noturnos. O simbolismo da vigília e do sono evoca ainda a vida do cristão e a sua esperança na ressurreição (SOUZA E GUIMARÃES, 1999, p. 38-39).

Ainda no antigo testamento, há um outro sentido de sono que se expressa, no salmo 127. “Quando ele cumula de sono seus amados”. Neste texto, o sono é tido como uma bênção de Deus, àqueles que seriam bons, um prêmio. Em contraposição a este, há a citação de Jó (7,4) sobre a insônia como castigo de Deus (SOUZA E GUIMARÃES, 1999).

Souza e Guimarães (1999) entendem que no antigo testamento, o sono e os sonhos são tidos para a salvação ou, num contexto simbólico, identificados ou relacionados com a morte, e o despertar com à ressurreição.

De acordo com Bianchi et al. (2004) a concepção antiga dos estados de consciência que mais se aproxima da atual foi desenvolvida pelos hindus no século XI a.C, na qual a consciência era dividida em três estados: vigília, sono silencioso e sonhos. Para eles, durante a vigília, a mente estava em contato com o mundo exterior pelos órgãos dos sentidos. No sono, o contato era rompido e a mente, o Eu interior, vagaria entre períodos de sono silencioso e de sonhos. No sonho silencioso, a mente acharia a paz e repouso e, até muito recentemente, ele foi tratado como um estado passivo, intermediário entre a vigília e a morte¹. Durante os sonhos, o Eu interior criaria um corpo e um mundo feitos de sonhos.

O sono é um fenômeno ativo, um estado funcional, reversível e cíclico, com comportamentos característicos, como uma imobilidade relativa e o aumento do limiar de respostas aos estímulos externos. Produz variações biológicas e mentais (REIMÃO, 1996).

Para Caballo, Navarro & Sierra (2002) o sono é um estado regular, recorrente e facilmente reversível do organismo, caracterizado por uma relativa quietude e grande elevação no limiar de resposta a estímulos externos, em comparação com o estado de vigília. O atento monitoramento do sono é uma importante parte da prática clínica, já que sua perturbação é, freqüentemente, um sintoma precoce de doença mental iminente. Recentes avanços nas pesquisas sobre o sono demonstraram que alguns transtornos mentais estão associados com alterações características na fisiologia do sono.

Segundo Reimão (1996), o sono é uma função biológica fundamental na consolidação da memória, na visão binocular, na termorregulação, na conservação e restauração da energia, e restauração do metabolismo energético cerebral.

O sono é um comportamento. Exceto pelos seus movimentos rápidos dos olhos que acompanham um de seus estágios específicos, não é caracterizado por movimentação e sim pela urgência da necessidade de dormir. Não parece estar relacionado com o exercício físico; assim, talvez o seu papel mais importante não seja, provavelmente, o descanso e a recuperação física do corpo, ele realmente parece ser necessário para manter o funcionamento normal do cérebro (KAPCZINSKI, QUEVEDO e IZQUIERDO, 2004, p. 398).

Em Morch e Toni (2005), o sono é descrito como uma necessidade física primordial para uma boa saúde e uma vida saudável, na qual há uma restauração física que protege o ser do desgaste natural das horas acordadas. Ele é ainda abordado como de extrema importância na vida dos indivíduos, pois é durante o sono que as ondas cerebrais se alteram permitindo o relaxamento do corpo. É durante esse período que os músculos entram em um estado de

¹ A vigília significava o estado ativo de todas as funções animais e intelectuais e, morte significava a sua total supressão.

profundo relaxamento, cai a temperatura corporal, os glóbulos oculares se movimentam, muda o ritmo respiratório, mudam as taxas hormonais e a frequência dos batimentos cardíacos.

1.2 ESTÁGIOS DO SONO

Segundo Geib et al. (2003) à medida que o indivíduo cai no sono, verifica-se que suas ondas cerebrais passam por certas alterações características. O eletroencefalograma (EEG) de vigília caracteriza-se por ondas alfa de 8 a 12 ciclos por segundo e uma atividade de baixa voltagem de frequência mista. Quando o indivíduo adormece, a atividade alfa começa a desaparecer. O estágio 1, considerado o estágio de sono mais leve, é caracterizado por atividade regular de baixa voltagem, de 3 a 7 ciclos por segundo. Após alguns segundos ou minutos, este estágio dá lugar ao estágio 2, um padrão que mostra traçados fusiformes de 12 a 14 ciclos por segundo (fusos de sono) e ondas baixas, trifásicas, conhecidas por complexos K. Logo depois, as ondas delta – atividade de alta voltagem de 0,5 a 2,5 ciclos por segundo – aparecem e ocupam menos de 50% do traçado (estágio 3). Finalmente, no estágio 4, em que as ondas delta ocupam mais de 50% do registro. É uma prática comum descrever os estágios 3 e 4 do sono como sono delta ou sono de ondas lentas, por causa de sua aparência característica no registro do EEG.

Dois fatores são descritos como aqueles que controlam a necessidade fisiológica de sono: a arquitetura intrínseca e o ritmo circadiano de sono e vigília (GEIB et al., 2003).

a) Arquitetura do sono

Para um estado ótimo de vigília, o adulto requer uma média de 7- 8 horas de sono em um período de 24 horas, com despertares noturnos que representam até 5% do tempo total na cama. Os ciclos de sono nessa faixa etária caracterizam-se por apresentar um padrão no qual o indivíduo passa 30% sonhando, 20% em sono profundo e 50% em sono leve (GEIB et al., 2003).

Os ciclos de sono são observados em traçados eletroencefalográficos, cujas características elétricas, comportamentais e funcionais permitem classificar o sono em duas fases: 1) NREM: caracterizado por sono de ondas lentas ou sincronizadas. É a fase em que se dá o início do sono e se observa seu aprofundamento gradativo à medida que as ondas cerebrais se tornam progressivamente mais lentas. O sono NREM é dividido em quatro estágios, numerados de I a IV. O sono, no adulto, inicia no estágio I (5 % do tempo total do período de sono), seguido do II (45%), III e IV (25%). Os estágios III e IV são também denominados como sono de ondas lentas contínuas. À medida que os estágios se sucedem, o

indivíduo torna-se cada vez menos reativo aos estímulos sensoriais. O sono NREM é considerado restaurador das funções orgânicas, por estar associado à restituição da estrutura protéica neuronal e ao aumento da secreção do hormônio de crescimento; 2) Sono REM, ou sono ativo: ocorre a intervalos regulares de aproximadamente 90 minutos, após ciclo completo de sono NREM e está associado à ocorrência de sonhos. Ocupa de uma a duas horas do total de sono no adulto, o que corresponde a 20 a 25% do tempo de sono (GEIB et al., 2003).

A arquitetura de uma noite de sono é constituída por ciclos com duração média de 70 a 100 minutos, que se repetem de 4 a 5 vezes. Um ciclo típico é constituído dos estágios I, II, III e IV do sono NREM, seguidos por um período de sono REM (GEIB et al., 2003).

Na primeira metade da noite, o sono é mais profundo, havendo predomínio da fase NREM, enquanto na segunda metade da noite ocorre predomínio das fases mais superficiais (I e II) do sono NREM e de sono REM. A duração do tempo de sono varia conforme a idade, diminuindo progressivamente de 19 -20 horas no recém-nascido para 10 horas até os 10 anos de idade, 8 horas no adolescente, 7,5 horas no adulto e 6 horas a partir dos 60 anos de idade. O inverso ocorre com os despertares noturnos: de 1 despertar na faixa de 5 aos 10 anos, passa para 2 entre 20 e 30 anos, 4 entre 40 e 50 anos, chegando a 8 entre os 70 e 80 anos (CÂMARA & CÂMARA, 2002).

b) Ritmo circadiano de sono e vigília

O ciclo circadiano é o ritmo de distribuição de atividades biológicas cíclicas de aproximadamente 24 horas, como ocorre com o ciclo sono-vigília. Esse ritmo é controlado pelo sistema nervoso central e sofre a influência de fatores ambientais (luz, temperatura) e sociais (higiene do sono) (GEIB et al., 2003).

Embora os mecanismos cerebrais implicados no sono sejam complexos e parcialmente entendidos, os estudos cronobiológicos descrevem dois sistemas neuroanatômicos que se inter-relacionam sincronicamente na manutenção do ciclo sono-vigília: o Sistema Indutor do Sono e o Sistema Indutor da Vigília. O primeiro mantém os estados de alerta e a capacidade de concentração; o segundo é considerado responsável pelos diferentes estágios do sono. Os mecanismos neurofisiológicos que induzem os estados de vigília encontram-se no Sistema Reticular Ativador Ascendente (SRAA), formado por neurônios noradrenérgicos, catecolaminérgicos, serotonérgicos, glutamatérgicos e gabaérgicos, entre outros, particularmente ativos durante o estado de vigília. O SRAA conecta-se com todo o diencéfalo e ativa o córtex cerebral. Esses mecanismos funcionam de acordo com o ritmo circadiano. Assim, quando aumenta a temperatura corporal, aumenta a atividade metabólica, com maior

produção de catecolaminas, substâncias indutoras da vigília; quando a temperatura cai, a liberação de catecolaminas diminui. Por outro lado, no Sistema Indutor do Sono, os neurônios promotores do sono tornam-se ativos, diminuindo a atividade cortical através da inibição dos neurônios do SRAA. O sono pode também ser facilitado pela diminuição de estímulos sensoriais como ruídos e claridade (BIANCHIN et al., 2004).

O ciclo claro-escuro é o mais importante fator ambiental sincronizador dos ritmos biológicos. A luz muda a fase do relógio circadiano por uma cascata de eventos no interior das células do núcleo supraquiasmático (NSQ), incluindo a ativação do gene *mPer1*. A informação da claridade/escurecimento é transmitida, via trato retino-hipotalâmico, da retina (único receptor da informação) para o núcleo supraquiasmático (NSQ) e deste para a glândula pineal, que regula a secreção de melatonina (GEIB et al., 2003).

A melatonina exerce um efeito de sincronização no marcador circadiano, sendo fortemente suprimida na presença de luz, aumentando até um determinado platô durante o sono e diminuindo novamente com o despertar (GEIB et al., 2003).

1.3 EFEITOS DA PRIVAÇÃO DO SONO

De acordo com Kapczinski, Quevedo e Izquierdo (2004) quando o indivíduo é forçado a perder uma noite de sono, este fica muito sonolento. O fato de dormir ser tão motivador sugere que o sono é uma necessidade vital. O autor aponta que estudos sobre a privação do sono realizados em humanos têm obtido evidências convincentes de que ele é necessário para manter o funcionamento normal do corpo.

Ainda segundo os mesmos autores, quando o indivíduo é privado do sono, mesmo que durma mais tempo em uma ou duas noites, nunca recuperará o sono que foi perdido, e prejudicará a sua capacidade cognitiva. O cérebro necessita do sono para poder funcionar no seu máximo de eficiência.

Estudos realizados com pessoas com privação de sono, ou em decorrência de distúrbios do sono, demonstram comprometimento na memória, atenção e outras atividades cognitivas (MORCH & TONI, 2005).

Segundo Galli et al. (2003) estudos de privação ou restrição do sono em humanos demonstraram importantes alterações metabólicas como hiperglicemia e quadros de resistência à insulina. Apontam que a privação de sono resulta na perda de peso associada à hiperfagia. Dados subseqüentes sugerem que há um grande aumento no gasto energético. Possivelmente, estas alterações são influenciadas pelo significativo desbalanço hormonal que

também ocorre sob esta condição. Sendo o fígado um órgão importante para o metabolismo energético, hormonal e detoxificação, é possível que as alterações metabólicas observadas nos estudos de privação de sono envolvam o metabolismo hepático. Além disso, o estudo dos efeitos da falta de sono sobre o fígado ganham importância clínica, visto que é frequente a associação do álcool e outras drogas com a privação de sono, o que poderia tornar os usuários dessas substâncias mais vulneráveis aos seus efeitos tóxicos.

De acordo com Kaplan, Sadock & Grebb (1997), períodos prolongados de privação do sono por vezes levam a uma desorganização do ego, delírios e alucinações. A privação do sono REM e seus efeitos podem ser observados quando, acordando um indivíduo cada vez que se iniciem os ciclos REM, há um aumento no número de períodos REM e da quantidade de sono REM (aumento de rebote), quando se permite que este durma sem interrupção. Pacientes privados do sono REM tendem a ficar mais irritadiços e letárgicos.

De acordo com Pereira Jr & Pessoa (2005) o sono, sobretudo na fase REM, é um momento de vulnerabilidade para a respiração, pois há diminuição da frequência respiratória e da capacidade residual funcional pulmonar, além do decréscimo do impulso ventilatório central. A respiração torna-se errática, com variações na frequência e no volume corrente respiratório, bem como são frequentes apnéias centrais.

A maioria das pessoas que dorme mal hoje é por origem externa. Não só pela falta de ritmo próprio na vida, como no caso dos trabalhadores noturnos, mas também pela quebra do ritmo biológico dos trabalhadores diurnos, devido às perturbações sociais, cada vez maiores nas cidades (MARTINEZ, LENZ, & MENNA-BARRETO, 2008).

O homo sapiens é considerado por Martinez, Lenz, & Menna-Barreto (2008) como uma espécie diurna, adaptada para exercer suas atividades na fase clara do ciclo claro/escuro e repousar na fase escura. O desenvolvimento do sistema visual e dependência da informação luminosa caracterizam o homem como espécie diurna. O período principal de sono situa-se, portanto, na fase escura, mas podem ocorrer outros momentos de repouso ao longo do dia. O sistema que controla os comportamentos relacionados ao sono é complexo e conta com diversos elementos, sendo comparado a uma orquestra. O centro que rege o concerto da cronobiologia dos mamíferos é o núcleo supraquiasmático (NSQ) no hipotálamo. Localizado junto ao nervo óptico, essa área do hipotálamo recebe conexões da retina que informam o sistema sobre a existência de luz. A melatonina é secretada pela glândula pineal, obedecendo a estímulo do NSQ na ausência de luz, traduzindo a informação fótica em estímulo químico a todas as células. A exposição à luz interage com o NSQ e pode alterar os ciclos do relógio.

Luz intensa no final da tarde atrasa o relógio. Luz intensa no início da manhã adianta o relógio (MARTINEZ, LENZ, & MENNA-BARRETO, 2008).

Apesar da relativa flexibilidade quanto ao uso de variados horários para dormir e acordar, o ser humano tende a manter os períodos de sono-vigília com durações em torno de 24 h por ciclo. Desvios dessa regularidade ocorrem, usualmente, nos finais de semana, férias e mudanças de fuso horário (MARTINEZ, LENZ, & MENNA-BARRETO, 2008).

A redução do tempo de dormir tornou-se um hábito comum na atualidade, guiado pelas exigências e oportunidades da sociedade moderna. Ao longo de 40 anos, a duração auto-reportada do sono diminuiu de 1,5 a 2 horas nos Estados Unidos. A proporção de jovens adultos com um período de sono inferior a sete horas por noite aumentou de 15,6% em 1960 para 37,1%, em 2001-2002 (CRISPIM et al., 2007).

De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb (1997), alguns indivíduos normalmente dormem pouco, necessitando de menos do que seis horas de sono por noite, e funcionam adequadamente. Aqueles que dormem muito precisam de mais de nove horas a cada noite, para funcionarem bem. Quem tem sono prolongado tem mais períodos de sono REM e mais movimentos oculares rápidos em cada período (densidade REM) do que os indivíduos de sono curto. Estes movimentos são, por vezes, considerados uma medida da intensidade do sono REM, estando ainda relacionados com a vivacidade dos sonhos. Os indivíduos de sono curto geralmente são eficientes, ambiciosos, socialmente aptos e contentes; os de sono prolongado tendem a ser levemente deprimidos, ansiosos e socialmente retraídos. Um aumento das necessidades de sono ocorre com trabalho físico, exercício, doença, gravidez, estresse mental generalizado ou aumento da atividade mental. Os períodos REM aumentam após fortes estímulos psicológicos e após o uso de produtos químicos ou drogas que diminuam as catecolaminas cerebrais.

Para Müller & Guimarães (2007), o sono normal varia ao longo do desenvolvimento humano quanto à duração, distribuição de estágios e ritmo circadiano. As variações na quantidade de sono são maiores durante a infância, decrescendo de 16 horas por dia, em média, nos primeiros dias de vida, para 14 horas ao final do primeiro mês e 12 horas no sexto mês de vida. Depois dessa idade o tempo de sono da criança diminui 30 minutos ao ano até os cinco anos. Na vida adulta decresce a quantidade e varia o ciclo do sono, fato observado quando relacionado com a idade e fatores externos. Com o avanço da idade, ocorreriam perdas na duração, manutenção e qualidade do sono. A dor, o uso de medicações e diferentes condições clínicas são exemplos de fatores que são descritos como podendo afetar a

quantidade e a qualidade do sono, especialmente entre idosos, que são mais propensos a essas condições.

Xavier et al. (2001) descreve que o sono de idosos difere do de adultos jovens, principalmente por uma tendência a um maior número de interrupções e uma discreta diminuição da profundidade do sono.

As pessoas apresentam necessidades diferentes em relação ao sono. Embora seja adequado dormir entre 7 e 8 horas por noite, para a maioria das pessoas, existem aquelas que precisam entre 4 e 10 horas. Assim, o sono satisfatório não é medido em horas absolutas, e sim em relação ao quanto o sono foi reparador para o indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

As teorias explicativas acerca da função do sono (evolutivas, adaptativas e protetoras) consideram que o sono tem uma função restauradora física e psicológica: o sono NREM contribui na restauração da energia física e o REM da intelectual ou cognitiva (CABALLO, NAVARRO & SIERRA, 2002).

CAPÍTULO II

2 O TRANSTORNO DO SONO (TS)

Problemas nas diversas etapas do sono poderão expressar conseqüências tanto no sono quanto na vigília. Dependendo da estrutura e do mecanismo envolvidos na inadequação do padrão sono-vigília, diferentes transtornos surgem, sendo assim, os problemas do sono tem origem em causas, sintomas e conseqüências diversas. Os transtornos do sono (TS) podem ocorrer em qualquer época da vida humana e certas condições especiais mantêm relação com determinados períodos etários. Cada grupo etário apresenta entidades clínicas específicas, as quais se relacionam com o grau de maturidade biológica, com a idade e com o sexo. Atualmente, a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono reconhece 88 diferentes distúrbios do sono, e cada um deles é descrito com critérios diagnósticos específicos (BEZERRA et al., 2003).

Prevê-se que os diversos distúrbios do sono afetam até um terço da população adulta em todo o mundo. A prevalência dos distúrbios do sono na população adulta é estimada em 15% a 27%, com cerca de 70 milhões de pessoas sofrendo algum tipo de distúrbio de sono só nos Estados Unidos. No Brasil, estima-se cerca de dez a vinte milhões de pessoas apresentando problemas intermitentes relacionados ao sono, além desses, dois milhões de adultos sofrem de alguma forma grave de alguma doença específica do sono, tal como a apnéia, narcolepsia ou insônia (MARTINEZ, 1999).

Os distúrbios de maior prevalência na população geral são a insônia e a síndrome da apnéia obstrutiva do sono (MÜLLER e GUIMARÃES, 2007).

Os numerosos distúrbios do sono são definidos na literatura por diferentes sistemas classificatórios, que são independentes e utilizam diferentes critérios de inclusão, causando dificuldades para estudos epidemiológicos, de diagnóstico e de interpretação de resultados.

A Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ICSD) (AMERICAN SLEEP DISORDERS ASSOCIATION, 1997), apresenta uma taxonomia detalhada e a mais utilizada

pelos profissionais da área da medicina do sono para a definição diagnóstica. Segundo Caballo, Navarro & Sierra (2002), este sistema de classificação agrupa os transtornos do sono em quatro categorias: 1. *Dissonias*, que incluem os transtornos intrínsecos do sono, os transtornos extrínsecos do sono e os transtornos relacionados com o ritmo circadiano; 2. *Parassonias*, incluindo transtornos do despertar, transtornos da transição vigília/sono, relacionadas com o sono REM e outras parassonias; 3. *Transtornos do sono relacionados com doenças orgânicas ou psiquiátricas*, e 4. *Outros transtornos do sono*.

A Classificação Internacional de Doenças - CID10 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997) é utilizada por médicos em geral e agrupa os transtornos em: (a) distúrbios do início e da manutenção do sono; (b) distúrbios do sono por sonolência excessiva ou hipersonia; (c) distúrbios do ciclo vigília-sono; (d) apnéia de sono, (e) narcolepsia e cataplexia; (f) outros distúrbios do sono e (g) distúrbios do sono não especificados.

Já, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1994), segue, a grandes traços, a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono, sendo considerada como eixo diretor para a exposição dos diferentes transtornos do sono (Quadro 01).

Quadro 01: Classificação dos transtornos do sono segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1994).

1. TRANSTORNOS PRIMÁRIOS DO SONO		
1.1 Dissonias	A. Insônia primária	
	B. Hipersonia primária	
	C. Narcolepsia	
	D. Transtorno do sono relacionado com a respiração	
	E. Transtorno do ritmo circadiano	1. Tipo da fase de sono atrasada 2. Tipo mudança de fuso horário (<i>jet-lag</i>) 3. Tipo mudança de turno de trabalho 4. Tipo não especificado
	F. Dissonia não especificada (incluindo):	1. insônia ou hipersonia por fatores ambientais 2. Sonolência excessiva por sono insuficiente 3. Síndrome idiopática das pernas inquietas 4. Mioclônus noturno
1.2 Parassonias	A. Pesadelos	
	B. Terrores noturnos	
	C. Sonambulismo	
	D. Parassonia não especificada	1. Transtorno de comportamento associado ao sono REM 2. Paralisia do sono (hipnagógica ou hipnopômica) 3. Outras parassonias sem causa determinada.
2 TRANSTORNO DO SONO RELACIONADOS COM OUTRO TRANSTORNO MENTAL		
2.1 Insônia relacionada com outro transtorno mental		
2.2 Hipersonia relacionada com outro transtorno mental		
3 OUTROS TRANSTORNOS DO SONO		
3.1 Transtorno do sono produzido por uma doença médica	A. Tipo insônia B. Tipo hipersonia C. Tipo Parassonia D. Tipo Misto	
	A. Tipo insônia B. Tipo hipersonia C. Tipo Parassonia D. Tipo Misto	
3.2 Transtorno do sono provocado por consumo de substâncias psicoativas	A. Tipo insônia B. Tipo hipersonia C. Tipo Parassonia D. Tipo Misto	
	A. Tipo insônia B. Tipo hipersonia C. Tipo Parassonia D. Tipo Misto	

Fonte: Caballo, Navarro & Sierra (2002, p. 243).

2.1 PRINCIPAIS TRANSTORNOS DO SONO

2.1.1 Dissonias

Segundo Caballo, Navarro & Sierra (2002) as dissonias são transtornos que produzem dificuldades para iniciar ou manter o sono, ou sonolência excessiva e, constituem os transtornos do sono mais importantes associados com o sono noturno perturbado ou com a vigília transtornada.

2.1.1.1 Insônia

Dentro das dissonias se encontra a insônia primária, cujas características fundamentais são a dificuldade para iniciar ou manter o sono e a sensação de não ter tido um sono reparador durante período não inferior a 1 mês. O transtorno do sono pode dar lugar a um mal-estar clinicamente significativo ou a uma deterioração social no trabalho ou em outras áreas importantes de atividade do paciente (MONTI, 2000).

Paralelamente, caracteriza-se como o sono inadequado e/ou não-restaurador, com conseqüências diurnas, incluindo irritabilidade, fadiga, déficit de concentração e de memória. Em relação à temporalidade, tem sido preconizada que a persistência da insônia por mais de seis meses indica sua comorbidade a transtornos clínicos e psiquiátricos, sendo a forma mais freqüente a insônia comórbida à depressão (CHELLAPPA e ARAÚJO, 2007).

De acordo com Monti (2000), a insônia primária se associa habitualmente a um aumento do nível de alerta fisiológico e psicológico durante a noite, junto a um condicionamento negativo para dormir. A preocupação intensa e o mal-estar relacionados com a impossibilidade de dormir dão lugar a um círculo vicioso, pois quanto mais o paciente tenta dormir, mais frustrado e incomodado se sente, o que acaba dificultando ainda mais o sono. Com freqüência os pacientes dizem dormir melhor fora do seu quarto e do seu ambiente. A insônia crônica pode acarretar uma diminuição da sensação de bem-estar durante o dia, caracterizada pela alteração do estado de ânimo e da motivação, diminuição da atenção, da energia e da concentração e aumento da sensação de fadiga e mal-estar.

Caballo, Navarro & Sierra (2002) esclarecem que a insônia produz uma diminuição na quantidade, qualidade ou eficácia do sono e, conseqüentemente reduz o rendimento do sujeito, mudanças de humor, irritabilidade e uma diminuição da atividade durante o dia, que definitivamente se traduz em uma diminuição da qualidade de vida da pessoa.

Os fatores que desencadeiam a insônia podem ser diferentes daqueles que mantêm o processo. Na maioria dos casos, o início é repentino, coincidindo com uma situação de estresse psicológico (tristeza, afastamento de um familiar), social (perda do emprego, dificuldade econômica) ou médico (iminência de uma intervenção cirúrgica). A insônia persiste geralmente muito tempo depois do desaparecimento da causa original, devido à presença de um nível elevado de alerta e de um condicionamento negativo (MONTI, 2000).

Caballo, Navarro & Sierra (2002) enfatizam que as alterações psicológicas associadas a insônia são: estresse, ansiedade, transtorno do estado de ânimo (depressão, distímia), transtornos de personalidade, transtornos psicóticos, especialmente esquizofrenia, assim como expectativas inadequadas sobre o sono que podem tornar-se profecias auto-realizadoras. Do mesmo modo, qualquer doença somática acompanhada de dor ou mal-estar pode produzir insônia, além das preocupações derivadas que supõe o fato de padecer de uma doença. As doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central podem ocasionar problemas de sono. Pode estar também associada aos transtornos respiratórios como apnéia e a hiperventilação alveolar. Algumas condições ambientais (ruídos, temperatura, pressão atmosférica, altitude) podem perturbar o sono e, em conseqüência, produzir a insônia. E finalmente, o consumo de substâncias, especialmente o uso abusivo de hipnóticos, álcool ou estimulantes, assim como a retirada brusca de alguns deles, podem alterar o sono, sendo ainda importante o momento do dia em que são consumidos.

Monti (2000) esclarece que a insônia é muito pouco freqüente durante a infância e a adolescência, aparecendo geralmente no adulto jovem (entre 20 e 30 anos) e se intensifica gradativamente. É mais freqüente na mulher, por existir uma predisposição genética feminina para um sono superficial e alterado, embora até o presente não tenham sido feitos estudos genéticos e/ou familiares para resolver o problema.

2.1.1.2 Síndrome narcoléptica

Narcolepsia significa ataque de sono (narco significa estupor e lepsia, ataques). Atualmente é definida por sonolência excessiva diurna e cataplexia, podendo associar-se a paralisia do sono, alucinações hipnagógicas e fragmentação do sono (ICSD-2, 2005).

A cataplexia consiste no enfraquecimento súbito e incontrolável de parte ou de todo o corpo após situações de emoção. Normalmente não ocorre perda da consciência, embora em raros relatos se observe associação com sono profundo (COELHO et al., 2007).

Descrita inicialmente por Gelineau, em 1881, como doença com ataques de sono irresistíveis, em 1916, foi relatada por Hennemberg como a associação de fraqueza muscular a ataques de sono denominados de ataques de cataplexia, e por Zarcone em 1973 (COELHO et al., 2007).

Associações de episódios de paralisia do sono, descritas por Kinner Wilson em 1928, e de alucinações hipnagógicas, descritas por Lhermitte Taunay em 1927, são freqüentes (REIMÃO, 1996; COELHO et al., 2007).

Na narcolepsia, têm-se latência acentuadamente reduzida para o sono REM e padrão de sono fragmentado. Quadros dolorosos crônicos, o uso de benzodiazepínicos e indivíduos com fibromialgia podem ter intrusão de ritmos eletroencefalográficos rápidos principalmente no sono de ondas lentas (TOGEIRO & SMITH, 2005).

De acordo com Coelho et al. (2007), não é uma doença rara, sendo descrita com prevalência de cerca de 0,5% na população. A sonolência diurna ocorre em todos os pacientes, com diferentes graus de severidade, a cataplexia ocorre em aproximadamente 70% dos narcolépticos e a paralisia do sono e as alucinações hipnagógicas são observadas ao redor de 25%.

Ainda segundo os mesmos autores, a narcolepsia apresenta um padrão bimodal no que corresponde à idade do início da sintomatologia. Possui incidência aumentada no final da adolescência e na segunda década de vida e um segundo pico na quinta década de vida, principalmente em mulheres após a menopausa.

2.1.1.3 Transtornos do sono relacionados com a respiração: síndrome de apnéia/hipopnéia do sono (SAHOS)

A síndrome da apnéia/hipopnéia do sono (SAHOS) é um distúrbio da respiração que ocorre durante o sono caracterizado por obstrução parcial e prolongada da via aérea superior (hipopnéia obstrutiva), e/ou por obstrução completa intermitente (apnéia obstrutiva), que interrompe o padrão normal de ventilação e os padrões de normalidade do sono (PEREIRA & PESSOA, 2005).

Geralmente, a SAHOS causa sonolência, gerando elevado risco de acidentes, principalmente no trânsito. Se presente em motoristas profissionais, a SAHOS pode ter seu perigo amplificado, levando à morte de passageiros e circunstantes (MARTINEZ, LENZ, & MENNA-BARRETO, 2008).

Durante o sono, os músculos da faringe e da língua tendem a relaxar, assim como toda musculatura do corpo. Na SAHOS, esse relaxamento gera uma obstrução da via aérea superior, dificultando o fluxo aéreo e causando ruídos (ronco) e pausas respiratórias. Ocorre baixa oxigenação pulmonar e cerebral, o que leva o sistema nervoso central a agir em busca da abertura das vias aéreas superiores. Nesse momento o indivíduo tem um forte ronco e um microdespertar, que apesar de inconsciente, é suficiente para fragmentar o sono (SILVA, AURELIANO & MOTTA, 2007).

A primeira descrição desta síndrome, em 1892, é atribuída a William Osler. Quase um século se passou e, em 1976, Guilleminault et al (1976)² descreveram oito pacientes pediátricos com a síndrome da apnéia/hipopnéia do sono, confirmada por polissonografia, fato que motivou um extraordinário interesse sobre o tema (PEREIRA & PESSOA, 2005).

Várias condições, adquiridas ou congênicas, que levam ao estreitamento da via aérea superior predis põem à síndrome da apnéia/hipopnéia do sono. De acordo com Silva, Aureliano & Motta (2007), os sintomas relacionados com a SAHOS são: hipertensão arterial, fragmentação do sono, refluxo gastroesofágico, insônia, arritmias cardíacas, enurese noturna, cefaléia matinal, queda no rendimento intelectual, sintomas depressivos, impotência sexual e até alterações da personalidade. São considerados fatores predisponentes para a ocorrência da SAHOS obesidade, sexo masculino, anormalidades craniofaciais, hipertrofia de tonsilas, obstrução nasal, anormalidades endócrinas e história familiar. Considera-se que a SAHOS seja um fator de risco, independente, para hipertensão arterial e conseqüente morbidade cardiovascular na população geral e morte.

Na população geral, a prevalência do ronco é maior no sexo masculino. Estima-se que 27% dos homens e 18% das mulheres ronquem. Na faixa etária acima de 40 anos nota-se aumento da prevalência do ronco em ambos os sexos, 24% e 36%, respectivamente em homens e mulheres, sendo que as mulheres apresentam mais pausas respiratórias durante o sono que os homens, respectivamente, 16% e 11%. A queixa de sonolência diurna praticamente se equipara entre os sexos masculino 30% e feminino 31%. Acredita-se que o

² GUILLEMINAULT, C. et al. Sleep apnea in eight children. *Pediatrics* 1976;58:23-30 (apud PEREIRA & PESSOA, 2005).

ronco aumente progressivamente à medida que se aumenta a idade, sendo mais associado no sexo masculino (SILVA, AURELIANO & MOTTA, 2007).

Segundo Martinez, Lenz, & Menna-Barreto (2008), o tratamento da SAHOS traz benefícios tanto à qualidade de vida como a redução da mortalidade. Para que se institua o tratamento, deve-se levantar a hipótese e conduzir a uma investigação, incluindo uma abordagem ao diagnóstico diferencial.

2.1.1.4 Transtornos do ritmo circadiano

Os transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano talvez sejam as causas mais frequentemente esquecidas no diagnóstico diferencial destes sintomas. Estes transtornos se manifestam por desalinhamento entre o período do sono e o ambiente físico e social de 24 h. Os dois transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano mais prevalentes são o de fase atrasada (comum em adolescentes) e avançada do sono (comum em idosos), situações nas quais o período de sono se desloca para mais tarde e mais cedo, respectivamente. Devido às possíveis confusões com insônia e sonolência excessiva tornam-se importante ter sempre em mente estes transtornos. Entretanto, há nove possíveis diagnósticos, e todos são de interesse clínico. Como a luz é o principal sinal para sincronizar os relógios biológicos, pessoas cegas e trabalhadores em turnos e de período noturno são os mais propensos a desenvolver transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano (MARTINEZ, LENZ, & MENNA-BARRETO, 2008).

É importante que o diagnóstico seja correto, para que indivíduos com transtorno do ritmo circadiano não se exponham a riscos de acidentes ou de tratamentos desnecessários, às vezes durante toda a vida, como, por exemplo, o uso de hipnóticos sem indicação precisa. A higiene adequada do sono, a fototerapia, consistindo de exposição à luz intensa em horários programados, de acordo com o transtorno do sono, e o emprego de melatonina ou agonistas dos receptores da melatonina são opções terapêuticas (MARTINEZ, LENZ, & MENNA-BARRETO, 2008).

2.1.1.5 Dissonia sem outra especificação

A categoria dissonia sem outra especificação serve para insônias, hipersonias ou perturbações do ritmo circadiano que não satisfazem os critérios para qualquer Dissonia

específica, conforme descrito no exemplo abaixo (CABALLO, NAVARRO & SIERRA, 2002):

1. Queixas de insônia ou hipersonia clinicamente significativas atribuíveis a fatores ambientais (por ex., ruído, luzes, interrupções freqüentes).
2. Sonolência excessiva atribuível a uma privação de sono contínua.
3. "Síndrome das pernas inquietas" idiopática: sensações incômodas (por ex., desconforto, formigamento ou inquietação) que levam a uma ânsia intensa de movimentar as pernas. Tipicamente, a sensação começa à noite, antes do início do sono, sendo temporariamente aliviada pelo ato de mover as pernas ou caminhar, recomeçando quando as pernas estão imóveis. As sensações podem atrasar o início do sono ou despertar o indivíduo.
4. Movimentos periódicos e idiopáticos dos membros ("mioclono noturno"): espasmos breves e de baixa amplitude dos membros, particularmente extremidades inferiores. Esses movimentos começam próximo ao início do sono e diminuem durante o sono de estágio 3 ou 4 de NREM e durante o sono REM. Os movimentos em geral ocorrem ritmicamente a cada 20-60 segundos, provocando despertares breves e repetidos. Os indivíduos tipicamente não têm consciência dos movimentos, mas podem queixar-se de insônia, despertares freqüentes ou sonolência diurna se o número de movimentos é muito grande.
5. Situações nas quais o clínico concluiu que uma Dissonia está presente, mas é incapaz de determinar se é primária, devido a uma condição médica geral ou induzida por uma substância.

2.1.2 Parassonias

Parassônias é o nome que se dá às manifestações e comportamentos peculiares que ocorrem durante o sono e que geralmente não acarretam distúrbios do tipo sonolência diurna ou sono não reparador. Na grande maioria dos casos não constitui anormalidade, não requerendo tratamento, porém orientação ao paciente e aos familiares (PINTO JR. 2001).

De acordo com Pinto Jr. (2001), podem ser classificadas de diversas maneiras, como pelas manifestações clínicas, ou seja, como manifestações motoras, comportamentais, psicossensoriais e autonômicas ou, então, de acordo com a fase do sono em que elas costumam ocorrer. As parassônias relacionadas com o sono de ondas lentas, caracterizando um distúrbio do despertar, incluem: sonambulismo, terror noturno, enurese e estado confusional do despertar. As parassônias relacionadas com o sono REM são pesadelos, distúrbio comportamental do sono REM, paralisia do sono e as alucinações hipnagógicas. As

parassônias que ocorrem na transição vigília-sono são mioclonias, movimentos rítmicos da cabeça, fala hipnagógica e a síndrome da explosão da cabeça. O bruxismo ou ranger de dentes costumam ocorrer durante o sono NREM, principalmente estágios 1 e 2.

2.1.2.1 Terrores noturnos

O quadro de terror noturno também ocorre durante o sono de ondas lentas e se caracteriza pelo despertar súbito, quando o indivíduo se senta na cama, com o olhar assustado, pálido, transpirando abundantemente. Nesses casos, o paciente não faz referência a sonhos ou pesadelos e freqüentemente não se recorda do episódio (PINTO JR. 2001).

No momento em que entram no sono, ou após uma ou duas horas de sono, despertam presa de intensa angústia, tremendo, saltam da cama, gritam, pedem socorro, às vezes apontando, aterrados, para figuras imaginárias, que são, em realidade, alucinações visuais, de conteúdo geralmente ameaçador e persecutório, agravantes do terror; ao acender-se a lâmpada, com a luz, geralmente, estas alucinações desaparecem ou persistem ainda por alguns segundos; esta a razão por que, depois, as crianças e mesmo os adultos não mais querem dormir no escuro ou mesmo andar às escuras pela casa; realmente, nas crianças, principalmente, o retorno ao quarto no escuro pode desencadear novas crises de alucinações e visões fantasmagóricas (MADALENA, 1979).

O terror noturno é presente em 3% das crianças, principalmente em meninos. Em geral esses terrores acontecem durante o sono profundo. Na maioria dos casos o terror noturno desaparece com o crescimento, não necessitando de tratamento (ABREU & INOCENTE, 2005).

2.1.2.2 Pesadelos

Pesadelos são sonhos com forte conteúdo emocional, geralmente de caráter angustiante que ocorrem durante o sono REM e levam ao despertar. Não trazem conseqüências quando ocorrem esporadicamente, porém requerem tratamento quando freqüentes. Geralmente decorrem de conflitos emocionais, mas podem ocorrer em diversas enfermidades ou após uso de drogas ou medicamentos que atuam no sono REM, com a apresentação de sonhos vívidos, visualmente marcantes, e a lembrança dos eventos ocorridos nos sonhos. Em indivíduos que apresentam maior freqüência de pesadelos, há estresse psicológico e com impactos social, ocupacional e clínico (CHELLAPPA & ARAÚJO, 2007).

As estimativas de pesadelos na população geral são em torno de 2% a 4% . Todavia, em pacientes com transtorno depressivo, a prevalência de pesadelos apresenta variações ao redor de 10% a 15% (CHELLAPPA & ARAÚJO, 2007).

Os pesadelos tendem a diminuir com a idade e parecem ter um componente familiar. Os fatores precipitantes podem ser: estado emocional, rebote do sono REM, drogas dopaminérgicas e retirada de drogas supressoras do sono REM (benzodiazepínicos) (PINTO JR. 2001).

2.1.2.3 Sonambulismo

Consiste na execução de comportamentos motores durante o sono, desde sentar-se no leito, levantar-se e até deambular. Os episódios de sonambulismo ocorrem durante o sono de ondas lentas (delta) e geralmente terminam com o despertar do indivíduo, ou retornando para o leito e continuando a dormir. Da mesma forma que a fala hipnagógica, não requer tratamento farmacológico, porém é fundamental a orientação do paciente e dos familiares, principalmente quanto ao risco que esse quadro oferece no que se refere aos acidentes. O familiar deve tentar levar o paciente de volta para a cama. O local em que o sonâmbulo dorme deve ser seguro para evitar a ocorrência de acidentes (PINTO JR. 2001).

Considera-se o sonambulismo um distúrbio do sono dos mais estranhos, pois o sonâmbulo mostra aspectos de comportamento de vigília, mas este estado de certa vigília no sonambulismo difere do estado de vigília diurno pela reação crítica mais fraca, a falha em reconhecer o perigo de andar em um rebordo de telhado entre outros, e pela completa amnésia dos acontecimentos, características esta compartilhada com a atividade psicomotora do epilético e grande parte do sono comum; em outras palavras, este tipo de vigília é acompanhado de baixo nível de consciência, e ocorre durante o período em que a atividade cortical está mais reduzida; esta atividade deve ser considerada, então, mais uma interrupção do que parte do sono (MADALENA, 1979).

2.1.2.4 Transtornos do movimento rítmico durante o sono

Trata-se de movimentos rítmicos da cabeça ou de balanço do corpo, mais freqüentes na criança. Os movimentos rítmicos aparecem nos estágios 1 e 2. O sono lento profundo e o sono paradoxal os inibem. Eles correspondem a um hábito reconfortante como sugar o polegar, constituindo rituais compulsivos. Quando estes movimentos rítmicos de sono se

tornam importantes e aparecem num contexto familiar conturbado, pode ser necessária uma abordagem psicoterápica. Certos artificios, mimetismos compensatórios (o tique-taque ruidoso de um despertador, durante a fase do adormecimento, brincadeiras com cavalo de balanço, durante o dia) são eficazes, ocasionalmente. O leito e a roupa de cama devem ser ajustados, se houver riscos de traumatismos (PINTO JR. 2001).

2.1.2.5 Sonilóquio

O sonilóquio é um distúrbio menor, sem conseqüências nocivas, no decorrer do qual o indivíduo adormecido fala de forma muitas vezes incompreensível (PINTO JR. 2001).

A siniloquia é simultaneamente um transtorno do sono e do sonhar, caracterizado pelo fato do paciente falar alto durante seus sonhos. É comum encontrá-la em personalidades neuropáticas, histéricas, epiléticas ou de constituição emocional lábil ou irritável (MADALENA, 1979, p. 128).

A altura da voz, intensidade e complexidade das construções de frases são variáveis, mas com freqüência são murmúrios sem significado e sem concisão de idéias. Isso não impede que em alguns acessos, as crianças ou os adultos falem frases curtas com coerência (MADALENA, 1979).

Os sonilóquios normalmente se limitam há alguns segundos, mas existem casos em que a pessoa fala e murmura durante horas, sem parar. Em alguns casos, ao ser perguntado, o paciente irá responder geralmente frases simples, estereotipadas, com relativa concisão de idéias (MADALENA, 1979).

As pessoas que são acordadas logo após um sonilóquio podem ou não se lembrar do que disseram. Isso depende de qual estágio do sono ocorreu o sonilóquio. Durante os estágios NREM, ele não se lembrará de nada e despertará confuso. Já no estágio REM, ele se recordará e irá saber sobre quais assuntos foi questionado. Nas polissonografias pode-se notar que os sonilóquios surgem em diferentes estágios do sono: Um terço deles no estágio 1; 35% no estágio 2; 17% no estágio 3; 8% no estágio 4 e 7% no estágio REM. Pode se deduzir então, que na maioria dos sonilóquios as pessoas não lembram o que disseram (MADALENA, 1979).

2.1.2.6 *Bruxismo noturno*

Definido como distúrbio de movimento estereotipado, caracterizado pelo ranger ou apertar dos dentes durante o sono (PINTO JR. 2001). Geralmente, está associada com despertares curtos com duração de 3 a 15 segundos, conhecidos como microdespertares (MACEDO, 2008).

A taxa de prevalência do bruxismo em crianças maiores de 11 anos de idade é a mais alta, variando entre 14% e 20%. Nos adultos jovens, entre 18 e 29 anos de idade, é de 13%, diminuindo ao longo da vida para 3% em indivíduos acima de 60 anos de idade. A prevalência na população idosa deve ser maior que a estimada, já que as próteses totais em acrílico previnem os sons de ranger de dentes. Não tem sido encontrada diferença de gênero para a ocorrência do bruxismo do sono (MACEDO, 2008).

O bruxismo tem sua etiologia através de agressões reprimidas, tensão emocional, raiva, temor e a frustração (CLARO, 1998).

Pode ser observado em duas formas: o apertamento ou bruxismo cêntrico, caracterizado por episódios isolados de atividade muscular e o ranger de dentes, ou bruxismo excêntrico, com contrações rítmicas dos músculos mastigatórios ou a combinação desses dois tipos (PINTO JR. 2001).

O Bruxismo tem sido relatado como um fenômeno comum no homem moderno, causando dor e desconforto, não somente nos músculos da mastigação, mas também em áreas mais distantes como a cabeça, pescoço, costas e ombros, provocando limitações de movimento mandibular e disfunção temporo-mandibular. É muito comum estar com seu aspecto psicológico abalado, alterado, tornando-se este um dos casos da aparição (CLARO, 1998).

Bruxismo pode ocorrer eventualmente em vigília e em todos os estágios do sono, mas predomina no estágio II e geralmente está ausente no estágio IV.

Okeson (1992) prova com estudos que durante a fase REM o acesso do bruxismo é maior do que na fase não REM; explica com isso a causa da dor quando o indivíduo acorda.

O tratamento é feito com placas intra-orais, visando proporcionar posição articular estável e proteção dos dentes, técnicas de relaxamento para desabituação de cerrar as mandíbulas durante a vigília e estresse, hipnose, medidas de higiene do sono e psicoterapia que identifica e trata as dificuldades emocionais associadas ao bruxismo (PINTO JR. 2001).

2.1.2.7 *Enurese noturna*

Consiste na micção involuntária durante o sono, afetando o desenvolvimento e a auto-estima do indivíduo assim como o relacionamento dentro e fora da família. São comuns os casos de violência contra a criança que sofre de Enurese Noturna, pois uma grande parte das pessoas ainda acredita que a causa da enurese é a preguiça da criança. Pode ser primária quando há persistência dos episódios após os 5 anos de idade, sem se ter conseguido o controle noturno. Diz-se ser secundária quando ocorre o aparecimento de micção noturna involuntária em crianças que já tiveram o controle do mesmo durante seis meses. O tratamento nos casos primários, quando necessário, é feito com psicoterapia ou uso de imipramina. Na enurese secundária se deve excluir lesões urológicas, neurológicas, metabólicas e psiquiátricas (PINTO JR. 2001).

O risco de enurese parece ser maior em crianças que aos 3 – 4 anos de idade sofreram eventos marcantes como dissolução familiar por morte ou divórcio, nascimento de um irmão, mudança de casa, internação hospitalar, acidentes ou cirurgias. Estes eventos parecem exercer efeito negativo no "aprendizado" da continência urinária, num período crítico para o desenvolvimento da criança. No entanto, apesar de a enurese ser talvez mais comum em crianças com problemas emocionais sérios, a incidência de dificuldades emocionais entre enuréticos, como grupo, não é aumentada, a não ser em alguns casos, secundariamente à própria enurese (KOCH, NAVARRO & OKAY, 1990).

O tratamento beneficiará não só o paciente, mas também seus familiares. O controle noturno da micção significa para o jovem que ele é competente, que tem controle sobre seu corpo. Significa que venceu esta etapa da vida, e rapidamente recupera sua auto-estima. Para a família significa uma vitória, uma etapa vencida na socialização deste jovem, a certeza de que ele não era doente, somente demorou um pouco mais para conseguir o controle noturno da micção (PINTO JR. 2001).

CAPÍTULO III

3 AS CONSEQÜÊNCIAS DO TRANSTORNO DO SONO PARA A QUALIDADE DE VIDA

A OMS, definiu que a Qualidade de Vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK et al., 1999).

O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o auto-cuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade (SANTOS, SANTOS e FERNANDES, 2002), o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (VELARDE e AVILA, 2002; BOWLING, GABRIEL e DAKES, 2003). O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

Sendo o sono um fenômeno de sobrevivência, ele está intrinsecamente relacionado à vida humana. Portanto, falar em qualidade de vida é falar em qualidade de sono, no seu sentido mais amplo, envolvendo seus estágios e sincronismos. Ao se estudar o sono, está se avaliando uma porção da vida. E, ao se deparar com os transtornos do sono, poder-se-á estar frente às divergências da vida (SOUZA, 1999).

As conseqüências dos distúrbios de sono se desdobram em pelo menos três níveis subseqüentes que afetam a qualidade de vida da pessoa acometida. No primeiro nível estão as variáveis proximais ou biológicas, que trazem conseqüências imediatas ao organismo e incluem alterações fisiológicas como cansaço, fadiga, falhas de memória, dificuldade de atenção e de concentração, hipersensibilidade para sons e luz, taquicardia e alteração do humor (MÜLLER e GUIMARÃES, 2007).

No segundo nível estão as variáveis mediais ou funcionais, secundárias às conseqüências proximais, observadas a médio prazo. Elas têm implicações nas atividades cotidianas, como um primeiro desdobramento dos problemas com o sono, incluindo aumento do absenteísmo no trabalho, aumento de riscos de acidentes, problemas de relacionamento e cochilo ao volante (MÜLLER e GUIMARÃES, 2007).

No terceiro nível estão as variáveis distais ou extensivas, observadas a longo prazo, como um segundo desdobramento dos distúrbios do sono. Essas variáveis incluem a perda do emprego, seqüelas de acidentes, rompimento de relações, surgimento e agravamento de problemas de saúde (MÜLLER e GUIMARÃES, 2007).

Um número crescente de estudos vem sendo realizado para avaliar o impacto do sono inadequado sobre a qualidade de vida, a morbidade e a mortalidade.

Sono e os distúrbios a ele relacionados desempenham um importante papel em grande número de enfermidades, podendo afetar quase todos os campos da Medicina. Como exemplos têm-se as crises de asma e acidentes vasculares cerebrais (AVC), que tendem a ocorrer mais freqüentemente durante a noite (as primeiras) e de manhã cedo (os últimos), talvez por causa de alterações hormonais, variações da freqüência cardíaca e outros fatores associados ao sono. O sono também afeta de modo complexo alguns tipos de epilepsia; o sono NREM parece ajudar a prevenir convulsões, enquanto o sono profundo pode facilitá-las. As privações de sono também pode desencadear convulsões em pessoas com alguns tipos de epilepsia (JANCEN et al., 2007, p. 111).

Pessoas que não dormem bem, tanto em termos quantitativos como qualitativos, apresentam com freqüência resposta mais lenta aos estímulos externos e graus variados de dificuldade de concentração. As repercussões no desempenho cognitivo observadas nesses pacientes podem ser resultantes da hipoxemia que ocorre durante o sono, das alterações do fluxo sanguíneo cerebral durante o período de vigília ou da sonolência diurna excessiva (SDE). Não obstante a causa, esse déficit cognitivo pode comprometer gravemente a habilidade do paciente para desempenhar uma série de atividades, dentre elas a capacidade de dirigir de maneira segura, além de alterar a sua percepção crítica sobre a habilidade de dirigir naquele momento (CANANI e BARRETO, 2001).

Roberts, Roberts e Chen (2002) encontraram entre jovens com problemas de sono, comparados com seus pares com sono normal, maior incidência de depressão, ansiedade, irritabilidade, medo, raiva, tensão, instabilidade emocional, desatenção, problemas de conduta, uso de álcool e de outras drogas, ideação ou tentativa de suicídio, fadiga, falta de energia, dores de cabeça e de estômago e pior saúde. Em estudo semelhante, Roth et al. (2002) encontraram relatos de saúde precária, menos energia e pior funcionamento cognitivo entre portadores de distúrbios do sono quando comparados a pessoas com sono normal. Em geral, os estudos têm encontrado associação dos distúrbios do sono com problemas de saúde, funcionamento diário e bem-estar.

Distúrbios do sono estão associados também ao desencadeamento de transtornos psiquiátricos como depressão, freqüente entre portadores de insônia e de outros distúrbios do

sono (ANCOLI-ISRAEL, 2006; HUBLIN, KAPRIO, PARTINEN & KOSKENVUO, 2001; MORAWETZ, 2003; ROCHA et al., 2002; WALSH, 2004). As queixas específicas podem incluir despertares noturnos freqüentes, sono não restaurador, redução do sono total ou sonhos perturbadores, com impacto sobre a qualidade de vida. Em torno de 10% a 20% dos pacientes depressivos apresentam queixas de sonolência excessiva, com aumento do sono no período noturno e sonolência excessiva diurna (BITTENCOURT et al., 2005).

A privação extrema de sono pode levar a um estado psicótico de paranóia e pode desencadear episódios de mania (agitação e hiperatividade) em indivíduos com transtorno bipolar (JANCEN et al., 2007).

Ohayon e Hong (2002) encontraram, entre pessoas com insônia, queixas de distúrbios respiratórios, de doenças cardíacas, insatisfação com a vida social, rebaixamento do funcionamento diário, doenças psiquiátricas, estilo de vida estressante e doenças físicas acompanhadas ou não de dor.

Vicent e Walker (2000) verificaram que a preocupação excessiva com erros e precisão, excesso de ordem e organização, padrões e expectativas muito altos favoreciam o surgimento ou a piora da insônia, aumentavam a latência e reduziam o tempo do sono noturno. Os autores encontraram ainda maior preocupação com a possibilidade de erros e mais dúvidas sobre suas ações entre pessoas perfeccionistas insones.

Um estudo retrospectivo realizado na Dinamarca demonstrou que mulheres que trabalham à noite têm maior risco para desenvolver câncer de mama do que mulheres que trabalham de dia. Em um elegante estudo *in vitro*, foram avaliados os efeitos do cortisol sozinho ou em associação com a melatonina na proliferação linfocitária humana após a estimulação com concanavalina A (CON A). A incubação com cortisol sozinho (como ocorre durante o dia) inibe a proliferação linfocitária, enquanto que a combinação de cortisol e melatonina (como naqueles que trabalham em turnos) inibe ainda mais a proliferação linfocitária, indicando que as perturbações no equilíbrio entre cortisol e melatonina são prejudiciais à atividade ótima do sistema imunológico (PALMA et al., 2007).

Estudos em laboratório mostraram que a privação parcial do sono após imunização contra hepatite A, reduz a produção de anticorpos quatro semanas após a imunização. Além disso, indivíduos parcialmente privados de sono também exibem prejuízo na produção de anticorpos contra o vírus da influenza. As titulações de anticorpos foram mensuradas na quarta semana após a imunização, no período em que a produção estava no auge. Esses achados ressaltam a importância do sono ótimo, dado que os efeitos da privação de sono podem manifestar-se muito mais tarde. Esses efeitos podem ser pelo menos parcialmente

explicados pela bem conhecida natureza estressante da privação do sono, que foi demonstrada em seres humanos e animais (PALMA et al., 2007).

Em pacientes com insônia e nos pacientes com apnéia obstrutiva do sono, a qualidade de vida é inferior aos indivíduos sem esses problemas (BEZERRA et al., 2003).

A qualidade de vida está muito prejudicada com os distúrbios do sono, mais especificamente, com a insônia. A qualidade de vida pode representar uma tentativa de quantificar, em termos cientificamente analisáveis, a rede de conseqüências de uma doença ou distúrbio, e seu tratamento, sobre a percepção da pessoa de sua habilidade para viver uma vida proveitosa e satisfatória (SOUZA, 1999).

Os transtornos do sono são comorbidades conhecidas para a ocorrência de depressão, ansiedade e alterações cognitivas. Por exemplo, estudos mostram que insônia crônica é fator de risco para depressão e chegam a sugerir que a ocorrência de sintomas de depressão seria parte natural da evolução da insônia (TUFIK & POYARES, 2008).

A insônia tem maior incidência entre pessoas separadas, do lar, desempregadas, ou aposentadas, de baixa classe socioeconômica e costuma ser associada a doenças somáticas, dor e distúrbios psiquiátricos. Esses dados ressaltam um segundo problema paralelo às perdas individuais, que é o aumento nos custos com serviços públicos de saúde devido aos transtornos do sono (MULLER & GUIMARAES, 2007).

As perdas ocupacionais mais freqüentes, associadas à insônia, são o absenteísmo, a diminuição na qualidade e na produtividade do trabalho, o aumento de riscos de acidentes e a redução no número de promoções em relação a pessoas com sono normal (MULLER & GUIMARAES, 2007).

Zammit et al. (1999) encontraram ainda, com menor freqüência, pouco otimismo em relação à carreira e empregos futuros, dificuldades para lidar com situações estressantes, tomar decisões, solucionar problemas e no relacionamento com colegas. Os déficits cognitivos provocados pelo distúrbio de sono como desatenção, baixa concentração e falhas de memória podem ainda agravar essas dificuldades.

A insônia aparece associada também ao uso de substâncias como o álcool, nicotina, e medicações. O álcool, por ter propriedades sedativa e hipnótica, costuma ser utilizado para induzir o sono, mas causa fragmentação, alteração da arquitetura (Babar et al., 2000) e interrupção do sono, piorando sua qualidade. Estudos com adultos jovens mostraram que 10% a 30% dos participantes utilizavam medicações não prescritas e bebidas alcoólicas para dormir melhor (MULLER & GUIMARAES, 2007).

Estudando pessoas com narcolepsia, Daniels, King, Smith e Shneerson (2001) verificaram que elas evitavam situações que pudessem envolver emoções, com receio de dormir em público ou de sofrer um ataque cataplético; apresentavam dificuldades para fazer amigos; perda do emprego devido ao distúrbio; desempenho ruim no trabalho por falta de concentração e problemas de memória; dificuldades em realizar atividades diárias como cozinhar e cuidar de crianças e maior envolvimento em acidentes quando estavam dirigindo. Quase metade da amostra apresentava sintomas depressivos e relatava saúde inferior à da população geral, mesmo quando estavam em tratamento com anfetaminas ou drogas anticatapléticas.

A apnéia obstrutiva do sono é associada com ronco, hipersonolência diurna, hipertensão arterial, cefaléias matinais ou em salvas, déficits cognitivos e enfermidades cardiovasculares e com alterações nos processos comportamentais, mentais e nas relações interpessoais. Portadores de apnéia costumam apresentar hipersonolência diurna resultante de microdespertares durante o sono, que aumenta a suscetibilidade a acidentes em até sete vezes quando se compara à propensão de pessoas com sono normal (MARTINEZ, 1999).

Em crianças, provoca a diminuição do aprendizado e o aumento de distúrbios comportamentais. Ao despertar com a parada respiratória, o paciente pode ter dificuldade para retomar o sono, por temer um novo episódio, o que aumenta a latência e a privação de sono, os cochilos diurnos e os riscos de acidentes diversos (MULLER & GUIMARAES, 2007).

De acordo com Martinez (1999), a literatura mostra que 40% a 80% dos trabalhadores em turnos apresentam problemas para dormir. A principal causa desses problemas costuma ser a ruptura do ritmo circadiano, que é uma dessincronia entre o ciclo do sono e a temperatura corporal. Em consequência, esses trabalhadores dormem em média duas a quatro horas a menos do que trabalhadores diurnos e apresentam pior produtividade devido à sonolência excessiva durante o trabalho.

Os distúrbios do sono podem afetar a qualidade de vida das pessoas; assim como uma qualidade de vida comprometida pode provocar algum distúrbio do sono, como por exemplo, a insônia. Nos 4 grupos de distúrbios do sono (dissônias, parassônias, distúrbios do sono associados com outros distúrbios e distúrbios do sono propostos), verificam-se prejuízos diversos na qualidade de vida. Entre as dissônias, a insônia é a mais comum e afeta a qualidade de vida em cinco preditores: qualidade de sono e despertar, humor e estado psicológico, forma física e relacionamentos social, familiar e profissional/acadêmico (SOUZA e GUIMARÃES, 1999), seguida da sonolência excessiva diurna.

A sonolência excessiva diurna pode levar a alterações mentais importantes, sendo sintoma predominante em alguns transtornos do sono e mais raramente de transtornos psiquiátricos (TUFIK e POYARES, 2008).

O desemprego é fator de qualidade de vida que pode afetar a qualidade do sono de um indivíduo porque a preocupação presente nessa situação aumenta a latência do sono e os despertares noturnos. Por outro lado, um indivíduo portador de distúrbio do sono provavelmente sofrerá conseqüências no trabalho devido à má qualidade do sono.

O desenvolvimento tecnológico contribui tanto de forma positiva quanto negativa para a qualidade de vida e a qualidade do sono das pessoas. Dentre os fatores que afetam o sono nas sociedades modernas estão a luz artificial - que modificou os hábitos relacionados aos ciclos sono-vigília e claro-escuro; a rede de telecomunicações, as demandas sociais e o estilo de vida ativo (FERRARA & DE GENNARO, 2001).

O sofrimento clínico da pessoa portadora de distúrbio de sono varia conforme os prejuízos ou conseqüências sofridas e a importância atribuída à área prejudicada. Com isso, a pessoa desenvolve estratégias para manejar essas dificuldades e melhorar suas condições e qualidade de vida. Os esforços para compensar os déficits percebidos remetem ao conceito de enfrentamento, que envolve a adaptação do organismo a situações adversas, como mudanças drásticas no curso da vida ou problemas que exigem novas formas de comportamento (GIMENES, 2000).

A nova demanda, em geral, provoca emoções, como ansiedade, culpa ou vergonha, que para serem removidas exigem respostas adaptativas. Para trabalhar em turnos alternados, por exemplo, uma pessoa necessita adaptar seus comportamentos ou ações a essa realidade. A mudança na rotina provoca alterações no sono e no funcionamento mental, físico, ocupacional e sexual do indivíduo que, em resposta, busca alternativas para restaurar o equilíbrio de seu sono e aliviar ou excluir os sintomas (MULLER & GUIMARAES, 2007). Engle-Friedman et al. (2003) estudaram respostas à tarefa entre pessoas privadas de sono e concluíram que elas escolhiam tarefas menos difíceis e não acadêmicas e atividades matemáticas mais fáceis quando comparadas a pessoas não privadas de sono.

CAPÍTULO IV

4 CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM TRANSTORNO DO SONO

Síndrome da apnéia do sono, ronco, insônias, narcolepsia, sonambulismo, bruxismo, síndrome das pernas inquietas e muitos outros transtornos do sono têm-se tornado cada vez mais conhecidos da comunidade médica e do público leigo. Na maioria das vezes, a falta de boa qualidade de vida dos portadores está diretamente relacionada com esses transtornos.

Porém, a questão da conscientização é, ainda hoje, um grande desafio, já que a maioria dos distúrbios do sono não é detectada e tratada porque, em geral, as pessoas desconhecem que essa condição é clínica e tratável. Talvez em função desse desconhecimento, o paciente também deixa de relatar problemas de sono durante as consultas médicas, dificultando o acesso do profissional às informações que permitiriam o diagnóstico e o tratamento (MÜLLER e GUIMARÃES, 2007).

Muitos são os meios possíveis de se tratar a insônia, desde medicações populares, técnicas comportamentais, fármacos, higiene do sono, psicoterapias, entre outros (SOUZA & GUIMARÃES, 1999).

Apesar de um notável avanço no diagnóstico e tratamento das alterações do sono, estes ainda constituem um dos problemas mais frequentes nas consultas médicas e psicológicas. Em algumas ocasiões, o tratamento é meramente sintomático (por exemplo, hipersonias) e, em outras, a eficácia terapêutica é reduzida ou não se mantém ao longo do tempo (CABALLO, NAVARRO & SIERRA, 2002).

O sofrimento clínico da pessoa portadora de distúrbio de sono varia conforme os prejuízos ou conseqüências sofridas e a importância atribuída à área prejudicada. Com isso, a pessoa desenvolve estratégias para manejar essas dificuldades e melhorar suas condições e qualidade de vida. Os esforços para compensar os déficits percebidos remetem ao conceito de enfrentamento, que envolve a adaptação do organismo a situações adversas, como mudanças drásticas no curso da vida ou problemas que exigem novas formas de comportamento (GIMENES, 2000).

É de suma importância o papel dos psicólogos na área da medicina de sono, já que estes profissionais são agentes fundamentais na condução do paciente com distúrbio de sono, desde avaliação neuropsicológica até o tratamento.

Podem ser planejados e elaborados programas específicos para prevenção e reabilitação da pessoa acometida, contemplando as diferentes realidades.

Segundo Souza & Guimarães (1999) o tratamento dos distúrbios do sono, assim como sua avaliação, deve ser integral, com uma visão individualizada do paciente como um ser biológico, psicológico, social, ambiental e histórico. A eficácia do tratamento é determinada por melhorias no sono e no funcionamento diário. Quando possível, o tratamento deverá ser direcionado para reverter sua causa subjacente, a qual indica a importância de um diagnóstico acurado. As estratégias de tratamento variam de acordo com o problema de cada paciente.

Os distúrbios de comportamento relacionados ao sono denominados parassonias englobam um grupo fascinante de experiências e comportamentos noturnos peculiares angustiantes e perigosos. Esses transtornos são explicáveis cientificamente e geralmente tratáveis, podendo ter implicações médico-legais nos casos envolvendo acidentes, homicídios ou suposto suicídio. Um centro de transtornos do sono experiente é recurso valioso para a avaliação e o tratamento de parassonias incomuns ou que levem a traumatismos (SCHENCK & MAHOWALD, 2004).

As pesquisas correlacionam o diagnóstico das alterações do sono e sua avaliação por meio da entrevista clínica e do registro polissonográfico noturno. Trata-se de uma desordem incapacitante, crônica, ameaçadora da vida, com alto grau de dependência física, emocional, social e profissional para os membros da família, da equipe médica e do próprio indivíduo. Além disso, trata-se de uma doença de alto custo social, pois acomete indivíduos em faixa etária produtiva, requerendo a elaboração e a execução de programas para a saúde mental (REIMÃO, 1999).

O tratamento psicológico consiste na terapia comportamental baseada na higiene do sono, no controle do estresse e em técnicas de relaxamento.

Em termos gerais, o tratamento do sono precisa de uma conscientização geral. É preciso alertar que existem diversos problemas sérios relacionados ao sono e sobre a enorme importância do quesito higiene do sono.

Empregar as medidas higiênicas do sono, além de necessário, Reimão (1999) recomenda que é sempre muito útil aos pacientes com transtornos do sono. Dentre elas destaca:

- a) Manter certa regularidade no horário de dormir e de acordar. Uma noite mal dormida não deve ser compensada com o prolongamento do sono pela manhã ou cochilos diurnos;

- b) Deve-se evitar longos períodos acordado na cama, seja tentando dormir, seja pela manhã ao acordar. Não é benéfico esforçar-se para dormir. O esforço, usualmente, é acompanhado de ansiedade e de estimulação que se traduzem em mais insônia. Deve-se procurar uma atividade relaxante;
- c) O consumo do álcool deve ser evitado, pois este é um mau hipnótico, antes de dormir, podendo provocar danos à estrutura do sono;
- d) Deve-se evitar também o uso de estimulantes, particularmente o café, que deve ser evitado a partir das 14h/15h, porque possui vida-média prolongada. Além de causar ansiedade, também perturba a estrutura do sono;
- e) Recomenda-se fazer exercícios físicos regulares não muito próximos ao horário de dormir. A aderência e manutenção de atividade física regular do paciente como parte do tratamento de distúrbios do sono, intervêm na redução de sintomas associados como sonolência, cansaço, depressão, obesidade, ansiedade e estresse;
- f) São também medidas úteis, um banho em temperatura agradável, um pequeno lanche e ambiente adequado e, manter a atividade sexual.

Terapias de conduta têm sido desenvolvidas durante os últimos anos para ajudar o paciente com transtornos do sono. As mesmas se dirigem a reduzir a ansiedade e a apreensão que, embora em grau reduzido, incidem marcadamente no quadro clínico. A forma de terapia de conduta utilizada com maior frequência é a de relaxamento que compreende uma série de procedimentos, como relaxamento muscular, meditação transcendental, ioga, biorretroalimentação e controle de estímulos. Pode-se ainda acrescentar a terapia de conduta (MONTI, 2000).

Os tratamentos baseados unicamente no relaxamento muscular são de êxito limitado, enquanto os que se dirigem a melhorar o desamparo do paciente e a diminuir o alerta emocional e cognitivo são mais efetivos (MONTI, 2000).

O Questionário de Hábitos do Sono desenvolvido por Andrade et al. (1993) consiste em um instrumento auto-aplicável com 32 questões que permite acessar as condições do sono. Nesse instrumento são investigados os horários de dormir e de acordar, a ocorrência de despertares à noite, a presença de cochilos e os transtornos do sono presentes no indivíduo, que incluem pesadelos, sonolência excessiva, entre outros. Chellappa & Araújo (2007), observaram que esse questionário pode ser de grande valia na avaliação das queixas de

transtornos do sono para o rastreamento da insônia e da sonolência excessiva, auxiliando na identificação e avaliação dessas queixas do sono alterado.

A Terapia Comportamental, muito indicada nos casos de Transtorno do sono, propõe analisar, todos os comportamentos que estão presentes na vida da pessoa, principalmente os relacionados com esses transtornos. Entender as conseqüências desses comportamentos será fundamental, além de se trabalhar com eventos que antecedem o dormir das pessoas acometidas de Transtorno do sono. O Terapeuta Comportamental pode propor algumas técnicas para trabalhar, como (BUELA-CASAL e SÁNCHEZ, 2002):

1) Construção de um diário de sono: registros realizados pelas próprias pessoas, trazendo assim, tanto os eventos que antecedem o dormir como as conseqüências deste.

2) Técnica do relaxamento progressivo de Jacobson: consiste em ensinar a pessoa a relaxar por meio de uma série de exercícios no qual ele tenciona e relaxa de forma alternada diferentes grupos musculares.

3) Dessensibilização Sistemática: visa reduzir as respostas de ansiedade, além de eliminar os comportamentos de evitação, como por exemplo, a evitação de dormir. Dentro dessa técnica três passos devem ser seguidos, como um treino de relaxamento, construção de uma hierarquia de itens ou estímulos geradores de ansiedade, avaliação e prática de imaginação.

Vale ressaltar que as utilizações dessas técnicas só terão o efeito desejado se uma análise funcional tiver sido realizada, ou seja, deve-se compreender as situações e os contextos nos quais os comportamentos ocorrem, tanto os eventos que os antecedem como suas conseqüentes.

O transtorno do sono é um problema que possui solução. Todavia, a demora por procura de tratamento especializado acaba por agravar o quadro. O tratamento adequado pode rapidamente solucionar este problema, principalmente se não for constatado algum quadro neurológico envolvido no transtorno. Neste caso, um suporte psicoterapêutico pode se fazer necessário.

Nesse contexto, espera-se que o trabalho do psicólogo possa resultar em melhor qualidade de vida para as pessoas portadora de transtornos do sono, podendo atuar diretamente com os sentimentos, expectativas e desejos de uma vida saudável e de bem-estar geral, através da diminuição do stress, ansiedade, depressão e fadiga, pois, um tratamento adequado com acompanhamento correto pode ajudar qualquer pessoa portadora desses transtornos a ter uma vida produtiva, com qualidade e satisfação.

5 CONCLUSÃO

O sono é da máxima importância para o equilíbrio físico e psicológico do homem, pois ele é o principal mecanismo homeostático do organismo. Tem papel fundamental no funcionamento do cérebro. É durante esse período que são reparadas condições orgânicas e desenvolvidas outras funções, como a reorganização do aprendizado adquirido durante o dia. Portanto, uma noite bem dormida, com um sono reparador, é fundamental para a saúde e melhoria a qualidade de vida.

Infundáveis fatores o podem alterar, o que normalmente se vai caracterizar por perda na qualidade de vida infligida ao sujeito, que podem ser difíceis se não impossíveis de recuperar.

Ainda hoje enfrenta-se muitos desafios ao tratar algumas patologias menos comuns e desenvolver alguns tratamentos na área do sono. Fazer a conscientização da comunidade leiga e da comunidade médica sobre sono normal e transtornos do sono também tem sido um grande desafio.

Geralmente são três a sete ciclos de Sono Não REM e Sono REM. O Não REM é proeminente na primeira metade do sono enquanto o REM se torna cada vez maior na segunda metade da noite.

Uma parcela significativa da população tem ou teve algum transtorno do sono. Os mais comuns são insônia e problemas respiratórios durante o sono (ronco e apnéia). Podem ser causados por diversos fatores, levando a um ônus enorme para a sociedade na forma de custos médicos diretos, indiretos na forma de acidentes no volante e perda de produtividade no trabalho. É muito importante que psicólogos e médicos de todas as especialidades saibam reconhecer esses transtornos para que possam prevenir e indicar o melhor tratamento para os portadores.

Há uma combinação de fatores genéticos, ambientais, psicológicos e culturais. Embora a quantidade de sono varie de um para outro, também varia com a idade. Idosos tendem a perder um pouco a capacidade de dormir pela diminuição natural da população neuronal.

O entendimento e observância de uma noite de sono com qualidade é fundamental para manutenção de um corpo saudável e conseqüentemente como método preventivo ao surgimento dos distúrbios do sono. Enquanto na população em geral os distúrbios do sono não são identificados de forma precisa e rápida salienta-se a importância na melhoria da qualidade do sono observando quaisquer alterações que venham a interferir nesta qualidade e

na quantidade do sono habitual. Quando identificado ou mesmo em suspeita da instalação de um distúrbio do sono é de maior importância o acompanhamento por pessoal especializado.

O tratamento dos transtornos do sono vai depender da causa do problema, e para isso deve ser realizada uma investigação minuciosa sobre sua etiologia, destacando-se que a higiene do sono é amplamente recomendada como uma forma eficaz para sua prevenção, além de reduzir a quantidade de medicação ministrada, melhorando a sintomatologia e a qualidade de vida dos pacientes.

A avaliação clínica é fundamental e o exame polissonográfico pode tornar-se uma ferramenta importante para elucidar questões obscuras como os transtornos do sono podem interromper o sono inúmeras vezes levando a queixas de fadiga, desânimo, alterações na concentração, memória, atenção, entre outras que também ocorrem na depressão.

O psicólogo deve fazer um diagnóstico diferencial para tratamento eficaz das queixas e transtornos do sono, a fim de permitir a avaliação e o manejo inteligentes da maioria desses transtornos e indicar a localização de informações ou pareceres sobre problemas clínicos mais complexos.

O diagnóstico precoce é de fundamental importância para prevenir problemas secundários, como problemas cardíacos, depressão, ansiedade e a dependência do álcool. Para isso, o psicólogo precisa questionar a qualidade e a satisfação do sono do paciente sempre e, principalmente, estar devidamente informado sobre a existência destes transtornos e as formas de tratamento.

As pessoas com transtorno do sono podem se beneficiar da terapia comportamental que consiste em uma abordagem psicoterápica que tem como principal objetivo a alteração dos padrões comportamentais envolvidos em algum prejuízo à qualidade de vida das pessoas e que, portanto geram desconforto emocional, risco à vida dos pacientes e de seus familiares.

Esta abordagem psicoterápica avalia que o repertório comportamental é decorrente da história de interação do indivíduo com o ambiente. Deste modo, a alteração dos comportamentos problema se dá através da aprendizagem de novas formas de se comportar diante dos eventos da vida e de uma avaliação mais realística de episódios problemáticos do cotidiano. A mudança comportamental tende a produzir um padrão de vida mais saudável.

Os procedimentos comportamentais são baseados em princípios de aprendizagem e envolvem entre outras coisas a análise e manejo da interação entre o comportamento do cliente e o ambiente em que ele vive e seus relacionamentos interpessoais, a modelagem de novos comportamentos, além de técnicas específicas para cada transtorno.

Conclui-se, portanto que, para se ter qualidade de vida, o sono contribui de forma significativa para que haja harmonia entre o componente psicológico e o funcionamento fisiológico.

Ao contrário, os distúrbios do sono, silenciosamente ou não, podem interferir no contexto social, profissional e familiar, destacando-se a perda de emprego, o rompimento de relações, comprometendo da saúde, desencadeando assim, possíveis problemas de ordem psiquiátrica, podendo levar o indivíduo ao óbito.

Diante deste contexto, o psicólogo pode promover a prevenção e a reabilitação da saúde dos pacientes com transtornos do sono, através de orientações que possibilitem a eficácia terapêutica.

REFERÊNCIAS

ABREU, G.M.A.; INOCENTE, N.J. Dono tranqüilo ou terror noturno: um entendimento para uma melhor qualidade de vida. **V Encontro Latino Americano de Pós-Graduação** – Universidade do Vale do Paraíba, 2005. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br>. Acesso em: 31 fev. 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** -- DSM-IV-TR. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

ANCOLI-ISRAEL, S. The impact and prevalence of chronic insomnia and other sleep disturbances associated with chronic illness. **The American Journal of Managed Care**, v. 12, n. 8, supl. S221-S229, 2006.

ANDRADE, M.M.M. et al. Sleep characteristics of adolescents: a longitudinal study. **J Adoles Health**, v.14, p. 401-406, 1993.

BEZERRA, M.L.S.; VARGAS, A.C.; STUCKUS, M.Z.O. E NASSER, J.A. Transtornos do Sono: Uma Revisão da sua Dimensão. **Revista Prática Hospitalar**, ano V, n. 29, set./out. 2003. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br>.> Acesso: 7 set. 2008.

BIANCHIN, M.M. et al. Estudo do sono e de seus distúrbios. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BITTENCOURT, L.R. A; SILVA, R.S.; SANTOS, R.F. Sonolência excessiva. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 27, n. 1, p. 16-21, 2005.

BOWLING, A.; GABRIEL, Z.; DAKES, J. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. **Int J Aging Hum Dev**, v. 56, n. 4, p. 269-306, 2003.

BUELA-CASAL, G e SANCHEZ, A.I. Avaliação e Tratamento dos Transtornos do Sono. Em B. Range (Org.). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CABALLO, V. E.; NAVARRO, J.F.; SIERRA, J.C. Tratamento comportamental dos transtornos do sono. In: CARLSON, N.R. **Fisiologia do comportamento**. 7 ed São Paulo: Manole, 2002.

CÂMARA, V.D; CÂMARA, W.S. Distúrbios do sono no idoso. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 190-195.

CANANI, S. F.; BARRETO, S.S.M. Sonolência e acidentes automobilísticos. **J. Pneumologia**, São Paulo, v. 27, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 18 mar. 2008.

CHELLAPPA, S.L.; ARAÚJO, J.F. Confiabilidade e reprodutibilidade do Questionário de Hábitos do Sono em pacientes depressivos ambulatoriais. **Rev. Psiq. Clín** v. 34, n. 5, p. 210-214, 2007.

CLARO, G. Bruxismo: uma visão geral. 1998. Monografia da conclusão do curso de especialização em Motricidade Oral. São Paulo: **CEFAC**, Disponível em: <http://www.cefac.br/> Acesso em: 18 mar. 2008.

COELHO, F.M. S. et al. Narcolepsia. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 133-138, set./out.2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 31 mai. 2008.

CRISPIM, C.A. et al. Relação entre sono e obesidade: uma revisão da literatura. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.51, n.7, p.1041-1049, out 2007

DANIELS, E. et al. Health-related quality of life in narcolepsy. **Journal of Sleep Research**, v.10, n. 1, p. 75-81, 2001.

ENGLE-FRIEDMAN, M. et al. The effect of sleep loss on next day effort. **Journal of Sleep Research**, v.10, p. 75-81, 2001.

FERRARA, M.; DE GENNARO, L. How much sleep do we need? **Sleep Medicine**, v. 5, n. 2, p. 155- 179, 2001.

FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) 1999. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

GALLI, M.R. Efeitos da privação de sono sobre o metabolismo hepático de ratos. **Biologia e Medicina do Sono**, 2003. Disponível em: <<http://prograd.unifesp.br/pibic2003/Resumos/25.prn.pdf>> Acesso em: 31 fev. 2008.

GEIB, L. T. C. et al. Sono e envelhecimento. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v.25, n.3, p.453-465, dez, 2003.

GIMENES, M. G. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. In GIMENES, M. G. & FÁVERO, M. H. (Orgs.), **A mulher e o câncer**. São Paulo: Livro Pleno, 2000.

HUBLIN, C. et al. Insufficient sleep: a population-Based study in adults. Sleep: **Journal of Sleep and Sleep Disorders Research**, v. 24, n. 4, p. 392-400, 2001.

ICSD-2. International Classification of sleep disorders. 2. ed. Diagnostic and coding manual. **American Academy of Sleep Medicine**, 2005.

JANSEN, J.M. et al. **Medicina da noite**: da cronobiologia à prática clínica. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2007.

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria**; Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 1169 p

MACEDO, C. R. Bruxismo do sono. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, v.13, n.2, p.18-22. abr. 2008

MADALENA, J.C. **O Sono** - Normal - Patológico – Terapêutico. São Paulo: Byk- prociencx, 1979.

MARTINEZ, Denis, LENZ, Maria do Carmo Sfreddo and MENNA-BARRETO, Luiz. Diagnóstico dos transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano. **J. bras. Pneumol**, v.34, n.3, p.173-180. mar. 2008.

MARTINEZ, D. **Prática da medicina do sono**. São Paulo: BYK, 1999

MONTI, J. M. Insônia primária: diagnóstico diferencial e tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 31-34, jan./mar. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 31 mai. 2008.

MORAWETZ, D. Insomnia and depression: which comes first? **Sleep Research Online**, v.5, n. 2, p. 77-81, 2003.

MORCH, F.L., TONI, P.M. A influência da privação do sono na qualidade de vida. **IX Seminário de pesquisa, iniciação científica**. nov, 2005. Disponível em: <<http://www.utp.br/proppe/IXsempes/psicologia>> Acesso em: 31 fev. 2008.

MÜLLER, M.R.; GUIMARÃES, S.S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estud. psicol.** Campinas, v. 24, n.4, p.519-528. out./dec. 2007

OHAYON, M. M.; HONG, S. C. Prevalence of insomnia and associated factors in South Korea. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 53, n. 1, p. 593-600, 2002.

OKESON, A. **Fundamentos de oclusão e distúrbios temporomandibulares**. São Paulo, Artes Médicas, 1992.

PALMA, B. D. et al . Repercussões imunológicas dos distúrbios do sono: o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal como fator modulador. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 31 fev. 2008

PEREIRA, J.C.; PESSOA, J.H. Síndrome da apnéia/hipopnéia do sono: uma visão pediátrica. **Rev Paul Pediatría**, v. 23, n. 4, p. 184-91, 2005.

PINTO JR, L.R. Os distúrbios do sono em neurologia: Comportamentos anormais Parassônias. **Editorial Moreira**, 2001, p. 594-597. Disponível em: <http://www.sono.org.br/pdf>> Acesso em: 31 fev. 2008

REIMÃO, R. **Sono**: Estudo abrangente. São Paulo: Atheneu, 1996.

_____. **Medicina do sono**. São Paulo: Lemos Editorial, 1999.

ROBERTS, R. E., ROBERTS, C. R., & CHEN, I. G. Functioning of adolescents with symptoms of disturbed sleep. **Journal of Youth and Adolescence**, v.30, n. 1, p. 1-18, 2001.

ROCHA, F. L., et al. Prevalence of sleep complaints and associated factors in community-dwelling older people in Brazil: the Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). **Sleep Medicine**, v.3, n. 3, p. 231-238, 2002.

ROTH, T., et al. A new questionnaire to detect sleep disorders. **Sleep Medicine**, v.3, n. 2, p.99-108, 2002.

SANTOS, S.R.; SANTOS, I.B.C.; FERNANDES, M.G.M. Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's Scale. **Rev Latino Am Enfermagem** v.10, n. 6, p. 757-64, 2002.

SCHENCK, C. H.; MAHOWALD, M. W. Insônia primária: diagnóstico diferencial e tratamento. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 22, n. 1, p. 31-4, 2000.

SILVA, L.M.P.; AURELIANO, F. T.S.; MOTTA, A.R. Atuação fonoaudiológica na síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono: relato de caso. **Rev. CEFAC** , São Paulo, v. 9, n. 4, p. 490-496, 2007 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 31 fev. 2008.

SOUZA, J.C.; GUIMARÃES, L.A.M. **Insônia e qualidade de vida**. Campo Grande: UCDB, 1999, 194p.

TOGEIRO, S. M. G. P.; SMITH, A.K. Métodos diagnósticos nos distúrbios do sono. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.27, SUPLI. 1. p. 8-15, mai. 2005.

TUFIK, S.; POYARES, D. Apresentação: sono, transtornos do sono e uso de hipnoindutores em Psiquiatria. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 30 out. 2008.

XAVIER, Flávio MF et al. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.23, n.2, p.62-70, jun. 2001.

WALSH, J. K. Clinical and socioeconomic correlates of insomnia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, v. 65, n. 8, p. 13-19, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação de doenças mentais da CID-10**. 10 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

VELARDE, J.E.; AVILA, F.C. Methods for quality of life assessment. **Salud Pública Méx.** v. 44, n. 4, p. 349-61, 2002.

VERA H. KOCH, V.H.; NAVARRO, J.M.; OKAY, Y. Enurese Noturna Unidade de Nefrologia do Instituto da Criança Prof. Pedro de Alcântara do Hospital das Clínicas da FMUSP e pela Divisão de Pediatria do Hospital Universitário da USP. 1990. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/51.pdf>>. Acesso em: 31 fev. 2008.

VINCENT, N. K., & WALKER, J. R. Perfectionism and chronic insomnia. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 49, n. 5, p. 349-354, 2000.

ZAMMIT, G. K., et al. Quality of life in people with insomnia. Sleep. **Journal of Sleep Research and Sleep Medicine**, v. 22, n. 2, p. 379-385, 1999.