



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

RENATHA EL RAFIHI FERREIRA

**INVESTIGAÇÃO SOBRE A QUALIDADE DE SONO NO PÓS-
TRATAMENTO DE MULHERES EM ESTÁGIO I OU II DE
CÂNCER DE MAMA**

RENATHA EL RAFIHI FERREIRA

**INVESTIGAÇÃO SOBRE A QUALIDADE DE SONO NO PÓS-
TRATAMENTO DE MULHERES EM ESTÁGIO I OU II DE
CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Análise do Comportamento, ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

Orientadora: Dra. Maria Rita Zoéga Soares.

Londrina
2010

Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

F383i	<p>Ferreira, Renatha El Rafihi. Investigação sobre a qualidade de sono no pós-tratamento de mulheres em estágio I ou II de câncer de mama / Renatha El Rafihi Ferreira. – Londrina, 2010. 73 f.: il.</p> <p>Orientador: Maria Rita Zoéga Soares. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2010. Inclui bibliografia.</p> <p>1. Insônia – Teses. 2. Sono (Psicologia) – Qualidade – Teses. 2. Sono – Aspectos psicológicos – Teses. 3. Distúrbios do sono – Teses. 4. Terapia do comportamento – Teses. 5. Mamas – Câncer – Teses. I. Soares, Maria Rita Zoéga. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 159.963.273</p>
-------	---

RENATHA EL RAFIHI FERREIRA

**INVESTIGAÇÃO SOBRE A QUALIDADE DE SONO NO PÓS-
TRATAMENTO DE MULHERES EM ESTÁGIO I OU II DE CÂNCER DE
MAMA**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Rita Zoéga Soares
UEL – Londrina - PR

Profa. Dra. Márcia Cristina Caserta Gon
UEL – Londrina - PR

Profa. Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos
Miyazaki
FAMERP – São José do Rio Preto - SP

Londrina, 25 de junho de 2010.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por tudo que me ensinaram a ser e acreditar. Por terem plantado em mim o amor, a existência e o interesse pela busca do conhecimento.

À minha mãe que sempre incentivou os meus projetos e contribuiu de todas as formas para que meus ideais se concretizassem. Mãe que admiro e amo em todos os sentidos possíveis. Obrigada por ter proporcionado todas as condições necessárias para que eu concluísse o mestrado.

A minha irmã e meu pai por acreditarem em mim e me incentivarem a novas conquistas.

Ao Carlinhos e a Natália pela paciência, amor, carinho, apoio e incentivo. Por me acompanharem diariamente e terem tornado este período muito confortante e feliz. Vocês foram essenciais.

A minha orientadora, Prof^{ra} Dr^a Maria Rita Zoéga Soares, pela oportunidade, paciência e aprendizagem. Com você aprendi a importância de cada dado coletado para a produção de conhecimento. Em ti vejo um modelo de profissional acadêmico competente, que está sempre em busca de abrir novas portas para novas alianças e conquistas. Foi muito bom e prazeroso trabalhar ao seu lado nesta etapa tão importante para mim.

A Dr^a Maria Laura Nogueira Pires, pela fundamental contribuição no desenvolvimento da minha dissertação. Em ti vejo um modelo de profissional ética e comprometida com a ciência. Obrigada pelo imenso aprendizado que me proporcionou durante esta fase. Com certeza seus ensinamentos vão muito além da produção científica.

A Dr^a Silvia Aparecida Fornazari, por me apresentar a Análise do Comportamento e a pesquisa científica. Obrigada por ter modelado meus comportamentos com muita paciência e carinho. Pessoa que, sem dúvida, vive o que ensina.

As minhas colegas de mestrado Mariana Amaral e Ana Cristine Ruppenthal pelas importantes contribuições durante as reuniões de orientação, pela amizade e incentivo. Estes momentos, sem dúvida, serão sempre lembrados com muito carinho.

Aos professores e colegas do mestrado. Cada um com sua particularidade foram peças essenciais na construção de conhecimento adquirida no programa de mestrado. Obrigada por tornarem prazeroso este período.

Aos estagiários Patrícia M.T. Motta e Eduardo S. Miyazaki, pelas importantes colaborações e contribuições.

Ao Dr. Walter Jorge Sobrinho por sua relevante colaboração.

As participantes, sem as quais esta pesquisa não seria possível.

A todos, *Obrigada!*

APOIO FINANCEIRO

Este trabalho recebeu apoio financeiro do CNPq (Processo 477639/2008-9).

A autora foi bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

FERREIRA, Renatha El Rafihi. **Investigação sobre a qualidade de sono no pós-tratamento de mulheres em estágio I ou II de câncer de mama.** 2010. 73 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Compostamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

RESUMO

Insônia é uma queixa presente em pacientes com câncer de mama, com impacto na morbidade, qualidade de vida, e curso da doença. Embora o tratamento farmacológico seja o mais utilizado, terapias não farmacológicas vêm sendo amplamente estudadas, em particular as relacionadas às mudanças de comportamento como controle de estímulos, higiene e restrição do sono, técnicas de relaxamento, dessensibilização sistemática e intervenções psicológicas. Frequentemente o manejo da insônia envolve uma combinação entre terapia cognitivo-comportamental e medicamentos hipnóticos, embora uma avaliação prévia seja necessária para determinar a etiologia dos sintomas. O objetivo do presente estudo foi fornecer informações referentes à relação entre insônia e câncer de mama, abordando as características clínicas da insônia no contexto da neoplasia mamária, as investigações sobre qualidade de sono e câncer de mama, os tratamentos utilizados, e a eficácia desses para esta população.

Palavras-chave: Insônia. Câncer de mama. Terapia comportamental.

FERREIRA, Renatha El Rafihi. **Research on sleep quality in the post treatment of women in stage I or II breast cancer.** 2010. 73 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Compostamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

ABSTRACT

Insomnia is a complaint present in patients with breast cancer and its consequences can have an impact on morbidity, quality of life, and course of disease. Although pharmacological treatment is the most used, non-pharmacological therapies have been widely studied, particularly those related to changes in behavior such as stimulus control, hygiene and sleep restriction, relaxation techniques, systematic desensitization and psychological interventions. Often the most appropriate intervention for the treatment of insomnia combines cognitive-behavioral therapy and the prescription of hypnotic drugs, but an assessment is necessary to determine the etiology of the symptoms. The aim of this study was to provide information on the relationship between insomnia and breast cancer, including the clinical features of insomnia in the context of breast cancer, the researches on quality of sleep and breast cancer, the most used treatments, and efficiency of these treatments for this population.

Keywords: Insomnia. Breast cancer. Behavioral therapy.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
ARTIGO 1: Insônia em pacientes com câncer de mama	9
ARTIGO 2: Sono, qualidade de vida e depressão em mulheres com câncer de mama.....	26
CAPÍTULO 1: De volta ao sono: aspectos comportamentais e cognitivos da insônia.....	42
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE	58
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	59
ANEXOS	60
Anexo A – Questionário sobre informações médicas e demográficas	61
Anexo B – Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	65
Anexo C – Quality of Life Scale / Câncer Patient / Câncer Survivor	68
Anexo D – Brief Zung Self-Rating Depression Scale	73

APRESENTAÇÃO

Problemas de sono, particularmente insônia, são muito freqüentes em pacientes com câncer de mama. Embora seja um tema de relevância, as informações sobre essa população específica ainda são limitadas quando comparadas com o conhecimento acumulado sobre a insônia e seus impactos na população geral. No Brasil, em particular, a associação entre câncer e problemas de sono é assunto relativamente recente.

A presente dissertação apresenta os resultados obtidos por meio de pesquisa que investigou a qualidade de sono no pós-tratamento de mulheres com câncer de mama. Optamos por apresentá-la em três seções descritas a seguir. A primeira refere-se a uma revisão teórica sobre as características clínicas da insônia no contexto da neoplasia mamária, as investigações sobre qualidade de sono e câncer de mama, os tratamentos utilizados, e a eficácia desses para esta população. Na segunda seção um estudo descritivo e transversal, busca detalhar as queixas de sono em mulheres com câncer de mama e suas associações com qualidade de vida e comportamentos de depressão. E finalmente, a terceira seção compreende um capítulo que apresenta os aspectos cognitivos e comportamentais da insônia, seus métodos de avaliação e os tratamentos mais utilizados para o manejo da insônia, discutindo sua eficácia e perspectivas.

As duas primeiras seções serão submetidas à revista Estudos de Psicologia (Campinas) e à revista Sleep Science, respectivamente. A terceira seção foi elaborada para fazer parte do capítulo do livro Sobre Comportamento e Cognição. Espera-se que o conjunto desses dados venha a contribuir para uma maior compreensão sobre o assunto, servindo também como incentivo para futuros estudos na área.

ARTIGO 1**Insônia em pacientes com câncer de mama¹****Insomnia in patients with breast cancer**Renatha El Rafihi Ferreira²; Maria Rita Zoéga Soares³

Resumo: Insônia é uma queixa presente em pacientes com câncer de mama, com impacto na morbidade, qualidade de vida, e curso da doença. Embora o tratamento farmacológico seja o mais utilizado, terapias não farmacológicas vêm sendo amplamente estudadas, em particular as relacionadas às mudanças de comportamento como controle de estímulos, higiene e restrição do sono, técnicas de relaxamento, dessensibilização sistemática e intervenções psicológicas. Frequentemente o manejo da insônia envolve uma combinação entre terapia cognitivo-comportamental e medicamentos hipnóticos, embora uma avaliação prévia seja necessária para determinar a etiologia dos sintomas. O objetivo do presente estudo foi fornecer informações referentes à relação entre insônia e câncer de mama, abordando as características clínicas da insônia no contexto da neoplasia mamária, as investigações sobre qualidade de sono e câncer de mama, os tratamentos utilizados, e a eficácia desses para esta população.

Palavras-chave: Insônia. Câncer de mama. Terapia comportamental.

Abstract: Insomnia is a complaint present in patients with breast cancer and its consequences can have an impact on morbidity, quality of life, and course of disease. Although pharmacological treatment is the most used, non-pharmacological therapies have been widely studied, particularly those related to changes in behavior such as stimulus control, hygiene and sleep restriction, relaxation techniques, systematic desensitization and psychological interventions. Often the most appropriate intervention for the treatment of insomnia combines cognitive-behavioral therapy and the prescription of hypnotic drugs, but an assessment is necessary to determine the etiology of the symptoms. The aim of this study was to provide information on the relationship between insomnia and breast cancer, including the clinical features of insomnia in the context of breast cancer, the researches on quality

¹ Auxílio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Número do processo: 477639/2008-9. Artigo baseado em dissertação de mestrado "Investigação sobre a qualidade de sono no pós-tratamento de mulheres em estágio I ou II de câncer de mama" a ser defendida em 2010, pelo programa de Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina. A ser submetido à publicação no periódico Estudos de Psicologia – Campinas. O artigo está configurado de acordo com as normas do periódico.

² Mestranda em Análise do Comportamento - Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina - Rodovia Celso Garcia Cid, PR 445, KM 380, Caixa Postal 6001, Cep 86051-990, Londrina, PR, Fone/Fax: (43) 3371-4227. Endereço para correspondência: Maria Rita Zoéga Soares: Rua João Wyclif 185, apto 1303 / Gleba Palhano 86050-450 Londrina-Paraná. Fone/Fax: (43) 33714227 / 99175552 / e-mail: ritazoega@hotmail.com

³ Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano – Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado em Psicologia da Saúde - Universidade de Valencia – Espanha. Docente do Programa de Mestrado em Análise do Comportamento-Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

of sleep and breast cancer, the most used treatments, and efficiency of these treatments for this population.

Keywords: Insomnia. Breast cancer. Behavioral therapy.

Considerado como problema de saúde pública, o câncer de mama é o tumor mais comum entre as mulheres, atingindo altos índices de incidência (49.400) no Brasil (Machado & Sawada, 2008). Embora atualmente o seu tratamento tenha obtido alto nível de sucesso, mulheres nesta condição têm grande probabilidade de desenvolver comportamentos relacionados a depressão, ansiedade, fadiga, estresse, baixa auto-estima e problemas de sono. Há uma relação entre distúrbios de sono e câncer de mama, seja como fator de risco que contribui com o desenvolvimento da doença ou como consequência após o diagnóstico desta (Bower, 2008; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2007).

Mulheres com câncer de mama apresentam riscos de desenvolver problemas de sono e desordens no ciclo adormecer-acordar. Durante o tratamento a má qualidade de sono é uma queixa comum entre essas pacientes, que se tornam, na maioria das vezes, alvo de intervenção farmacológica. Contudo, o tipo e a severidade dos problemas de sono nesta população são difíceis de avaliar. As estimativas da prevalência de distúrbios de sono variam amplamente, oscilando entre valores baixos (24%) e altos (95%), devido a diferenças nas definições de insônia e problemas de sono, além de problemas metodológicos identificados em estudos realizados na área (Fortner, Stepanski, Wang, Kasprovicz, & Durrence, 2002; O'Donnell, 2004; Savard & Morin, 2001).

Pesquisas sobre a relação entre problemas de sono (latência e duração) e câncer de mama são escassas e indicam que os distúrbios de sono aumentam o risco do desenvolvimento da doença. O hormônio melatonina, que tem como função a regulação do sono, é secretado pela glândula pineal na fase de escuro, assim a presença de luz bloqueia a sua formação. A melatonina pode inibir a proliferação das células mamárias, suprimindo a atividade mitótica envolvida com este hormônio. Existem evidências que indicam que poucas horas de sono contribuem para a redução de funções imunológicas (Pinheiro, Schernhammer, Tworoger & Michels, 2006).

O diagnóstico do câncer é uma condição aversiva e pacientes relatam seus piores momentos durante a noite. Verbalizam que no período noturno,

juntamente com a dor, se preocupam e buscam identificar os fatores negativos de sua condição. Apesar da prevalência e do estresse associado, a insônia é pouco estudada em pessoas com câncer e menos compreendida após a fase de tratamento. Tal condição se deve a percepção de que a insônia é uma reação temporária advinda do diagnóstico ou tratamento do câncer. Os próprios pacientes encontram dificuldade para relatar aos médicos seus problemas para dormir. Isto acontece porque muitas vezes as consequências da insônia são minimizadas quando relacionadas ao câncer em si. Além disso, a insônia frequentemente é vista como um sintoma secundário de comportamentos relacionados à depressão ou à ansiedade. Outro fator está diretamente ligado ao desconhecimento de critérios de diagnóstico do transtorno, bem como suas opções de tratamento (Savard & Morin, 2001).

O objetivo deste artigo é fornecer informações referentes à relação entre insônia e câncer de mama, abordando suas características clínicas no contexto da neoplasia mamária, as investigações sobre qualidade de sono e câncer de mama, os tratamentos utilizados, e a eficácia desses no manejo da insônia.

Insônia

De acordo com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (2005) o diagnóstico de insônia ocorre quando há dificuldades repetidas para iniciar e/ou manter o sono, despertar precoce ou sono não restaurador. Tais fatores, em conjunto ou não, resultam em prejuízo para a funcionalidade diurna das pessoas, sendo desconhecida a sua fisiopatologia. No que se refere à sua duração, a insônia é considerada crônica quando os sintomas persistem em um período superior a um mês, e aguda quando estiver diretamente relacionada à presença de um fator estressor e não ultrapassar período superior a três meses (Passos, Tufik, Santana, Poyares, & Mello, 2007).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da insônia estão relacionados à idade elevada, gênero feminino, trabalho, condições médicas e comportamentos de ansiedade e de depressão. Além desses fatores, pacientes com câncer de mama vivenciam o aumento da fadiga e da frequência de ondas de calor associadas com o tratamento.

A natureza da insônia pode variar de acordo com o estágio do câncer. Em estágio inicial, a insônia pode ocorrer como resultado de comportamentos de ansiedade relacionados ao prognóstico e tratamento. Durante o tratamento, efeitos colaterais de medicamentos podem levar à fadiga, e como consequência a insônia. Em estágios avançados, a invasão tumoral pode causar dor intensa, o que pode acarretar dificuldades para dormir (Fiorentino & Ancoli-Israel, 2006; O'Donnell, 2004; Sateia & Lang, 2008).

A insônia reduz a qualidade de vida do paciente, podendo comprometer seu estado de saúde, acarretando consequências negativas como, fadiga, respostas de ansiedade e de depressão, dificuldades de concentração, problemas de memória, redução na produtividade do trabalho, aumento da dor e diminuição da função imune (Epstein & Dirksen, 2007; Sateia & Lang, 2008). Sendo o sono um processo fisiológico e comportamental fundamental para o funcionamento saudável do organismo, sua qualidade em pacientes com câncer de mama tem sido estudada por meio de investigações sistemáticas.

Qualidade de Sono e câncer de mama: Estudos e medidas

Estudos que investigam a relação entre qualidade de sono e câncer de mama utilizam medidas objetivas e/ou subjetivas de registro de sono. Ambas as medidas apresentam limites e vantagens. As medidas objetivas incluem a polissonografia e/ou actigrafia que permitem um maior controle experimental devido à observação direta do registro de variáveis fisiológicas do sono. No entanto, na polissonografia, o paciente precisa passar a noite no laboratório, o que muitas vezes pode afetar respostas referentes ao seu sono. Já em medidas subjetivas estes registros são acessados por meio de instrumentos de auto relato com questões fechadas e/ou por diários de sono. No entanto, medidas polissonográficas já registraram que pacientes que relataram não dormir, apresentaram padrão de sono ativo. Considerando esses aspectos, a utilização da combinação de medidas subjetivas e objetivas é necessária para alcançar um maior controle experimental.

Em combinação com as medidas de sono, são utilizados outros instrumentos para avaliar suporte social, qualidade de vida, comportamentos de depressão e de ansiedade e sintomas como dor, náusea e fadiga. No entanto, essas medidas são usadas para identificar outras variáveis que podem estar relacionadas

à qualidade de vida e de sono desses pacientes. Apenas medidas de sono (instrumentos específicos para avaliá-lo) fornecem uma descrição de sua qualidade ou estabelecem definições empíricas para a identificação de suas características. Estudos que usaram medidas de sono (instrumentos ou pólissonografia) para investigar a sua qualidade em pacientes com câncer apresentam diferentes objetivos, populações e instrumentos de medidas. Considerando tais aspectos apresentaremos alguns estudos que analisam tais variáveis.

Silberfarb, Hauri, Oxman, e Schnurr (1993) avaliaram o padrão de sono de 32 pacientes com câncer (15 com câncer de mama e 17 com câncer de pulmão), 32 voluntários saudáveis com padrão de sono normal e 32 voluntários insones. Todos foram submetidos a uma entrevista semi-estruturada antes, durante e depois da sua estadia no laboratório de sono, onde foram realizadas gravações pólissonográficas. O questionário *Profile of Mood States (POMS)* (Perfil dos estados de humor) foi aplicado a todos os participantes. Os pacientes com câncer responderam também aos inventários *Taylor Manifest Anxiety Scale*, *Barron Ego Strength Scale*, *Jacobs Scale*, para medir comportamentos de depressão e de ansiedade, náusea, dor e fadiga. Os resultados da investigação indicaram que as participantes com câncer de mama demonstraram qualidade similar ao grupo de voluntários com sono normal, não apresentando diferença em qualquer característica de sono. Essas apresentaram eficiência habitual de sono de 84,8 %, tempo total de sono de 384 minutos e latência para início do sono de 21 minutos. Em comparação com os pacientes com câncer de pulmão, essas participantes apresentaram melhor qualidade global de sono, com menos tempo na cama e menor latência para a persistência do sono. Os pacientes com câncer de pulmão e os insones apresentaram resultados similares, indicando pobre qualidade de sono. Não foram detectados distúrbios psiquiátricos em pessoas com câncer, ocorrendo diferenças significativas em termos de humor entre pacientes com câncer de pulmão e de mama. Os dados deste estudo contrapõem a hipótese que queixas relacionadas ao sono são problemas clínicos freqüentes em pacientes com câncer de mama. Porém, o estudo apresentou algumas falhas por não especificar o estágio do câncer desses pacientes, bem como o tipo e a etapa de tratamento em que se encontravam. No entanto, a utilização de uma ampla população subsidiou a comparação da qualidade de sono em diferentes condições clínicas. Além disso, esta investigação usou como medida de sono o método da pólissonografia, que

permitiu um maior controle experimental devido à observação direta das variáveis relacionadas aos registros de sono.

Em contrapartida ao estudo de Silberfarb, et al. (1993), investigações mais recentes sobre a qualidade de sono em mulheres com câncer de mama apresentam resultados que sustentam a hipótese que problemas de sono são freqüentes nesta população. Porém, estes estudos, apresentados a seguir, utilizaram instrumentos de auto-relato como medida para avaliar a qualidade de sono. Esses instrumentos avaliam o comportamento verbal dos participantes, o que constitui um limite por não permitir o acesso direto a algumas variáveis que só estão acessíveis por meio da observação direta.

Koopman, et al. (2002) examinaram distúrbios de sono em relação a comportamentos de depressão, suporte social e cortisol salivar em 97 mulheres com câncer de mama metastático com idades entre 33 e 80 anos. As avaliações psicossociais foram realizadas por meio de questionários que abordaram as variáveis médicas demográficas (*Demographic and Medical Variables*), as respostas de depressão (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale - CES-D*), o suporte social (*Single-Item Measure of Social Support - SIMSS*) e a qualidade de sono (*Structured Insomnia Interview*). O questionário baseado no *Structured Insomnia Interview* foi usado para avaliar a qualidade, a quantidade de sono e o uso de medicação para dormir nos últimos 30 dias. A avaliação do cortisol salivar foi obtida por meio de amostras recolhidas pelas participantes em suas residências ao longo de 03 dias. Os resultados demonstraram que 63% das pacientes apresentaram um ou mais tipos de problemas de sono. Esses problemas referiam-se a despertar durante a noite, dificuldades em adormecer e levantar pela manhã, sonolência diurna, bem como a baixa quantidade de horas de sono. Os autores associam os problemas de sono com pouca instrução, dor, comportamento de depressão e falta de apoio social. A avaliação do cortisol salivar demonstrou que as participantes que dormiram menos horas apresentaram taxas mais altas de cortisol. Essa medida sustenta os dados obtidos nos questionários. No entanto, a pesquisa não utilizou grupo controle, o que impossibilitou a comparação dos resultados com outras populações.

Davidson, MacLean, Brundage, e Schulze (2002) realizaram um estudo que examinou a prevalência de problemas de sono em pacientes com câncer, avaliando as relações com o tratamento oncológico e a natureza da insônia

(tipo, duração e fatores associados). Esta pesquisa foi realizada em 6 hospitais, com 982 pacientes que apresentavam variados diagnósticos de câncer: mama (99% sexo feminino, 1% sexo masculino), gastrointestinal (40% feminino, 60% masculino), geniturinário (0% feminino, 100% masculino), ginecológico (100% feminino, 0% masculino), pulmão (38% feminino, 62% masculino) e não-melanoma (35% feminino, 65% masculino), sendo que os pacientes diagnosticados com não-melanoma faziam parte do grupo controle, e os demais do grupo clínico. Os participantes responderam um breve questionário sobre qualidade de sono (*Sleep Survey*) que indagava, nas quatro semanas anteriores, sobre a presença de insônia, dificuldade respiratória, agitação nas pernas durante o sono, movimentos repetitivos das pernas, pesadelos, sonolência excessiva, fadiga, quantidade de horas de sono e o uso de tranqüilizantes ou medicação para dormir. Os resultados indicaram que 31% da amostra apresentaram insônia, 44% fadiga e 28% sono excessivo, sendo que pacientes com câncer de mama relataram alta prevalência de insônia (37,8%) e fadiga (48%). Cerca de 48% desses casos apontaram a ocorrência de insônia na fase de diagnóstico do câncer (seis meses pré-diagnóstico a dezoito meses pós-diagnóstico). O grande número de participantes, com diferentes tipos de câncer permitiu uma ampla comparação de dados. Todavia, o estudo não questionou o estágio da doença nesses pacientes.

Em uma amostra com 72 mulheres com neoplasia mamária (19 pré-tratamento, 29 em tratamento, 23 pós-tratamento), Fortner et al. (2002) buscaram avaliar a qualidade de sono utilizando o instrumento *Pittsburgh Sleep Quality Index PSQI* e relacionando com dados de saúde e qualidade de vida, medidos pelo *Rand 36-Item Health Survey*. O *PSQI* abordou a qualidade de sono global dessas mulheres, durante as últimas quatro semanas, pautada em sete componentes do sono: qualidade subjetiva, latência, duração, eficiência habitual, distúrbios, uso de medicações para dormir e sonolência diurna. Verificaram que 61% das pacientes com câncer de mama demonstraram má qualidade de sono. Nesta população a qualidade de sono foi caracterizada pela redução do tempo total de sono, com presença de sono perturbado e ocorrência de dores, noctúria, calor, tosse e ronco alto. Entretanto, este estudo comparou a estimativa desses distúrbios em pacientes oncológicos com indivíduos com outras enfermidades, demonstrando não haver diferença significativa no padrão de sono entre estes dois grupos. A existência de um grupo controle permitiu que a pesquisa discutisse os dados comparados a outra

população. Contudo, os autores não compararam a qualidade de sono com a etapa de tratamento (pré, durante e pós-tratamento) entre as mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

O estudo de Bardwell, et al. (2008) teve como objetivo avaliar os fatores de risco para insônia em mulheres com história de câncer de mama. As participantes do estudo foram 2645 mulheres em condição de pós-tratamento para o estágio I de câncer de mama há no máximo quatro meses. As pacientes forneceram dados sobre variáveis relacionadas ao câncer, características pessoais, comportamentos saudáveis, sintomas físicos de saúde, variáveis psicossociais e qualidade de sono (*Women's Health Initiative-Insomnia Rating Scale - WHI-IRS*). O instrumento *WHI-IRS* avalia a qualidade de sono correspondente as quatro últimas semanas por meio de dez questões relacionadas ao uso de medicação para dormir, álcool, sonolência diurna, quantidade de horas de sono, dificuldades em iniciar, manter o sono e acordar pela manhã. Os resultados do estudo indicaram que 39% das mulheres apresentavam insônia. O comportamento de depressão e os sintomas vasomotores, especialmente os suores noturnos, apareceram como fatores de risco significativos para a presença de insônia. Apesar de utilizar grande número de participantes, a pesquisa apresentou algumas limitações que comprometeram a generalização dos dados. Essas mulheres eram predominantemente brancas, não hispânicas, casadas e voluntárias em um estudo que investigava o efeito da modificação da dieta alimentar sobre a recidiva do câncer de mama. Assim, estas mulheres podem ter comportamentos de saúde específicos, que pode não ser representativo a todas as mulheres em fase inicial de câncer de mama.

Estudos nacionais sobre a qualidade de sono em pacientes oncológicos são pouco encontrados. Furlani e Ceolim (2006) realizaram uma pesquisa exploratória e descritiva que teve como objetivo descrever a qualidade de sono de 25 mulheres, com idade entre 25 a 77 anos, com câncer ginecológico e/ou mamário e compará-la à qualidade de sono das mesmas durante a hospitalização. Para a coleta de dados o *PSQI* foi aplicado duas vezes: até 72 horas após a hospitalização e logo depois da alta hospitalar. O estudo constatou que 52% (38,5% neoplasia mamária; 38,5% neoplasia de colo de útero; 23% neoplasia de endométrio) dessas participantes apresentavam má qualidade de sono habitual e que na hospitalização esta porcentagem elevou-se para 80%. Entre as mulheres com má qualidade de sono habitual destacaram-se perturbações referentes ao

despertar precoce (92%), necessidade de ir ao banheiro (92%), episódios de dor (69,3%) e sensação de calor durante a noite (46,2%). Durante a hospitalização, as perturbações referiam-se ao despertar precoce (75%), ocorrência de episódios de dor (45%), calor durante a noite (30%) e barulhos (20%). Este estudo só enfocou pacientes com diagnóstico de câncer (mamário e ginecológico), não comparando a outra população que vivenciasse as mesmas condições de hospitalização. Assim, torna-se difícil apontar se a má qualidade de sono resultou da doença ou da hospitalização.

Como mostram as pesquisas apresentadas, a insônia é uma queixa presente em pessoas com câncer de mama. Independentemente da etiologia, a insônia pode ter um profundo impacto na morbidade, qualidade de vida, e curso da doença nesta população. Quando o sono desses pacientes apresenta-se de forma adequada, o estresse é reduzido, os níveis de cortisol diminuem, e o sistema imunológico é reativado. Assim, o tratamento da insônia pode melhorar a qualidade de vida e até mesmo ajudar a retardar a progressão da doença (O'Donnell, 2004). Devido a esta condição, enfatiza-se a necessidade de tratar esta problemática. A seguir são apresentados os tratamentos mais utilizados no manejo da insônia, bem como possíveis adaptações dessas intervenções a população com câncer de mama.

Tratamentos para Insônia

Os tratamentos para insônia são baseados na redução de comportamentos de ansiedade e de excitação fisiológicas. São considerados efetivos quando reduzem a latência do sono para um tempo inferior a 30 minutos, quando ocorre o aumento total do sono em um tempo superior a 30 minutos e quando há melhora na funcionalidade diurna do indivíduo (Ringdahl, Pereira & Delzell, 2004).

Segundo O'Donnell (2004) a causalidade da insônia em pacientes oncológicos envolve vários fatores (fatores ambientais e comportamentais, doenças relacionadas, tratamento aversivo, etc) e o seu tratamento deve incluir terapia farmacológica e não-farmacológica. Desta forma, o tratamento deve focar em determinados fatores, como dor, comportamentos de ansiedade e depressão, flutuações hormonais. O uso de hipnóticos, por exemplo, ajuda a reduzir os efeitos dos corticosteróides (dexametasona) que estão presentes no tratamento da

quimioterapia e que provocam insônia. A modificação de estímulos do ambiente (iluminação, ruído, calor) pode reduzir as perturbações ambientais que causam interrupção do sono. Para o autor a terapia comportamental, incluindo a terapia de relaxamento, facilita a redução do estresse e do comportamento de ansiedade. Assim, o tratamento farmacológico e não-farmacológico em conjunto podem fornecer uma melhor qualidade de sono para os pacientes.

Terapia Farmacológica

O tratamento mais utilizado para insônia é o farmacológico, que inclui a prescrição de medicamentos como os benzodiazepínicos, benzodiazepínicos agonistas (BzRAs), anti-depressivos, anti-histamínicos, e mais recentemente a melatonina. Em pessoas com câncer, a insônia é geralmente tratada com drogas hipnóticas. A literatura sobre esses medicamentos benzodiazepínicos mostra que BzRAs normalmente são eficazes na redução da latência do sono, no aumento do tempo total de sono e/ou na melhora da continuidade do sono. No entanto, existem controvérsias para o uso de algumas drogas hipnóticas, por serem um tratamento paliativo e não curativo, em casos de insônia crônica, além de diversos efeitos colaterais, como dependência fisiológica e psicológica. Em função desses aspectos, e das interações com outras medicações relacionadas ao tratamento de câncer, eventualmente algumas pessoas dão preferências por tratamentos não-farmacológicos (Fiorentino & Ancoli-Israel, 2006). De forma geral, o tratamento farmacológico apresenta resultados efetivos em curto prazo. No entanto, a utilização prolongada de medicamentos em longo prazo resulta em conseqüências negativas como a dependência e a tolerância. Diante disso, os estudos de intervenções não medicamentosas para o manejo da insônia estão sendo ampliados.

As estratégias não-farmacológicas mais abordadas para o tratamento da insônia são aquelas relacionadas a mudanças de comportamento. Entre estas estão a higiene do sono, o controle de estímulos, a restrição do sono, as técnicas de relaxamento (progressivo, autógeno e o biofeedback), a dessensibilização sistemática e a intervenção psicológica. Tais técnicas podem ser administradas em grupo ou individualmente (Buela-Casal & Sánchez, 2001; Passos, et al. 2007; Riba, 1993). As descrições dessas técnicas são apresentadas a seguir.

Terapia não farmacológica

A higiene do sono é um método que tem como objetivo educar os hábitos relacionados à saúde, ou seja, modificar os comportamentos inapropriados que afetam negativamente o sono do indivíduo. Recomendações da higiene do sono incluem: 1) Evitar a utilização de nicotina, consumo de cafeína e bebidas alcoólicas, nas últimas 4 a 6 horas que antecedem o sono; 2) Evitar quantidades excessivas de alimentos e/ou líquidos antes do momento de dormir; 3) Utilizar o quarto e a cama apenas para dormir e praticar atividade sexual; 4) Diminuir as sestas e/ou descansos diurnos; 5) Manter uma temperatura agradável (cobertor/ar-condicionado) no quarto durante o sono; 6) Reduzir os níveis de luz (cortinas na janela) e ruído (com tampão de ouvido) durante o período do sono; 7) Não realizar em excesso a prática de exercícios físicos momentos antes de dormir; 8) Retirar o relógio do quarto para reduzir possíveis comportamentos de ansiedade (Buena-Casal & Sánchez, 2001; Passos, et al. 2007).

Proposta por Richard Bootzin em 1972, a terapia do controle de estímulos foi recomendada pela American Academy of Sleep Medicine (AASM) para o tratamento não farmacológico da insônia crônica. Este método defende que a insônia é uma resposta condicionada aos fatores ambientais (quarto e cama) e temporais (tempo na cama) relacionados ao sono. Desta forma, seu objetivo é reforçar ou restabelecer a associação entre quarto e cama com um rápido início de sono. Assim, é realizado um planejamento consistente do ciclo vigília-sono, que pode ser observado em algumas das recomendações da técnica, descritas a seguir.

- 1) Manter um horário fixo para acordar, 7 dias por semana, independente da quantidade de horas de sono durante a noite;
- 2) Procurar ir para cama apenas quando tiver sono;
- 3) Evitar realizar certas atividades no quarto de dormir (comer, ver televisão, ler, utilizar o computador, etc.);
- 4) Estabelecer um conjunto de comportamentos que indiquem a proximidade do momento de dormir, procurando realizar esses comportamentos todas as noites na mesma ordem (escovar os dentes, fechar a porta, apagar a luz, etc.);
- 5) Se após deitar, aos 30 minutos não conseguir dormir, é recomendado levantar e mudar de ambiente, podendo realizar alguma atividade tranquila até começar a sentir sono, e então, retornar ao quarto de dormir;
- 6) Não dormir durante o dia, o que permitirá ter mais sono durante a noite

(Buela-Casal & Sánchez, 2001; Passos, et al. 2007; Riba, 1993; Smith & Neubauer, 2003).

A terapia de restrição do sono visa reduzir o tempo despendido na cama, de forma que este se aproxime do tempo total de sono. Para isto, é necessário treinar o paciente para ir para cama somente quando estiver com sono, e levantar-se se não conseguir dormir em um período de 15 minutos. Quando a eficiência do sono for menor que 90% deve ser efetuada uma redução semanal de 15 a 20 minutos no tempo despendido na cama, até alcançar uma eficiência de sono de 90%. A partir disto, devem ser incrementados os 15-20 minutos semanais até alcançar o tempo total de sono suficiente. Algumas considerações são necessárias quando esta técnica é utilizada. 1) O tempo que o individuo passa na cama não deve ser menor que 4,5 horas; 2) As mudanças do número de horas na cama, devem ser realizadas toda semana; 3) O critério específico de eficiência de sono é estabelecido em função de cada paciente; 4) Deve ser programado para cada paciente o momento de deitar-se e o momento de levantar-se; 5) O momento de deitar e de levantar deve ser estabelecido pelo próprio individuo, considerando o seu sono noturno e seu funcionamento diário (Becker, 2005; Buela-Casal & Sánchez, 2001; Morín, 1994; Passos, et al. 2007; Smith & Neubauer, 2003).

As técnicas de relaxamento objetivam a redução da estimulação fisiológica e/ou cognitiva que afetam o ato de dormir. As técnicas de relaxamento mais utilizadas no manejo da insônia são o Progressivo, o Autógeno e o Biofeedback. O relaxamento progressivo foi desenvolvido em 1929, por Jacobson. O método visa ensinar a pessoa a relaxar por meio de uma série de exercícios em que o individuo tensiona e relaxa de modo alternativo diferentes grupos musculares. O Autógeno, desenvolvido em 1959 por Schultz e Luthe, consiste em um conjunto de frases elaboradas que o paciente imagina e que produzem sensações corporais (Sensações de peso e calor nas extremidades e abdômen, regulação da atividade respiratória e cardíaca, e sensação de frio na frente). Já o Biofeedback é uma técnica que utiliza estímulos auditivos, como músicas, e visuais, como imagens confortáveis, para desfocar a atenção do paciente (Berlim, Lobato & Manfro, 2005; Becker, 2005; Buela-Casal & Sanchez, 2001; Passos, et al. 2007; Smith & Neubauer, 2003).

A dessensibilização sistemática é uma técnica muito utilizada na terapia comportamental, que visa reduzir respostas de ansiedade e eliminar

comportamentos de evitação. Este método inclui quatro passos: 1) Treino em relaxamento; 2) Construção de uma hierarquia de itens ou estímulos geradores de comportamentos de ansiedade; 3) Avaliação e prática em imaginação; 4) Dessensibilização sistemática propriamente dita, que consiste na apresentação dos itens a serem imaginados enquanto é aplicado o relaxamento. Ao ser estruturada a hierarquia, os itens devem estar relacionados a condições que fazem menção ao horário de dormir (Escovar os dentes, colocar pijama, apagar a luz, deitar, etc.). Após elaborada a hierarquia, são aplicados cada um dos itens que a compõem (Buela-Casal & Sánchez, 2001).

A intervenção psicológica na abordagem cognitiva defende que o insone apresenta crenças disfuncionais e atitudes em relação ao sono, que funcionam como fatores mediadores do transtorno. Assim, a terapia cognitiva visa identificar as cognições disfuncionais, de forma a substituí-las por cognições mais adaptativas, por meio de técnicas como a detecção do pensamento, a intenção paradoxal, a reestruturação cognitiva e a imaginação. Desta forma, a utilização das técnicas da terapia cognitiva direcionam-se a: 1) Identificar e corrigir os erros conceituais que o insone tem a cerca das causas do transtorno e sobre os erros atribucionais das conseqüências deste; 2) Alterar expectativas irreais sobre o sono, fornecendo ao individuo informações a cerca das mudanças normais do sono (Mudanças devido a idade, diferentes padrões de sono); 3) Trabalhar a resposta de ansiedade do paciente relacionada a situação de tentativas de controlar o sono; 4) Suprimir as crenças sobre hábitos de sono “corretos” (Buela-Casal & Sánchez, 2001; Morín, 1994).

Segundo Fiorentino e Ancoli-Israel (2006) os tratamentos cognitivo-comportamentais são tão eficazes, e talvez mais eficazes que o tratamento farmacológico para a insônia. Há evidências de que a farmacoterapia é efetiva na fase aguda da insônia, e que os tratamentos cognitivo-comportamentais apresentam melhores resultados a longo prazo. Comparada a farmacoterapia, a terapia cognitivo-comportamental apresenta vantagens, pois nesta intervenção o indivíduo desenvolve habilidades de enfrentamento para combater a insônia aguda, como também previne a gravidade de possíveis episódios futuros de insônia. O *NIH State of the Science Conference Statement on Insomnia* (2005) também afirmou que este tipo de terapia é tão eficaz quanto os medicamentos prescritos para o tratamento

breve da insônia crônica. Sustenta-se que seus efeitos benéficos, em contraste com aqueles produzidos por medicamentos, persistem após o término do tratamento.

Embora a terapia não-farmacológica seja uma forma segura e eficaz de tratamento para insônia, muitos de seus componentes podem ser de difícil aplicação em pacientes com câncer. Por exemplo, pessoas com câncer que estão internadas podem passar todas as suas horas de sono, bem como as horas de vigília na cama, tornando-se difícil de implementar técnicas como o controle do estímulo, higiene e restrição de sono. O ambiente hospitalar freqüentemente não é propício para uma boa noite de sono, devido suas luzes, ruídos e freqüentes interrupções de procedimentos e controle. Efeitos relacionados ao tratamento do câncer, como a fadiga ou náuseas podem dificultar a restrição do sono durante o dia. Portanto, em casos de hospitalização a farmacoterapia pode ser necessária (O'Donnell, 2004).

Considerações Finais

Este estudo sobre insônia e câncer de mama evidencia a amplitude e a diversidade de resultados de investigações e opções de tratamento, revelando a necessidade de um estudo mais detalhado sobre a relação entre câncer de mama e problemas de sono. Pouco se sabe sobre a relação entre os tipos de insônia e o câncer de mama, ou os estágios do câncer e os tipos de tratamentos para o manejo da insônia. Além disso, os estudos apresentam poucas evidências sobre os processos etiológicos, fatores de risco e de proteção para insônia nesta população. A perturbação do sono é comum nesses pacientes, mas há muitas mulheres com câncer de mama que não desenvolvem insônia, e entre aquelas que apresentam, existem diferenças de severidade.

Devido esta variabilidade no desenvolvimento e na evolução da insônia, Fiorentino e Ancoli-Israel (2006) levantam alguns questionamentos como: 1) Por que algumas mulheres com câncer de mama desenvolvem insônia e outras não? 2) Por que a insônia se torna mais grave e crônica em alguns pacientes e em outros não? 3) Por que algumas pessoas apresentam insônia após o término do tratamento? 4) Por que algumas pessoas se beneficiam com tratamentos farmacológicos e outras com terapias comportamentais? As autoras enfatizam que é provável que diferentes tipos de insônia (insônia primária ou secundária) e diferentes

estágios de câncer (inicial, médio e tardio) resultam em diferentes caminhos etiológicos que interagem diferencialmente com correlações fisiológicas, comportamentais e sociais do câncer de mama. Para entender estes processos são necessários mais estudos para investigar a relação entre fatores biológicos, comportamentais e ambientais em mulheres com câncer de mama que sofrem de insônia em comparação com aquelas que não apresentam tal transtorno.

Em suma, a presença de queixas de insônia em pacientes com câncer de mama merece atenção, uma vez que o transtorno não tratado pode levar à fadiga, distúrbios comportamentais, diminuição da função imune, e redução na qualidade de vida de pacientes. O manejo da insônia em pacientes com câncer deve começar com uma cuidadosa avaliação para determinar a etiologia dos sintomas, como dor, fatores ambientais, respostas de depressão e ansiedade. O foco da terapia deve ser os fatores que podem causar a insônia. Se os sintomas persistirem, O'Donnell (2004) sugere que um plano de tratamento que combina terapia cognitivo-comportamental e prescrição de medicamentos hipnóticos pode ajudar a aliviar os sintomas de insônia, melhorando assim a qualidade de vida dessas pessoas.

Referências

American Academy of Sleep Medicine (2005). *The International Classification of Sleep Disorders, Second Edition: Diagnostic and Coding Manual*. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.

Bardwell, W. A., Profant, J., Casden, D. R., Dimsdale, J. E., Ancoli-Israel, S., Natarajan, L., Rock, C.L. & Pierce, J.P. (2008). The relative importance of specific risk factors for insomnia in women treated for early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17, 9 – 18.

Becker, P.M. (2005). Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments of Insomnia. *Neurologic Clinics*, 23, 1149-1163.

Berlim, M.T., Lobato, M.I. & Manfro, G.G. (2005). Diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia. *Psicofármacos: Consulta Rápida*, p.385, Porto Alegre: Artmed.

Bower, J. (2008). Behavioral Symptoms in Patients with Breast Cancer and Survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 768-777.

Buela-Casal, G., Sánchez, A.I. (2001) Avaliação e tratamento dos transtornos do sono. In B. Rangé (Org). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. (pp.449-460). Porto Alegre: Artmed Editora.

- Davidson, J.R., MacLean, A.W., Brundage, M.D. & Schulze, K. (2002). Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science & Medicine*, 54, 1309–1321.
- Epstein, D.R. & Dirksen, S.R. (2007) Randomized Trial of a Cognitive-Behavioral Intervention for Insomnia in Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34(5), E51-E59.
- Fiorentino, L. & Ancoli-Israel, S. (2006). Insomnia and its treatment in women with breast cancer. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 419-429.
- Fortner, B.V., Stepanski, E.J., Wang, S.C., Kasprovicz, S., & Durrence, H.H. (2002). Sleep and quality of life in breast cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(05), 471-480.
- Furlani, R. & Ceolim, M.F. (2006). Qualidade do sono de mulheres portadoras de câncer ginecológico e mamário. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(6), 872-878.
- Koopman, C., Nouriani, B., Erickson, V., Anupindi, R., Butler, L.D., Bachmann, M.H., Sephton, S.E. & Spiegel, D. (2002) Sleep disturbances in women with metastatic breast cancer. *Breast Journal*, 8, 362–370.
- Machado, S.M. & Sawada, N.O. (2008). Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), 750-757.
- Morín, C.M. (1994) *Insomnio: Asistencia y tratamiento psicológico*. Barcelona: Ariel Psicología.
- NIH State of the Science Conference Statement on Insomnia.(2005) Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. *Sleep*, 28, 1049–1058.
- O'Donnell, J.F. (2004). Insomnia in Cancer Patients. *Clinical Cornerstone*, 6(1), S6-S14.
- Passos, G.S., Tufik, S., Santana, M.G., Poyares, D., & Mello, M.T. (2007). Tratamento não farmacológico para insônia crônica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), 279-282.
- Pinheiro, S.P., Schernhammer, E.S., Tworoger, S.S. & Michels, K.B. (2006). A Prospective Study on Habitual Duration of Sleep and Incidence of Breast Cancer in a Large Cohort of Women. *Cancer Res*, 66 (10): 5521-5525.
- Reich, M., Lesur, A. & Perdrizet-Chevallier, C. (2007). Depression, Quality of life and Breast Cancer: a Review of the Literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110(1): 9-17.
- Riba, F.J. (1993). Insomnia: Behavioural and Cognitive Interventions. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization (Behavioural Science Learning Modules).

Ringdahl, E.N., Pereira, S.L. & Delzell, J.E. Jr.(2004) Treatment of primary insomnia. *J Am Board Fam Pract.*;17(3):212-9.

Sateia, M.J. & Lang, B.J. (2008). Sleep and Cancer: Recent Developments. *Current Oncology Reports*, 10, 309-318.

Savard, J. & Morin, C.M. (2001). Insomnia in the Context of Cancer: A Review of a Neglected Problem. *Journal Of Clinical Oncology*, 19, 895-908.

Silberfarb, P.M., Hauri, P.J., Oxman, T.E. & Schnurr P.P. (1993). Assessment of sleep in patients with lung cancer and breast cancer. *J Clin Onco*, 11, 997–1004.

Smith, M.T. & Neubauer, D.N. (2003). Cognitive Behavior Therapy for Chronic Insomnia. *Clinical Cornerstone*, 5(3): 28-40.

ARTIGO 2

Sono, qualidade de vida e depressão em mulheres com câncer de mama¹

Sono, qualidade de vida e sintomas de depressão em mulheres com câncer de mama

Renatha El Rafihi-Ferreira²; Maria Laura Nogueira Pires³; Maria Rita Zoéga Soares⁴

Resumo: Objetivos: 1) Comparar a qualidade de sono entre mulheres com e sem histórico de câncer de mama; e 2) Avaliar e correlacionar qualidade de sono, qualidade de vida e depressão em mulheres com histórico prévio de câncer de mama. **Método:** Participaram do estudo 50 mulheres em pós tratamento de câncer de mama (grupo clínico) e 50 mulheres controles. Todas responderam a um questionário médico-demográfico e o *Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI)*. As participantes do grupo clínico também responderam aos instrumentos *Quality of Life Cancer Survivor (QOL-CS)* e *Brief Zung Self-Rating Depression Scale (BZSDS)*.

Resultados: Em comparação com o grupo controle, as queixas de nictúria, calor e despertares noturnos ou precoces foram mais freqüentemente referidos pelas mulheres do grupo clínico ($p < 0,05$). Mulheres do grupo clínico classificadas pelo *PSQI* como tendo má qualidade de sono apresentaram latência do sono significativamente maior ($p < 0,05$) e uma menor eficiência do sono ($p < 0,05$) em comparação as demais. Mulheres do grupo clínico com má qualidade do sono referiram maior comprometimento na qualidade de vida ($p < 0,05$) e depressão ($p < 0,05$). **Conclusão:** Problemas de sono em mulheres com câncer de mama são comuns e estão fortemente associados com aspectos de qualidade de vida e bem estar psicológico.

Palavras-chave: Câncer de mama. Insônia. Qualidade de vida. Depressão.

Abstract: Objective: 1) Compare the sleep quality between women with and without a history of breast cancer 2) Evaluate and correlate quality of sleep, quality of life and depression in women with a previous history of breast cancer.

Methods: Fifty breast cancer women in the post-treatment phase (clinical group) and 50 control women participated in this study. All of them answered a clinical-demographics and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) questionnaires. The clinical group women also completed the Quality of Life Cancer-Survivor (QOL-CS) and the Brief Zung Self-Rating Depression Scale (BZSRDS) questionnaires.

Results: Complaints of nycturia, heat and nocturnal or earlier than desired awakenings were more often reported by the clinical group as compared with the controls ($p < 0,05$). Clinical group women classified by the PSQI as bad sleepers reported longer sleep latency ($p < 0,05$) and lower sleep efficiency ($p < 0,05$) than those

² Universidade Estadual de Londrina - UEL: Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento.

³ Universidade Estadual Paulista Julio Mesquita Filho - Unesp-Campus Assis: Departamento de Psicologia Experimental e do Trabalho.

⁴ Universidade Estadual de Londrina - UEL: Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento.

considered good sleepers. The former group also had worse quality of life ($p < 0,05$) and more depressive symptoms ($p < 0,05$). **Conclusion:** Sleep complaints in breast cancer women are frequent and strongly associated with quality of life and psychological well being.

Key words: Breast cancer. Insomnia. Quality of life. Depression.

Introdução

Queixas de sono, particularmente insônia, são freqüentes em pacientes com câncer de mama, com prevalências que superam as encontradas na população geral. Os resultados sumarizados em recente revisão sobre o tema e estudos complementares mostram que a prevalência da insônia, tanto na hospitalização, quanto ao longo do tratamento ou depois, podem variar entre 23% e 80% (1,2,3). Contudo, diferentemente da atenção que recebem outras manifestações físicas ou psicológicas que acometem o paciente oncológico, como fadiga, dor, náusea, depressão e ansiedade, problemas de sono são vistos como uma reação esperada e temporária, advinda das circunstâncias estressoras que circundam o diagnóstico (impacto emocional, ansiedade, depressão, sensação de incerteza) e tratamento (hospitalização, procedimentos cirúrgicos, efeitos colaterais de medicação como náusea e vômito). No entanto, embora tal miríade de estressores seja o evento precipitante, a dificuldade em obter um sono de boa qualidade e de duração adequada pode se perpetuar em decorrência do estabelecimento de hábitos inadequados de sono em resposta a eles (4). Assim, freqüentemente, pacientes oncológicos passam períodos prolongados na cama, a cochilarem em momentos variados ao longo do dia, e a terem momentos de dormir e acordar irregulares (5).

Contudo, a despeito dos reconhecidos aspectos negativos da insonia, Savard e Morin (4) salientam que os próprios pacientes minimizam suas dificuldades com o sono, relativizando sua importância em comparação aos demais aspectos relacionados ao câncer, os quais julgam mais importantes para seu próprio bem estar. Também, freqüentemente os profissionais da saúde envolvidos nos cuidados ao paciente oncológico vêem a insônia como um sintoma secundário à depressão ou ansiedade, cujo alívio estaria então na dependência da resolução dessas condições primárias. Ainda, de acordo com Savard e Morin (4), há um conhecimento insuficiente, por parte da equipe de saúde, sobre aspectos

relacionados ao diagnóstico e opções de tratamento da insônia, o que torna o cenário ainda mais necessário de atenção.

Embora distúrbios de sono em pacientes oncológicos seja um tema de relevância as informações sobre essa população específica ainda são limitadas quando comparadas com o conhecimento acumulado sobre a insônia e seus impactos na população geral. No Brasil, em particular, a associação entre câncer e problemas de sono é assunto relativamente recente, com estudos em mulheres com câncer ginecológico e mamário em período de hospitalização (2), em pacientes em tratamento com câncer urinário, de cabeça e pescoço (6) e em adolescentes sobreviventes de câncer infantil (7). Visando ampliar a compreensão sobre o tema, os objetivos deste estudo foram: 1) Comparar a qualidade de sono entre mulheres com e sem histórico de câncer de mama; e 2) Avaliar e correlacionar qualidade de sono, qualidade de vida e depressão em mulheres com histórico prévio de câncer de mama.

Material e Método

Participantes: Fizeram parte do estudo cinquenta mulheres adultas com histórico de câncer de mama (Estágio I ou II), que se encontravam entre um a dez anos de pós-tratamento (cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia) e cinquenta mulheres adultas sem diagnóstico prévio ou atual de qualquer tipo de câncer e com resultados negativos em testes de mamografia. O critério de exclusão utilizado foi a presença de encefalopatia (aguda ou crônica) e distúrbios psiquiátricos graves, suficientes para impedir a participação no estudo. Todas as participantes eram pacientes de uma clínica privada de ginecologia / mastologia, situada na cidade de Londrina (PR).

Instrumentos:

A. Questionário sobre informação médica-demográfica (Anexo A): Composto por itens relacionados às informações médicas (situação e estágio da enfermidade, medicação, terapias, inclusive terapia oncológica atual e medicação para cuidados paliativos) e demográficas (idade, escolaridade, estado civil, atividade remunerada) (8).

B. *Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI)* (Índice de Qualidade de Sono Pittsburgh) (Anexo B): Este instrumento é composto por sete áreas relacionadas ao sono (qualidade subjetiva, latência, duração, eficiência habitual, distúrbios, uso de medicação para dormir e sonolência diurna) que resultam em um escore (de 0 a 21) correspondente a qualidade global de sono. A obtenção de até 5 pontos indica boa qualidade de sono, e acima de 5 pontos, má qualidade de sono (9).

C. *Quality of Life Cancer Survivor (QOL-CS)* (Escala de Qualidade de vida em sobreviventes de câncer) (Anexo C): Instrumento descreve a qualidade de vida de pessoas que encontram-se em pós tratamento de câncer. É composto por 41 itens que são divididos em quatro sub-escalas, físico (8 itens), psicológico (18 itens), social (8 itens) e espiritual (7 itens). Os itens são respondidas por meio de uma escala que varia de 0 (pior resultado) a 10 (melhor resposta) (10).

D. *Brief Zung Self-Rating Depression Scale (BZSDS)* (Escala Breve de Auto-avaliação em Depressão de Zung) (Anexo D): O instrumento avalia a presença de sintomas depressivos, e é composto por onze itens que são respondidos por meio de uma escala de 1 a 4. Escores entre 22 a 32 são indicativos de depressão com gravidade leve, entre 33 a 38 com gravidade moderada e entre 39 a 44 com gravidade severa (11).

Procedimento:

As mulheres foram identificadas por meio de prontuário e posteriormente encaminhadas para participação na pesquisa por médico responsável pela clínica. Todas foram contatadas via telefone pela pesquisadora e convidadas a participar da pesquisa. De todas as mulheres (grupo clínico) que atenderam os critérios de inclusão do estudo (n=71), 21 declinaram a participação. Antes de responderem aos instrumentos de avaliação, elas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as participantes responderam o Questionário sobre informação médica-demográfica e o *PSQI*. Os instrumentos *QOL-CS* e *BZSDS* foram aplicados somente nas participantes do grupo clínico. Ao final da pesquisa, o mastologista recebeu uma listagem de nomes de mulheres que foram identificadas como tendo má qualidade de sono para posterior avaliação. Este estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres

Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (Processo nº 210/09).

Análise dos dados:

Foram realizadas análises descritivas (proporções, médias e desvios padrões). Diferenças entre proporções nas variáveis clínicas e demográficas foram analisadas usando o teste Z. Comparações entre os padrões de sono nos grupos controle e clínico classificados com boa ou má qualidade de sono foram feitas por meio de análise de variância de duas vias, seguido pelo teste de Newman-Keuls quando apropriado. Comparações entre os escores no *QOL-CS* e *BZDRS* obtidos pelas mulheres do grupo clínico classificadas com boa ou má qualidade de sono foram realizadas por meio do teste t e pelo cálculo da magnitude do efeito (“effect size”; ES). A magnitude do efeito foi estimada como a diferença entre as médias dos grupos com boa e má qualidade de sono dividida pelo desvio padrão comum. Convencionalmente, um valor de $d=0,20$ representa uma magnitude de efeito pequeno, $d=0,50$ indica magnitude média e $d=0,80$ indica uma magnitude de efeito elevada. Associações entre qualidade de sono (*PSQI*), qualidade de vida (*QOL-CS*) e depressão (*BZDRS*) foram analisadas com o coeficiente de correlação de Pearson. Um valor de $p \leq$ foi considerado significativo.

Resultados

Participantes

As participantes do grupo clínico se encontravam em pós-tratamento de quimioterapia (66%) e/ou radioterapia (54%) e/ou cirurgia (40%). De acordo com auto-relato e prontuários médicos todas as participantes estavam livres da enfermidade. O período de pós-tratamento variou de 1 a 10 anos (42% entre um a dois anos, 40% entre 3 a 5 anos e 18% de 6 a 10 anos). A idade do grupo clínico foi significativamente superior em relação ao grupo controle ($48,5 \pm 12,9$ vs $55,5 \pm 11,5$; $t=2,9$, $p < 0,05$). Metade do grupo clínico e 56% do grupo controle tinham nível superior ($Z=0,6$; ns), sendo a maioria casada (66% vs 58%; $Z=0,8$; ns). A proporção de mulheres que exerciam atividade remunerada foi aproximadamente duas vezes menor no grupo clínico em comparação ao controle (42 vs 76, $Z=3,5$; $p < 0,05$). Metade das participantes do grupo clínico estava em tratamento hormonal,

principalmente com tamoxifeno (77% dos casos). Em contrapartida, no grupo controle apenas 8% relataram fazer tratamento hormonal, sendo o estradiol o mais utilizado (N=3). A maioria (90%) do grupo clínico estava na menopausa, sendo que 69% dessas mulheres entraram na menopausa devido ao tratamento oncológico.

Queixas relacionadas ao sono

Tabela 1 – Freqüências de mulheres que referiram queixas de sono nos grupos Controle (N=50) e Clínico (N=50)

Queixas	Controle	Clínico	Z
	%	%	
Acordar para ir ao banheiro	26	52	2,7*
Acordar no meio da noite ou muito cedo	22	40	1,9*
Sentir muito calor	14	36	2,5*
Dor	14	20	0,8
Tossir ou roncar forte	16	16	0
Dificuldades para respirar	8	8	-
Sentir muito frio	6	4	-
Medicação para dormir	12	16	0,6
Sonolência diurna	2	4	-

* $p < 0,05$

Um número elevado e comparável de mulheres do grupo controle e do clínico referiram demorar mais de trinta minutos para adormecer (42% vs 38%, $Z=0,4$, ns), tinham duração de sono inferior a seis horas (18% vs 14%, 0,6, ns) e avaliaram a qualidade de seu sono como ruim ou muito ruim (22% vs 26%, 0,5, ns). Todas as participantes, do grupo clínico e controle referiram alguma queixa relacionada ao sono, identificadas pelo *PSQI*. Contudo 74% do grupo clínico e 50% do grupo controle referiram em freqüência igual ou superior a três dias na semana. A Tabela 1 demonstra as proporções de mulheres de ambos os grupos que referiram queixas nesta freqüência. Despertar para ir ao banheiro, acordar no meio da noite ou muito cedo e sentir calor foram mais freqüentemente referidos pelas mulheres do grupo clínico. Não houve diferença entre os grupos na freqüência com que referiram queixas de dor, tossir ou roncar forte, dificuldades para respirar, sentir muito frio e sonolência diurna. O uso crônico de medicação foi relatado em proporções semelhantes em ambos os grupos, que referiram nunca terem procurado e/ou

recebido qualquer tipo de terapia comportamental para a melhoria da qualidade de sono.

Qualidade de sono em mulheres com câncer de mama

Tabela 2 – Padrões de sono de mulheres dos grupos Controle e Clínico classificadas com boa ou má qualidade de sono por meio do *PSQI*

	Controle				Clínico				$F_{(1,96)}$
	Boa (n=25)		Má (n=25)		Boa (n=30)		Má (n=20)		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Horário de deitar (h)	23,1	1,3	23,8	1,3	23,0	1,0	23,1	0,8	2,1
Latência (min)	19,1	19,5	30,0	25,2	12,3	11,9	46,3	41,4	5,1*
Horário de acordar (h)	6,8	1,2	7,0	1,3	6,9	1,0	6,8	1,2	0,4
Duração do sono (h)	7,4	1,0	6,8	1,5	7,7	1,1	6,9	1,9	0,01
Eficiência do sono (%)	95,2	5,0	92,8	7,3	97,4	2,5	88,6	12,4	4,9*

* $p < 0,05$

Usando o ponto de corte estabelecido por Buysse, et al. (9), os resultados revelaram que 40% das participantes com câncer de mama e 50% das mulheres do grupo controle apresentaram má qualidade de sono. A Tabela 2 mostra os padrões de sono para as participantes dos grupos clínico e controle classificadas com boa e má qualidade de sono. Em comparação ao grupo controle, as participantes do grupo clínico com má qualidade de sono apresentaram latência do sono significativamente maior e uma menor eficiência do sono. Os grupos não diferiram entre si nas demais variáveis. A análise individual das respostas ao *PSQI* revelou que 30% do grupo clínico e 20% do grupo controle relataram latência de sono superior a 60 minutos.

Sono e Tratamento oncológico

A maioria (86%) das participantes recebeu tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia (em associação ou não com a cirurgia) e 46% delas foi classificada com má qualidade de sono. Todas as participantes (14%) que foram submetidas somente a cirurgia, foram classificadas com boa qualidade de sono. O período médio após o término do tratamento foi semelhante entre as participantes classificadas como tendo boa ou má qualidade de sono: 47,9 meses (DP=32,9) e 43,2 meses (DP=34,1) respectivamente. Das mulheres que apresentaram má qualidade de sono (n=20), 50% se encontravam entre 1 a 2 anos de pós-tratamento, 35% entre 3 a 5 anos, e 15% no período entre 6 a 10 anos de pós-tratamento. Das participantes que relataram fazer tratamento hormonal (n=26), 69% apresentaram boa qualidade de sono e 31% má qualidade, com 77% (N=14 - boa qualidade /N=6 - má qualidade) fazendo uso do tamoxifeno.

Sono e Qualidade de Vida

Tabela 3 – Escores no QOL-CS das mulheres do grupo clínico classificadas com boa ou má qualidade de sono por meio do *PSQI*

Itens	Boa (n=30)		Má (n=20)		t ₍₄₈₎	ES
	Média	DP	Média	DP		
Sub-escala Física						
Fadiga	7,7	2,8	5,6	4,5	2,0*	0,6
Apetite	8,4	2,9	7,4	3,6	1,1	
Mal estar ou dores	7,4	2,6	5,2	3,9	2,4*	0,7
Sono	8,7	2,4	3,5	3,1	6,7*	1,9
Constipação intestinal	8,1	2,7	5,2	4,1	3,1*	0,8
Náusea	8,9	2,2	7,4	3,9	1,8	
Menstruação e fertilidade	9,0	2,6	8,8	3,1	0,2	
Saúde física geral	8,1	2,0	5,9	2,1	3,8*	1,1
Total	8,3	0,6	6,1	1,7	4,1*	1,8
Sub-escala Psicológica						
Enfrentamento	8,7	2,0	6,8	3,2	2,6*	0,7
Qualidade de vida	7,7	1,8	6,6	2,6	1,8	
Felicidade	8,5	2,1	7,8	2,4	1,0	
Controle	7,6	2,8	6,0	3,5	1,8	
Satisfação com a vida	8,6	1,9	7,5	2,5	1,8	
Concentração, lembrança	7,1	2,4	6,2	3,0	1,3	
Útil	8,9	1,3	8,5	2,0	0,9	
Aparência física	6,2	3,5	4,5	3,6	1,7	
Auto conceito	4,6	3,9	4,9	3,8	-0,4	
Estresse diagnóstico inicial	2,4	3,3	1,0	1,4	1,8	
Estresse tratamento do câncer	2,6	2,8	1,5	2,5	1,5	
Estresse desde o fim do tratamento	4,7	2,5	4,5	2,8	0,4	
Ansiedade	6,7	2,9	2,8	3,3	4,5*	1,3
Depressão	8,1	2,4	5,3	3,5	3,4*	0,9

Medo futuros exames	5,1	3,5	4,1	3,9	0,9	
Medo segundo câncer	4,9	4,0	3,5	4,1	1,2	
Medo reincidência do câncer	5,3	3,9	3,7	4,4	1,4	
Medo disseminação do câncer	5,1	4,1	3,7	4,4	1,2	
Total	6,3	2,0	4,9	2,1	3,3*	0,7
	Boa (n=30)		Má (n=20)			
Itens	Média	DP	Média	DP	t₍₄₈₎	ES
Sub-escala Social						
Família	3,9	2,9	2,4	2,9	1,7	
Apoio recebido	9,4	1,1	9,2	1,3	0,8	
Rel. pessoais	8,8	2,1	5,2	3,9	4,1*	1,1
Sexualidade	7,5	3,0	5,9	3,7	1,7	
Trabalho	5,8	4,1	5,6	4,1	0,2	
Atividades domésticas	7,0	3,4	6,1	3,5	1,0	
Solidão	8,5	2,7	6,5	4,1	2,1*	0,6
Repercussão financeira	8,3	2,7	5,5	4,1	2,9*	0,8
Total	7,4	1,8	5,8	1,8	3,2*	0,9
Sub-escala Espiritual						
Importância atividades religiosas	8,1	3,0	8,9	2,4	-1,0	
Importância atividades espirituais	6,4	3,9	5,0	4,4	1,2	
Mudança de crenças	3,6	4,8	3,6	4,3	0,0	
Incerteza em relação ao futuro	6,1	3,4	3,8	3,4	2,4*	0,7
Mudanças positivas	7,5	3,2	5,6	3,8	1,9	
Missão	9,3	1,5	8,4	3,5	1,4	
Esperança futuro	9,3	1,9	8,3	2,5	1,6	
Total	7,2	2,0	6,2	2,3	1,9	
TOTAL GERAL	7,0	1,9	5,5	2,0	4,7*	0,8

*p<0,05; Nota: escore 0 = piores resultados, escore 10 = melhores resultados.

A Tabela 3 mostra os escores dos itens individuais e dos quatro domínios do QOL-CS obtidos nas participantes do grupo clínico com boa e má qualidade de sono. A análise estatística mostrou que as participantes com má qualidade do sono referiram maior comprometimento nos domínios físico, psicológico e social, resultando em valores de magnitude de efeito elevados (valores de ES entre 0,7 e 1,8). Em relação ao domínio físico, as mulheres com má qualidade de sono referiram piores pontuações nos itens que avaliam fadiga, mal estar ou dores, qualidade de sono, constipação intestinal e saúde física geral. Quanto ao domínio psicológico, estas mulheres referiram maior comprometimento nos itens enfrentamento, depressão e ansiedade. No domínio social, este grupo relatou maior prejuízo nos itens referentes aos relacionamentos pessoais, solidão e aspectos financeiros. Embora a ausência de diferenças significativas quanto ao domínio espiritual, mulheres com má qualidade de sono referiram maior incerteza em relação ao futuro.

Sono e Depressão

A avaliação dos comportamentos depressivos pelo *BZSDS* mostrou que as mulheres do grupo com má qualidade de sono obtiveram uma pontuação média significativamente maior do que as mulheres do grupo com boa qualidade de sono ($20,8 \pm 7,12$ vs $16,6 \pm 3,76$; $t_{(gl=48)}=-2,69$, $p<0,05$; $ES=0,7$). A frequência de mulheres com comportamento depressivo com gravidade leve foi significativamente maior no grupo com má qualidade de sono do que entre aquelas que dormiam bem (40% vs 13%,; $Z=2,63$, $p = 0,03$). O comportamento depressivo com gravidade moderada ocorreu somente entre aquelas do grupo com má qualidade de sono (5%).

Análise complementar: associações entre sono, qualidade de vida e depressão

As correlações entre os escores obtidos pelo grupo clínico no *PSQI*, *QOL-CS* e *BZSDS* mostraram que quanto pior a qualidade de sono (escores mais altos no *PSQI*) pior a qualidade de vida (escores mais baixos no *QOL-CS*; $r= -0,51$) e maior a gravidade de depressão (escores mais altos no *BZSDS*; $r= 0,41$).

Discussão

Este estudo demonstra que as participantes com câncer de mama que terminaram o tratamento apresentaram problemas com o sono. De fato, 40% do grupo clínico relatou dificuldades relacionadas ao sono medidas pelo *PSQI*, caracterizado por uma latência de sono prolongada, sono fragmentado em decorrência de freqüentes despertares devido ao calor, dor, tosse, nictúria ou por despertarem antes do momento desejado. Essas queixas foram semelhantes às relatadas por Fortner, et al (12) e Furlani e Ceolin (2), embora grande parte das participantes destes estudos estavam em tratamento.

Estudos (13,14,15,16) sugerem que parte dos problemas de sono decorrem dos calores causados pela quimioterapia, radioterapia e tratamento hormonal. No presente estudo, contudo, a maioria das mulheres que relataram fazer uso do tamoxifeno, apresentou sono de boa qualidade. Desta forma, a influência do tratamento hormonal nas dificuldades relacionadas ao sono permanece inconclusiva.

O despertar várias vezes durante a noite, por decorrência de calor ou por nictúria, pode estar associado ao fato de que a maioria das participantes estavam menopausadas devido ao tratamento oncológico. Eichling e Sahni (17) apontam que os sintomas vasomotores são os principais preditores das perturbações do sono que freqüentemente acompanham a menopausa. De maneira geral, segundo esses autores, os sintomas vasomotores são as primeiras alterações que surgem no climatério e também são os que mais conturbam o bem-estar da mulher. Nesta fase é comum as mulheres terem menor eficiência do sono e mais queixas relacionadas à sua qualidade, possivelmente em decorrência dos calores noturnos e nictúria (18,19).

Além da alta freqüência de dificuldades com o sono, os resultados mostraram que problemas de sono podem prejudicar a qualidade de vida. Em consonância com a literatura (1, 2, 12, 20, 21, 22, 23, 24, 25) as mulheres com câncer de mama com má qualidade de sono relataram prejuízos em sua saúde física geral, fadiga, mal estar, dor e constipação intestinal.

A relação entre fadiga e problemas de sono em pessoas com câncer é demonstrada em vários estudos (1, 20, 21, 22, 23, 26, 27). Ancoli-Israel, Moore e Jones (28) apontaram que a fadiga é uma das principais queixas nesses pacientes, podendo ainda ocorrer uma possível relação com o tratamento oncológico (quimioterapia e radioterapia). Na presente pesquisa o elevado índice de fadiga relatado nas participantes do grupo clínico com má qualidade de sono apóia a idéia que esta queixa persiste após a conclusão do tratamento, o que é sugerido em pesquisas anteriores (7, 29, 30).

No presente estudo, a dor foi mais freqüente e intensa entre as participantes com má qualidade de sono. De fato, dor e sono mantêm influências mútuas: a dor repercute negativamente na qualidade de sono, e a privação de sono pode aumentar a sensibilidade à dor (12, 31).

Queixas de ansiedade e depressão foram referidas com maior gravidade nas participantes com má qualidade de sono, corroborando estudos anteriores (3, 5, 24, 25, 26). Análises complementares demonstraram que depressão, qualidade de vida e de sono estiveram intimamente associadas, de tal maneira que uma má qualidade de sono apresentou relação significativa com uma pior qualidade de vida e maior gravidade de sintomas depressivos. Estudos longitudinais que investiguem essas queixas nos mesmos participantes seriam úteis

para identificar se tais condições já existiam durante o tratamento ou surgiram após o seu término, por outras variáveis. Pode-se especular que dada a quantidade de variáveis que operam na história de vida destes indivíduos, é improvável que um fator isolado seja responsável pela má qualidade de sono.

Os resultados referentes aos prejuízos nas questões sociais entre as mulheres com má qualidade de sono indicam que este tema deve ser mais detalhadamente explorado com a inclusão de medidas de rede e apoio social. Nesse contexto, Chor, et al (32) mencionam as associações inversas entre dimensões de rede e apoio social e insônia.

Este estudo demonstrou que as participantes tinham pouca acessibilidade aos tratamentos para insônia, uma vez que apenas 40% das mulheres que apresentaram má qualidade de sono buscaram ajuda profissional. Há uma particularidade na relação entre pós tratamento oncológico e insônia no que se refere a fatores de perpetuação. Sintomas como fadiga, dor, depressão e ansiedade podem resultar em um mau condicionamento do sono, por meio de adoção de hábitos inadequados. Neste sentido, a terapia comportamental pode estabelecer hábitos saudáveis que proporcionem um sono de boa qualidade.

Embora a terapia comportamental seja considerada um tratamento efetivo para problemas de sono em mulheres no pós-tratamento de câncer de mama (33, 34), nenhuma participante relatou procurar por esta modalidade de tratamento. Neste contexto, vale mencionar que os benefícios das terapias comportamentais demonstram ser mais duradouros do que os do tratamento farmacológico (35,36). O fato das participantes do presente estudo buscarem apenas o tratamento farmacológico pode ser consequência da falta de informação sobre outras modalidades de tratamento, como também a busca por alívio imediato. A funcionalidade dos tratamentos comportamentais depende da modificação de estímulos ambientais e de padrões comportamentais, enquanto que o farmacológico não. No entanto, para uma discussão mais aprofundada são necessárias pesquisas que investiguem fatores relacionados a opções por determinado tipo de tratamento.

A presente pesquisa evidenciou que a perturbação do sono é comum em mulheres após o tratamento oncológico, e entre aquelas que apresentam, existem diferenças de gravidade. Devido à variabilidade no desenvolvimento e na evolução da insônia, Fiorentino e Ancoli-Israel (1) questionam os motivos pelos quais algumas mulheres com câncer de mama desenvolvem

insônia durante e/ou após o tratamento enquanto outras não, quais seriam os fatores envolvidos na sua gravidade e cronicidade, e também quais as características das pacientes que se beneficiam com tratamentos farmacológicos ou com terapias comportamentais. As autoras enfatizam que é provável que diferentes tipos de insônia (insônia primária ou comórbida) e sintomas advêm de variados fatores etiológicos que por sua vez irão interagir diferencialmente com os correlatos fisiológicas, comportamentais e sociais associados à experiência do câncer de mama. Conhecer a interação entre fatores biológicos, comportamentais e ambientais seria então fundamental no planejamento de intervenções eficazes voltadas para o aprimoramento do bem estar dessa população.

Este estudo avaliou a qualidade de sono por meio de medidas subjetivas, ou seja, por instrumentos de auto-relato. Há medidas objetivas, como a actigrafia e a pólissonografia, que registram variáveis fisiológicas do sono. Estudos posteriores poderiam combinar medidas subjetivas e objetivas do sono, como a actigrafia, que seriam úteis para maior detalhamento das características do sono nesta população.

A pesquisa buscou contribuir para ampliar a compreensão da insônia no contexto de câncer de mama ao mostrar que problemas de sono estão fortemente associados com aspectos de qualidade de vida e de bem estar psicológico. Espera-se que este trabalho possa estimular a produção de pesquisas nacionais sobre o tema, servindo como incentivo para o desenvolvimento de intervenções comportamentais para o manejo da insônia nesta população.

Apoio financeiro e agradecimentos:

Este artigo foi parte da dissertação de mestrado da primeira autora, sob orientação da terceira autora. Renatha El Rafihi-Ferreira é bolsista CAPES. Este trabalho recebeu apoio financeiro do CNPq (Processo 477639/2008-9). Os autores agradecem ao Dr. Walter Jorge Sobrinho e aos graduandos Eduardo S. Miyazaki e Patrícia M.T. Gonçalves por suas importantes contribuições.

Referências

1. Fiorentino L, Ancoli-Israel S. Insomnia and its treatment in women with breast cancer. *Sleep Medicine Reviews*. 2006; 10: 419-429.
2. Furlani R, Ceolim MF. Qualidade do sono de mulheres portadoras de câncer ginecológico e mamário. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2006; 14(6): 872-878.
3. Bardwell WA, Profant J, Casden DR, Dimsdale JE, Ancoli-Israel S, Natarajan L, et al.. The relative importance of specific risk factors for insomnia in women treated for early-stage breast câncer. *Psycho-Oncology*. 2008; 17: 9-18.
4. Savard J, Morin CM. Insomnia in the Context of Cancer: A Review of a Neglected Problem. *Journal of Clinical Oncology*. 2001; 19: 895-908.
5. O'Donnell JF. Insomnia in Cancer Patients. *Clinical Cornerstone*. 2004; 6: S6-S14.
6. Barichello E, Sawada NO, Sonobe HM, Zago MMF. Qualidade do sono em pacientes submetidos a cirurgia oncológica. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; 17(4): 481-488.
7. Silva RZM. Avaliação da fadiga em sobreviventes de câncer infantil e correlação com sintomas depressivos, distúrbios do sono e variáveis clínicas (Dissertação de mestrado). São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2009.
8. Passik SD. A Survey of Sleep Problems in Survivors of Early Stage Breast Cancer (Research Project). New York: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center; 2007.
9. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Res*, 1989; 28(2): 193-213.
10. Ferrell BR, Dow KH, Grant M. Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Qual Life Res*. 1995; 4(6): 523-531.
11. Passik SD, Kirsh KL, Donaghy KB, Theobald DE, Lundberg JC, Holtsclaw E, et al. An Attempt to Employ the Zung Self-Rating Depression Scale as a "Lab Test" to Trigger Follow-Up in Ambulatory Oncology Clinics: Criterion Validity and Detection. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2001; 21(4): 273-281.
12. Fortner BV, Stepanski EJ, Wang SC, Kasprowicz S, Durrence HH. Sleep and quality of life in breast cancer patients. *Journal Of Pain and Symptom Management*. 2002; 24(05): 471-480.
13. Love RR, Cameron L, Connell BL, Leventhal H. Symptoms associated with tamoxifen treatment in postmenopausal woman. *Arch Intern Med*. 1991; 151: 1842-

- 1847.
14. Bines J, Oleske D, Cobleigh M. Ovarian function in premenopausal women treated with adjuvant therapy for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 1996; 14: 1718-29.
 15. Savard J, Davidson JR, Ivers H, Quesnel C, Rioux D, Dupe're, V, et al. The Association Between Nocturnal Hot Flashes and Sleep in Breast Cancer Survivors. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2004; 27(6): 513-522.
 16. Beck SL, Berger AM, Barsevick AM, Wong B, Stewart KA, Dudley WN. Sleep quality after initial chemotherapy for breast cancer. *Support Care Cancer*, Springer Berlin / Heidelberg. 2009.
 17. Eichling PS, Sahni J. Menopause related sleep disorders. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2005; 1(3): 291-300.
 18. Campos HH, Bittencourt LRA, Haidar MA, Tufik S, Baracat EC. Prevalência de distúrbios do sono na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005; 27(12): 731-736.
 19. Soares CN. Insônia na menopausa e perimenopausa – características clínicas e opções terapêuticas. *Rev. Psiq. Clín*. 2006; 33 (2): 103-109.
 20. Degner LF, Sloan JA. Symptom Disturbances in Newly Diagnosed Ambulatory Cancer Patients as a Predictor of Survival in Lung Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1995; 10(6): 423-431.
 21. Richardson A. Fatigue in cancer patients: a review of the literature. *Eur J Cancer Care*. 1995; 4: 20–32.
 22. Stein KD, Martin SC, Hann DM, Jacobsen PB. A multidimensional measure of fatigue for use with cancer patients. *Cancer Pract*. 1998; 6: 143–152.
 23. Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science & Medicine*. 2002; 54: 1309–1321.
 24. Koopman C, Nouriani B, Erickson V, Anupindi R, Butler LD, Bachmann MH, et al. Sleep disturbances in women with metastatic breast cancer. *Breast Journal*. 2002; 8: 362–370.
 25. Palesh OG, Collie K, Batiuchok D, Tilston J, Koopman C, Perlis ML, et al. A longitudinal study of depression, pain, and stress as predictors of sleep disturbance among women with metastatic breast cancer. *Biological Psychology*. 2007; 75: 37-44.
 26. Kryger, MH. *A women's guide to sleep disorders*. New York: McGraw-Hill; 2004
 27. Savard J, Simard S, Blanchet J, Ivers H, Morin CM. Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep*. 2001; 24(5): 583-590.

28. Ancoli-Israel S, Moore P, Jones V. The relationship between fatigue and sleep in cancer patients: a review. *Eur J Cancer Care*. 2001; 10: 245–255.
29. Dow KH, Ferrell BR, Leigh SI. An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 1996; 39: 261–273
30. Hickok JT, Morrow GR, Roscoe JA, Mustian K, Okunieff P. Occurrence, severity, and longitudinal course of twelve common symptoms in 1129 consecutive patients during radiotherapy for cancer. *J Pain Symptom Management*. 2005; 30: 433-442.
31. Sateia MJ, Lang BJ. Sleep and Cancer: Recent Developments. *Current Oncology Reports*. 2008; 10: 309-318.
32. Chor D, Griep RH, Lopes, CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17(4): 887-896.
33. Epstein DR, Dirksen SR. Randomized Trial of a Cognitive-Behavioral Intervention for Insomnia in Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2007; 34(5): E51-E59.
34. Savard J, Simard S, Ivers H, Morin CM. Randomized Study on the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia Secondary to Breast Cancer, Part I: Sleep and Psychological Effects. *Journal of clinical oncology*. 2005; 23(25): 6083-6096.
35. Cervena K, Dauvilliers Y, Espa F, Touchon J, Matousek M, Billiard M, et al. Effect of cognitive behavioural therapy for insomnia on sleep architecture and sleep EEG power spectra in psychophysiological insomnia. *J Sleep Res*. 2004; 13: 385–93.
36. Morin CM. Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. *J Clin Psychiatry*. 2004; 16: 33–40.

CAPÍTULO 1

De volta ao sono: aspectos comportamentais e cognitivos da insônia¹

Renatha El Rafihi Ferreira²; Maria Rita Zoéga Soares³; Maria Laura Nogueira Pires⁴

A falta que o sono faz...

"A minha mente liga e desliga... Eu tento deixar um olho fechar por vez enquanto mantenho o outro aberto com a força de vontade. Todo o meu corpo argumenta com fraqueza, que nada, nada que a vida consiga, é tão desejável quanto o sono. A minha mente está perdendo a decisão e o controle". - Charles Lindbergh, *The Spirit of St Louis*.

Em 20 de Maio de 1927, Charles Lindbergh decolou de Nova York. Após 33 horas e 30 minutos, aterrissou em Paris. Ele não dormia há 55 horas.

Muito embora o sono ocupe grande proporção em nossas vidas, ainda sabemos pouco sobre ele. Contudo, consideramos o quanto é essencial para o nosso bem estar, tanto emocional quanto físico. A maioria das pessoas tem, em algum grau, uma idéia a respeito de quanto precisam dormir para que se sintam alertas e revigoradas. Isso não implica, contudo, que elas se orientam por meio dessa auto-apreciação. De fato, verifica-se que em uma grande parcela da população, há um aumento na duração do sono aos sábados e domingos em comparação com o que é obtido no resto da semana (Pires et al., 2007). Muito provavelmente, isso estaria refletindo o aumento no débito de sono acumulado ao

² CPF: 318.702.238-37. / RG: 7654079-9 SSP PR. Endereço: Rua Meyer, 375. Apto 402. CEP: 86015-160. Londrina-PR. Telefone: 43 3351 8618 / 43 9111 0917 / e-mail: re_rafihi@hotmail.com Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento – PGAC. Centro de Ciências Biológicas-CCB /Universidade Estadual de Londrina – UEL. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES

³ CPF: 55962955900 / RG: 1480821-3 SSP PR. Endereço: Rua João Wyclif, 185. Apto 1303. CEP: 86050-450. Londrina-PR. Telefone: 43 9917 5552 / 3301 6108 / e-mail: ritazoega@hotmail.com Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento – PGAC. Centro de Ciências Biológicas-CCB /Universidade Estadual de Londrina – UEL.

⁴ CPF: 076324548-88/ RG: 11448264-0 SSP SP. Endereço: Faculdade de Ciências e Letras, UNESP, Campus de Assis. Avenida Dom Antônio 2100. CEP: 19806-900. Assis-SP. Telefone: 18 33233081/ e-mail: laurapires@assis.unesp.br Departamento de Psicologia Experimental e do Trabalho, Faculdade de Ciências e Letras, UNESP - Univ Estadual Paulista, Campus de Assis-SP.

longo dos dias. No entanto, enquanto para muitos a dificuldade de dormir está associada a estilos de vida (demandas do trabalho, vida acadêmica, familiar e social), para outros, essa dificuldade não se deve a esses fatores. A insônia foi definida aqui como dificuldade persistente para iniciar e/ou manter o sono, despertar precoce ou sono não restaurador (Passos, Tufik, Santana, Poyares, & Mello, 2007).

Dados brasileiros nos auxiliam a estimar a dimensão dos problemas de sono na população geral. Três em cada dez adultos referem dificuldades rotineiras com o sono, em especial porque despertam múltiplas vezes durante a noite (Pires et al., 2007). Surpreendentemente, embora muitos sofram, poucos, cerca de 10%, procuraram ajuda ou chegaram a mencionar suas dificuldades numa consulta médica. Fica evidente o descompasso entre demanda, reconhecimento da insônia e obtenção de tratamento.

Insônia e piora na qualidade de vida estão associadas, resultado que se sustenta mesmo após o controle estatístico de variáveis como características sócio-demográficas, hábitos de saúde, comorbidades médicas ou presença de depressão. Além disso, parece existir um gradiente de associação entre elas: quando maior a gravidade da insônia, pior a qualidade de vida. No estudo de Katz e McHorney (2002) em doentes crônicos, a insônia, leve ou grave, esteve associada com a diminuição em todos os domínios relativos à qualidade de vida fornecidos pelo instrumento SF-36, com maior impacto, contudo, nas áreas relacionadas com a saúde mental, vitalidade e percepção geral da saúde. Em consonância com esses estudos, resultados do projeto de pesquisa de mestrado da primeira autora com 50 mulheres em pós-tratamento de câncer de mama (Rafih-Ferreira, 2010) mostram que aquelas que apresentavam má qualidade do sono (medido pelo Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh) referiram maior comprometimento nos três domínios de qualidade de vida avaliados pelo instrumento Quality of Life Cancer Survivor (QOL-CS): físico, psicológico e social. A análise individual dos itens do QOL-CS mostrou que a diferença no domínio "físico" foi atribuída ao maior comprometimento das mulheres com má qualidade do sono nos itens que avaliam fadiga, mal estar ou dores, sono, constipação intestinal e saúde física geral. Em relação à subescala "psicológica", as diferenças foram devidas ao fato do grupo de mulheres com pior qualidade de sono referir maior comprometimento nos itens enfrentamento e comportamento de depressão e de ansiedade. No domínio "social",

o grupo com má qualidade de sono referiu maior prejuízo nos relacionamentos pessoais, mais relatos de solidão e maior agravamento de aspectos financeiros.

Quão bem funciona a terapia comportamental?

A literatura tem demonstrado que a realização de meta-análises permitem uma avaliação precisa da efetividade da terapia comportamental no tratamento da insônia, primária ou secundária. Nesse tipo de análise, a eficácia do tratamento é quantificada em termos da magnitude do efeito (effect size - ES). Em linhas gerais, muda-se o foco da pergunta de: “Isto funciona ou não?”, para: “Quão bem isto funciona?”. O ES é uma maneira de quantificar a diferença entre dois grupos usando a idéia de “desvio-padrão” para contextualizar a diferença entre eles. Assim, nesse sentido, se existe uma diferença substancial entre os dois grupos, terapia comportamental e grupo de comparação (com psicofármacos, por exemplo), a distribuição fica mais evidente, com pouca sobreposição entre eles. O ES pode ser interpretado ao longo de um contínuo como pequeno ou nenhum efeito (<0.2), médio (entre 0.5 e 0.8) e grande (>0.8) (Cohen, 1988). Assim, a meta-análise permite alcançar maior clareza na apreciação da efetividade do tratamento, ao permitir calcular a média desse efeito individual em cada estudo.

Quão efetiva seria, então, a terapia comportamental no tratamento da insônia? Três estudos de metanálise, revisados por Perlis e Gehrman (2009) indicaram a superioridade desta terapia em relação ao grupo de comparação. As diferenças entre os grupos foram grandes o suficiente para serem relevantes na maioria das medidas habituais de sono: há uma redução em torno de 40% na latência para o sono (ES aproximado: 1,4), de 30% no número de despertares durante a noite (ES aproximado: 0,8), a duração dos despertares é reduzida à metade (ES aproximado: 1,0), e há um incremento de 5% no tempo total de sono (ES aproximado: 0,4).

Não somente considerada como tratamento de primeira escolha para a insônia primária, a terapia comportamental tem se mostrado igualmente útil no manejo da insônia no contexto de comorbidades médicas e psiquiátricas (Smith & Perlis, 2006). Assim, essa modalidade tem sido aplicada com sucesso em pacientes com dor crônica (Vitiello, Rybarczyk, Von Korff, & Stepanski, 2009), câncer (Savard,

Simard, Ivers, & Morin, 2005), comportamentos de depressão (Manber, et al., 2008) e de ansiedade (Edinger, et al., 2009).

Como avaliar a insônia? Instrumentos de medida

Diversas estratégias tem sido utilizadas para avaliar a insônia. As descrições dessas medidas são descritas a seguir.

Polissonografia

De acordo com Benca (2005), a insônia é um sintoma referido pelo indivíduo e não um distúrbio do sono definido por meio de polissonografia. De acordo com sua recomendação, o encaminhamento para o exame de polissonografia deve ser reservado para aqueles casos nos quais um distúrbio primário do sono, como apnéia ou transtornos dos movimentos periódicos dos membros, seja uma suspeita.

Actigrafia

O actígrafo, um monitor de atividade motora, é um instrumento equipado com um acelerômetro, que tem a forma e o tamanho de um relógio, é usado no pulso, e se destina a medir indiretamente a qualidade do sono através da quantificação e análise da atividade motora (Souza, et al., 2003). Nessa técnica, todo movimento gera um sinal que será processado continuamente e armazenado na memória do aparelho. Os dados são posteriormente transferidos para um computador e os movimentos registrados são analisados através de um software especializado que fornecem medidas objetivas do sono. Essas incluem: a) Tempo na Cama: duração, em minutos, entre o início (por exemplo, ao apagar as luzes) e final do registro (por exemplo, ao acender das luzes); b) Latência para Início do Sono: tempo (em minutos) entre o início do registro e o aparecimento do sono; c) Período de Sono: duração (em minutos) entre o início do sono até a última época de sono; d) Despertares Intermitentes: quantidade, em minutos, de todas as épocas após o início do sono até o final do registro; e) Porcentagem de Sono (eficiência do sono): porcentagem do Tempo na Cama que foi classificado como sono. Esta

metodologia permite a coleta por períodos relativamente longos, de semanas a meses, sendo bastante útil como instrumento auxiliar nos períodos pré-tratamento (avaliação basal), de tratamento e de seguimento.

Diários de sono e escalas de avaliação de estados subjetivos

Trata-se de uma metodologia bastante simples, que pode ser feita com papel e lápis. De maneira geral, os diários de sono são elaborados de maneira que o indivíduo registre, pela manhã e durante um determinado período, os horários em que foi dormir e despertou, sua estimativa de quanto tempo demorou a adormecer e número e duração dos despertares ao longo da noite. O diário também pode conter medidas de auto-avaliação da qualidade do sono e de estados subjetivos ao despertar (Guimarães, 1998). Esses registros podem ser feitos por meio de escalas analógicas visuais, que consiste de pares de adjetivos com sentidos opostos dispostos nos extremos de linhas de 10 cm, sobre as quais o indivíduo assinala o ponto que melhor reflete sua experiência subjetiva em diversos domínios, emocionais e físicos (satisfeito/insatisfeito; tenso/relaxado; bom/ruim, alegre/triste, entre outros). O escore é representado pela medida (em cm) entre a extremidade esquerda e o ponto assinalado. Tais avaliações podem ser depois facilmente organizadas e inspecionadas visualmente por meio de um gráfico de linhas simples, tendo, por exemplo, a seqüência dos dias no eixo X, e os escores no eixo Y.

Questionários e Escalas

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

Trata-se de um instrumento de auto-preenchimento composto por 4 questões fechadas e 19 itens avaliados numa escala de 0 (nenhuma dificuldade) a 3 (dificuldade extrema) que permite obter um escore global da qualidade do sono e pontuações em diversos domínios: latência do sono, duração do sono, eficiência, qualidade do sono, outras alterações do sono; uso de medicação para o sono e disfunção diurna. Desenvolvida por Buysse, Reynolds, Monk, Berman, e Kupfer (1989), esta escala tem sido amplamente utilizada por grupos de pesquisadores brasileiros em estudos variados, tais como envolvendo jovens sadios (Souza, 1999),

idosos (Xavier, Ferraz, Bertollucci, Poyares, & Moriguchi, 2001), população adulta em geral (Silva, Tufik, Conway, Taddei & Bittencourt, 2009) e mulheres em pós-tratamento de câncer de mama (Rafih-Ferreira, 2010).

Questionário UNIFESP do Sono

Instrumento de auto-preenchimento desenvolvido na Universidade Federal de São Paulo com 58 questões (Pires, et al., 2007). O primeiro grupo de questões avalia características sócio-demográficas (gênero, idade, condição civil e nível socioeconômico). O segundo grupo de questões avalia hábitos de sono, problemas de sono e a frequência com que eles ocorrem, essa anotada numa escala de 7 pontos que varia de nunca (1) a diariamente (7). A insônia é avaliada através de queixas de dificuldade para iniciar o sono, dificuldade de manter o sono, e de despertar mais cedo do que o desejado e não conseguir voltar a dormir. As queixas de insônia são consideradas como clinicamente significativas quando essas dificuldades ocorrem pelo menos em três dias da semana. Sonolência diurna excessiva e outros problemas do sono também são inquiridos (bruxismo, ronco, pesadelos, sonambulismo, entre outros).

Escala de Crenças e Atitudes Disfuncionais sobre o Sono

A abordagem cognitivo-comportamental na insônia inclui estratégias, tais como a reestruturação cognitiva, que buscam a modificação das crenças e atitudes disfuncionais do paciente sobre o sono. O instrumento Escala de Crenças e Atitudes Disfuncionais sobre o Sono busca especificamente identificar e avaliar as crenças relativas ao sono que seriam potencialmente importantes para o início e perpetuação da insônia (Morin, Vallières, & Ivers, 2007). De fato, a premissa de que a terapia cognitivo-comportamental modificaria crenças e atitudes disfuncionais e que estas se correlacionariam com a melhora clínica vem recebendo apoio empírico (Edinger, Wohlgemuth, Radtke, Marsh & Quillian, 2001). No conjunto, os dados apontam para a relevância da apreciação de crenças e atitudes disfuncionais relativas ao sono no planejamento e avaliação da efetividade do processo terapêutico. A escala, composta na sua versão original por 30 itens avaliados por meio de escalas analógicas visuais de 10 cm, teve recentemente seu formato

abreviado para 16 itens, agora avaliados numa escala do tipo Likert de 0 a 10 pontos. A consistência interna do formato abreviado mostrou índice satisfatório numa amostra clínica (alfa de Cronbach de 0,77) e a estrutura fatorial resultou em quatro fatores: conseqüências da insônia (por exemplo, alterações no humor devido à insônia), preocupação com o sono (exemplificado por uma noite ruim de sono prejudica a semana toda) expectativas em relação ao sono (necessidade de 8 horas de sono, como exemplo) e medicação (medicação é a solução, por exemplo).

Terapias comportamentais para o tratamento da insônia

A intervenção psicológica utilizando uma abordagem cognitivo-comportamental considera que o insone apresenta crenças disfuncionais (*“Eu não consigo dormir às oito horas de sono que são necessárias para a minha saúde” “Se eu não conseguir adormecer até a meia noite, amanhã não vou conseguir trabalhar” “Minha dificuldade de dormir é resultado de algum desequilíbrio químico”*) e atitudes em relação ao sono, que atuam como fatores mediadores do transtorno. Portanto, tal terapia objetiva identificar as cognições disfuncionais, de forma a substituí-las por cognições mais adaptativas, por meio de técnicas como a detecção do pensamento, a intenção paradoxal, a reestruturação cognitiva e a imaginação. Desta forma, a utilização das técnicas da terapia cognitiva buscam identificar e corrigir os erros conceituais que o insone tem a cerca das causas do transtorno e sobre os erros atribucionais das conseqüências deste; alterar expectativas irreais sobre o sono, fornecendo ao individuo informações a cerca das mudanças normais do sono (Mudanças devido a idade, diferentes padrões de sono); intervir em respostas de ansiedade do paciente relacionadas à tentativa de controle do sono; e suprimir crenças sobre hábitos de sono “corretos” (Buela-Casal & Sánchez, 2001; Morín, 1994).

A terapia comportamental, de forma geral, utiliza a análise funcional como instrumento para o planejamento de intervenções. Nesta análise são identificadas as variáveis antecedentes e conseqüentes que controlam o comportamento do indivíduo, para assim poder planejar estratégias específicas para a modificação deste. Em terapia o indivíduo aprende a modificar as variáveis ambientais que controlam seu comportamento para que possa alterá-lo. Desta forma, para a análise do comportamento, o indivíduo é o agente de mudança de seu

próprio comportamento. A terapia comportamental para insônia inclui diversas técnicas, incluindo a restrição de sono, o controle de estímulos, a higiene do sono, o relaxamento e a dessensibilização sistemática. Na terapia cognitivo-comportamental, além dessas estratégias comportamentais, são utilizadas também a detecção do pensamento, a intenção paradoxal, a reestruturação cognitiva e as técnicas de imaginação.

A Restrição do sono

A terapia de restrição do sono tem como objetivo limitar o tempo despendido na cama, de modo que este se aproxime do tempo total de sono. Nesse sentido, o paciente é orientado a ir para cama apenas quando estiver com sono, e levantar-se caso não conseguir dormir em um período de 15 minutos. Quando a eficiência do sono (tempo efetivo de sono durante o tempo total na cama) for menor que 90% deve ser efetuada uma redução semanal de 15 a 20 minutos no tempo despendido na cama, até que esse índice seja alcançado. A partir disto, devem ser incrementados 15-20 minutos semanais até alcançar o tempo total de sono. Algumas questões devem ser avaliadas quando esta técnica é utilizada, como por exemplo, 1) o tempo que o indivíduo passa na cama não deve ser menor que 4,5 horas; 2) as alterações no número de horas na cama, devem ser realizadas semanalmente; 3) o critério específico de eficiência do sono deve ser estabelecido em função de cada pessoa; 4) deve ser programado para cada paciente o momento de ir para a cama e o momento de levantar-se; 5) o momento de deitar e de levantar deve ser estabelecido pela própria pessoa, considerando o seu sono noturno e seu funcionamento diário (Becker, 2005; Buela-Casal & Sánchez, 2001; Morín, 1994; Passos, et al., 2007; Smith & Neubauer, 2003).

O principal efeito desta técnica é proporcionar uma privação parcial de sono, para produzir um rápido surgimento do sono, melhorando sua continuidade e aprofundamento. Em alguns casos a técnica deve ser readaptada, como por exemplo, com idosos o procedimento pode ser alterado, concedendo um rápido cochilo depois do almoço (Inocente, Calais, Morais, Baptista & Reimão, 2003). Em pacientes oncológicos também é necessário limitar a quantidade de restrição de sono para evitar fadiga adicional e estresse imunológico resultantes da imposição de perda de sono. A restrição de sono é contra-indicada em pacientes com histórico de

mania, convulsões, parassonias e distúrbios respiratórios de sono, pois a sua utilização pode agravar tais condições (Perlis & Gehrman, 2009; Smith & Perlis, 2006).

O controle de estímulos

A técnica do controle de estímulo foi proposta por Richard Bootzin em 1972, e recomendada pela American Academy of Sleep Medicine (AASM) para o tratamento não farmacológico da insônia crônica. Este método propõe que a insônia é uma resposta condicionada aos fatores ambientais (quarto e cama) e temporais (tempo na cama) relacionados ao sono. Assim, os estímulos temporais e ambientais que eram anteriormente eliciadores do sono, tornaram-se associados com o despertar e permanecer em atividade (Inocente, et al., 2003). Desta maneira, o objetivo desta terapia é reforçar ou restabelecer a associação entre quarto de dormir e cama com um rápido início de sono. Portanto, é realizado um planejamento consistente do ciclo vigília-sono, por meio de algumas condições: estabelecimento de um horário fixo para acordar, sete dias por semana, independente da quantidade de horas de sono durante a noite; orientação para se deitar apenas quando estiver com sono; evitar realizar determinadas atividades no quarto de dormir (utilizar o computador, comer, ver televisão, ler, etc.); manter um conjunto de comportamentos que indiquem a proximidade do momento de dormir, procurando realizar tais comportamentos todas as noites na mesma ordem (escovar os dentes, fechar a porta, apagar a luz, etc.); 6) se em trinta minutos, após se deitar, não conseguir dormir, levantar e mudar de ambiente, podendo realizar alguma atividade tranquila até começar a sentir sono, e então, retornar ao quarto de dormir; não dormir durante o dia, o que permite ter mais sono durante a noite (Buela-Casal & Sánchez, 2001; Passos, et al., 2007; Riba, 1993; Smith & Neubauer, 2003).

Esta técnica é bastante utilizada para o tratamento da insônia. No entanto, determinados pacientes que vivem em ambientes pequenos ou compartilhados, podem encontrar dificuldade. Sua aplicação também apresenta contra-indicação para indivíduos com reduzida mobilidade e em condições médicas com risco de quedas (osteoporose) (Perlis & Gehrman, 2009; Smith & Perlis, 2006).

A higiene do sono

A higiene do sono é um método que busca educar os hábitos relacionados à saúde, modificando os comportamentos inapropriados que afetam negativamente o sono do indivíduo. Para isto, a intervenção requer que terapeuta e paciente revisem um conjunto de instruções que auxiliam o paciente a manter bons hábitos de sono. Esta revisão fornece oportunidade para o clínico adequar as instruções para cada indivíduo, desmitificar algumas recomendações consideradas "absolutistas" e revisar instruções que sustentam vários imperativos relevantes, fornecendo razões científicas para tais questões (Perlis & Gehrman, 2009). As instruções de higiene de sono estão descritas a seguir:

O terapeuta deve orientar para que o paciente evite a utilização de nicotina, consumo de cafeína e bebidas alcoólicas, nas últimas quatro a seis horas que antecedem o sono; evite quantidades excessivas de alimentos e/ou líquidos antes do momento de dormir; utilize o quarto e a cama somente para dormir e praticar atividade sexual; evite os cochilos; estabeleça uma temperatura agradável no quarto durante o sono; diminua os níveis de luz e ruído durante o período do sono; não realize em excesso a prática de exercícios físicos momentos antes de dormir; retire o relógio do quarto para reduzir possíveis comportamentos relacionados à ansiedade (Buela-Casal & Sánchez, 2001; Passos, et al., 2007).

Vale lembrar que instruções de higiene de sono não são úteis quando fornecidas como instruções por escrito que não estão adaptadas às necessidades individuais ou expressas de maneira rígida (Perlis & Gehrman, 2009).

A higiene do sono constitui uma prática educativa, uma vez que por meio de informações, o paciente passa a compreender o seu ambiente (aspectos relacionados aos seus problemas de sono) e aderir melhor ao tratamento. Isto permite que ele analise seus comportamentos antecedentes e conseqüentes e modifique-os se necessário. Este tipo de estratégia envolve a participação ativa do indivíduo na modificação de comportamentos relacionados à saúde. A falta de informação é muitas vezes responsável pela não-adesão a tratamentos, bem como motivo de desencadeamento da insônia por mal condicionamento. Por desconhecer os prejuízos de determinados tipos de comportamentos, muitas pessoas sofrem prejuízos consideráveis em sua qualidade de vida. Desta forma, a higiene do sono

constitui uma técnica psicoeducativa, pois faz do paciente um colaborador ativo, tornando o procedimento terapêutico mais efetivo.

As técnicas de relaxamento

As técnicas de relaxamento visam a redução da estimulação fisiológica e/ou cognitiva que afetam o ato de dormir. As técnicas de relaxamento mais utilizadas no manejo da insônia são o Progressivo, o Autógeno e o Biofeedback. O relaxamento progressivo foi desenvolvido por Jacobson (1929) e objetiva ensinar o indivíduo a relaxar por meio de uma série de exercícios onde tensiona e relaxa de modo alternativo diferentes grupos musculares. Primeiramente, o terapeuta dirige e orienta o paciente na seqüência dos exercícios para que, posteriormente, realize sozinho os exercícios em casa como rotina e parte do processo terapêutico. É essencial considerar as diferenças individuais na aplicação do relaxamento. Embora a maioria dos pacientes aprenda rapidamente o uso da técnica, algumas pessoas mostram-se resistentes ou não gostam de realizar o exercício. Esta técnica não é indicada para pacientes com doenças neuromusculares (Becker, 2005; Berlim, Lobato & Manfro, 2005; Buela-Casal & Sanchez, 2001; Passos, et al., 2007; Smith & Neubauer, 2003).

O relaxamento autógeno foi desenvolvido por Schultz e Luthe (1959) e consiste em um conjunto de frases elaboradas que o paciente imagina e que produzem sensações corporais (sensação de peso e calor nas extremidades e abdômen, regulação da atividade respiratória e cardíaca e sensação de frio na frente). É indicado que o indivíduo pratique pelo menos três vezes por dia para que o relaxamento se converta em automático (Becker, 2005; Berlim, et al., 2005; Buela-Casal & Sanchez, 2001; Passos, et al., 2007; Smith & Neubauer, 2003).

O biofeedback é uma técnica não invasiva na qual o paciente é treinado para relaxar utilizando os próprios sinais corporais. Assim, são utilizados estímulos auditivos, como músicas, e visuais, como imagens confortáveis, para desfocar a atenção do paciente. É importante lembrar que esta estratégia utiliza fios e sensores ligados ao corpo do cliente para medir a atividade muscular. Este fato pode provocar respostas de ansiedade para alguns indivíduos onde, apenas após alguns minutos, pode efetivamente voltar ao seu estado natural (Buela-Casal & Sanchez, 2001; Donner, 2001; Passos, et al., 2007). De forma geral, técnicas de

relaxamento podem ser amplamente utilizadas por não possuírem efeitos colaterais. No entanto, para algumas pessoas, podem estar associadas à respostas de ansiedade (Smith & Perlis, 2006).

A dessensibilização sistemática

Desenvolvida a partir dos experimentos de Wolpe, no final da década de 40, a dessensibilização sistemática tem por objetivo reduzir respostas de ansiedade e eliminar comportamentos de esquiva. Esta técnica é muito utilizada na terapia comportamental e inclui o treino em relaxamento; a construção de uma hierarquia de itens ou estímulos geradores de respostas relacionadas a ansiedade; a avaliação e prática em imaginação; e a dessensibilização sistemática propriamente dita, que consiste na apresentação dos itens a serem imaginados enquanto é aplicado o relaxamento. Ao ser estruturada a hierarquia, os itens devem indicar as condições relacionadas ao horário de dormir (escovar os dentes, colocar pijama, apagar a luz, deitar, etc.). Após elaborada a hierarquia, são aplicados cada um dos itens que a compõem. Durante a aplicação da técnica, é necessário que o cliente desenvolva habilidade para alcançar um bom nível de relaxamento e que seja capaz de visualizar, por meio da imaginação, situações ou estímulos geradores de respostas de ansiedade. A dessensibilização pode não ocorrer caso haja dificuldade para o relaxamento, se a hierarquia estiver inadequadamente construída ou se as imagens não foram descritas de forma clara (Buela-Casal & Sánchez, 2001; Guimarães, 2001).

Quem se beneficia das terapias comportamentais?

Os modelos teóricos de insônia e estudos empíricos sugerem que as terapias comportamentais e cognitivas são aplicáveis tanto para insônia primária quanto para insônia em contextos médicos ou condições psiquiátricas. No entanto, apesar da eficácia destas terapias, apenas uma pequena parcela de insones buscam a terapia não farmacológica (Morin, et. al., 2006; Perlis & Gehrman, 2009). Para Fiorentino e Ancoli-Israel (2006) as terapias cognitivo- comportamentais para insônia são tão eficazes, e talvez mais eficazes que a terapia farmacológica. Discute-se que a medicação é efetiva na fase aguda da insônia, e que terapias

cognitivo-comportamentais demonstram melhores resultados a longo prazo. Tal intervenção, comparada a farmacoterapia, apresenta vantagens, pois o insone desenvolve habilidade de enfrentamento para lidar com a insônia aguda, como também previne possíveis episódios futuros. As autoras salientam ainda que seus efeitos benéficos, em contraste com aqueles produzidos por medicamentos, persistem depois do término do tratamento.

Smith e Perlis (2006) apontam fatores cruciais para determinar um tratamento adequado em terapias cognitivo-comportamentais. Entre eles incluem identificar a presença de problemas suficientemente graves relacionados ao início e manutenção do sono; considerar sintomas que não são exclusivamente devido a distúrbios do ritmo circadiano do sono; avaliar se uma condição primária médica ou psiquiátrica não seja contra-indicativa de tratamento; e determinar a presença de condições adaptativas de enfrentamento. Os autores sustentam que se as queixas de insônia persistirem após a implementação de todos os componentes da terapia, seria provável que alguma condição médica (incluindo os distúrbios de sono) ou psiquiátrica pode não ter sido identificada. Nestes casos, a farmacoterapia pode ser um tratamento adequado, após a realização de avaliações médicas adicionais.

A terapia comportamental para o manejo da insônia conta com a participação ativa do indivíduo na modificação de comportamentos relacionados a saúde. Neste contexto a análise do comportamento colabora no sentido de oferecer ao indivíduo, por meio da análise funcional e de técnicas psico-educativas, a oportunidade de avaliar as contingências antecedentes e conseqüentes de comportamentos relacionados à saúde. Por meio da análise funcional, o paciente aprende a identificar as variáveis que controlam o seu comportamento e pode planejar a modificação deste para uma possível melhora de qualidade de vida. Considerando a importância da análise funcional, sugestões para futuras pesquisas incluem a análise da efetividade de elementos terapêuticos (número de sessões, escolha de técnicas comportamentais, relação entre terapeuta-paciente, comportamentos manifestos e encobertos) utilizados no manejo da insônia; a exploração de outras modalidades terapêuticas, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), para o manejo da insônia em adultos, e; a divulgação para os profissionais de saúde sobre a eficácia das terapias comportamentais para insônia.

REFERÊNCIAS

- Becker, P.M. (2005). Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments of Insomnia. *Neurologic Clinics*, 23, 1149-1163.
- Benca, R.M. (2005). Diagnosis and Treatment of Chronic Insomnia: A Review. *Psychiatric Services*, 56 (3), 332–343.
- Berlim, M.T., Lobato, M.I. & Manfro, G.G. (2005). Diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia. *Psicofármacos: Consulta Rápida*, Porto Alegre: Artmed.
- Buela-Casal, G. & Sánchez, A.I. (2001) Avaliação e tratamento dos transtornos do sono. Em B. Rangé (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. (pp.449-460). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburg Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-212.
- Cohen, J. (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Donner, I.O. (2001) Biofeedback. Em B. Rangé (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. (pp.131-142). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Edinger, J.D, Olsen, M.K., Stechuchak, K.M., Means, M.K., Lineberger, M.D., Kirby, A. et al. (2009). Cognitive behavioral therapy for patients with primary insomnia or insomnia associated predominantly with mixed psychiatric disorders: a randomized clinical trial. *Sleep*, 32 (4), 499-510.
- Edinger, J.D., Wohlgemuth, W.K., Radtke, R.A., Marsh, G.R. & Quillian, R.E. (2001). Does Cognitive-Behavioral Insomnia Therapy Alter Dysfunctional Beliefs About Sleep? *Sleep*, 24 (5), 591-599.
- Fiorentino, L. & Ancoli-Israel, S. (2006). Insomnia and its treatment in women with breast cancer. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 419-429.
- Guimarães, F.S.(1998) Escalas analógicas visuais na avaliação de estados subjetivos. *Rev. psiquiatr. clín.* 25(5), 217-22.
- Guimarães, S.S. (2001). Técnicas cognitivas e comportamentais. Em B. Rangé (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. (pp.113-130). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Inocente, N.J., Calais, S.L., Morais, P.R., Baptista, M.N., & Reimão, R. (2003). Insônia e tratamento comportamental. Em M.Z.S. Brandão et al. (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição: Clínica, Pesquisa e Aplicação*. (pp.234-241). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

Katz, D.A. & McHorney, C.A. (2002) The Relationship Between Insomnia and Health-Related Quality of Life in Patients With Chronic Illness . *Family Practice*, 51, 229-235.

Manber, R., Edinger, J.D., Gress, J.L., San Pedro-Salcedo, M.G., Kuo, T.F., & Kalista, T. (2008) Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep*, 31(4), 489-495.

Morín, C.M. (1994) *Insomnio: Asistencia y tratamiento psicológico*. Barcelona: Ariel Psicología.

Morin, C.M., Bootzin, R.R., Buysse, D.J., Edinger, J.D. , Espie, C.A., & Lichstein, K.L. (2006). Psychological And Behavioral Treatment Of Insomnia: Update Of The Recent Evidence(1998-2004) *Sleep*, 29 (11), 1398-1414.

Morin, C.M., Vallières, A. & Ivers, H. (2007). Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS): Validation of a Brief Version (DBAS-16). *Sleep*, 30 (11), 1547-1554.

Passos, G.S., Tufik, S., Santana, M.G., Poyares, D., & Mello, M.T. (2007). Tratamento não farmacológico para insônia crônica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), 279-282.

Perlis, M.L., & Gehrman, P.R. (2009) Cognitive-Behavioral Treatment for Chronic Insomnia. *ACCP Sleep Medicine Board Review*, 4, 223-232.

Pires, M.L.N., Benedito-Silva, A.A., Mello, M.T., Del Giglio, S., Pompeia, C., & Tufik, S. (2007) Sleep habits and complaints of adults in the city of São Paulo, Brazil, in 1987 and 1995. *Braz J Med Biol Res*, 40(11), 1505-1515.

Rafih-Ferreira, R.E. (2010) *Investigação sobre a qualidade de sono em mulheres no pós-tratamento de estágio I ou II de câncer de mama*. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento), em andamento, Universidade Estadual de Londrina.

Riba, F.J. (1993). Insomnia: Behavioural and Cognitive Interventions. *Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization (Behavioural Science Learning Modules)*.

Savard, J., Simard, S., Ivers, H. & Morin, C.M. (2005) Randomized Study on the Efficacy of Cognitive- Behavioral Therapy for Insomnia Secondary to Breast Cancer, Part I: Sleep and Psychological Effects. *J Clin Oncol*, 23, 6083-6096.

Silva, R.S., Tufik, S., Conway, S.G., Taddei, J.A., & Bittencourt, L.R.A. (2009) Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study: Rationale, design, sampling, and procedures. *Sleep Medicine*, 10, 679–685.

Smith, M.T. & Neubauer, D.N. (2003). Cognitive Behavior Therapy for Chronic Insomnia. *Clinical Cornerstone*, 5(3), 28-40.

Smith, M.T. & Perlis, M.L. (2006). Who Is a Candidate for Cognitive–Behavioral Therapy for Insomnia?. *Health Psychology*, 25(1), 15-19.

Souza, L. (1999). Validação da actigrafia no estudo do sono. Dissertação (Mestrado em Psicobiologia) - Universidade Federal de São Paulo.

Souza, L., Benedito-Silva, A.A., Pires, M.L., Poyares, D., Tufik, S., & Calil, H.M. (2003) Further validation of actigraphy for sleep studies. Sleep, 26: 81-5.

Vitiello, M.V., Rybarczyk, B., Von Korff, M., & Stepanski, E.J. (2009) Cognitive behavioral therapy for insomnia improves sleep and decreases pain in older adults with co-morbid insomnia and osteoarthritis. J Clin Sleep Med, 5(4), 355-362.

Xavier, F., Ferraz, M., Bertollucci, P., Poyares, D., & Moriguchi, E. H. (2001). Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre a qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. Revista Brasileira de Psiquiatria, 23(2), 62-70.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Sra. _____ (nome), você está sendo convidada a participar do Projeto de pesquisa “Investigação sobre a qualidade de sono no pós-tratamento de mulheres em estágio I ou II de câncer de mama” coordenado pela Profa. Dra. Maria Rita Zoéga Soares, RG. 1480821-3 SSP-Pr., cadastro na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Londrina, Diretoria de Pesquisa sob o nº 210/09.

O presente estudo busca investigar a qualidade de sono no pós-tratamento de mulheres em estágio I ou II de câncer de mama e suas relações com qualidade de vida e depressão. Também serão avaliadas mulheres que não se encontram nesta condição (câncer de mama).

1- O trabalho implica em participar de uma entrevista de aproximadamente uma hora para responder quatro questionários sobre informação médico-demográfica, depressão, qualidade de sono e de vida.

2- Com relação à participação, não está previsto nenhum tipo de risco a integridade física e moral das participantes.

3- Sempre que houver necessidade, a qualquer momento da pesquisa, a participante pode solicitar esclarecimento sobre o funcionamento das atividades do projeto.

4- A participante tem a total liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo para o seu atendimento médico.

5- A privacidade da participante estará assegurada quanto aos seus dados confidenciais.

6- A participante não terá qualquer custo financeiro pela participação.

7- Os resultados da pesquisa serão divulgados em publicações e eventos científicos, respeitando o sigilo das participantes.

Londrina, ____ de _____ de 2009.

RG: _____

Assinatura da Participante

Maria Rita Zoéga Soares
Coordenadora

Renatha El Rafihi Ferreira
Pesquisadora

Universidade Estadual de Londrina – Rod. Celso Garcia Cid (PR 445), km 380

Centro de Ciências Biológicas - Depto. de Psicologia Geral e Análise do Comportamento

Contato: (43) 3371 2490 / (43) 3371 4227 ou pelo e-mail bioetica@uel.br e cep_uel@uel.br

Contato pesquisadora: re_rafihi@hotmail.com / 43 9111 0917

ANEXOS

ANEXO A

Questionário sobre informações médicas e demográficas

1. Idade: _____

2. Nacionalidade:

3. Estado civil?

- (1) Casada / relacionamento estável
- (2) Solteira
- (3) Divorciada / separada
- (4) Viúva

4. Nível escolar:

- (1) Ensino fundamental incompleto
- (2) Ensino fundamental completo
- (3) Ensino médio incompleto
- (4) Ensino médio completo
- (5) Ensino superior incompleto
- (6) Ensino superior completo

5. Qual é sua ocupação? (Por favor, escolha apenas uma)

- (1) Empregada
- (2) Estudante
- (3) Em licença
- (4) Dona de casa
- (5) Incapacitada (Inválida)
- (6) Aposentada
- (7) Desempregada
- (8) Outros (Por favor, especifique) _____

Se você está trabalhando, por favor, descreva sua ocupação (ex: titulação, cargo): _____

6. Estágio da doença:

- A. Localizado
- B. Local avançado
- C. Metástico (metástase)

7. Estado da doença:

- A. Ativo
- B. Estável
- C. Livre da enfermidade
- D. Desconhecido

8. Há quanto tempo (meses) você terminou o tratamento?

9. Atualmente, você está fazendo terapia hormonal?

- (1) Sim
- (2) Não

Se sua resposta for sim (a), por favor, indique o que está tomando atualmente:

- (0) Tamoxifeno (Tamoxifeno GPS, Nolvadex, Yeacesal)
- (1) Anastrozol (Arimidex)
- (2) Letrozol (Femara, Insegar)
- (3) Raloxifeno (Evista, Optruma)
- (4) Toremifeno (Fareston)
- (5) Fulvestranto (Faslodex)
- (6) Exemestano (Aromasin)
- (7) Outros (por favor, especifique) _____

10. Histórico médico do tratamento de câncer

- a. Quimioterapia
- b. Radioterapia
- c. Terapia hormonal (ex: Tamoxifeno)
- d. Terapia Biológica (e.g. Interferon)
- e. Outros (por favor, especifique) _____

11. Por favor, indique se você tem alguns dos problemas abaixo:

- a. Hepatite / Problemas hepáticos
- b. Hipertensão arterial
- c. Tuberculose
- d. Alto nível de açúcar no sangue (diabetes)
- e. Problemas de tireóide
- f. Convulsão / ataques
- g. Coágulos sanguíneo (embolia, trombose) pulmonar / pernas
- h. Problemas renais
- i. Úlcera
- j. Sangramento inusual / hematomas
- k. Hemorragia interna
- l. Pólipo (s) retal
- m. Febre reumática
- n. Doença venérea
- o. Marca-passo
- p. Cirurgia cardíaca
- q. Desordens nervosas (crise nervosa, transtornos mentais)
- r. Problemas Pulmonares (enfisema, asma, DPCO – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)
- s. Outros Problemas médicos. Por favor, especifique-os:

12. Você consome bebidas com cafeína?

(1) Sim

(0) Não

Se a resposta for sim, que tipo de bebida você prefere?

(0) Café

(1) Chá

(2) Bebidas com cola (ex: coca-cola)

(3) Outras (por favor, especifique) _____

Com que frequência você consome bebidas com cafeína? (por favor, especifique em termos de número de bebidas ao dia, na semana ou no mês)

A que horas você costuma ingerir a última bebida com cafeína do dia?
_____ am/pm .

13. Você fuma?

(0) Sim

(1) Não

Se fuma: Quantos cigarros por dia ? _____

Há quanto tempo você fuma? _____

Se você não fuma atualmente: Você já fumou?

(1) Sim _____ (0) Não _____

Se você já fumou:

Quando você parou de fumar? _____

Quantos cigarros você fumava, por dia, antes de parar? _____

Durante quantos anos você fumou? _____

14. (a) Você consome bebidas alcoólicas?

(1) Sim

(0) Não

Se você consome: (b) Qual bebida você prefere?

(1) Cerveja

(2) Vinho

(3) Outras bebidas alcoólicas

(c) Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

Se atualmente você não bebe álcool,

(d) Você bebia álcool no passado?

(1) Sim

(0) Não

(e) Que bebida preferia?

(1) Cerveja

(2) Vinho

(3) outras bebidas alcoólicas

(f) Com que frequência você bebia álcool?

15. (a) Você toma algum remédio para dormir?

(0) Sim

(1) Não

Se a resposta for sim:

(b) Qual medicamento você toma e em que dose (mg)? _____

(c) Com que frequência? _____

Se a resposta for não:

(d) Você alguma vez já tomou algum tipo de medicamentos para dormir?

(1) Sim

(0) Não

(e) Qual medicamento você já tomou e em que dose? _____

(f) Com que frequência? _____

ANEXO B

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Instruções: As perguntas abaixo se referem aos seus hábitos de sono apenas no último mês. Suas respostas devem indicar com a maior precisão possível o que aconteceu na maioria dos dias e das noites do último mês. Por favor, responda todas as questões.

1. Durante o último mês, a que horas você costumava dormir?

HORA HABITUAL DE DORMIR _____

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você demorou para dormir?

NÚMERO EM MINUTOS _____

3. Durante o último mês, a que horas você costumava acordar?

HORA HABITUAL DE ACORDAR _____

4. Durante o último mês, quantas horas você conseguia dormir por noite? (Esta informação pode ser diferente do número de horas que você permanecia na cama).

HORAS DE SONO POR NOITE _____

Em cada uma das seguintes perguntas, escolha a melhor resposta. Por favor, responda todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você teve problemas de sono devido a

	Nunca	Menos de uma vez por semana	Uma ou duas vezes por semana	Três ou mais vezes por semana
a. Levar mais de 30 min para dormir.				
b. Acordar no meio da noite ou muito cedo.				
c. Ter que levantar no meio da noite para ir ao banheiro.				
d. Ter dificuldades para respirar				
e. Tossir ou roncar forte.				
f. Sentir muito frio				
g. Sentir muito calor				
h. Ter pesadelos				
i. Sentir dor				
j. Outras razões				

Por favor, descreva-as:

	Muito bom	Bom	Ruim	Muito ruim
6. No último mês, como você avaliaria a qualidade do seu sono?				

	Nunca	Menos de uma vez por semana	Uma ou duas vezes por semana	Três ou mais vezes por semana
7. Durante o último mês, com que frequência você utilizou de medicamentos para dormir (prescritos ou não)?				
8. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldades para se manter acordada enquanto dirigia, comia ou durante atividades sociais.				

	Nenhum	Um pouco	Bastante	Muito
9. Durante o último mês, em que nível você teve problemas para manter-se suficientemente acordada (ativa) para poder realizar suas atividades?				

	Ninguém	Sim, em outro quarto	Sim, no mesmo quarto, mas em outra cama	Sim, na mesma cama que eu
10. Além de você, alguém mais dorme em sua casa?				

Com que frequência esta pessoa, no último mês, fez comentários sobre seu

11.	Nenhuma vez no último mês	Menos de uma vez na semana	Uma ou duas vezes na semana	Três ou mais vezes na semana
a. Ronco alto.				
b. Longas pausas entre respiração enquanto dormia (apnéia do sono).				
c. Sacudidas ou espasmos nas pernas enquanto você dormia.				
d. Episódios de desorientação ou confusão durante o sono.				

e. Outro motivo tipo de agitação ou ansiedade durante o sono.				
---	--	--	--	--

Por favor, especifique

Questões adicionais (escolha a melhor resposta):

Na última semana, com que frequência você

	Nenhuma vez	Menos de uma vez por semana	Uma ou duas vezes por semana	Três ou mais vezes por semana
a. Atrasou seu horário de ir para cama porque sabia que não conseguiria dormir?				
b. Teve períodos de sono leve ou de pouca qualidade ?				
c. Teve interrupção no sono durante a noite ou acordou mais cedo do que gostaria?				
d. Acordou muitas vezes durante a noite?				
e. Sentiu inquietação ou ansiedade durante o sono?				

ANEXO C

Quality of Life Scale / Cancer Patient / Cancer Survivor

Instruções: Estamos interessados em saber em que grau suas experiências com o câncer afetam sua qualidade de vida. Por favor, responda as questões abaixo de acordo com sua vida neste momento.

Por favor, indique um número de 0 a 10 para descrever melhor sua experiência.

Bem Estar Físico

Em que grau as seguintes condições lhe causam problemas?

1. Fadiga

Não é um problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

2. Mudanças de apetite

Não é um problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

3. Mal estar ou dores

Não é um problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

4. Alterações no sono

Não é um problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

5. Constipação intestinal

Não é um problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

6. Náusea

Não é um problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

7. Alterações na menstruação ou na fertilidade

Não é um problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 problema grave

8. Avalie sua saúde física geral

Extremamente pobre 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

Bem estar Psicológico

9. Qual o seu grau de dificuldade para enfrentar o seu dia a dia, em função de sua doença e tratamento?

Não é difícil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muito difícil

10. Como está sua qualidade de vida?

Extremamente pobre 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 excelente

11. Você se considera feliz?

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito

12. Você acha que pode ter controle sobre sua vida?

Não, em absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sim, totalmente

13. Você está satisfeito(a) com sua vida?

Não, em absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sim, totalmente

14. Como está sua atual capacidade para se concentrar ou lembrar-se das coisas?

Extremamente pobre 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

15. Você se sente útil?

Não, em absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sim, totalmente

16. A doença ou o tratamento tem causado mudanças na sua aparência física?

Não, em absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sim, totalmente

17. A doença ou o tratamento tem causado mudanças em seu autoconceito? (a forma como você se vê a si mesma)

Não, em absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sim, totalmente

Em que grau os seguintes aspectos da doença ou do tratamento tem sido estressantes para você?

18. Diagnóstico inicial

Nada estressante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muito estressante

19. Tratamento do câncer (quimioterapia, radioterapia ou cirurgia)

Nada estressante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muito estressante

20. O período desde o fim do tratamento

Nada estressante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muito estressante

21. Você se sente ansioso(a)?

Não, em absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muito

22. Você se sente deprimida?

Não, em absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito

Em que grau você tem medo de:

23. Futuros exames (provas diagnósticas)

Não tenho medo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tenho medo extremo

24. Um segundo câncer

Não tenho medo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tenho medo extremo

25. Reincidência do seu câncer

Não tenho medo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tenho medo extremo

26. Disseminação do câncer (metástase)

Não tenho medo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tenho medo extremo

Questões Sociais

27. Em que grau sua doença tem sido estressante para sua família ?

Nada estressante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muito estressante

28. Você considera suficiente o apoio recebido das outras pessoas?

Não, em absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muito

29. Ter de prestar atenção contínua em sua saúde interfere em seus relacionamentos pessoais ?

Não, em absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito

30. Sua sexualidade foi afetada por sua doença?

Não 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito

31. Em que grau sua doença e tratamento interferem em seu trabalho?

Nenhum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito

32. Em que grau sua doença e tratamento interferem em suas atividades domésticas?

Nenhum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito

33. Em que grau você está se sentindo sozinha devido sua doença ou tratamento?

Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito

34. Qual é a repercussão financeira que você teve como consequência de sua doenças e tratamento?

Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muita

Bem estar Espiritual

35. Em que grau é importante você participar de atividades religiosas como rezar ou ir a igreja?

Não é importante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito importante

36. Em qual grau outras atividades espirituais são importantes para você? (ex. meditação)

Não é importante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito importante

37. Em que grau o diagnóstico do câncer mudou suas crenças espirituais ou religiosas?

Não Mudou 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mudou totalmente

38. Quanta incerteza você sente em relação ao seu futuro?

Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muita incerteza

39. Em que grau sua doença resultou em mudanças positivas em sua vida?

Nenhuma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitas mudanças positivas

40. **Você tem um objetivo/missão em sua vida ou razão para continuar vivendo?**

Não 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Muito**

41. **Você se sente esperançosa em relação ao seu futuro?**

Não 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Muito**

ANEXO D

Brief Zung Self-Rating Depression Scale

Por favor, marque com um (X)a alternativa da resposta que melhor descreva como você se sentiu durante a ultima semana

	Nunca ou em raros momentos	Algumas vezes	Grande parte do meu tempo	Maioria do tempo
1. Me sinto desanimada, triste, melancólica				
2. Aprecio a companhia de pessoas agradáveis				
3. Minha mente está tão clara quanto antes				
4. Para mim é difícil fazer as coisas que eu costumava fazer				
5. Tenho esperança com relação ao futuro				
6. Eu estou mais irritada que o normal				
7. Tenho dificuldades para tomar decisões				
8. Eu me sinto útil e requisitada pelas pessoas				
9. A vida é maravilhosa				
10. Eu acho que algumas pessoas se sentiriam melhor se eu morresse				
11. Eu aprecio as mesmas coisas que antes gostava				