

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

**Avaliação do Sono e sua Relação com Sintomas Depressivos e Ansiosos em
Pacientes do Sexo Feminino com Transtornos Psiquiátricos Hospitalizadas**

Cristina Silveira Moraes Leite

Orientadores

Maria Paz Loayza Hidalgo

Ellis D'Arrigo Busnello

Dissertação de Mestrado

2004

Silveira Moraes Leite, Cristina

Avaliação do Sono e sua Relação com Sintomas Depressivos e Ansiosos em Pacientes do Sexo Feminino com Transtornos Psiquiátricos/Cristina Silveira Moraes Leite; orient. Ellis Dárrigo Busnello, Maria Paz Loayza Hidalgo – Porto Alegre – UFRGS:2004.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande Do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

1. Insônia 2. Depressão 3. Ansiedade 4. Escalas

Catálogo Bibliográfico FAMED/HCPA

**Aos
meus pais**

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Ellis D'Arrigo Busnello, pela oportunidade, pelo estímulo e pelos ensinamentos.

À Dra. Maria Paz Loayza Hidalgo, pelo exemplo de pessoa e pesquisadora, cujo incentivo foi fundamental para a conclusão deste trabalho e de contribuição inestimável para minha formação.

À Rui Gureghian Scarinci, pelo suporte na área de informática e, principalmente, pela compreensão e carinho.

Aos acadêmicos André Alencastro, Ivan Moura, João Prola, João Scheidt, Luciane Negreiros, Marcos Röpke, Rafael Bringhenti, Tamara Azambuja, Vinicius Viana, pela colaboração na elaboração do projeto e coleta de dados.

À CAPES, pelo suporte financeiro a esta dissertação de mestrado.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, por me proporcionar o acesso ao conhecimento do ensino médico de qualidade.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	05
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	06
2.1	Sono: histórico e conceito.....	06
2.2	Insônia.....	07
2.2.1	Definição.....	07
2.2.2	Aspectos Neurobiológicos.....	08
2.2.3	Aspectos Epidemiológicos.....	09
2.2.4	Instrumentos Diagnósticos.....	11
2.2.5	Sonolência Diurna.....	12
2.2.6	Avaliação Clínica.....	13
2.2.7	Associação com Transtornos Mentais.....	14
3	OBJETIVOS.....	21
4	REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA.....	22
5	ARTIGOS ORIGINAIS.....	27
5.1	Sleep perception in female patients with psychiatric disorders.....	27
5.2	Percepção de sono em pacientes femininas com transtornos psiquiátricos	43
5.3	Relationship between insomnia and depressive and anxiety symptoms in female psychiatric inpatients.....	60
5.4	Estudo da relação entre insônia, sintomas depressivos e ansiosos em pacientes psiquiátricas femininas internadas.....	73
6	ANEXOS.....	85
6.1	Consentimento Informado.....	85
6.2	Escala de Sonolência Epworth.....	86

1. INTRODUÇÃO

A maioria dos estudos epidemiológicos conduzidos na população geral conclui que o sintoma insônia é comum. O critério utilizado para definição de insônia é um importante fator a ser considerado na interpretação dos resultados. A grande variedade entre as prevalências encontradas resulta da falta de uma forma de avaliação padronizada no diagnóstico de insônia.

Inúmeros trabalhos vêm ressaltando a relação entre insônia e doenças psiquiátricas. A insônia é um importante indicador no diagnóstico de doenças psiquiátricas, pode contribuir para o agravamento de um transtorno mental pré-existente ou ser o resultado de um sofrimento mental. É sugerido que a intervenção precoce em indivíduos com insônia possa prevenir o aparecimento de transtornos psiquiátricos.

Apesar da relevância do sintoma insônia para os distúrbios psiquiátricos pouco é conhecido sobre a percepção de sono destes pacientes e sobre o comportamento do sintoma insônia durante o curso agudo das doenças mentais. O objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade do sono e sua relação com sintomas depressivos e ansiosos em pacientes do sexo feminino em uma unidade de internação psiquiátrica.

Inicialmente será apresentada uma revisão da literatura sobre insônia e sua relação com os transtornos psiquiátricos. Conforme as normas do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o trabalho será apresentado na forma de artigos que seguem as normas para publicação das revistas para as quais serão submetidos à apreciação. O primeiro compara diferentes métodos de aferição de insônia e avalia as situações de sonolência que melhor discriminam pacientes com boa e má qualidade de sono; o segundo compara as variâncias de sintomas depressivos e ansiosos entre os subtipos de insônia em pacientes com depressão.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 SONO: HISTÓRICO E CONCEITO

O sono é um processo biológico natural do organismo e essencial à reparação e manutenção do equilíbrio bio-psico-social do ser humano. Até a metade deste século era visto como a entrada no desconhecido território da inconsciência, comparável a morte, ambos como estado de profundo repouso; um definitivo, o outro temporário. Por ser um processo passivo, sua principal função estaria relacionada ao repouso de todos os sistemas.

Os estudos sobre sono iniciaram-se no século XIX, com o desenvolvimento de aparelhos eletrofisiológicos. Um grande passo nos estudos envolvendo o ciclo sono-vigília foi dado a partir da possibilidade de se estabelecer uma correlação entre o padrão comportamental e o eletroencefalográfico. O traçado típico da vigília caracteriza-se por ondas de baixa amplitude e de alta freqüência, enquanto que, à medida que se aprofunda, o sono apresenta ondas de voltagens crescentes e freqüências decrescentes, caracterizando fases distintas e que ciclam durante o período em que o indivíduo dorme.

Até o momento o sistema de classificação dos estágios do sono mais amplamente aceito é o de Rechtschaffen e Kales (1). Neste, o período normal de sono é dividido em ciclos que se repetem várias vezes ao longo da noite e se compõem de diferentes estágios: 1) Sono R.E.M (rapid eye movement) também chamado de sono ativo devido ao alto nível de atividade cerebral e sono paradoxal pela ausência de tônus muscular apesar dessa alta atividade. 2) Sono não REM ou sono ortodoxal, quieto, de ondas lentas ou delta. O sono não REM possui quatro estágios (1,2,3,4) conforme o grau de profundidade.

Uma premissa importante desse sistema de classificação é de que o sono REM, o sono não REM e a vigília são fenômenos fundamentalmente diferentes, determinados por variáveis eletrográficas e fisiológicas, e que se alternam durante a

noite. Nem o sono nem a vigília são considerados processos unitários, sendo possível subdivisões praticamente ilimitadas para qualquer estágio.

Assim, hoje se sabe que o sono está estruturado seqüencialmente em fases e estágios. Isto é, segue um padrão, e este padrão pode ser rompido de várias maneiras e por várias causas, resultando nos chamados distúrbios do sono, sendo o mais freqüente a insônia.

2.2 INSÔNIA

2.2.1. Definição

A definição de insônia, assim como a do próprio sono, tem variado ao longo do tempo e entre autores, refletindo enfoques distintos e a grande complexidade do tema (2). Algumas noções, entretanto, vem recebendo maior aceitação: perturbações dos padrões normais de sono; percepção pelo paciente de sono insuficiente; grande variação do tempo de sono necessário e suficiente para cada indivíduo sentir-se bem e ter um bom desempenho no dia seguinte, conseqüências diurnas da insônia. Muitas vezes, a insônia é acompanhada de sonolência excessiva, cansaço, falta de energia e mal-estar. Quando não tratada pode acarretar alta morbidade, alto custo e baixa da produtividade.

A insônia pode ser classificada de diferentes formas:. Dependendo do ciclo do sono no qual se inicia, ela pode ser classificada como: inicial (dificuldade para iniciar o sono), intermediária (com episódios que interrompem o sono), e terminal (despertar precoce). A insônia também pode ser classificada de acordo com sua duração: insônia transitória (algumas noites); insônia de curta duração (duração inferior a três semanas); insônia crônica (duração superior a três semanas). As insônias transitórias e de curta duração estão mais freqüentemente associadas a circunstâncias adversas de vida e estresses. A insônia crônica é mais comumente relacionada aos distúrbios psiquiátricos, como os distúrbios de ansiedade. A associação com outras patologias

classifica-a em primária e secundária (decorrente). Uma classificação mais antiga, pela origem, subdivide a insônia causada por fenômenos externos (ambiental) e internos (psicológica e fisiológica).

Tabela 1. Classificações de insônia.

Momento do ciclo do sono	Inicial
	Intermediária
	Terminal
Duração	Insônia transitória
	Insônia de curta duração
	Insônia crônica
Associação com patologias	Primária
	Secundária
Origem	Psicológica
	Fisiológica
	Ambiental

2.2.2. Aspectos neurobiológicos da insônia

Ainda não foi identificado um neurotransmissor específico responsável pela indução ou manutenção do sono, porém, uma variedade de neuroquímicos (neurotransmissores, neuromoduladores, neuropeptídeos e moduladores imunológicos) tem sido relacionados. A noradrenalina, liberada pelos neurônios do tegumento dorsal, induz sono REM e ativação cortical (3). A serotonina, um dos principais neurotransmissores do núcleo supraquiasmático hipotalâmico, age como regulador central de todos os ritmos endógenos circadianos (3). Inlui assim, na regulação do eixo hipotálamo-periférico. Os neurônios do núcleo da rafe contêm

grande quantidade de serotonina. O esgotamento dessa serotonina provoca insônia intensa, com o desaparecimento do sono REM e NREM. A destruição bilateral dos núcleos cerúleos provoca uma cessação completa do sono REM, mas não tem influência sobre o sono NREM (4). Esgotando-se a serotonina e a noradrenalina pela administração de reserpina ocorre insônia intensa, demonstrando a importância do núcleo da rafe no início do sono NREM (5). Dessa forma, atualmente acredita-se que a serotonina seja indispensável para o sono NREM e a noradrenalina para o sono REM, que ocorre somente quando precedido do sono NREM (Figura 1). A sequência rítmica desses processos é determinada por marca-passos circadianos e infradianos.

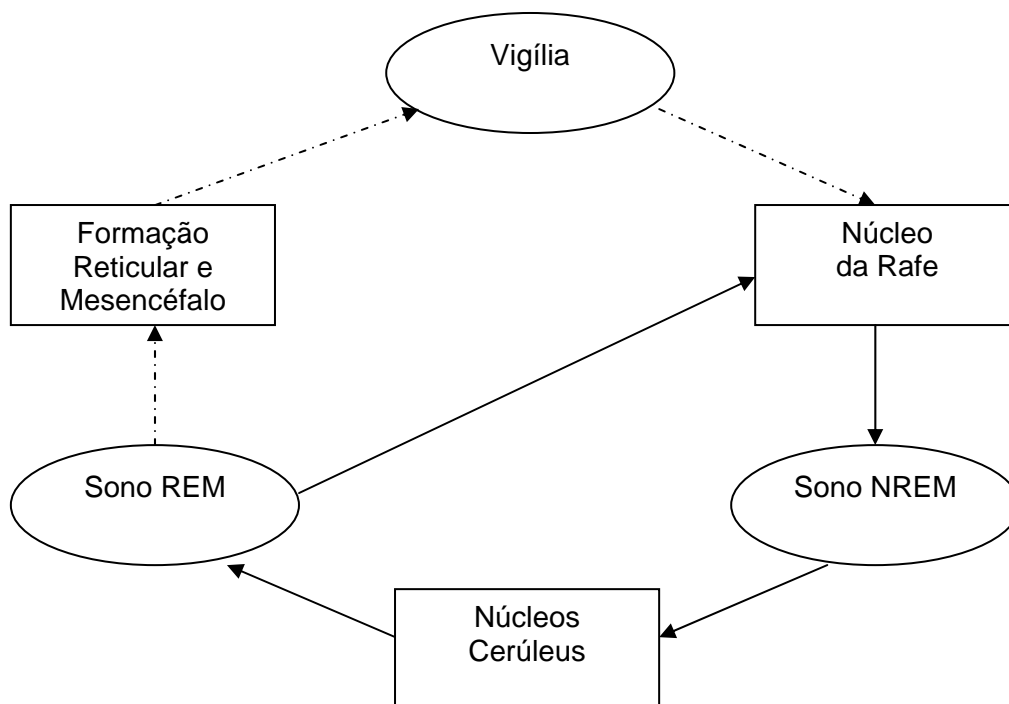


Fig. 1 - Participação das substâncias transmissoras monoaminérgicas no ciclo vigília-sono.

2.2.3 Aspectos epidemiológicos da Insônia

Entre os 84 distúrbios listados na Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (6), a insônia é o mais freqüente na população geral. Praticamente todas as

peças já experimentaram algumas noites ocasionais de pouco sono, ou por um estresse temporário ou por eventos recentes de aborrecimento ou estímulo. Estima-se que 35% da população geral sofrerá de insônia durante a sua vida e metade desse grupo irá considerar o episódio grave o suficiente para consultar um médico (7). Anualmente, pelo menos um terço dos adultos americanos experimentam insônia.

Um estudo populacional, realizado no Canadá com indivíduos com mais de 15 anos, encontrou uma prevalência de 24% de insônia. Através de entrevista telefônica era realizada a pergunta: Você tem, regularmente, problema para adormecer ou manter o sono? A resposta positiva representava insônia (8).

No Brasil, um estudo (n=3.934), realizado entre os habitantes de Pelotas (RS) a prevalência de insônia, definida como queixa de dificuldade para dormir no último mês que causou incômodo ou desconforto, foi de 25,2%. Tal condição era crônica (> 1 ano) para a maioria dos entrevistados (61,6%). A prevalência foi maior no sexo feminino, em pessoas mais velhas, divorciadas e com baixa renda (9).

Em outro estudo populacional brasileiro, diferentes prevalências de insônia foram calculadas baseadas em diferentes definições que levaram em consideração a frequência da queixa, grau de desconforto e nível de dificuldade em realizar as atividades do dia seguinte. A prevalência de insônia variou entre 12.0% e 76.3%. O sexo feminino estava significativamente associado com a insônia na análise multivariada (10).

A ampla variação na prevalência de insônia em estudos epidemiológicos pode ser explicada pela falta de unanimidade quanto à definição e à classificação do tipo de insônia, conseqüentemente há uma dificuldade na generalização e comparação dos resultados de estudos. Assim, a prevalência estimada de insônia na literatura varia como resultado da falta de padronização das perguntas sobre sono, categorização das respostas e intervalo de tempo variável para caracterização do quadro.

2.2.4 Instrumentos Diagnósticos

Não existe uma forma de avaliação amplamente aceita para o diagnóstico de insônia.

O polissonograma é um polígrafo de achados do EEG, dos movimentos oculares, de leituras da eletromiografia, da saturação do oxigênio, dos movimentos das extremidades, do fluxo aéreo e dos movimentos torácicos e abdominais feitos no sono, geralmente durante toda à noite. A polissonografia não está indicada na avaliação de rotina de insônia, exceto quando o diagnóstico for incerto e houver suspeita de um transtorno primário do sono e quando a insônia não responder a tratamentos comportamentais e farmacológicos apropriados (11).

O teste de latências múltiplas do sono (TLMS) é uma série de quatro ou cinco oportunidades, cada uma separada por um intervalo de 2 horas, para tirar uma soneca de 15 a 20 minutos. É usado para avaliar a latência do sono e da possibilidade de transtornos do sono como apnéia do sono obstrutiva e narcolepsia. Na insônia primária, os resultados do TLMS geralmente são normais (11).

A actigrafia é uma técnica recentemente desenvolvida para registrar a atividade durante a vigília e o sono sem aplicação de quaisquer eletrodos. Usa-se um actígrafo no punho, cujo tamanho é semelhante ao de um relógio. Consiste em um detector de movimento e memória considerável para que possa registrar dados de movimento ou não colocados contra o tempo por uma ou duas semanas. O paciente pode usá-lo continuamente durante o sono e enquanto passa pelas rotinas diárias. A actigrafia é ideal para exame prolongado do ciclo sono-vigília porque é conveniente e prontamente aceita pelos pacientes. Embora alguns estudos apresentem correlação estreita entre os achados de repouso-atividade registrados pelo actígrafo e o padrão sono-vigília determinado por um polissonígrafo, em pacientes com insônia associada à doença mental, a correlação entre os dois testes é mais baixa (12). O actígrafo tende a

superestimar o tempo total de sono nesses pacientes, pois eles têm mais probabilidade de permanecer relativamente imóveis na cama sem realmente dormir.

As escalas de avaliação permanecem o método mais fácil, barato e amplamente utilizado para a coleta de dados. Embora numerosas escalas de avaliação venham sendo desenvolvidas para a avaliação da insônia (11), poucas tem sido validadas especificamente como screening para insônia.

2.2.5 Sonolência diurna

A Sonolência Diurna Excessiva (SDE) é uma queixa muito comum em estudos populacionais entre indivíduos com insônia (16-20). A sonolência é a tendência normal em adormecer, uma consequência fisiológica da privação do sono. Quando excessiva, enquadra-se no grupo das dissonias. É de suma importância na saúde pública como um fator de risco para acidentes, problemas interpessoais e diminuição da produtividade e da qualidade de vida (21).

Para aferição da sonolência diurna pode-se utilizar o TLMS. Outros testes de sonolência são baseados na pupilometria, os quais são onerosos em demasia. A escala de sonolência Epworth (ESS) destina-se a medir a propensão ao sono por um método simples, de baixo custo, rápido e padronizado, permitindo estudos populacionais em larga escala (22). Ela cobre todas as variedades de propensões ao sono, da maior a menor, com oito questões de situações cotidianas, a saber: sentado e lendo; vendo televisão; sentado em lugares públicos (como sala de aula e igreja); andando de trem, carro ou ônibus por uma hora sem parar; deitando-se à tarde para descansar quando as circunstâncias permitem; sentado e conversando com alguém; sentado calmamente após o almoço sem ter tomado bebida alcoólica; parado na direção de um carro, por alguns minutos, em trânsito intenso (congestionado). A distinção é feita entre adormecer e sentir-se simplesmente cansado. A pessoa deve fornecer uma nota de zero (nenhuma chance de adormecer) a três (alta chance). Terá

SDE quem obtiver o total de 11 ou mais pontos na soma das oito situações descritas. Se o sujeito não esteve recentemente nessas situações, ele é questionado a estimar o quanto elas poderiam ter lhe afetado. A ESS tenta verificar o fato de que as pessoas têm diferentes rotinas diárias, algumas facilitadoras e outras inibidoras do sono diurno (23). É um instrumento bastante sensível, simples e confiável para medir a SED em populações gerais e específicas. Possui um elevado grau de consistência interna, medido pelo índice alfa de Cronbach (0,88) (24).

2.2.6 Avaliação Clínica

Na clínica diária, os profissionais de saúde, ao se depararem com a queixa de insônia, nem sempre atentam para o problema, quando não negligenciam tal diagnóstico. Em um estudo, mais de 40% dos pacientes com insônia persistente apresentam um distúrbio psiquiátrico não diagnosticado (13).

Nenhum dos 20 médicos de atenção primária avaliados em um estudo sobre estratégias de promoção de bem estar questionou o paciente a respeito do seu sono durante as entrevistas simuladas (14).

Em outro estudo com 536 prontuários de pacientes ambulatoriais, 12% das notas de evolução de clínicos e cirurgiões continham uma referência remota ao sono, enquanto 74% das evoluções psiquiátricas possuíam tal referência documentada (15).

Assim como os médicos não possuem o hábito de questionar sobre alterações do sono, os pacientes não costumam referir tais queixas espontaneamente. O quadro torna-se mais complexo quando entram em jogo outros fatores como a fidedignidade da estimativa que o próprio indivíduo faz do tempo que dormiu, sua estimativa de latência, o grau de satisfação que tem de seu sono e da sonolência diurna. A queixa subjetiva de insônia nem sempre está relacionada com alguma evidência objetiva de alteração do sono.

2.2.7 Associação com transtornos mentais

Embora não existam dados sobre a frequência com que psiquiatras questionam sobre o sono em uma avaliação inicial, sabe-se que tais especialistas investigam alterações do sono em seus pacientes, uma vez que este é um dos critérios diagnósticos para algumas doenças psiquiátricas. Nas tabelas 2 e 3 são apresentados os critérios diagnósticos relacionados a alterações do sono conforme descritos nas duas principais classificações diagnósticas em psiquiatria – Classificação Internacional das Doenças (CID-10) (25) e Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (DSM-IV) (26) .

Tabela 2. Critérios diagnósticos relacionados a alterações do sono na CID-10.

Sono perturbado	Episódio Depressivo
Diminuição da necessidade de sono	Episódio maníaco e hipomania
Dormir mal	Distimia
Insônia	Transtorno de ansiedade generalizada Transtorno de estresse pós-traumático

Tabela 3. Critérios diagnósticos relacionados a alterações do sono no DSM-IV.

Insônia quase todos os dias	Episódio depressivo maior
Necessidade diminuída de sono	Episódio maníaco e hipomaníaco
Despertar nas primeiras horas da manhã	Características melancólicas
Insônia ou hipersonia	Transtorno distímico
Dificuldade em conciliar ou manter o sono	Transtorno de estresse pós-traumático
Perturbação do sono	Transtorno de ansiedade generalizada

Alguns estudos epidemiológicos de grande porte, utilizando amostras representativas da população, têm mostrado que entre um terço e metade das pessoas que se queixam de insônia crônica apresentam também critérios diagnósticos para um transtorno psiquiátrico primário, na sua maioria depressão e ansiedade. No estudo de Mellinger, 17% dos adultos relataram “muito” problema para iniciar o sono ou mantê-lo no último ano; desses, 47% apresentavam altos níveis de sintomatologia psiquiátrica. Em contraste, apenas 11% dos indivíduos sem história de insônia apresentavam taxa elevada de sintomas psíquicos (27). Em uma coorte realizada durante 4 anos os indivíduos foram divididos em 3 grupos: sem história de insônia ou doenças psiquiátricas, com insônia mas sem história psiquiátrica, com insônia e doença psiquiátrica no último ano. Apesar de não terem história psiquiátrica, os indivíduos insones apresentaram maior risco de desenvolverem depressão, transtorno do pânico e abuso de álcool no ano seguinte comparados aos indivíduos sem insônia (28). Em outra coorte com 7954 indivíduos, 10,2% dos entrevistados referiram insônia significativa por pelo menos 2 semanas nos 6 meses anteriores. No período de 1 ano, 31% desses indivíduos permaneciam com insônia e surgiram novos casos em 6,2% dos entrevistados. A queixa de insônia na avaliação inicial estava associada com diagnóstico psiquiátrico, segundo o DSM-III, em 40,4% dos casos (29). Um estudo realizado com adultos jovens, sem história de doença psíquica, encontrou uma forte correlação entre prevalência de problemas do sono ao longo da vida e o surgimento de transtornos psiquiátricos em 3,5 anos, segundo o DSM-III-R, sendo os mais comuns: depressão, ansiedade e abuso de substâncias. Insônia foi referida por 16,6% dos entrevistados na primeira avaliação, sendo que 45% destes permaneciam com insônia na avaliação seguinte (30).

Populações clínicas têm apresentado uma taxa de comorbidade ainda maior entre insônia e transtornos psiquiátricos. Em um ambulatório clínico geral foram encontrados sintomas psiquiátricos em mais de 50% dos pacientes com insônia (31).

Em um estudo com pacientes portadores de doenças crônicas (depressão, hipertensão, diabetes, insuficiência cardíaca congestiva), transtorno depressivo maior e sintomas depressivos estavam mais fortemente associados à insônia do que as outras doenças, embora associações significativas também tenham sido encontradas em outras condições clínicas (32). Entre pacientes que procuram clínicas do sono ou hospitais gerais com queixa de insônia, setenta e cinco por cento possuem um transtorno psiquiátrico diagnosticável (33).

Não apenas as doenças psiquiátricas são mais prevalentes em indivíduos com insônia, mas também pacientes psiquiátricos freqüentemente queixam-se de distúrbios do sono. A incidência de alterações do sono em pacientes psiquiátricos ambulatoriais varia de 75% durante o quadro agudo até aproximadamente 33% após um ano de seguimento (34). Embora o sono usualmente melhore com a remissão clínica dos transtornos psiquiátricos, as queixas de sono são comuns durante períodos de remissão relativa. Essa persistência ou recorrência de queixas do sono pode sugerir tratamento incompleto, características do indivíduo, condições subclínicas, resquícios da doença ou características de sono preexistentes (35).

Poucos dados são encontrados com respeito à incidência de insônia para cada transtorno psiquiátrico específico. O conhecimento clínico baseado em alguns dados dos estudos de taxonômicos apregoa que insônia inicial e intermediária, assim como, queixas do sono não restaurador, freqüentemente ocorrem em pacientes com ansiedade e distúrbios "neuróticos", enquanto insônia terminal é característica de "depressão endógena" (36-38). Entretanto, isto não é confirmado em estudos recentes que sugerem não haver um tipo específico de insônia que caracterize determinado transtorno (39).

A maioria dos estudos epidemiológicos utiliza relatos subjetivos de insônia. Seriam esses relatos apenas parte de uma percepção global negativa do estado físico e psicológico? Pressupondo que existe correlação entre medidas objetivas do sono e

saúde/performance, há uma relação causal entre sono e saúde? Muitas pesquisas têm encontrado valores preditivos positivos para a insônia no desenvolvimento subsequente de depressão. Um estudo em indivíduos idosos mostrou que a queixa de alteração do sono na entrevista inicial e final é fator de risco para depressão na avaliação final comparado aos indivíduos sem queixas de sono nas duas avaliações (40). Na análise de regressão logística, os autores encontraram que primeiro depressão e depois problemas no sono, na primeira avaliação, são fatores preditivos de depressão na segunda avaliação. Foi encontrada relação causal de alteração do sono para depressão, mas não de depressão para insônia. O mais longo estudo relacionando insônia e depressão avaliou os hábitos de sono de 1000 estudantes de medicina do sexo masculino acompanhados por um período de 34 anos. Indivíduos com insônia na faculdade apresentaram um risco aumentado de depressão ao longo da vida (risco relativo 2,0), assim como aqueles que relataram dificuldade para dormir quando submetidos a estresse (risco relativo 1,8) em comparação com aqueles sem problemas de sono (41).

No estudo de Ford and Kameron (29), os indivíduos com insônia e sem diagnóstico psiquiátrico (5,8%) na avaliação inicial apresentaram um risco aumentado de desenvolver um episódio depressivo na segunda avaliação comparado aos indivíduos sem insônia (1,7%). Os autores verificaram também que o risco de depressão na segunda avaliação estava associado ao relato de insônia nesta avaliação, ou seja, a remissão da insônia entre a primeira e a segunda avaliação diminui o risco de depressão. Baseados nesta análise os autores sugerem que o relato persistente ou recorrente de insônia possa ser usado pelos médicos em atenção primária como uma oportunidade de prevenir o aparecimento de um novo episódio depressivo.

Utilizando o mesmo banco de dados do trabalho de Ford and Kameron (National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area – ECA database),

porém com uma amostra maior, Eaton et al utilizaram a presença ou ausência dos critérios diagnósticos do DSM III, na primeira entrevista, para prever o aparecimento de depressão. O risco relativo do item “problemas do sono” foi 7,6, sendo superado apenas pelo item “sentimento de desvalia e culpa” cujo risco relativo foi 10,4. O item “problemas do sono” obteve o mais alto risco atribuível calculado, 47%, sendo esta a proporção de casos que poderiam ser prevenidos se a intervenção fosse 100% efetiva em eliminar o fator de risco (42).

Também analisando uma amostra do banco de dados ECA, Judd et al encontraram a presença de sintomas depressivos em 19,6% dos indivíduos. O sintoma mais freqüente foi “dificuldade em iniciar o sono, manter-se dormindo ou despertar precoce” durante o último mês referido por 33,7% dos 1867 entrevistados (43).

O diagnóstico de depressão está fortemente associado a distúrbios do sono em diversos estudos. Isto poderia dever-se ao fato de que sono perturbado está entre um dos seus critérios diagnósticos? No estudo de Breslau, o diagnóstico de insônia durante a vida mostrou ser fator preditivo de um primeiro episódio depressivo nos indivíduos entrevistados (30). Foram utilizados critérios diagnósticos para depressão modificados, sendo omitido o item sobre alterações do sono. A associação entre problemas do sono e o diagnóstico de depressão manteve-se significativa.

Um estudo onde foram acompanhados 14 pacientes com história de depressão em remissão encontrou que o aumento do índice de alteração do sono era o fator mais fortemente associado com a recaída clínica. A avaliação foi realizada através do item relacionado à queixa de sono no Inventário de Beck para Depressão, o qual aumentou nas 2 semanas anteriores a recaída (44).

Um estudo de caso-controle encontrou uma associação entre qualidade de sono e risco de suicídio em pacientes com transtorno depressivo maior (45). Em outro estudo com pacientes depressivos foi avaliada a significância prognóstica de vários

aspectos clínicos em prever suicídio. Insônia foi um dos sintomas clínicos associados com suicídio após o seguimento de um ano (46).

Insônia e ansiedade são sintomas freqüentemente coexistentes, seja em virtude da sua grande prevalência acarretar a possibilidade de uma associação fortuita, seja pelo fato de um dos sintomas ser desencadeante ou reforçado pelo outro. Ambos podem estar presentes, de forma associada, em diversas síndromes e transtornos psiquiátricos como os abuso e dependência de álcool e drogas, transtornos da ansiedade, transtornos do humor, transtornos psicóticos e transtornos de ajustamento.

Em um estudo populacional (47) indivíduos sem transtornos psiquiátricos apresentavam, nos últimos 7 dias, prevalência de insônia de 22% comparado a 61% nos portadores de Transtornos de Ansiedade. Outro levantamento encontrou que 70% dos indivíduos com insônia apresentavam ansiedade elevada em contraposição a apenas 8% daqueles sem insônia (30).

A qualidade do sono foi avaliada em um estudo com 146 pacientes com transtorno do pânico (48). Escalas de ansiedade (Hamilton A e Scheehan) e depressão (Hamilton D e Inventário para depressão de Beck) foram utilizadas na aferição. As prevalências encontradas variaram bastante conforme o instrumento utilizado: Sono satisfatório (18,6 a 41,4%), fadiga ao despertar (36,4 a 79,4%), insônia (24,3 a 79,4%), sono insatisfatório (20,7 a 79,3%).

Algumas hipóteses têm sido avaliadas para explicar a incidência elevada de alterações do sono em pacientes psiquiátricos. Anormalidades neuroquímicas são sugeridas como um possível fator etiológico para algumas condições psicopatológicas devido à semelhança entre seus mecanismos neurobiológicos. A constatação do envolvimento do neurotransmissor serotonina, na gênese da depressão, ansiedade e insônia parece ser um importante ponto de partida para a identidade terapêutica de tais transtornos como tendo uma raiz comum (5). Sabe-se que o ciclo sono-vigília é

influenciado por qualquer alteração significativa de controle neural ou ritmos biológicos e algumas características dos transtornos afetivos sugerem alterações destes ritmos. Estas teorias não se excluem mutuamente, mas sim emergem como possíveis cofatores.

Concluindo, apesar dos inúmeros trabalhos relacionando insônia com transtornos mentais precisamos ainda aprimorar nossos métodos diagnósticos. A investigação adequada de insônia em pacientes psiquiátricos, especialmente em pacientes com sintomas depressivos e ansiosos, pode ser uma oportunidade para o diagnóstico, avaliação e prevenção destes transtornos.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar o padrão do sono de pacientes do sexo feminino com transtornos psiquiátricos hospitalizadas.

Objetivos específicos

Avaliar em pacientes psiquiátricas femininas hospitalizadas

1. a prevalência de insônia utilizando diferentes critérios;
2. a percepção da qualidade de sono;
3. com insônia, situações de sonolência que melhor discriminam a qualidade de sono;
4. com diagnóstico de transtorno depressivo, as variâncias de sintomas depressivos e de ansiedade entre os subtipos de insônia.

4. REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA

1. Rechtschaffen A, Kales A. Manual of standardized terminology, techniques, and scoring system for sleep stages of human subjects. Brain Information Service/Brain Research Institute, UCLA, Los Angeles, 1968.
2. Rosekind MR. The epidemiology and occurrence of insomnia. *J Clin Psychiatry* 1992; 53(suppl 6):4-6.
3. Tork I. Anatomy of the serotonergic system. *Ann NY Acad Sci* 1990; 600:9-35.
4. Ursin R. Serotonin and Sleep. *Sleep Med Rev* 2002; 6:55-67.
5. Jolën A. Neurobiological bases for the relation between sleep and depression. *Sleep Med Rev* 2002; 6: 341-351.
6. Diagnostic classification steering committee. The International Classification of Sleep Disorders: diagnostic and coding manual. Rochester, MN; American Sleep Disorders Association, 1990.
7. National Institute of Mental Health. Consensus Development Conference: drugs and insomnia. Clinical handbook of sleep disorders. Boston; Butterworth-Heinemann, 1996: 119-154.
8. Sutton DA, Moldofsky H, Badley EM. Insomnia and Health problems in Canadians. *Sleep* 2001; 24(6):665-670.
9. Oliveira A, Lima M, Spader, M. Epidemiologia da insônia em uma população urbana adulta. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2001; 24(2):39-45.
10. Rocha FL, Guerra HL, Lima-Costa MFF. Prevalence of insomnia and associated sócio-demographic factors in a Brazilian community: the Bambuí study. *Sleep Medicine* 2002, 3:121-126.
11. Sateia MJ, Doghramji K, Hauri PJ, Morin CM. Evaluation of insomnia. *Sleep* 2000; 23:243-308.

12. Sato M, Ohbuchi K, Correlations between subjective evaluation about own sleep and that of objective evaluation in psychophysiological insomnia. *Sleep and Biological Rhythms* 2003; 1:139-140.
13. Ohayon MM. Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *J Psychiat Res* 1997; 31(3):33-346.
14. Haponik EF, Frye AW, Richards B. Sleep history is neglected diagnostic information: challenges for primary care physicians. *J Gen Intern Med.* 1996; 11:759-61.
15. Shor RI, Bauwens SF. Diagnosis and treatment of outpatient insomnia by psychiatric and nonpsychiatric physicians. *Am J Med* 1992; 93:78-82.
16. Johnson EO, Breslau N, Roehrs T, Chase G, Drake C, Roth T. Epworth and daytime sleepiness scales: psychometric comparison in a community-based sample. *Sleep* 2001; 24:108-109.
17. Ohayon MM, Vecchierini MF, Lubin S. Excessive daytime sleepiness and insomnia in an elderly population. *Sleep* 2001; 24:345-346.
18. Johnson EO, Breslau N, Roth T, Roehrs T, Rosenthal L. Psychometric evaluation of daytime sleepiness and nocturnal sleep onset scales in a representative community sample. *Biol Psychiatry* 1999; 45:764-770.
19. Hublin C, Kaprio J, Partinen M, et al. Daytime sleepiness in an adult Finnish population. *J Intern Med* 1996; 239:417-423.
20. Martikainen N, Urponen H, Partinen M, et al. Daytime sleepiness: a risk factor in community life. *Acta Neurol Scand* 1992; 86:337-341.
21. Johns M, Hocking B. Excessive daytime sleepiness and sleep habits of Australian workers. *Sleep* 1997; 20:844-849.
22. Johns, M.W. A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1991; 14(6):540-5.

23. Johns, M.W. Sleepiness in Different Situations Measured by the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1994; 17(8):703-710.
24. Johns, M.W. Reliability and Factor Analysis of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1992; 15(4):376-81.
25. World Health Organization (WHO). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 1992.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC. 1994.
27. Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:225-32.
28. Weissman MM, Greenwald S, Nino-Murcia G, et al. The morbidity of insomnia uncomplicated by psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19:245-250.
29. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *JAMA* 1989; 262(11): 1479-84.
30. Breslau N, Roth T, Rosental L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry* mar 1996; 39(6): 411-8.
31. Charon F, Dramaix M, Mendlewicz J. Epidemiological survey of insomnia subjects in a sample of 1761 outpatients. *Neuropsychobiology* 1989; 21:109-110.
32. Katz DA, MacHorney CA. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Arch Intern Med* 1998; 158:1099-1107.
33. Buysse DJ, Reynolds CF, Kupfer DJ. Clinical diagnoses in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: a report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. *Sleep* 1994; 17:630-7.
34. Sweetwood H, Grant I, Kripke DF, et al. Sleep disorders over time: Psychiatric correlates among males. *Br J Psychiatry* 1980; 136:456-62.

35. Gillin JC. Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? *Acta Psychiatry Scand* 1998; 98(393):39-43.
36. Kiloh LG, Andrews G, Neilson M. The relationship of the syndromes called endogenous and neurotic depressions. *Br J Psychiatry* 1972; 121:183-96.
37. Kiloh LG, Garside RF. The independence of neurotic depression and endogenous depression. *Br J Psychiatry* 1963; 109:451-63
38. Mendels J, Cochrane C. The nosology of depression. *Am J Psychiatry* 1968; 124:1-11.
39. Okuji Y, Matsuura M, Kawasaki N, et al. Prevalence of insomnia in various psychiatric diagnostic categories. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2002; 56:239-240.
40. Livingston G, Blizzard B, Mann A. Does sleep disturbance predict depression in elderly people? A study in inner London. *Br J Gen Practice* 1993; 43:445-48.
41. Chang PP, Ford DE, Mead LA, et al. Insomnia in young men and subsequent depression: The John Hopkins Precursors Study. *Am J Epidemiol* 1997; 146:105-114.
42. Eaton WW, Badawi M, Melton B. Prodromes and precursors: epidemiologic data for primary prevention of disorders with slow onset. *Am J Psychiatry* 1995; 152:967-972.
43. Judd LL, Rapaport MH, Paulus MP, Brown JL, Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? *J Clin Psychiatry* 1994; 55:18-28.
44. Perlis ML, Giles DE, Butsse DJ, Tu X, Kupfer DJ. Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *J Affect Disord* 1997; 42:209-212.
45. Agargun MY, Kara H, Solmaz M. Subjective Sleep Quality and Suicidality in Patients with Major Depression. *J Psychiatr Res* May-Jun 1997; 31(3):377-81.
46. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147:1189-94.
47. Czeisler CA; Richardson G. Detection and assessment of insomnia. *Clin Ther* 1991; 13(6):663-79.

48. Stella, CRAV; Gomes de Matos, E Avaliação da qualidade do sono em pacientes portadores de pânico em atendimento pelo NATA - HC UNICAMP. Rev. Bras. Psiquiatr 2002; 24(2):46-51.

SLEEP PERCEPTION IN FEMALE PATIENTS WITH PSYCHIATRIC DISORDERS

Cristina S M Leite ¹, Marcos VR Röpke ², André LS Alencastro ², João Prola ², Vinicius V Viana ², Luciane K Negreiros ², Tamara Azambuja ², Rafael N Bringhenti ², Ivan L Moura ², João A Scheidt ², Maria Paz L. Hidalgo ³, Ellis D´Arrigo Busnello ³ .

Study carried out at the Psychiatry Service, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

¹ MD, Psychiatrist, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

² Undergraduate students of Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

³ MD, PhD, Psychiatrist, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

Corresponding author:

Dra. Cristina Leite

Rua Castro Alves, 167 sala 204

Rio Branco – 90430-131

Porto Alegre, RS, Brazil

Phone: (+55-51) 3312 1669

Fax: (+55-51)

E-mail: mpaz@cpovo.net

Abstract

The prevalence of insomnia among psychiatric patients is high. Many studies about insomnia are available in the literature, but few refer to individual experience of insomnia and quality of sleep. We studied the effect of adopting different criteria for insomnia definition on its prevalence and its association with subjective sleep quality, in female psychiatric patients. When we defined insomnia as the presence of any subtype (initial and/or middle and/or late) and compared with the sleep question imbedded in Montgomery-Åsberg (MADRS) scale, we find a significant concurrent validity. But when we analyzed data by different subtypes, 63.2% of the patients without insomnia on the MADRS scale referred initial insomnia, 14.8% middle insomnia and 05.3% late insomnia. Forty-six percent and 52% of the patients with insomnia on the MADRS scale and with any subtype respectively referred good quality of sleep. Considering each subtype, 73.7%, 55.6% and 26.3% of the patients in initial, middle and late group referred good sleep quality respectively. The question “would doze while sitting and talking to someone” in Epworth Sleeping scale showed the higher coefficient, 0.79, in discriminant analysis. Our findings suggest the practice of specifically targeting insomnia subtypes in psychiatric patients. The bad quality of sleep in insomniacs indicates higher risk of excessive daily sleepiness consequences.

Keywords: Insomnia; Sleep Quality; Sleepiness, Psychiatry Disorders, Psychiatric Patients.

Introduction

Sleep has an important role in physical and mental health. Insomnia, the most common sleep disorder, is the subjective complaint of insufficient or inadequate sleep. It occurs with few physical signs, and is largely defined on the basis of the patient's self report, being difficult to evaluate reliably.^{1, 2,3} The majority of the studies indicates that women are about 1.3 times more likely to report insomnia problems than men.^{4, 5,6}

In epidemiological studies the prevalence of insomnia complaints vary from around 2 to over 40%^{4,5,6,7,8}. This is probably a result of the lack of standardization in the questions used to elicit insomnia, and to differences in its definition, both with respect to symptom type and time period. This lack of standardization reflects and perpetuates conceptual confusion regarding the nature of insomnia. While the international classification of sleep disorders revised⁹ may be regarded as the “gold standard” for classification of sleep disorders, there is no widely accepted “gold standard” for the diagnosis of insomnia. Actually, self-report remains the easiest, cheapest and the most widely used method for collecting data about an individual's health. The use of objective measures such as polysomnographic and actigraphy concerning insomnia evaluation has its limitations.^{10, 11,12,13}

Information from a variety of sources demonstrates the association between insomnia and psychiatric conditions. The International Classification of Diseases (ICD-10) includes sleep difficulty as a symptom among the diagnostic criteria for several disorders, including major depression, generalized anxiety, and post-traumatic stress.¹⁴ Studies of patients in sleep medicine clinics show that psychiatric illness is common.¹⁵ Samples of unselected psychiatric patients have about a three-fold increase in the frequency of insomnia, as compared to healthy controls and the insomnia severity correlates with the intensity of the psychiatric symptoms.^{16, 17} Individuals affected by insomnia have a higher prevalence of psychiatric disorders and may be at higher risk of depression throughout their lifetime.^{18, 19,20,21,22} Insomnia complaints may be an early

marker of depression, anxiety and alcohol abuse.^{23, 24} These data suggest the importance of diagnosing insomnia while early intervention may be an opportunity for preventing subsequent psychiatric disorders.^{17,23}

Many studies about insomnia are available in the literature, but few refer to individual experience of insomnia and quality of sleep. The main objective of this investigation was to determine the effect of adopting different criteria for insomnia definition on its prevalence. An additional objective was to evaluate sleepiness situations that discriminate insomniacs with good and bad sleep quality.

Method

The present study is cross-sectional. The investigational review board approved the project. All participants consent to participate in the study. Subjects were 101 female psychiatric patients hospitalized in a tertiary care hospital in the city of Porto Alegre, Brazil. Exclusion criteria were: age under 18 years, moderate or severe mental retardation and dementia. The participation rate was 97%.

Instruments

All patients answered a structured questionnaire regarding socio-demographic characteristics.

The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), adapted to Brazilian Portuguese²⁵ is a ten question rating scale ranging from 0 to 6, giving a final score from 0 to 60. Intraclass correlation of 0.90 was observed for agreement between different evaluators. We use the sleep item imbedded in this scale to assess insomnia:

** How do you sleep?*

0- Do you sleep as usual?

**How is your sleep problem?*

2- Do you sleep with some difficulty or your sleep is a little diminished or confused?

4- Is your sleep diminished or confused for at least 2 hours?

6- Do you have less than 2 or 3 hours of sleep?

Insomnia subtypes, were classified as initial (difficulty initiating sleep), middle (difficulty maintaining sleep) and late (early morning awakening). The following yes / no questions were used in the study:

1. Do you have difficulty falling asleep at night? (Initial)
2. Do you wake up during the night after you have gone to sleep? (Middle)
3. Do you wake up too early in the morning and have difficulty getting back to sleep? (Late)

Three groups were created to analyze insomnia severity: patients without insomnia (group I), patients with one or two subtypes of insomnia (group II) and patients with three subtypes of insomnia (group III).

The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), a self-rated questionnaire, was used to assess sleep quality and daytime sleepiness.^{26, 27} Participants answered the following questions, imbedded in this questionnaire:

1. "During the past month, how would you rate your sleep quality overall?"

Answers of very good and fairly good were used to classify the patients as presenting a good quality of sleep, and very bad or fairly bad, a bad quality of sleep.

2. "During the last month, how many times did you have problems to stay awake while driving, eating or participating in social activities?"

Answers of less than once a week, once or twice a week and three or four times a week were classified as daytime sleepiness; and no episode in the last month as without daytime sleepiness.

The question "How do you feel when you wake up?" from the diary sleep questionnaire was used to measure restorative sleep. Answers of very rested and rested were classified as restorative sleep; and very tired and tired as non-restorative sleep.

The Epworth Sleepiness Scale (ESS), adapted to Brazilian Portuguese was used to evaluate sleepiness situations.²⁸ This is a self-administered eight-item scale for

measuring daytime sleepiness in adults that assesses the probability of dozing or falling asleep while intending to remain awake. Each question ranges from 0 to 3, resulting in a final score that varies from 0 to 24 in increasing order of sleepiness.

Data collection

All tests were answered by individual patients, in the presence of an evaluator blinded to the objective of the study. The scales were applied in the first five days after the patient's admission. The evaluators were nine medical students who were trained using role-playing activities and discussion focused on unclear questions or possible difficulties.

Statistical analysis

Analyses were performed using the SPSS for Windows 6.0. Continuous variables were described using mean and standard deviation. Relationships of these variables were explored with Pearson χ^2 . Categorical variables were analyzed using the chi-square test. Discriminate analysis was also applied to study which of the questions in the ESS had the higher coefficients to discriminate good from bad quality of sleep.

Results

Socio-demographic characteristics of the patients and their major Axis-I diagnosis are described in table 1.

The prevalence of insomnia classified in subtypes was 64,4% and on MÄ scale 58,4%. The frequencies of initial, middle and late insomnia were 18,8%, 26,7% and 18,8% respectively. Insomnia, defined as the presence of any subtype (initial and/or middle and/or late) and compared with MADRS scale (table 2), had a significant concurrent validity ($\chi^2= 18.4$; $p<0,00$).

In order to quantify insomnia severity, we created three groups, and compared with the MADRS scale (table 2). Sixty nine percent, 34,4% and 5,3% of group I, group

II and group III patients respectively denied symptoms of insomnia on the MADRS scale ($\chi^2= 17$; $p<0.01$).

When we analyzed data by different subtypes (table 2), 63.2% of the patients without insomnia on the MADRS scale referred initial, 14.8% middle and 05.3% late insomnia.

The prevalence of good sleep quality was 62,4% and restorative sleep 45%. In the comparison of sleep quality and restorative sleep, 84,4% of the rested group patients and 44,6% of the tired group patients reported good sleep quality ($\chi^2 16.6$; $p<0,01$).

Forty-six percent of the patients with insomnia on the MADRS scale and 52% of the patients with any subtype of insomnia referred good sleep quality (table 3). When we compare insomnia severity and sleep quality, 80.6% of group I patients, 63% of group II patients, and 26.3% of group III patients reported good sleep quality. Considering each subtype, 73.7%, 55.6% and 26.3% of the patients in initial, middle and late group referred good sleep quality respectively (table 3).

Only 20% patients complained of daytime sleepiness. The comparison of daytime sleepiness and quality of sleep, as well as with insomnia, classified in subtypes, was not significant. In daytime sleepiness group, 75% refer good quality of sleep. Sixty four percent of insomniacs deny excessive daytime sleepiness. Analyzing each question of the Epworth scale, the following situations presented the higher coefficient to discriminate bad and good quality of sleep: sitting and talking to someone, and sitting quietly after a non alcoholic lunch (table 4).

Discussion

When we defined insomnia as the presence of any subtype and compared with MADRS scale, both instruments produced equivalent insomnia prevalence. Our result was similar to the 60% prevalence of insomnia found in a study among 536 new referrals to a psychiatric clinic in Japan.²⁹

The prevalence of each subtype of insomnia in this study was much smaller than the prevalence of a study with depressive patients only (initial 71.6%, middle 56.8%, late 50%). This corroborates the stronger association between insomnia and depression referred in many studies.^{18, 19,20,21,22,23,24}

Analyzing each subtype, it seems that patients with difficulty falling asleep do not associate this fact with insomnia if they can sleep well the rest of the night. Moreover, they consider themselves good sleepers. Waking up earlier was the most recognizable symptom of insomnia and bad sleep quality.

Thirty-seven percent of the patients with one or two subtypes of insomnia did not associate their symptoms with bad quality of sleep, suggesting that they may have gotten used to chronically bad sleeping and do not identify these complains as a health concern. These findings suggest the subdivision of insomnia into different subtypes as a better way to evaluate sleep than asking about quality of sleep. Although PSQI is a reliable and valid instrument to measure sleep quality and disturbances, this instrument was not specifically designed for the assessment of insomnia.

It is difficult to establish the validity of a threshold for presence of disorder, because signs and symptoms of psychiatric disorders are widespread in the general population not always reflecting its presence. The insomnia symptom is important for many reasons. A study found that sleep problems would identify 47% of the new cases of major depression occurring in the following year.³⁰ There is a prognostic significance of sleep disturbance, particularly insomnia, in predicting suicide among patients with affective disorders; insomnia is considered to be one of the “modifiable risks” for suicide.³¹

Sleep quality is an important clinical factor and may have a direct association with mortality.³² There is an association between subjective sleep quality and suicidal tendency in patients with major depressive disorder.³³ In our study insomnia symptoms occurred in more than 50% subjects and almost 50% of them referred bad quality of

sleep. The discriminate analysis showed that the question with higher discriminant coefficient was fall asleep while sitting and talking to someone, suggesting high risk of falling asleep in monotony situations (ex. driving) and consequently with higher risk of life.

Several methodological issues regarding the design of this study should be discussed. First, the high participation rate (97%) suggests that selection bias was unlikely. Second, evaluators did not know the study objective and bias on their part was also unlikely. Third, all instruments were validated to Brazilian Portuguese. Finally, we are aware that our results may be applicable only to female psychiatric patients.

In summary, broad questions of sleep quality, so commonly used, may not be sufficient to exclude the presence of insomnia, and the opportunity to diagnose or prevent psychiatric disorders may be lost. Our findings recommend the practice of specifically targeting insomnia subtypes in psychiatric patients and that subjective bad quality of sleep in insomniacs indicates higher risk of excessive daily sleepiness consequences.

BIBLIOGRAFIA

1. Rosekind MR. The epidemiology and occurrence of insomnia. *J Clin Psychiatry* 1992; 53(6):4-6.
2. Alderich M. Insomnia in neurological diseases. *J Psychosom Res.* 1993; 37(1):3-11.
3. Czeisler CA; Richardson G. Detection and assessment of insomnia. *Clin Ther.* 1991; 13(6):663-679.
4. Sutton DA, Moldofsky H, Badley EM. Insomnia and Health problems in Canadians. *Sleep* 2001; 24(6): 665-670.
5. Oliveira A, Lima M, Spader M. Epidemiologia da insônia em uma população urbana adulta *Rev Bras Psiquiatr.* 2001; 24(2):79-83.

6. Rocha FL, Guerra HL, Lima-Costa MFF. Prevalence of insomnia and associated sócio-demographic factors in a Brazilian community: the Bambuí study. *Sleep Medicine* 2002; 3:121-126.
7. Ohayon M, Partinen M. Insomnia and global sleep dissatisfaction in Finland. *J. Sleep Res.* 2002; 11:339-46.
8. Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:225-32.
9. Diagnostic classification steering committee. The International Classification of Sleep Disorders: diagnostic and coding manual. Rochester, MN; American Sleep Disorders Association, 1990.
10. Thase ME, Fasiczka MA, Berman SR, et al. Electroencephalographic sleep profiles before and after cognitive behavior therapy of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:138-144.
11. Reite M, Buysse D, Reynolds C, Mendelson W. The use of polysomnography in the evaluation of insomnia. *Sleep* 1995;18:58±70.
12. Lacks P, Morin CM. Recent advances in the assessment and treatment of insomnia. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:586±594.
13. Sato M, Ohbuchi K, Correlations between subjective evaluation about own sleep and that of objective evaluation in psychophysiological insomnia. *Sleep and Biological Rhythms* 2003; 1:139-140.
14. World Health Organization (WHO). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 1992.
15. Katz DA, MacHorney CA. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Arch Intern Med* 1998; 158:1099-1107.
16. Sweetwood H, Grant I, Kripke DF, et al. Sleep disorders over time: Psychiatric correlates among males. *Br J Psychiatry* 1980; 136:456-62.

17. Weissman MM, Greenwald S, Nino-Murcia G, et al. The morbidity of insomnia uncomplicated by psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:245-250.
18. Breslau N, Roth T, Rosental L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry* 1996 mar; 39(6): 411-8.
19. Charon F, Dramaix M, Mendlewicz J. Epidemiological survey of insomnia subjects in a sample of 1761 outpatients. *Neuropsychobiology* 1989; 21:109-110
20. Buysse DJ, Reynolds CF, Kupfer DJ. Clinical diagnoses in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: a report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. *Sleep* 1994; 17:630-7.
21. Ohayon MM. Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *J Psychiat Res* 1997; 31(3):33-346.
22. Gillin JC. Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? *Acta Psychiatry Scand* 1998;98(393):39-43.
23. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *JAMA* 1989; 262(11): 1479-84.
24. Benca RM. Sleep in psychiatric disorders. *Neur Clinics* 1996 Nov; 14(4): 739-64.
25. Dractu L, Ribeiro C, Calil HM. Depression assesment in Brazil – the first application of the Montgomery-Åsberg depression rating scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:797-800.

26. Backhaus J, Junghans K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test – retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 737 – 740.
27. Carpenter JS, Andrykowski MA. Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Psychosomatic Research* 1998; 45(1) 5-13.
28. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1991; 14(6):540-545.
29. Okuji Y, Matsuura M, Kawasaki N, et al. Prevalence of insomnia in various psychiatric diagnostic categories. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2002;56:239-240.
30. Eaton WW, Badawi M, Melton B. Prodromes and precursors: epidemiologic data for primary prevention of disorders with slow onset. *Am J Psychiatry* 1995; 152:967-972.
31. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 1990; 147:1189-94.
32. Reynolds CF, Kupfer DJ. Sleep research in affective illness: state of the art circa 1987. *Sleep* 1987;10:199-215.
33. Agargun MY, Kara H, Solmaz M. Subjective Sleep Quality and Suicidality in Patients with Major Depression. *J Psychiatr Res*, May-Jun 1997, 31(3):377-81.

Table 1- Socio-demographic characteristics and psychiatric diagnosis of the patients

	n	%	Mean	Std. deviation
Age in years			35.54	11.26
Years of schooling			07.65	03.74
Admissions in Mental Health Units			02.27	01.99
Marital Status				
Living together (married or not)	40	39.6		
Living alone (single/divorced/widowed)	61	60.4		
Employed	35	34.7		
Use of sedative medication	42	42.6		
ICD-10 categories				
Organic Mental Disorders	01	01.0		
Substance abuse disorders	15	14.9		
Schizophrenic spectrum	09	08.9		
Mood disorder spectrum	70	69.3		
Anxiety Disorder Spectrum	06	06.0		

Table 2- Cross tabulations of insomnia classified in subtypes with the question related to sleep in Montgomery-Åsberg scale

Insomnia Subtypes	Montgomery-Asberg	
	Without insomnia (%)	With insomnia (%)
Without any insomnia subtype	25 (69.4)	11 (30.6)
With any insomnia subtype	17 (26.2)	48 (73.8)
Group I	25 (69.4)	11 (30.6)
Group II	16 (34.4)	30 (65.2)
Group III	01 (05.3)	18 (94.7)
Initial	12 (63.2)	07 (36.8)
Middle	04 (14.8)	23 (85.2)
Late	01 (05.3)	18 (97.4)

Group I: patients without insomnia, Group II: patients with one or two subtypes of insomnia, Group III: patients with three subtypes of insomnia.

Table 3. Cross tabulations of insomnia classified in subtypes and the question related to sleep in Montgomery-Åsberg scale with Sleep Quality.

	Sleep Quality	
	Bad (%)	Good (%)
Montgomery-Åsberg		
Without any insomnia subtype	06 (14,3)	36 (85,7)
With any insomnia subtype	32 (54,2)	27 (45,8)
Insomnia Subtypes		
Without insomnia	07 (19,4)	29 (80,6)
With insomnia	31 (47,7)	34 (52,3)
Group I	07 (19,4)	29 (80,6)
Group II	17 (37,0)	29 (63,0)
Group III	14 (73,3)	05 (26,3)
Initial	05 (26,3)	14 (73,7)
Middle	12 (44,4)	15 (55,6)
Late	14 (73,7)	05 (26,3)

Group I: patients without insomnia, Group II: patients with one or two subtypes of insomnia, Group III: patients with three subtypes of insomnia.

Table 4. Discriminant analysis of Epworth questions between good and bad sleep quality in insomniacs

Epworth Sleepiness Scale questions	Discriminant Coefficient
Sitting and talking to someone	.793
Sitting quietly after a non alcoholic lunch	.666
Sitting inactive in a public place	.557
As a passenger in a car for an hour without a break	.545
Sitting and reading	.383
Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit	.350
In a car, while stopped for a few minutes in traffic	.211
Watching TV	.096

PERCEPÇÃO DE SONO EM PACIENTES FEMININAS COM TRANSTORNOS PSQUIÁTRICOS

Cristina Leite ¹, Marcos VR Röpke ², André LS Alencastro ², João Prola ², Vinicius V Viana ², Luciane K Negreiros ², Tamara Azambuja ², Rafael N Bringhenti ², Ivan L Moura ², João A Scheidt ², Maria Paz L. Hidalgo³, Ellis D´Arrigo Busnello ³.

Estudo realizado no Serviço Psiquiátrico do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

¹ MD, Psiquiatra, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

² Estudantes de Medicina da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

³ MD, PhD, Psiquiatra, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

Endereço para correspondência:

Dra. Cristina Leite

Rua Castro Alves, 167 sala 204

Rio Branco – 90430-131

Porto Alegre, RS, Brazil

Fone: (+55-51) 3312 1669

Fax: (+55-51)

E-mail: mpaz@cpovo.net

Resumo

A prevalência de insônia em pacientes psiquiátricos é elevada. Muitos estudos sobre a insônia estão disponíveis na literatura, mas pouca referência é feita à experiência individual de insônia e à qualidade do sono. Nós estudamos a variação na prevalência de insônia, em pacientes psiquiátricas femininas, em consequência da adoção de diferentes critérios para sua definição e sua associação com qualidade do sono subjetiva. Ao definir insônia como a presença de qualquer subtipo (inicial e/ou intermediária e/ou terminal) e comparar com a questão sobre sono da escala de Montgomery-Åsberg (MADRS), nós encontramos uma validade de concordância significativa. Mas quando analisamos os diferentes subtipos separadamente, 63.2% dos pacientes sem insônia na escala MADRS referiram insônia inicial, 14.8% intermediária e 05.3% terminal. Quarenta e seis e 52% dos pacientes com insônia na escala MADRS e com qualquer subtipo respectivamente referiram boa qualidade de sono. Considerando cada subtipo, 73.7%, 55.6% e 26.3% dos pacientes com insônia inicial, intermediária e terminal referiram boa qualidade de sono respectivamente. Na análise discriminante da escala de sono Epworth, a questão cochilar enquanto sentado e conversando com alguém apresentou o maior coeficiente de discriminação (0.79). Nossos achados sugerem o questionamento específico sobre sintomas de insônia em pacientes psiquiátricos e que a má qualidade do sono nos pacientes insones indica um risco elevado para as consequências da sonolência diária excessiva.

Palavras chave: Insônia; qualidade de sono; sonolência, transtornos psiquiátricos, pacientes psiquiátricos.

Introdução

O sono tem um papel importante na saúde física e mental. Insônia, o transtorno de sono mais comum, é a queixa subjetiva de sono insuficiente ou inadequado. Ocorre com poucos sinais físicos, e é amplamente definida com base no relato do paciente sendo difícil avaliá-la de forma confiável.^{1,2,3} A maioria dos estudos indica que as mulheres têm uma chance 1.3 vezes maior de relatar problemas de insônia do que os homens.^{4,5,6}

Em estudos epidemiológicos a prevalência de queixas de insônia varia de 2 a 40%.^{4,5,6,7,8} Isto é provavelmente o resultado da falta de padronização nas questões utilizadas para elucidar insônia, e das diferenças em suas definições, ambas com respeito ao tipo de sintoma e período de tempo. Esta falta de padronização reflete e mantém a confusão conceitual referente à natureza da insônia. Enquanto a classificação internacional dos distúrbios do sono revisada⁹ possa ser considerada o padrão ouro para a classificação dos distúrbios do sono, não existe um padrão ouro amplamente aceito para o diagnóstico de insônia. De fato, as auto-avaliações permanecem o método mais fácil, barato e extensamente usado para a coleta de dados sobre a saúde dos indivíduos. O uso de medidas objetivas como a polisonografia e a actigrafia na avaliação de insônia possui limitações.^{10,11,12,13}

Informações de diferentes fontes demonstram a associação entre insônia e doenças psiquiátricas. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) inclui sono perturbado como critério diagnóstico para alguns transtornos incluindo episódio depressivo, distímia, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de estresse pós-traumático.¹⁴ Estudos realizados em clínicas do sono mostraram que a doença psiquiátrica é comum entre os pacientes.¹⁵ Amostras de pacientes psiquiátricos não selecionadas apresentam três vezes mais insônia, quando comparados a controles e a severidade da insônia correlaciona-se com a intensidade dos sintomas psiquiátricos.^{16, 17} Indivíduos com insônia têm uma maior prevalência de doenças

psiquiátricas e um maior risco de desenvolver depressão ao longo da vida.^{18, 19, 20, 21,22} A queixa de insônia parece ser um marcador precoce de depressão, ansiedade e abuso de álcool.^{23, 24} Estes dados sugerem a importância do diagnóstico de insônia, uma vez que a intervenção precoce pode ser uma oportunidade para a prevenção de transtornos psiquiátricos subsequentes.^{17,23}

Muitos estudos sobre insônia estão disponíveis na literatura, mas poucos fazem referência a experiência pessoal sobre insônia e qualidade do sono. O objetivo principal deste estudo foi determinar o efeito da adoção de diferentes critérios de insônia em sua prevalência. Um objetivo adicional foi avaliar situações de sonolência que discriminem pacientes insones com boa e má qualidade de sono.

Método

Este é um estudo transversal. Houve aprovação do projeto pela Comissão de Ética e Pesquisa. Todos os participantes assinaram consentimento informado para participar do estudo. A amostra é formada por 101 pacientes femininas com transtornos psiquiátricos internadas em um hospital terciário na cidade de Porto Alegre, Brasil. Os critérios de exclusão foram: idade abaixo de 18 anos, retardo mental moderado e grave e demência. A taxa de participação foi de 97%.

Instrumentos

Todos os pacientes responderam a um questionário estruturado relativo as características sócio-demográficas.

Nós utilizamos a questão sobre sono presente na escala Montgomery-Åsberg de Depressão (MADRS), adaptada para o português²⁵, para avaliar insônia. Esta escala contém dez questões variando de zero a 6 pontos e o escore total variando de zero a 60. A concordância entre os diferentes avaliadores foi mensurada por meio do teste de correlação intra-classe com resultado de 0.90.

* *Como você dorme?*

0- Dorme como sempre?

* *Como é seu problema com o sono?*

2- Você dorme com alguma dificuldade ou seu sono está um pouco diminuído ou atrapalhado?

4- Você está com seu sono diminuído ou atrapalhado por pelo menos 2 horas?

6- Você tem tido menos de 2 ou 3 horas de sono?

Os subtipos de insônia foram classificados como inicial (dificuldade em iniciar o sono), intermediária (com episódios que interrompem o sono), e terminal (despertar precoce). As seguintes questões auto-respondíveis do tipo “sim” e “não” foram utilizadas no estudo:

1. Você tem dificuldade para iniciar o sono à noite? (Inicial)

2. Você tem despertares durante a noite após ter iniciado a dormir? (intermediária)

3. Você acorda muito cedo pela manhã e tem dificuldade para voltar a dormir? (terminal)

Três grupos foram criados para a análise dos dados: pacientes sem insônia (grupo I), pacientes com um ou dois tipos de insônia (grupo II), pacientes com três tipos de insônia (grupo III).

A escala Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), um questionário auto-aplicável, foi utilizado para avaliar qualidade de sono e sonolência diurna.^{26, 27} Os participantes responderam as seguintes questões inseridas neste questionário:

1. “Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono?”

Respostas do tipo muito bom e bom foram utilizadas para classificar os pacientes com boa qualidade de sono, e muito ruim e ruim, má qualidade de sono.

2. “Durante o último mês, quantas vezes você teve problema para ficar acordado enquanto dirigia, comia, ou estava envolvido com atividades sociais?”

As respostas: menos do que uma vez na semana, 1 ou 2 vezes na semana e 3 ou 4 vezes na semana foram classificadas como sonolência diurna; os pacientes sem sonolência diurna responderam negativamente a algum episódio no último mês.

A pergunta “Como você se sente ao acordar?” extraída do diário do sono foi utilizada para mensurar sono restaurador. Respostas do tipo muito descansado e descansado classificaram sono restaurador e respostas do tipo muito cansado e cansado sono não restaurador.

A escala de sonolência Epworth (ESE), adaptada para o português do Brasil, foi utilizada para avaliar situações de sonolência diurna.²⁸ É um questionário auto-aplicável de oito itens que mensura a propensão de cochilar ou adormecer quando a intenção é manter-se acordado. O escore de cada questão varia de 0 a 3, e o escore total varia de zero a 24, em um crescente de sonolência.

Coleta de dados

Todos os questionários foram respondidos individualmente, na presença de um avaliador sem conhecimento do objetivo do estudo, nos primeiros cinco dias após a internação das pacientes. Os avaliadores eram nove estudantes de medicina treinados através de dramatizações e discussões focadas em questões dúbias ou possíveis dificuldades.

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada no programa SPSS for Windows 6.0. As variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e desvio padrão. A relação entre estas variáveis foi aferida através da correlação de Pearson. Variáveis categóricas foram analisadas utilizando o teste Qui-quadrado. A análise discriminante foi aplicada para estudar quais das questões na escala ESE possuíam maior coeficiente discriminante entre boa e má qualidade de sono.

Resultados

As características sócio-demográficas das pacientes e os diagnósticos no eixo I estão descritos na tabela 1.

A prevalência de insônia classificada em subtipos foi 64.4% e na escala MADRS 58.4%. A frequência de insônia inicial, intermediária e terminal foi 18.8%, 26.7% e 18.8% respectivamente. Insônia, definida com a presença de qualquer subtipo (inicial e/ou intermediária e/ou terminal), quando comparada à escala MADRS (tabela 2), apresentou validade de concordância significativa ($\chi^2= 18.4$; $p<0,00$).

Para quantificar a severidade da insônia, nós criamos três grupos e comparamos com a escala MÄ (tabela 2). Sessenta e nove por cento das pacientes do grupo I, 34.4% das pacientes do grupo II e 5.3% das pacientes do grupo III negaram a presença de sintomas de insônia na escala MADRS. ($\chi^2= 17$; $p<0.01$).

Ao analisar os dados de cada subtipo específico (tabela 2), 63.2% dos pacientes sem insônia na escala MÄ referiram insônia inicial, 14.8% intermediária e 05.3% terminal.

A prevalência de boa qualidade de sono foi 62.4% e de sono reparador 45%. Na comparação de qualidade de sono e sono reparador, boa qualidade de sono foi relatada por 84.4% do grupo de pacientes descansadas e 44.6% do grupo de pacientes cansadas ($\chi^2 16.6$; $p<0,01$).

Quarenta e seis por cento das pacientes com insônia na escala MÄ e 52% das pacientes que apresentaram qualquer subtipo de insônia referiram boa qualidade de sono (tabela 3). Ao comparar severidade da insônia com qualidade de sono, 80.6% das pacientes do grupo I, 63% das pacientes do grupo II e 26.3% das pacientes do grupo III referiram boa qualidade de sono. Considerando cada subtipo, 73.7%, 55.6% e 26.3% das pacientes com insônia inicial, intermediária e terminal referiram boa qualidade de sono respectivamente (tabela 3).

Apenas 20% das pacientes queixaram-se de sonolência diurna. A comparação de sonolência diurna e qualidade de sono, bem como com insônia, classificada em subtipos, não foi significativa. No grupo das pacientes com sonolência diurna, 75% referiram boa qualidade de sono. Sessenta e quatro por cento dos pacientes com

insônia negaram apresentar sonolência diurna. Analisando cada questão da escala Epworth, as seguintes situações apresentaram o melhor coeficiente para discriminar qualidade de sono ruim e boa: Sentado e conversando com alguém 0.793 e sentado calmamente após almoço sem álcool 0.666 (tabela 4).

Discussão

Quando nós definimos insônia como a presença de qualquer subtipo e comparamos com a escala MÃ, ambos instrumentos apresentaram prevalências equivalentes de insônia. Nosso resultado foi semelhante à prevalência de 60% de insônia encontrada em um estudo com 536 novos pacientes de uma clínica psiquiátrica no Japão.²⁹

A prevalência de cada subtipo de insônia em nosso estudo foi muito menor do que a prevalência de um estudo realizado com pacientes depressivos (inicial 71.6%, intermediária 56.8%, terminal 50%). Isto corrobora a maior associação entre insônia e depressão referida em diversos artigos.^{18, 19, 20, 21, 22, 23, 24.}

Analisando cada subtipo, os pacientes com dificuldade para iniciar o sono parecem não associar este fato com insônia caso durmam bem o resto da noite. Além disso, eles consideram seu sono de boa qualidade. Despertar precoce foi o subtipo de insônia mais associado à má qualidade de sono.

Trinta e sete por cento dos pacientes com um ou dois subtipos de insônia não associaram seus sintomas com sono ruim, sugerindo que eles possam ter se acostumado à má qualidade de sono e não identificam estas queixas como um problema de saúde. Estes achados sugerem que a subdivisão de insônia em seus diferentes subtipos é uma melhor maneira de avaliar o sono do que perguntar sobre sua qualidade. Embora a escala PSQI seja um instrumento válido e confiável para avaliar a qualidade do sono e seus distúrbios, este método não foi criado especificamente para avaliar insônia.

É difícil estabelecer a validade de um limiar para a presença de um transtorno, uma vez que sinais e sintomas de transtornos psiquiátricos estão presentes na população geral nem sempre significando a sua presença. O sintoma insônia é importante por muitas razões. Um estudo encontrou que problemas do sono podem identificar 47% dos casos novos de depressão maior no ano seguinte³⁰. Existe uma significância prognóstica dos distúrbios do sono, particularmente insônia, em prever suicídio em pacientes com transtornos afetivos; insônia é considerada um dos “fatores de risco modificáveis” para o suicídio³¹.

A qualidade do sono é um importante fator clínico e pode estar diretamente relacionado a mortalidade³². Existe uma associação entre qualidade de sono subjetiva e tendência suicida em pacientes com depressão maior³³. Em nosso estudo a insônia ocorreu em mais de 50% das pacientes e quase 50% destas referiram má qualidade de sono. A análise discriminante mostrou que a questão de sonolência associada a cochilar enquanto sentado e conversando com alguém apresentou o maior coeficiente de discriminação, sugerindo alto risco de cochilar em situações monótonas (ex. dirigindo) e conseqüentemente maior risco de vida.

Alguns aspectos metodológicos referentes ao desenho deste estudo merecem ser considerados. Primeiro o alto índice de participação (97%) sugere que um viés de seleção foi improvável. Segundo, os avaliadores desconheciam o objetivo do estudo tornando difícil um viés de seleção. Terceiro, todos os instrumentos utilizados foram validados para o português do Brasil. Finalmente, estamos cientes de que não é possível extrapolar nossos resultados para populações que não pacientes femininas com transtornos psiquiátricos.

Resumindo, questões amplas sobre qualidade do sono, tão comumente utilizadas, podem não ser suficientes para excluir a presença de insônia, e a oportunidade de diagnóstico e prevenção de transtornos psiquiátricos pode ser perdida. Nossos achados recomendam o questionamento específico dos subtipos de

insônia em pacientes psiquiátricos e que a má qualidade de sono subjetiva em pacientes com insônia indica maior risco para as conseqüências da sonolência excessiva diurna.

BIBLIOGRAFIA

34. Rosekind MR. The epidemiology and occurrence of insomnia. *J Clin Psychiatry* 1992; 53(6):4-6.
35. Alderich M. Insomnia in neurological diseases. *J Psychosom Res.* 1993; 37(1):3-11.
36. Czeisler CA; Richardson G. Detection and assessment of insomnia. *Clin Ther.* 1991; 13(6):663-679.
37. Sutton DA, Moldofsky H, Badley EM. Insomnia and Health problems in Canadians. *Sleep* 2001; 24(6): 665-670.
38. Oliveira A, Lima M, Spader M. Epidemiologia da insônia em uma população urbana adulta *Rev Bras Psiquiatr.* 2001; 24(2):79-83.
39. Rocha FL, Guerra HL, Lima-Costa MFF. Prevalence of insomnia and associated sócio-demographic factors in a Brazilian community: the Bambuí study. *Sleep Medicine* 2002; 3:121-126.
40. Ohayon M, Partinen M. Insomnia and global sleep dissatisfaction in Finland. *J. Sleep Res.* 2002; 11:339-46.
41. Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:225-32.
42. Diagnostic classification steering committee. The International Classification of Sleep Disorders: diagnostic and coding manual. Rochester, MN; American Sleep Disorders Association, 1990.

43. Thase ME, Fasiczka MA, Berman SR, et al. Electroencephalographic sleep profiles before and after cognitive behavior therapy of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:138-144.
44. Reite M, Buysse D, Reynolds C, Mendelson W. The use of polysomnography in the evaluation of insomnia. *Sleep* 1995;18:58±70.
45. Lacks P, Morin CM. Recent advances in the assessment and treatment of insomnia. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:586±594.
46. Sato M, Ohbuchi K, Correlations between subjective evaluation about own sleep and that of objective evaluation in psychophysiological insomnia. *Sleep and Biological Rhythms* 2003; 1:139-140.
47. World Health Organization (WHO). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 1992.
48. Katz DA, MacHorney CA. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Arch Intern Med* 1998; 158:1099-1107.
49. Sweetwood H, Grant I, Kripke DF, et al. Sleep disorders over time: Psychiatric correlates among males. *Br J Psychiatry* 1980; 136:456-62.
50. Weissman MM, Greenwald S, Nino-Murcia G, et al. The morbidity of insomnia uncomplicated by psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:245-250.
51. Breslau N, Roth T, Rosental L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry* 1996 mar; 39(6): 411-8.
52. Charon F, Dramaix M, Mendlewicz J. Epidemiological survey of insomnia subjects in a sample of 1761 outpatients. *Neuropsychobiology* 1989; 21:109-110
53. Buysse DJ, Reynolds CF, Kupfer DJ. Clinical diagnoses in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-

- IV and ICD-10 categories: a report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. *Sleep* 1994; 17:630-7.
54. Ohayon MM. Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *J Psychiat Res* 1997; 31(3):33-346.
55. Gillin JC. Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? *Acta Psychiatry Scand* 1998;98(393):39-43.
56. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *JAMA* 1989; 262(11): 1479-84.
57. Benca RM. Sleep in psychiatric disorders. *Neur Clinics* 1996 Nov; 14(4): 739-64.
58. Dractu L, Ribeiro C, Cal HM. Depression assesment in Brazil – the first application of the Montgomery-Åsberg depression rating scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:797-800.
59. Backhaus J, Junghansa K, Broocksa A, Riemannb D, Hohagena F. Test – retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 737 – 740.
60. Carpenter JS, Andrykowski MA. Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Psychosomatic Research* 1998; 45(1) 5-13.
61. Johns MW. A new mwthod for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1991; 14(6):540-545.
62. Okuji Y, Matsuura M, Kawasaki N, et al. Prevalence of insomnia in various psychiatric diagnostic categories. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2002;56:239-240.

63. Eaton WW, Badawi M, Melton B. Prodromes and precursors: epidemiologic data for primary prevention of disorders with slow onset. *Am J Psychiatry* 1995; 152:967-972.
64. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 1990; 147:1189-94.
65. Reynolds CF, Kupfer DJ. Sleep research in affective illness: state of the art circa 1987. *Sleep* 1987;10:199-215.

Tabela 1. Características sócio-demográficas e diagnósticos psiquiátricos das pacientes

	n	%	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)			35.54	11.26
Escolaridade (anos)			07.65	03.74
Admissões em Internações Psiquiátricas			02.27	01.99
Estado Marital				
Mora com companheiro (casada ou não)	40	39.6		
Mora sozinha (solteira/divorciada/viúva)	61	60.4		
Possuem emprego	35	34.7		
Uso de medicações sedativas	42	42.6		
Categorias CID-10				
Transtorno Mental Orgânico	01	01.0		
Transtornos por abuso de substâncias	15	14.9		
Espectro da Esquizofrenia	09	08.9		
Espectro dos Transtornos de Humor	70	69.3		
Espectro dos Transtornos de Ansiedade	06	06.0		

Tabela 2. Cruzamento de insônia classificada em subtipos com a questão relacionada ao sono da escala de Montgomery-Åsberg

Subtipos de Insônia	Montgomery-Åsberg	
	Sem insônia (%)	Com insônia (%)
Sem qualquer subtipo de insônia	25 (69,4)	11 (30,6)
Com algum subtipo de insônia	17 (26,2)	48 (73,8)
Grupo I	25 (69,4)	11 (30,6)
Grupo II	16 (34,4)	30 (65,2)
Grupo III	01 (05,3)	18 (94,7)
Inicial	12 (63,2)	07 (36,8)
Intermediária	04 (14,8)	23 (85,2)
Terminal	01 (05,3)	18 (97,4)

Grupo I: pacientes sem insônia, Grupo II: pacientes com um ou dois tipos de insônia, Grupo III: pacientes com três tipos de insônia.

Tabela 3. Cruzamento de Insônia classificada em subtipos e a questão relacionada à insônia na escala de Montgomery-Åsberg com qualidade de sono.

	Qualidade do Sono	
	Ruim (%)	Bom (%)
Montgomery-Åsberg		
Sem insônia	06 (14,3)	36 (85,7)
Com insônia	32 (54,2)	27 (45,8)
Subtipos de Insônia		
Sem qualquer subtipo de insônia	07 (19,4)	29 (80,6)
Com algum subtipo de insônia	31 (47,7)	34 (52,3)
Grupo I	07 (19,4)	29 (80,6)
Grupo II	17 (37,0)	29 (63,0)
Grupo III	14 (73,3)	05 (26,3)
Inicial	05 (26,3)	14 (73,7)
Intermediária	12 (44,4)	15 (55,6)
Terminal	14 (73,7)	05 (26,3)

Grupo I: pacientes sem insônia, Grupo II: pacientes com um ou dois tipos de insônia,

Grupo III: pacientes com três tipos de insônia.

Tabela 4. Análise discriminante das questões da escala de Epworth entre boa e má qualidade de sono em pacientes insones.

Questões da escala de sonolência de Epworth	Coefficiente de discriminação
Sentado e conversando com alguém	.793
Sentado calmamente após almoço sem álcool	.666
Sentado em lugar público	.557
Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando uma hora sem parar	.545
Sentado e Lendo	.383
Deitando-se para descansar á tarde quando as circunstâncias permitem	.350
No carro, enquanto pára por alguns minutos quando pega trânsito intenso	.211
Assistindo TV	.096

RELATIONSHIP BETWEEN INSOMNIA AND DEPRESSIVE AND ANXIETY
SYMPTOMS IN FEMALE PSYCHIATRIC INPATIENTS

Cristina Leite ¹, Marcos VR Röpke ², André LS Alencastro ², João Prola ², Vinicius V
Viana ², Luciane K Negreiros ², Tamara Azambuja ², Rafael N Bringhenti ², Ivan L
Moura ², João A Scheidt ², Maria Paz L. Hidalgo³, Ellis D'Arrigo Busnello ³.

Study carried out at the Psychiatry Service, Hospital Materno Infantil Presidente
Vargas – Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

¹ MD, Psychiatrist, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

² Undergraduate students of Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de
Porto Alegre

³ MD, PhD, Psychiatrist, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

Corresponding author:

Dra. Cristina Leite

Rua Castro Alves, 167 sala 204

Rio Branco – 90430-131

Porto Alegre, RS, Brazil

Phone: (+55-51) 3312 1669

Fax: (+55-51)

E-mail: mpaz@cpovo.net

ABSTRACT

This is a longitudinal study comparing the recover of depression and anxiety symptoms in psychiatric inpatients with different insomnia severity levels. Thirty-three female psychiatric inpatients with depression diagnosis (F32 and F33, ICD 10) were studied. Insomnia subtypes was classified as initial, intermediate and terminal. Patients with three subtypes of insomnia (group III) showed higher levels of depressive symptoms, followed by patients with one or two subtypes of insomnia (group II) and those without insomnia (group I). Also, patients that remained with terminal insomnia presented higher levels of depressive symptoms and state anxiety. These results underscore the importance of detailed investigations into the severity of insomnia in clinical evaluations.

KEY WORDS: insomnia, depression, anxiety, psychiatric inpatients.

INTRODUCTION

Previous epidemiological researches indicate that individuals affected by insomnia have a higher prevalence of all psychiatric disorders and may be at higher risk of depression throughout their lifetime^{5,6,7}. Some prospective studies have suggested that insomnia complaints may be an early marker of psychiatric disorders such as depression, anxiety and alcohol abuse^{2,8}. The association between sleep disorders and depression is so strong that disturbed sleep has been included as one of the nine diagnostic criteria for major depressive episodes in ICD-10⁹ and DSM-IV¹⁰.

Complaints of insomnia among psychiatric inpatients are high. Sleep disturbance in psychiatric patients vary from 75% during acute phase to 33% after one-year follow-up¹¹. Although sleep usually improves with remission, sleep complaints are common during partial remission periods¹². Insomnia makes a unique contribution to poor quality of life in depressed patients after controlling for all other symptoms of depression¹³.

The purpose of this study was to compare the improvement in the level of depression and anxiety symptoms in psychiatric inpatients with different insomnia severity levels.

METHOD

The Ethics Committee at the institution in which the work was carried out approved this longitudinal study. All study participants and their legal guardians signed an informed consent form. We studied 33 female inpatients with the diagnosis of depression (F32 and F33 of ICD 10⁹) admitted to the psychiatric service of a tertiary care hospital in the city of Porto Alegre, Brazil. Exclusion criteria were age under 18 years and comorbidity with other psychiatric and clinical disorders.

Instruments

All patients answered a structured questionnaire regarding socio-demographic characteristics. The subjects were tested twice: the first assessment was in the first week of admission and the second assessment was at the moment of discharge.

Measurement of depressive symptoms

The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, adapted to Brazilian Portuguese¹⁴, was utilized to assess depressive symptoms. Ten questions are rated on a scale ranging from 0 to 6, giving a final score from 0 to 60. Intraclass correlation^{15,16} of 0.90 was observed for agreement between different evaluators. The evolution of depressive symptoms during internation was defined as the difference between the first and the second assessment. To control a possible measure bias, the Montgomery-Åsberg scale was reanalyzed without the question related to sleep.

Measurement of anxiety

The State-Trait Anxiety Inventory (STAI), validated and adapted to Brazilian Portuguese^{17,18}, was used to assess anxiety. The inventory contains two separate 20-item self-report rating scales for measuring trait anxiety (lifelong pattern of anxiety) and state anxiety (transitory emotional condition). The score for each individual item varies

from 1 to 4, and the total score for each scale from 20 to 80. Higher scores denote higher levels of anxiety. The evolution of anxiety symptoms (state and trait) during internation was defined as the difference between the first and the second assessment.

Measurement of insomnia

Insomnia was classified as initial (difficulty initiating sleep), intermediate (difficulty maintaining sleep) and terminal (early morning waking)¹⁹. The following yes/no questions were used in the study:

1. Do you have difficulty falling asleep at night? (Initial)
2. Do you wake up during the night after you have gone to sleep and have difficulty to fall asleep again? (Intermediate)
3. Do you wake up too early in the morning and have difficulty getting back to sleep? (Terminal)

To analyze insomnia severity, three **groups** were created after the first assessment: patients without insomnia (**group I**), patients with one or two types of insomnia (**group II**) and patients with three types of insomnia (**group III**).

For each type of insomnia (initial, intermediate and terminal) were created three **categories**: patients without insomnia during all the treatment period (**Category I**), patients that referred insomnia in the first or in the second evaluation (**Category II**) and patients with insomnia in first and second evaluation (**Category III**).

Data collection

All tests were answered by individual patients, in the presence of an evaluator blinded to the objective of the study. The evaluators were nine medical school students who were trained for the task using role-playing activities and discussion focused on unclear questions or possible difficulties that could appear during the interviews. During data collection, the group had weekly meetings to discuss the application of the questionnaires.

Statistical analysis

Continuous variables were analyzed using mean and standard deviation. Paired-sample *t*-test was used to compare the means between the first and the second evaluation of psychiatric symptoms. To compare the variance of depressive and anxiety symptoms and the evolution of symptoms during the treatment (delta) among the three groups of insomnia ANOVA one way and Tukey as posthoc test were used. Moreover, ANOVA one way and Tukey as posthoc test were used to analysed the variance of psychiatric symptoms among the categories of insomnia subtypes. We calculated the effect sizes represented by Cohen's *d* to depressive and state anxiety taking the difference in means between the categories that showed a $p < 0.05$ and dividing it by the pooled within-groups standard deviation.

RESULTS

Socio-demographic characteristics of the patients are described in table 1.

In the first assessment, 69.7% of the patients referred any insomnia subtype. Of these patients 63.6% reported initial, 63.6% intermediate and 39.4% terminal insomnia. The mean \pm SD level of depressive symptoms was 33.9 ± 13.7 , state anxiety, 52.8 ± 12.6 and trait anxiety, 56.9 ± 12.4 . At discharge, these means \pm SD were 20.2 ± 15.1 , 43.5 ± 11.3 and 48.6 ± 12.9 respectively. In the second assessment 57.6%, 45.5%, and 33.3% patients reported initial, intermediate and terminal insomnia respectively.

Comparing the second and the first evaluation, there was an improvement in depression ($t_{(33;32)}=6.4$; $p < 0.01$), state anxiety ($t_{(32; 31)}=4.6$; $p < 0.01$) and trait anxiety symptoms ($t_{(33;32)}=5.4$; $p < 0.01$).

In the first evaluation, group III patients had higher levels of depressive symptoms than group II and these two groups presented a higher level of depressive symptoms than group I (Table 2). The Montgomery-Åsberg scale was reanalyzed without the question related to sleep and the difference among the three groups was still significant (Table 2).

In the second evaluation, group III presented higher levels of depressive symptoms than group I. Group II did not differentiate from groups I and III (Table 2). There was no statistical difference between groups in the evolution of depressive symptoms (delta) during hospitalization (Table 2).

Among the three groups, there was no statistical difference in state and trait anxiety neither in the first nor in the second evaluation (Table 2). Furthermore there was no difference among the groups in the evolution of anxiety symptoms during hospitalization (delta) (Table 2).

There were no statistical differences among the three categories of initial and intermediate insomnia in depressive, state and trait anxiety symptoms. At the moment of discharge, the patients who did not present terminal insomnia during all the period (category I) presented lower levels of depressive symptoms than the patients with insomnia in both evaluations (category III). The effect size of this difference was 0.7. Furthermore, category I presented lower levels of state anxiety than patients with insomnia in one moment of the treatment (category II). The effect size of this result was 0.95 (Table 3).

At the end of the treatment, 6% of the patients answered that they had received benzodiazepines for their insomnia, 9% antipsychotics and 9% anticonvulsivants. The patients that continued with insomnia answered that they had not received any additional information about how to deal with their insomnia problems.

DISCUSSION

In this study we found a high prevalence of insomnia complains. Although our finding of a 69.7% frequency of insomnia is smaller than another two studies with depressed inpatients, 93% and 85% respectively ^{13,20}. Different scales used in these studies may justify this difference.

Insomnia may be an early sign or even the cause of a psychiatric disorder, as indicated in several studies that found an increased risk of depression at follow-up among those with sleep problems^{4,6,7,8,21,22}. We found a relationship between the severity of insomnia symptoms and higher levels of depression in depressed inpatients at admission. As demonstrated in an epidemiological study, early treatment of insomnia might halt progression to full manifestation of depression²¹.

In our study, patients who presented terminal insomnia during all the period showed higher levels of depressive symptoms. Although terminal insomnia is the less frequent subtype in our study and others¹³, it was the sleep problem most consistently related to depressed mood over time in a study evaluating the association between depressed mood and self-reports of four sleep complains⁵.

In a study with depression patients in remission, increasing subjective sleep disturbance was the factor most strongly associated with clinical relapse¹². Psychiatrists are used to question about sleep problems in the first evaluation of their patients, once it is one of the diagnostic criteria to some psychiatric disorder. Our results indicate the importance of evaluating the evolution of this symptom during the whole treatment. Sometimes depression recover is not associated with insomnia recover and the permanence of this symptom may lead to a new depressive episode. In a populacional cohort study the risk of developing depression in the second interview was associated with insomnia report in this interview, that is, insomnia remission between the first and the second interview reduced the risk for depression. Based on this analysis, the authors suggested that primary care physicians could use persistent or recurrent reports of insomnia as an opportunity to prevent the onset of a new depressive episode⁶. The impact of insomnia should not be underestimated. The persistent or recurrent sleep complains may represent incomplete treatment, individual characteristics, sub clinical conditions, "scars" from the illness, or pre-existing sleep pattern¹².

A study suggests that the difficulties with sleeping are not discussed with clinical staff, but suffered silently²³. Institutional practices need to be challenged, practitioners need to “hear” the patient, not just listen to, and there needs to be a focus on insomnia as a quality and a quantity issue²⁴.

Several methodological issues deserve to be raised. First, despite our small sample we found a large effect size for the results with significant difference. Second, we are aware that it may not be possible to extrapolate our results to populations other than female depressive inpatients. Third, all instruments used in this report have been validated for Brazilian Portuguese. Forth, the high intraclass coefficient between different evaluators in terms of results in the Montgomery-Åsberg scale indicates high agreement between evaluators. Finally, to avoid any measurement bias caused by redundant information, we analyzed the Montgomery-Åsberg scale excluding the question related to sleep, and the result of the distribution of depressive symptoms among the three groups of insomnia remained similar.

In conclusion, our results indicate that patients with three types of insomnia and patients that remain with terminal insomnia presented higher levels of depressive symptoms. Studies that follow the patient after the treatment in the psychiatric care unit will be needed to develop a long-term perspective on the natural history of sleep disturbances and depression, and the consequences of the treatment of sleep problems for the prognoses of psychiatric disorders.

REFERENCES

1. Roth T, Roehrs T, Costa e Silva JA, Chase MH. Public health and insomnia: consensus statement regarding its status and needs for future actions. *Sleep* 1999; 22(3): 417-420.

2. Breslau N, Roth T, Rosental L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry* 1996 mar 15; 39(6): 411-418.
3. Kapur VK, Redline S, Javier F, Young TB, Newman AB, Henderson JA. The relationship between chronically disrupted sleep and Healthcare use. *Sleep* 2002; 25:289-296.
4. Sutton DA, Moldofsky H, Badley EM. Insomnia and Health problems in Canadians. *Sleep* 2001;24(6):665-670.
5. Rodin J, McAvay G, Timko C. A longitudinal study of depressed mood and sleep disturbances in elderly adults. *J Gerontol* 1988;43:45-53.
6. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *JAMA* 1989;262(11): 1479-1484.
7. Dryman A, Eaton WW. Affective symptoms associated with the onset of major depression in the community: findings from the US National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment area program. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:1-5.
8. Chang PP, Ford DE, Mead LA, et al. Insomnia in young men and subsequent depression. *Am J Epidemiol* 1997;146:105-114.
9. World Health Organization, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 1992.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: APA, 1994.
11. Sweetwood H, Grant I, Kripke DF, et al. Sleep disorders over time: Psychiatric correlates among males. *Br J Psychiatry* 1980; 136:456-462.
12. Gillin JC. Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? *Acta Psychiatry Scand* 1998; 98(393):39-43.
13. McCall WV, Reboussin BA, Cohen W. Subjective measurement of insomnia and quality of life in depressed inpatients. *J Sleep Res* 2000;9(1):43-48.

14. Dractu L, Ribeiro C, Cal HM. Depression assessment in Brazil – the first application of the Montgomery-Åsberg depression rating scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:797-800.
15. Shrout PE, Fleiss JL, Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychol Bull* 1979;86:420-428.
16. Zar JH. *Bioestatistical analysis*. New Jersey: Prentice-Hall Inc, 1999.
17. Biaggio AMB. Desenvolvimento da forma em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger. *Arq Bras Psic* 1980;32:106-118.
18. Biaggio AMB. A decade of research on State-Trait in Brazil In: Spielberger C, Diaz-Guerreiro R, eds. *Cross-cultural anxiety*. New York; Hemisphere, 1990:157-167.
19. Kim K, Uchiyama M, Okawa M, Liu X, Ogihara R. An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep* 2000;23(Suppl 1):41-47.
20. Nelson JC, Charney DS. Primary affective disorder criteria and the endogenous-reactive distinction. *Arch. Gen. Psychiatry* 1980; 37: 787-793.
21. Benca RM. Sleep in psychiatric disorders. *Neurologic Clinics* 1996 nov;14(4):739-764.
22. Livingston G, Blizard B, Mann A. Does sleep disturbance predict depression in elderly people? A study in inner London. *Br J Gen Practice* 1993; 43:445-448.
23. Collier EH, Skitt G, Cutts H. A study on the experience of insomnia in a psychiatric inpatient population. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2003; 10: 697-704.
24. Collier EH, Skitt G. Non-pharmacological interventions for insomnia. *Mental Health Practice* 2003; 6:29-32.

Table 1- Socio-demographic characteristics of the patients

	n	%	Mean	Std. Deviation
Age in years			40.21	10.75
Years of schooling			07.30	04.61
Admissions in Mental Health Units			03.15	02.23
<i>Marital Status</i>				
Living together (married or not)	16		48.5	
Living alone (single/divorced/widowed)	17		51.5	
Employed	14		42.4	

Table 2. Variance differences of depressive and anxiety scores among insomnia groups

	Group I (n=10) MD±SD	Group II (n=17) MD±SD	Group III (n=6) MD±SD	F	p
First evaluation					
Montgomery-Åsberg	13.10±10.9 ^a	21,2±12.1 ^b	37.38±14.6 ^c	5.1	<0.01
Montgomery-Åsberg Without insomnia question	10.90±11.0 ^a	23.23±11.8 ^b	32.71±14.6 ^c	5.0	<0.01
State anxiety	41,90±14.6	42,4/8.65	53,7/13,2	1.2	0.32
Trait anxiety	46,7/16.0	47,1/10.98	57,0/10.1	1.5	0.20
Second evaluation					
Montgomery-Åsberg	12,6±12.1 ^a	18,26/13.4 ^{a/b}	29,20/16.3 ^b	3.4	<0.05
State anxiety	42,1±11.8	42,00/11.2	46,6/11.5	0.5	0.60
Trait anxiety	48,1±15.0	46,2/10.8	52,7/14.3	0.8	0.50
Difference between first and second evaluation (Delta)					
Montgomery-Åsberg	10,38/13.6	16,3/11.6	12,3/12.2	0.7	0.50
State anxiety	5,0/17.3	10,8/9.6	10,0/8.9	0.6	0.53
Trait anxiety	3,3/9.4	10,4/8.7	9,1/7.7	1,9	0.17

Superscripts a, b, c: in each line, values marked with the same letter are not significantly different using the Tukey test.

Table 3. Variance differences at discharge of depressive and anxiety levels among category I, category II and category III

	Category I MD±SD	Category II MD±SD	Category III MD±SD	F	P
Initial insomnia	(n=8)	(n=10)	(n=15)		
Montgomery-Åsberg	15,25±15.6	10,5±10.8	13,9±14.2	2,421	0.11
State anxiety	41,14±9.0	37,4±9.2	37,5±9.7	0.699	0.51
Trait anxiety	47,75±14.3	44,8±15.3	45,13±13.1	0.354	0.71
Intermediate insomnia	(n=8)	(n=14)	(n=11)		
Montgomery-Åsberg	15,1±11.6	20,8±13.3	20,5±10.1	2,974	0.07
State anxiety	41,3±12.4	45,4±11.4	48,6±9.1	1,319	0.28
Trait anxiety	46,3±13.3	50,2±11.5	50,8±13.0	,446	0.64
Terminal insomnia	(n=15)	(n=12)	(n=6)		
Montgomery-Åsberg	26,27±15.4 ^a	26,5±17.1 ^{a/b}	35,3±16.4 ^b	5,568	0.01
State anxiety	37,5±9.6 ^a	48,6±9.1 ^b	47,2±13.5 ^{a/b}	4,266	0.02
Trait anxiety	50,6±12.5	49,4±13.4	53,0±12.1	1,075	0.35

Superscripts a, b, c: in each line, values marked with the same letter are not significantly different using the Tukey test.

ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE INSÔNIA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS EM UMA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA

Cristina Leite ¹, Marcos VR Röpke ², André LS Alencastro ², João Prola ², Vinicius V Viana ², Luciane K Negreiros ², Tamara Azambuja ², Rafael N Bringhenti ², Ivan L Moura ², João A Scheidt ², Maria Paz L. Hidalgo³, Ellis D´Arrigo Busnello ³.

Estudo realizado no Serviço Psiquiátrico do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

¹ MD, Psiquiatra, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

² Estudantes de Medicina da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

³ MD, PhD, Psiquiatra, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

Endereço para correspondência:

Dra. Cristina Leite

Rua Castro Alves, 167 sala 204

Rio Branco – 90430-131

Porto Alegre, RS, Brazil

Fone: (+55-51) 3312 1669

Fax: (+55-51)

E-mail: mpaz@cpovo.net

RESUMO

Este é um estudo de coorte que compara a melhora de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes psiquiátricas internadas com diferentes níveis de severidade de insônia. Trinta e três pacientes femininas com diagnóstico de depressão (F32 e F33 do CID –10) foram incluídas. Os subtipos de insônia foram classificados em inicial, intermediário e terminal. Pacientes com três subtipos de insônia apresentaram maiores níveis de sintomas depressivos, seguidos pelos pacientes com um ou dois subtipos de insônia. Pacientes sem insônia relataram os menores níveis de sintomas depressivos. Além disso, pacientes que permaneceram com insônia terminal durante a internação apresentam mais sintomas depressivos e maior escore de ansiedade estado. Apesar das pacientes apresentarem melhora dos sintomas depressivos e de ansiedade, as pacientes não apresentaram melhora da insônia durante o período de internação. Estes resultados ressaltam a importância de investigar detalhadamente a severidade da insônia em avaliações clínicas.

PALAVRAS-CHAVE: insônia, depressão, ansiedade, internação psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos realizados indicam que indivíduos com insônia têm uma prevalência maior de transtornos psiquiátricos e podem ter um risco maior de desenvolver depressão ao longo da vida^{5,6,7}. Alguns estudos prospectivos sugerem que as queixas de insônia possam ser um marcador precoce de doenças psiquiátricas como depressão, ansiedade e abuso de álcool^{2,8}. A associação entre distúrbios do sono e depressão é tão forte que sono perturbado foi incluído como um dos nove critérios diagnósticos para episódio depressivo maior no CID – 10⁹ e no DSM-IV¹⁰.

Queixas de insônia entre pacientes psiquiátricos são freqüentes. A incidência de alterações do sono em pacientes psiquiátricos ambulatoriais varia de 75% durante o quadro agudo até aproximadamente 33% após um ano de seguimento¹¹. Embora o sono usualmente melhore com a remissão clínica dos transtornos psiquiátricos, as queixas de sono são comuns durante períodos de remissão relativa¹². Em pacientes depressivos a insônia tem um papel relevante na má qualidade de vida, mesmo após o controle para todos os outros sintomas de depressão¹³.

O objetivo deste estudo é comparar a melhora dos níveis de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes psiquiátricos internados com diferentes graus de severidade de insônia.

METÓDO

O Comitê de Ética da instituição na qual o trabalho foi realizado aprovou este estudo longitudinal. Todos os participantes bem como seus responsáveis assinaram consentimento informado. Nós estudamos 33 pacientes femininas com diagnóstico de depressão (F32 e F33 do CID 10⁹) internadas no serviço de psiquiatria de um hospital terciário na cidade de Porto Alegre, Brasil. Os critérios de exclusão foram: idade menor que 18 anos e comorbidade com outro transtorno psiquiátrico ou doença clínica.

Instrumentos

Todos os pacientes responderam a um questionário estruturado relativo as suas características sócio-demográficas. A amostra foi testada duas vezes: a primeira avaliação foi realizada na primeira semana após a internação e a segunda avaliação no momento da alta.

Avaliação de sintomas depressivos

A escala Montgomery-Åsberg de Depressão (MADRS), adaptada para o português do Brasil¹¹, foi utilizada para avaliar sintomas depressivos. Esta escala contém dez questões variando de zero a 6 pontos e o escore total variando de zero a 60. A concordância entre os diferentes avaliadores foi mensurada por meio do teste de correlação intra-classe^{12,13} com resultado de 0.90. A evolução dos sintomas depressivos durante a internação foi definida como a diferença entre a primeira e a segunda avaliação. Para controlar um possível viés de aferição a escala de Montgomery-Åsberg foi analisada novamente sem a questão relacionada ao sono.

Avaliação de Ansiedade

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado^{14,15} (IDATE), validado para o português do Brasil, foi utilizado para medir ansiedade. O inventário contém duas colunas de itens, auto-aplicáveis para mensurar traço (padrão de resposta comportamental) e estado (condição emocional transitória) de ansiedade. O escore para cada item isolado pode variar de 1 a 4, e o escore total da escala pode variar entre 20 e 80. Altos escores denotam altos níveis de ansiedade. A evolução dos sintomas de ansiedade (traço e estado) durante a internação foi definida como a diferença entre a primeira e a segunda avaliação.

Avaliação de Insônia

Os subtipos de insônia foram classificados como inicial (dificuldade em iniciar o sono), intermediária (com episódios que interrompem o sono), e terminal (despertar precoce). As seguintes questões auto-respondíveis do tipo “sim” e “não” foram utilizadas no estudo:

1. Você tem dificuldade para iniciar o sono à noite? (Inicial)

2. Você tem despertares durante a noite após ter iniciado a dormir? (intermediária)

3. Você acorda muito cedo pela manhã e tem dificuldade para voltar a dormir? (terminal)

Para analisar a severidade da insônia três grupos foram criados após a primeira avaliação: pacientes sem insônia (grupo I), pacientes com um ou dois tipos de insônia (grupo II), pacientes com três tipos de insônia (grupo III).

Para cada tipo de insônia (Inicial, intermediária, terminal) foram criadas três categorias: pacientes sem insônia durante toda a internação (**Categoria I**), pacientes com insônia na primeira ou na segunda avaliação (**Categoria II**) e pacientes com insônia na primeira e na segunda avaliação (**Categoria III**).

Coleta de Dados

Todas as avaliações foram realizadas individualmente, na presença de um avaliador cego para o objetivo do estudo. Os avaliadores foram nove estudantes de medicina treinados para a avaliação através de dramatizações e discussões focadas em dúvidas ou possíveis dificuldades que apareceram durante as entrevistas. Durante a coleta de dados o grupo encontrou-se semanalmente para discutir a aplicação dos questionários.

Análise Estatística

Variáveis contínuas foram analisadas utilizando media e desvio padrão. O teste *t* para amostras pareadas foi utilizado para comparar as medias entre a primeira e segunda avaliação dos sintomas psiquiátricos. Para comparar a variância de sintomas depressivos e ansiosos e a evolução dos sintomas durante o tratamento (delta) entre os três grupos de insônia utilizamos ANOVA e o teste de “posthoc” de Tukey. Além disso, este teste foi utilizado também para analisar a variância dos sintomas psiquiátricos entre as categorias dos subtipos de insônia¹³. Nós calculamos o tamanho do efeito representado pelo *d* de Cohen para depressão e ansiedade estado usando a diferença de médias entre as categorias que apresentaram $p < 0.05$ e dividido pelo desvio padrão da soma dos quadrados resultante da análise de variância dentro do grupo.

RESULTADOS

As características sócio-econômicas das pacientes estão apresentadas na tabela 1.

Na primeira avaliação, 69.7% dos pacientes referiram algum subtipo de insônia. Destes pacientes 63.6% referiram insônia inicial, 63.6% intermediária e 39.4% terminal. A média \pm DP do escore na escala de avaliação dos sintomas depressivos foi

33.9±13.7, ansiedade estado, 52.8±12.6 e ansiedade traço, 56.9±12.4. Na segunda avaliação estas medidas foram 20.21±15.1, 43.5±11.3 e 48.6±12.9 respectivamente. Ainda nesta avaliação, 57.6% das pacientes relataram insônia inicial, 45.5% intermediária, e 33.3% terminal.

Comparando a segunda e a primeira avaliação, houve uma melhora nas medidas de sintomas depressivos ($t_{(33;32)}=6.4$; $p<0.01$), ansiedade estado ($t_{(33;32)}=4.6$; $p<0.01$) e ansiedade traço ($t_{(33;32)}=5.4$; $p<0.01$).

Na primeira avaliação, os pacientes do grupo III tiveram índices mais altos de sintomas depressivos do que o grupo II e estes dois grupos apresentaram níveis mais altos do que o grupo I (Tabela 2). A escala Montgomery-Åsberg foi analisada novamente sem a questão referente ao sono e a diferença entre os três grupos permaneceu significativa (Tabela I).

Na segunda avaliação, as pacientes do grupo III apresentaram índices mais altos de sintomas depressivos do que o grupo I. O grupo II não apresentou diferença entre os grupos I e III (Tabela 2). Não houve diferença estatística entre os grupos na evolução dos sintomas depressivos (delta) durante a hospitalização (Tabela 2).

Com referência a ansiedade estado e traço, não houve diferença estatística entre os grupos de insônia nem na primeira, nem na segunda avaliação (Tabela 2). Além disso, não houve diferença entre os grupos na evolução dos sintomas ansiosos durante a hospitalização (delta) (Tabela 2).

Não houve diferença estatística entre as três categorias de insônia inicial e intermediária com relação aos sintomas depressivos e ansiosos. Na segunda avaliação, os pacientes que não apresentaram insônia terminal durante todo o período (categoria I) apresentaram os menores índices de sintomas depressivos do que os pacientes com insônia nas duas avaliações (categoria III). O tamanho do efeito desta diferença foi 0.7. Além disso, os pacientes da categoria I apresentaram menores índices de ansiedade estado do que os pacientes com insônia terminal em algum momento do tratamento (categoria II) O tamanho do efeito desta diferença foi 0.95 (Tabela 3).

No momento da alta, 6% dos pacientes referiram ter recebido benzodiazepínicos, 9% antipsicóticos e 9% anticonvulsivantes para tratar a insônia. Os pacientes que continuaram pelo menos com um tipo de insônia responderam que não haviam recebido nenhum tipo de informação adicional a respeito de como lidar com seu problema de insônia.

DISCUSSÃO

Neste estudo nós encontramos uma alta prevalência de queixas de insônia. Embora a frequência de insônia encontrada, 69.7%, seja menor do que as frequências de outros dois estudos com pacientes depressivos internados, 93% e 85% respectivamente ^{13,20}. Esta diferença pode ser justificada pelo uso de diferentes escalas de avaliação nestes estudos.

A insônia pode ser um sinal precoce ou até a causa de transtornos psiquiátricos, como indicado em diversos estudos que encontraram um maior risco para desenvolver depressão no seguimento de indivíduos com problemas do sono ^{4,6,7,8,21,22}. Nós encontramos uma relação entre a severidade de insônia e índices maiores de sintomas depressivos no momento da internação psiquiátrica de pacientes deprimidos. Como demonstrado em um estudo epidemiológico, o tratamento precoce da insônia pode parar a progressão de um episódio depressivo ²¹.

Em nosso estudo, pacientes com insônia terminal durante todo o período apresentaram índices mais altos de sintomas depressivos. Embora a insônia terminal seja o subtipo menos freqüente em nosso estudo e outros ¹³, foi o sintoma de alteração do sono mais relacionado à depressão em um estudo que avaliou a associação entre humor depressivo e o relato de quatro queixas de sono ao longo do tempo ⁵.

Em um estudo com pacientes deprimidos em remissão, o aumento do índice de alteração do sono era o fator mais fortemente associado com a recaída clínica. (9). Psiquiatras costumam investigar alterações do sono na avaliação inicial de seus pacientes, uma vez que este é um dos critérios diagnósticos para algumas doenças psiquiátricas. Neste trabalho ressaltamos a importância de avaliar a evolução deste sintoma ao longo do tratamento. Muitas vezes a melhora da depressão não está associada à melhora da insônia e a permanência deste sintoma pode levar a um novo episódio depressivo. Um estudo de coorte populacional verificou que o risco de depressão na segunda avaliação estava associado ao relato de insônia nesta avaliação, ou seja, a remissão da insônia entre a primeira e a segunda avaliação diminuía o risco de depressão. Baseados nesta análise, os autores sugerem que o relato persistente ou recorrente de insônia possa ser usado como uma oportunidade de prevenir o aparecimento de um novo episódio depressivo ⁶. O impacto da insônia não deve ser subestimado. A persistência ou recorrência de queixas do sono pode sugerir tratamento incompleto, características do indivíduo, condições subclínicas, resquícios da doença ou características de sono preexistentes ¹².

Um estudo sugere que as dificuldades com o sono não são discutidas com a equipe médica, e sim vivenciadas em silêncio²³. As práticas institucionais precisam ser desafiadas, os médicos necessitam “ouvir” o paciente, não apenas escutá-lo, é preciso colocar a atenção de forma qualitativa e quantitativa no assunto insônia²⁴.

Alguns aspectos metodológicos merecem ser considerados. Primeiro, apesar do pequeno tamanho amostral nós encontramos um grande tamanho de efeito para os resultados com diferença significativa. Segundo, estamos cientes de que não é possível extrapolar nossos resultados para populações que não pacientes femininas com depressão internadas. Terceiro, todos os instrumentos utilizados foram validados para o português do Brasil. Quarto, o alto coeficiente intraclassa entre os diferentes avaliadores para os resultados obtidos na escala de Montgomery-Åsberg indica grande concordância entre os avaliadores. Finalmente, para evitar algum viés de aferição devido à informação redundante, nós analisamos a escala de Montgomery-Åsberg excluindo a questão relacionada ao sono e o resultado de distribuição de sintomas depressivos entre os três grupos de insônia permaneceu similar.

Concluindo, nossos resultados indicam que pacientes com três subtipos de insônia e pacientes que permaneceram com insônia terminal apresentaram níveis mais altos de sintomas depressivos. Estudos que seguem o paciente após a internação psiquiátrica são necessários para desenvolver uma perspectiva em longo prazo da história natural dos distúrbios do sono e transtornos e depressão, e as conseqüências do tratamento dos problemas do sono no prognóstico dos transtornos psiquiátricos.

REFERÊNCIAS

1. Roth T, Roehrs T, Costa e Silva JA, Chase MH. Public health and insomnia: consensus statement regarding its status and needs for future actions. *Sleep* 1999; 22(3): 417-s420.
2. Breslau N, Roth T, Rosental L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry* 1996 mar 15; 39(6): 411-418.
3. Kapur VK, Redline S, Javier F, Young TB, Newman AB, Henderson JA. The relationship between chronically disrupted sleep and Healthcare use. *Sleep* 2002; 25:289-296.
4. Sutton DA, Moldofsky H, Badley EM. Insomnia and Health problems in Canadians. *Sleep* 2001;24(6):665-670.

5. Rodin J, McAvay G, Timko C. A longitudinal study of depressed mood and sleep disturbances in elderly adults. *J Gerontol* 1988;43:45-53.
6. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *JAMA* 1989;262(11): 1479-1484.
7. Dryman A, Eaton WW. Affective symptoms associated with the onset of major depression in the community: findings from the US National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment area program. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:1-5.
8. Chang PP, Ford DE, Mead LA, et al. Insomnia in young men and subsequent depression. *Am J Epidemiol* 1997;146:105-114.
9. World Health Organization, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 1992.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: APA, 1994.
11. Dractu L, Ribeiro C, Cal HM. Depression assessment in Brazil – the first application of the Montgomery-Åsberg depression rating scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:797-800.
12. Shrout PE, Fleiss JL, Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychol Bull* 1979;86:420-428.
13. Zar JH. Bioestatistical analysis. New Jersey: Prentice-Hall Inc, 1999.
14. Biaggio AMB. Desenvolvimento da forma em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger. *Arq Bras Psic* 1980;32:106-118.
15. Biaggio AMB. A decade of research on State-Trait in Brazil In: Spielberger C, Diaz-Guerreiro R, eds. Cross-cultural anxiety. New York; Hemisphere, 1990:157-167.
16. Kim K, Uchiyama M, Okawa M, Liu X, Ogihara R. An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep* 2000;23(Suppl 1):41-47.
17. Buysse DJ, Reynolds CF 3d, Monk TH, Berman SR, Krupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for Psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28: 193-213.
18. Sweetwood H, Grant I, Kripke DF, et al. Sleep disorders over time: Psychiatric correlates among males. *Br J Psychiatry* 1980; 136:456-462.
19. Benca RM. Sleep in psychiatric disorders. *Neurologic Clinics* 1996 nov;14(4):739-764.
20. McCall WV, Reboussin BA, Cohen W. Subjective measurement of insomnia and quality of life in depressed inpatients. *J Sleep Res* 2000;9(1):43-48.

21. Livingston G, Blizzard B, Mann A. Does sleep disturbance predict depression in elderly people? A study in inner London. *Br J Gen Practice* 1993; 43:445-448.
22. Wingard DL, Berkman LF. Mortality risk associated with sleeping patterns among adults. *Sleep* 1983;6:1102-11027.
23. Chesson A, Hartse K, Anderson W McD, Davila D, Johnson S, Littner M, Wilse M, Rafecas J. Practice parameters for the evaluation of chronic insomnia. *Sleep* 2000; 23:1-5.
24. Sutton DA, Moldofsky H, Badley E. Insomnia and health problems in Canadians. *Sleep* 2001; 24: 665-670.
25. Collier EH, Skitt G, Cutts H. A study on the experience of insomnia in a psychiatric inpatient population. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2003; 10: 697-704.
26. Collier EH, Skitt G. Non-pharmacological interventions for insomnia. *Mental Health Practice* 2003; 6:29-32.

Tabela 1. Características sócio-demográficas das pacientes

	n	%	Média	DP
Idade (anos)			40.2	10.7
Escolaridade (anos)			07.3	04.6
Admissões em Internações Psiquiátricas			03.1	02.2
<i>Estado Marital</i>				
Mora com companheiro (casada ou não)	16	48.5		
Mora sozinha (solteira/divorciada/viúva)	17	51.5		
Possuem emprego	14	42.4		

DP: desvio padrão

Tabela 2. Variância da diferença de escores de sintomas depressivos e ansiosos entre os grupos de insônia.

	Grupo I (n=10) MD/DP	Grupo II (n=17) MD/DP	Grupo III (n=6) MD/DP	F	p
Primeira Avaliação					
Montgomery-Åsberg	13.10/10.9 ^a	21.20/12.1 ^b	37.38/14.6 ^c	5.1	<0.01
Montgomery-Åsberg Sem a questão de Insônia	10.90/11.0 ^a	23.23/11.8 ^b	32.71/14.6 ^c	5.0	<0.01
Ansiedade Estado	41.9/14.6	42.4/08.65	53.7/13.2	1.2	0.32
Ansiedade Traço	46.7/16.0	47.1/10.98	57.0/10.1	1.5	0.20
Segunda Avaliação					
Montgomery-Åsberg	12.6/12.1 ^a	18.26/13.4 ^{a/b}	29.20/16.3 ^b	3.4	<0.05
Ansiedade Estado	42.1/11.8	42.00/11.2	46.60/11.5	0.5	0.60
Ansiedade Traço	48.1/15.0	46.20/10.8	52.70/14.3	0.8	0.50
Diferença entre a Primeira e a Segunda Avaliação (Delta)					
Montgomery-Åsberg	10.3/13.6	16.3/11.6	12.3/12.2	0.7	0.50
Ansiedade Estado	05.0/17.3	10.8/09.6	10.0/08.9	0.6	0.53
Ansiedade Traço	03.3/09.4	10.4/08.7	09.1/07.7	1.9	0.17

Sobrescritos a, b, c: em cada linha, valores marcados com a mesma letra não apresentam diferença significativa usando o Teste de Tukey.

Tabela 3. Variância das avaliações dos sintomas depressivos e ansiosos entre as categorias I, II e III.

	Categoria I MD/DP	Categoria II MD/DP	Categoria III MD/DP	F	P
Insônia Inicial	(n=8)	(n=10)	(n=15)		
Montgomery-Åsberg	15.2/15.6	10.5/10.8	13.9/14.2	2.421	0.11
Ansiedade Estado	41.1/09.0	37.4/09.2	37.5/09.7	0.699	0.51
Ansiedade Traço	47.7/14.3	44.8/15.3	45.13/13.1	0.354	0.71
Insônia Intermediária	(n=8)	(n=14)	(n=11)		
Montgomery-Åsberg	15.1/11.6	20.8/13.3	20.5/10.1	2.974	0.07
Ansiedade Estado	41.3/12.4	45.4/11.4	48.6/09.1	1.319	0.28
Ansiedade Traço	46.3/13.3	50.2/11.5	50.8/13.0	0.446	0.64
Insônia Terminal	(n=15)	(n=12)	(n=6)		
Montgomery-Åsberg	26.3/15.4 ^a	26.5/17.1 ^{a/b}	35.3/16.4 ^b	5.568	0.01
Ansiedade Estado	37.5/09.6 ^a	48.6/09.1 ^b	47.2/13.5 ^{a/b}	4.266	0.02
Ansiedade Traço	50.6/12.5	49.4/13.4	53.0/12.1	1.075	0.35

Sobrescritos a, b, c: em cada linha, valores marcados com a mesma letra não apresentam diferença significativa usando o Teste de Tukey.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo: Avaliação do Sono e sua Relação com Sintomas Depressivos e Ansiosos em Pacientes do Sexo Feminino com Transtornos Psiquiátricos

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

Pesquisadores Responsáveis: Cristina Silveira Leite e Maria Paz Loayza Hidalgo

Nome do paciente: _____

1. OBJETIVOS DESTE ESTUDO

A finalidade deste estudo é avaliar a percepção de sono e sua relação com sintomas depressivos e ansiosos.

2. EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Após a autorização do paciente e de seu responsável legal, serão aplicados questionários na primeira e na última semana de sua internação. A rotina do hospital será mantida, não interferindo em qualquer momento com o tratamento do paciente.

3. POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTOS

Responder aos questionários no início e no final da internação.

4. EXCLUSÃO DO ESTUDO

O investigador responsável poderá excluí-lo do estudo, sem o seu consentimento, quando julgar necessário, para o melhor encaminhamento do seu caso ou se a senhora não cumprir o programa estabelecido.

5. DIREITO DE DESISTÊNCIA

A senhora pode desistir de participar a qualquer momento. Suas decisões de não participar ou de deixar a pesquisa depois de iniciada, não afetará o atendimento médico posterior.

6. SIGILO

Todas as informações obtidas neste estudo poderão ser publicados com finalidade científica de forma anônima.

7. CONSENTIMENTO

Declaro ter lido - ou me foi lido - as informações acima antes de assinar este formulário. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Por este instrumento, tomo parte, voluntariamente, do presente estudo.

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável

Assinatura do pesquisador responsável

Porto Alegre, de de 200 .

Nome: _____
 Testagem: _____
 Data da entrevista: ____ / ____ / ____ Entrevistador: _____
 Nº no Banco: _____

EPWORTH

REFERÊNCIA PARA AS AVALIAÇÕES

Qual é a probabilidade de você “cochilar” ou adormecer nas situações que serão apresentadas a seguir, em contraste com estar sentindo-se simplesmente cansado? Isto diz respeito ao seu modo de vida comum, nos tempos atuais.

Ainda que você não tenha feito, ou passado por nenhuma destas situações, tente calcular como poderiam tê-lo afetado.

Utilize a escala apresentada a seguir para escolher o número mais apropriado para cada situação

0 = **nenhuma** chance de cochilar

1 = **pequena** chance de cochilar

2 = **moderada** chance de cochilar

3 = **alta** chance de cochilar

Situação	Chance de cochilar
Sentado e lendo	
Vendo TV	
Sentado em lugar público (ex. sala de espera, igreja)	
Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando uma hora sem parar	
Deitando-se para descansar à tarde, quando as circunstâncias permitem	
Sentado e conversando com alguém	
Sentado calmamente após almoço sem álcool	
Se você tiver carro, enquanto pára por alguns minutos quando pega trânsito intenso	