ADRIANA PERARO DE LIMA

**Características do sono e qualidade de vida
em dependentes de cocaína**

Dissertação apresentada ao Departamento de
Neurologia da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Neurologia

Orientador: Prof. Dr. Livre Docente Rubens Nelson
Amaral de Assis Reimão

São Paulo
2008

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Rubens Reimão, pelo apoio, ensinamento e paciência em todas as etapas deste trabalho.

À Dra. Sueli Rossini, pelo ensinamento e sugestões constantes.

Aos meus pais pelo apoio e incentivo.

Ao Instituto Bairral de Psiquiatria pelo encaminhamento dos pacientes.

Às colegas Priscila, Geisa e Helô pelos momentos de apoio e troca de idéias.

Aos secretários do departamento de Neurologia Edilene e Erli pelo carinho e atenção.

Aos pacientes e voluntários que participaram desta pesquisa, pela aprendizagem proporcionada.

Normatização adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2ª ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de siglas	
Resumo	
Summary	
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Considerações sobre o sono e a insônia	1
1.2 Acerca da dependência de drogas	5
1.2.1 Acerca da dependência de cocaína	10
1.3 Qualidade de Vida	16
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo Geral	21
2.2 Objetivos Específicos	21
3 MÉTODOS	22
3.1 Casuística	22
3.1.1 Grupo estudo	22
3.1.2 Grupo controle	23
3.2 Procedimentos	23
3.2.1 Local	23
3.2.2 Instrumentos	24
3.3 Análise estatística	27
4 RESULTADOS	28
4.1 Caracterização da amostra	28
4.2 Padrão e Qualidade Subjetiva do Sono	29

4.3 Qualidade de Vida	32
4.4 Sintomas depressivos e de ansiedade	33
4.5 Associações dos resultados dos diferentes instrumentos utilizados para o grupo estudo	34
4.6 Associações dos resultados dos diferentes instrumentos utilizados para o grupo controle	35
5 DISCUSSÃO	38
5.1 Características sócio-demográficas	38
5.2 Padrão e Qualidade do Sono	40
5.3 Sintomas depressivos e de ansiedade	42
5.4 Percepção da QV relacionada à dependência de cocaína	42
5.4.1 A dependência de drogas é uma doença crônica?	43
5.4.2 A QV é alterada em pacientes com doenças crônicas?	44
5.4.3 Existe efeito direto da cocaína sobre a QV?	45
5.4.4 Há relação entre sintomas depressivos e de ansiedade e diminuição da QV?	46
5.5 Qualidade do sono e QV	47
5.6 Associação entre sintomas depressivos e de ansiedade com qualidade do sono	48
6 CONCLUSÕES	50
7 ANEXOS	51
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

LISTA DE SIGLAS

BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID – 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão
DMT	N-dimetiltriptamina
DSM IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICSD	International Classification of Sleep Disorders
IQSP	Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh
LSD	Dietilamida do ácido lisérgico
MDMA	3,4 methylenedioxymethamphetamine
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
REM	Rapid Eye Movement
SNC	Sistema Nervoso Central
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
UPHG	Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

Resumo

Lima AP. Características do Sono e Qualidade de Vida em Dependentes de Cocaína [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

INTRODUÇÃO: O abuso de drogas, tais como a cocaína, pode alterar o sono e comprometer diversos aspectos da vida. Neste trabalho avaliamos as características do sono e a Qualidade de Vida (QV) em pacientes dependentes de cocaína, na fase de intoxicação (uso da droga). **MÉTODO:** Realizado no Instituto Bairral de Psiquiatria, o grupo de estudo foi composto de 40 pacientes, idade média de 28,92, sendo 37 homens e 3 mulheres, com diagnóstico de dependência de cocaína, avaliados por ocasião da internação e, 40 indivíduos controles, composto por familiares e profissionais que trabalham no hospital, pareados por idade e gênero. Os instrumentos utilizados compreenderam: Entrevista Clínica Semi-dirigida, Classificação Econômica Brasil, Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Ansiedade de Beck, Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-Breve. **RESULTADOS:** Houve significativa diferença entre os dois grupos quanto à pontuação global com maior comprometimento do sono no grupo de estudo ($p < 0,001$) e, estatisticamente, o grupo de estudo possui escores menores de QV que o grupo controle, com exceção do domínio meio ambiente ($p = 0,137$). Com relação a sintomas depressivos e de ansiedade, os resultados apontaram que o grupo de estudo apresenta índices mais elevados destes sintomas. **CONCLUSÃO:** Há prejuízo na qualidade do sono e QV dos dependentes de cocaína, com presença de sintomas depressivos e de ansiedade.

Descritores: sono, transtornos do sono, distúrbios do início e da manutenção do sono, cocaína, Qualidade de vida, depressão, ansiedade.

Summary

Lima AP. Sleep Characteristics and Quality of Life in Cocaine Users [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

INTRODUCTION: Drug abuse, such as cocaine, can alter sleep and endanger several aspects of life. In this study, we evaluate sleep characteristics and Quality of Life (QL) in cocaine users' patients, at intoxication phase (drug use). **METHOD:** It was accomplished at Institute Bairral of Psychiatry, the study group was composed of 40 patients, average age of 28.92, that is 37 men and 3 women, that keep with cocaine relation diagnostically clinically as dependent, evaluated as soon as admitted in the hospital, 40 controls subjects, composed by relatives and professionals that work at the hospital, paired per age and gender. The used instruments comprised: Clinic Interview Semi-directed, Brazil Economical Classification, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Quality of Life Scale WHOQOL-BREF. **RESULTS:** There was significant difference between both groups regarding global punctuation with great sleep damage in study group ($p < 0,001$) and, statistically, the study group has smaller scores of QL than control group, except for environment domain ($p = 0.137$). Regarding depressive's symptoms and anxiety, results showed that the study group has more elevated indexes of these symptoms. **CONCLUSION:** There is a damage of sleep quality and QL of cocaine users, with depressive symptoms and anxiety.

Descriptors: sleep, sleep disorders, sleep initiation and maintenance disorders, cocaine, Quality of life, depression, anxiety.

1 INTRODUÇÃO

O sono tem sido reconhecido como uma parte muito importante da vida humana, pois tem influência direta na qualidade de vida do homem. É considerado uma das áreas mais dinâmicas da neurociência e comportamento (Gaspar et al., 1998; Lamberg, 2001).

Filósofos, poetas, mitólogos, cientistas, pintores, entre outros, exploram o tema sono através dos tempos e, por mais que o homem evolua espiritual e tecnologicamente, muito ainda há por se descobrir sobre estes fenômenos (Baker, 1985).

1.1 Considerações sobre o sono e a insônia

Na década de 50, houve a conversão do estudo dos transtornos do sono em uma nova subespecialidade médica, com a visão do sono como um fenômeno ativo e não mais passivo (Velluti, 1996). Segundo Marchi e Reimão (2007), o estudo das queixas do sono tem tido um crescente espaço na literatura médica, bem como na comunicação entre a população geral, melhorando o esclarecimento e, conseqüentemente, facilitando o diagnóstico e tratamento dos distúrbios do sono.

Os distúrbios do sono comprometem o humor, a atenção, memória, provoca irritação e acentua problemas familiares e sociais (Lima et al.,

2006). São pouco diagnosticados e tratados adequadamente, apesar de serem tão comuns como a asma e o diabetes. A insônia é o distúrbio mais comum e, quando crônica, geralmente, reflete problemas psicológicos e comportamentais (Souza e Reimão, 2004; Benca, 2005).

A insônia é um sintoma que pode ser definido como dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, ou como presença de sono não reparador, ou seja, insuficiente para manter uma boa qualidade de alerta e bem-estar físico e mental durante o dia, com o comprometimento conseqüente do desempenho nas atividades diurnas (Souza e Reimão, 2004). É um sintoma complexo, associado a numerosos quadros mentais, neurológicos, psiquiátricos e médicos (Erman, 1998; Rocha e Reimão, 1999).

A insônia é referida em 20% dos adultos, ocorrendo mais em populações urbanas do que rurais. Estudos populacionais de adultos no Brasil revelaram ocorrência de insônia em 32% da população de São José do Rio Preto, no Estado de São Paulo, uma cidade de porte médio (Marchi et al., 2004). Avaliação semelhante em comunidade rural negra, município de Jaraguari, Estado do Mato Grosso do Sul, revelou insônia em 16,8% desta população (Reimão, 2000).

De acordo com Reite et al. (2004) e Morin et al. (2006) as insônias podem ser agrupadas em: transitórias (duração de vários dias), de curta duração (até três semanas) e crônicas (mais de três semanas).

A insônia está freqüentemente associada à ansiedade, à depressão, ao estresse psicológico e psicopatológico, ao uso e abuso de drogas e às doenças neurológicas. A ausência ou pouco tempo de sono noturno satisfatório acarreta frustração e ansiedade, incrementando a angústia. A falta de sono adequado associa-se à fadiga mental e física, à sonolência e à perda de motivação (Rocha e Reimão, 1999; Goldstein, 2001).

A etiologia da insônia varia desde questões emocionais (etilismo, depressão e ansiedade), sociais (desemprego e violência), físicas (dor crônica) e ambientais (ruídos internos e externos ao quarto de dormir) (Thorpy e Yager, 1991; Chokroverty, 1995; International Classification of Sleep Disorders, ICSD, 2001; Reimão, 2000; Reimão e Souza, 1998; Reimão et al., 1998; Reimão, 1994).

A insônia crônica ou de longa duração apresenta freqüência de 21 a 30 noites ao mês, persiste geralmente por meses ou anos e atinge cerca de 10% da população geral (Ohayon e Roth, 2001). Pode estar associada com distúrbios mentais, condições psicofisiológicas, higiene do sono inadequada, doenças neurológicas e dependência de drogas (Monti e Monti, 1995; Johnson e Breslau, 2001).

Em decorrência da insônia crônica podem ocorrer diversas intercorrências como: sonolência diurna excessiva, irritabilidade, decréscimo no humor, dores musculares, cefaléia, baixo rendimento, prejuízo na atenção

e memória, riscos de acidentes pessoais, de trabalho e de trânsito e, ainda, acentuação de problemas sociais, familiares e no trabalho (Rossini et al., 2005).

Quando prolongados, os distúrbios do sono podem influenciar profundamente a Qualidade de Vida (QV) e a saúde e, ainda, aumentar o risco de mortalidade (Kramer 2005; Lamberg 2005). A etiologia dos distúrbios do sono é multifatorial, mas existem estimativas de que 10 a 15% das pessoas com distúrbios crônicos do sono possuem problemas de abuso de drogas (Stein et al., 2004).

Os distúrbios do sono provocados por abuso de drogas estimulantes são caracterizados pela redução da sonolência ou supressão do sono. Os efeitos dos estimulantes no sono incluem o aumento da latência do sono, diminuição do tempo total de sono e o aumento do número de despertares. A latência ao sono REM (*Rapid Eye Movement*) é prolongada e há alterações nos estágios do sono, particularmente diminuição no tempo de sono REM (Chokroverty, 1995; ICSD, 2001).

De acordo com Leite e Andrade (1999), as alterações do ciclo sono-vigília são comuns na dependência de cocaína, devendo a alteração ser mais expressiva do que a esperada pela intoxicação ou abstinência da droga. A cocaína tipicamente produz insônia durante intoxicação e hipersonia na sua abstinência.

Os fatores interruptores de sono decorrentes das drogas estimulantes são individuais e independem da dose. A administração continuada de altas dosagens de drogas estimulantes está também associada com inadequação social e comportamento anti-social. Uma vez que a administração da droga é autodirigida, as conseqüências comportamentais não são percebidas normalmente como problemáticas. Sendo assim, os indivíduos que abusam de estimulantes centrais são geralmente trazidos à atenção médica por seus familiares ou amigos (ICSD, 2001).

1.2 Acerca da dependência de drogas

A palavra droga, de etimologia controvertida, poderia ter vindo do persa *droa*, que significa odor aromático, do hebraico *rakab*, perfume ou do holandês *droog*, substância ou folha seca (Seibel e Toscano, 2001).

Em sentido amplo, denomina-se droga toda e qualquer substância exógena que, uma vez em contato com o organismo, provoca alterações funcionais e/ou estruturais em qualquer setor da economia orgânica (Thomaz e Roig, 1999; Beaujouan et al., 2005).

Droga é qualquer substância que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais sistemas do organismo (e que não seja produzida por ele), provocando alterações em seu funcionamento (Bucher, 1998). O uso de

droga pode ser definido como qualquer consumo de substâncias psicoativas, seja experimental, esporádico ou episódico. O abuso ou uso nocivo é o consumo de substâncias que já está associado a algum tipo de prejuízo, quer em termos biológicos, psicológicos ou sociais. A dependência é um consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o usuário (Laranjeira e Nicastri, 1996).

O termo dependência é utilizado para se referir a determinados comportamentos e designar o abuso ou excesso como origem do problema (Silveira Filho e Gorgulho, 1996).

Dependência química refere-se a padrão de uso intenso que envolve descontrole sobre a quantidade ou a frequência com que se consome, acompanhado de desejo forte, muitas vezes incontrolável, de utilizar a droga. Diferentes mecanismos levam à dependência, sendo esta entendida como uma relação alterada entre um indivíduo e seu modo de consumir uma substância (Taub e Andreoli, 2004).

Para o estabelecimento do diagnóstico da dependência, adotam-se critérios como do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV, 1995) e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (OMS, 1993) para uso nocivo de substâncias (Seibel e Toscano, 2001).

As substâncias psicoativas podem ser classificadas em: depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC), incluindo opiáceos, álcool e tranqüilizantes; estimulantes do SNC, incluindo cocaína (e seus derivados como *crack* e merla), anfetaminas e metanfetaminas (*ecstasy* e *ICE*); e perturbadores do SNC, incluindo alucinógenos como LSD, derivados da *cannabis* (maconha, haxixe), solventes e inalantes (Murad, 1972).

Drogas depressoras da atividade mental são aquelas que produzem sonolência, diminuição da ansiedade, sensação de relaxamento, diminuição da velocidade do pensamento e prejuízos da coordenação motora. As drogas depressoras são: álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, opiáceos e inalantes.

Drogas perturbadoras são aquelas que levam à ocorrência de fenômenos mentais anormais que, geralmente, não fazem parte da vida psíquica das pessoas. Esse funcionamento distorcido da mente pode manifestar-se por meio de alucinações (ver ou ouvir o que não existe), delírios (avaliações distorcidas da realidade, idéias bizarras), fusão de sensações (como, por exemplo, perceber a cor dos sons) ou distorções na avaliação do espaço ou da passagem do tempo (sensação de que o tempo passa mais devagar ou mais depressa). As drogas perturbadoras são: maconha, psilocibina (cogumelo), mescalina, LSD, DMT (ayahuasca ou Santo Daime), MDMA (*ecstasy*) e anticolinérgicos (algumas substâncias

naturais como “chá de lírio” e medicamentos utilizados para tratamento da doença de Parkinson) (Fabricius et al., 1997; Taub e Andreoli, 2004).

Drogas estimulantes são aquelas que tendem a provocar um aumento da atenção, deixando a pessoa mais alerta e, algumas vezes, provocando ansiedade, reduzindo a necessidade de sono e acelerando o pensamento (Castaneda et al., 2000). As drogas deste grupo são: cocaína (incluindo o *crack*), anfetaminas (drogas ainda muito encontradas em remédios para emagrecer), nicotina e cafeína (Taub e Andreoli, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2005), a saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência e associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado e possibilitou a disseminação em todo o país de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo a abstinência como principal objetivo a ser alcançada. Esta rede de instituições, em sua maioria filantrópicas, cumpre papel relevante e, aponta a necessidade de assunção pela saúde pública de uma política mais clara e incisiva para o problema.

Não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública. Somente em 2002, em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde (Brasil, 2005) passa a implementar o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas*. Este programa reconhece o problema do uso prejudicial de drogas como importante problema da saúde pública e constrói uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema.

De fato, a constatação de que o uso de drogas tomou proporções de grave problema de saúde pública no país, encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade pela relação comprovada entre o consumo e os agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo menos 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem, de modo prejudicial, substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (Brasil, Ministério da Saúde, 2005).

O uso de cocaína, segundo Cordeiro et al. (2007), mesmo nos países em que ela não é a mais consumida, é a que mais leva o usuário a buscar tratamento, o que mostra, indiretamente, a grave repercussão individual.

Atualmente, a política de Saúde Mental segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2005) vem objetivando reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar com: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG). Além disso, objetiva incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, entre outros para garantir tratamento digno e de qualidade.

1.2.1 Acerca da dependência de cocaína

Cocaína é um alcalóide branco, inodoro e cristalino, produto final das transformações das folhas de coca - *Erythroxylum coca* - planta originária do altiplano andino. Pode ser introduzida no organismo pelas vias intranasal, oral e parenteral (endovenosa). Nos últimos anos, vem-se observando uma nova forma de administração por inalação de fumo (*crack*) (Seibel e Toscano, 2001; Leamon et al., 2002).

Crack não é uma nova droga, mas outro método de administração de cocaína (Gossop et al., 2002). A infecção pelo vírus da imunodeficiência

humana (HIV) é um exemplo da importância do fator via de uso na compreensão dos problemas relacionados ao consumo de drogas. Uma vez associado o vírus ao uso endovenoso, o consumo de *crack* surgiu como alternativa com potência similar e ausência de riscos de contaminação.

A *Erythroxylum coca* é a mais antiga das cocas cultivadas, sendo encontrada ainda em um estado semi-selvagem nos Andes peruanos e bolivianos. O processo de extração da coca para consumo ilícito é iniciado colocando-se as folhas e solventes orgânicos (querosene, gasolina) em recipientes (tanques, tambores); após um período de maceração o extrato orgânico é separado das folhas e evaporado. O resíduo obtido, denominado pasta de coca, contém cocaína juntamente com outros alcalóides e óleos essenciais. A droga pode ser obtida, também, por meio da secagem das folhas, digestão com ácido sulfúrico e posterior extração após precipitação com bicarbonato de sódio (Leite e Andrade, 1999).

A pasta de coca é tratada com ácido clorídrico para a formação do cloridrato de cocaína, que corresponde à forma usual de tráfico. Contudo, segundo Leite e Andrade (1999), raramente é encontrada na forma pura, sendo “diluída” com a adição de produtos que procuram mimetizar sua ação farmacológica, cor e sabor. São utilizados com esta finalidade outros anestésicos locais (lidocaína, procaína), cafeína, efedrina, fenciclidina, quinina, estricnina, manitol, sacarose, heroína, pó de mármore, talco, entre outros.

Cocaína é estimulante do SNC, leva, portanto, a aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos (euforia, desinibição, mudanças perceptuais, aumento da auto-estima e libido) e de comportamento (agressão física, agitação psicomotora), além de sintomas físicos (Bergeret e Leblanc, 1991; Kaplan et al., 1997).

De acordo com Subramanya e Ramachandran (2006), a cocaína potencializa o efeito da dopamina e noradrenalina no cérebro e age como droga estimulante.

Seu efeito agudo está associado ao bloqueio da recaptação de dopamina, produzindo aumento dessa substância nas fendas sinápticas (Cooper et al., 1996). Há aumento no número e sensibilidade de receptores dopaminérgicos. Com seu uso crônico, há redução na concentração de dopamina com efeito final de diminuição do neurotransmissor. A cocaína também age nos sistemas noradrenérgicos, serotoninérgicos, gabaérgicos, colinérgicos e nas endorfinas. A dopamina está envolvida nos centros límbicos responsáveis pelo prazer, incluindo aqueles relacionados com alimentação e sexo. Com seu uso crônico, há desenvolvimento de tolerância aos seus efeitos (Araújo et al., 1998).

A relação de dependência com a droga ocorre através de ato impulsivo. Estabelece-se assim um duo indissociável indivíduo-droga, em que tudo o que não é pertinente a essa relação passa a constituir pano de

fundo na existência do dependente. Este duo permanece indissociável enquanto a droga for capaz de propiciar alteração da percepção de uma realidade vista como insuportável, respondendo assim pela manutenção do equilíbrio do indivíduo. Para o dependente, a droga é a questão central de sua vida (Silveira Filho e Gorgulho, 1996; MacCoun, 2004).

Cocaína é uma droga estimulante conhecida por causar alterações comportamentais. A privação de sono potencializa a ação da cocaína sobre comportamentos estereotipados, sugerindo que os efeitos da cocaína podem ser modificados pela privação de sono (Soares et al., 2003).

Morgan et al. (2006) e Reite et al. (2004), salientam que o uso de cocaína implica distúrbios do sono, distúrbios estes caracterizados pela redução da sonolência ou supressão do sono, aumento da latência do sono e diminuição do tempo total de sono.

É muito comum, de acordo com Leite (1996), o dependente de cocaína apresentar complicações físicas ou mentais pelo consumo crônico (ideação paranóide, agitação, agressividade, insônia, perda de peso, depressão e ansiedade).

O uso continuado da cocaína acentua os sintomas depressivos. Dez semanas tomando antidepressivos podem levar alguém que quer livrar-se da cocaína a atravessar a extensa ressaca da droga, mas, dependendo das

condições subjacentes e do dano neurológico, a depressão pode requerer tratamento permanente. O uso regular da cocaína ou das anfetaminas pode causar danos permanentes nos sistemas de dopamina do cérebro, dando à pessoa um estado fisiológico básico constantemente deprimido (Lamberg, 2005). A cocaína é uma das drogas que podem ser chamadas de ampliadoras da depressão de longo prazo. Ela parece alterar o funcionamento dos mecanismos de ansiedade do cérebro, modificando os níveis do fator liberador da corticotropina (Williamson et al., 1997).

Em cocainômanos, Kalina (1997) e Daley et al. (1998), apontam que a falta de alegria de viver, não-hedonismo, desesperança, falta de projetos de vida, aborrecimento, mau humor, são sintomas que podem aparecer juntos ou separadamente, de forma constante ou por períodos.

Sendo uma droga ilegal, torna-se difícil avaliar o número correto de usuários de cocaína, uma vez que os poucos estudos existentes são gerais, abrangendo o consumo de todas as drogas e não especificamente de uma (Navarro, 1993).

De acordo com o levantamento nacional realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em 2001 (Carlini et al., 2002), o uso experimental de cocaína no Brasil fica ao redor dos 2,3%. A prevalência de maior uso de cocaína encontra-se na Região Sul, com 3,6%; a Região Sudeste fica em segundo lugar com 2,6%; nas

regiões Norte e Centro-Oeste, aparecem com 1,4% em cada uma delas. A menor porcentagem foi de 0,8%, na região Norte. Já em 2005, de acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (Carlini, 2005), houve um aumento no uso pela população geral, em que a prevalência de uso de cocaína nas 108 maiores cidades do País, foi de 2,9%, sendo próxima à encontrada na Alemanha (3,2%), porém bem inferior aos Estados Unidos da América (EUA) com 14,2% e do Chile com 5,3%. Houve um crescente do uso na região Sudeste, saltando de 2,6% (em 2002) para 3,7% em 2005, ocupando o primeiro lugar, seguida das regiões Sul (3,1%), Centro Oeste (2,2%), Norte (1,3) e Nordeste (1,2%).

De acordo com a avaliação que as pessoas fazem sobre o uso de drogas, a cocaína/*crack* é aquela que apresenta maiores riscos, já que o uso, mesmo experimental, é considerado grave, em média, nas cinco regiões do país, por 70% dos entrevistados (Carlini et al., 2002). Partindo-se dessas porcentagens, parece óbvio que o uso diário de cocaína/*crack* seja considerado grave para quase a totalidade dos entrevistados (média de 99%). O *uso freqüente e pesado* de cocaína não atingiu 0,5% em nenhuma região do país. Apesar disso, esse consumo é preocupante, pois há, em teoria, espaço para crescer, levando-se em conta os números de apreensões realizadas pela Polícia Federal. Esses dados epidemiológicos sugerem que medidas preventivas em relação à cocaína não podem ser negligenciadas.

1.3 Qualidade de Vida

O termo e conceito “Qualidade de Vida” (QV) surgiu, de acordo com Ferraz (1998) nos EUA após a 2ª Guerra mundial, para descrever o efeito gerado pela conquista de bens materiais (tecnologia) e crescimento econômico na vida das pessoas. Posteriormente, foi utilizado como parâmetro a ser valorizado com o intuito de resgatar avanços nas áreas da saúde e da educação.

Segundo Blaug (1992), o conceito de QV já havia sido introduzido em 1920, sem grande repercussão, por Pigou (1877-1959) em seu livro “Economia e Bem Estar Material”, mas a utilização, pela primeira vez, do termo “Qualidade de Vida” foi atribuída à *Commission on National Goals*, do presidente Dwight Eisenhower, em 1960 (Spitzer, 1987; Gough, 1994). A partir dessa década, aumentou o número de investigações sobre níveis de QV.

Gough (1994) refere que, desde 1987, mais de 400 artigos sobre o tema foram publicados por ano, totalizando 1225 artigos só em 1993.

A partir do início da década de 90, parece consolidar-se um consenso entre os estudiosos da área quanto a dois aspectos relevantes da QV: subjetividade e multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção das pessoas sobre o seu estado de

saúde e sobre os aspectos não-médicos de seu contexto de vida, ou seja, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas (WHOQOL Group, 1995). A multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões. A identificação dessas dimensões tem sido objeto de investigações científicas, em estudos empíricos, usando-se metodologias qualitativas e quantitativas (Bowling e Brazier, 1995).

A OMS define QV como *"a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"* (WHOQOL Group, 1994;1995;1998).

QV representa a competência humana de direcionar a vida para conquistas positivas com desdobramentos no contexto social. Além de saúde, inclui educação, acesso aos serviços de saúde, satisfação e condições dignas de trabalho (Trentini et al., 2004).

Para Mastropietro (2003), a noção de QV de uma pessoa tem recebido diferentes definições e mudanças em suas conceituações. Porém, entende-se que sempre faz referência ao nível de satisfação que o sujeito elabora da vida cotidiana.

Ruffino-Neto (1994) considera como QV boa ou excelente aquela em que haja um mínimo de condições para que os indivíduos desenvolvam o máximo de suas potencialidades como viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens ou serviços, ciências ou artes.

QV refere-se a vários aspectos da vida como o físico, o psicológico e o social, considerando o nível de satisfação do indivíduo em cada um desses aspectos, avaliando o valor que a pessoa atribui à sua forma de viver e à importância que a vida tem para ela (Bezerra, 2006).

De acordo com Medronho et al. (2002), QV engloba três elementos básicos: o direito à mesma, o acesso aos bens e serviços coletivos e o espaço social enquanto espaço histórico cultural.

Enquanto que para alguns a QV significa boa condição financeira, que proporcione uma vida de conforto material e acesso a bens de consumo, para outros poderia significar a realização pessoal ou profissional e a satisfação na vida. QV para alguns seria sinônimo de estar empregado, a possibilidade de trabalhar e garantir seu próprio sustento. Já para outros, poderia ser a possibilidade de uma vida saudável, a recuperação da saúde física ou mental e a paz interior (Nucci, 2003).

Segundo Cordeiro et al. (2007), no consumo do *crack* e da cocaína, além da mortalidade e da redução da expectativa de vida e dos diversos

impactos socioeconômicos decorrentes da maior taxa de hospitalização, subemprego, desemprego e gastos com o sistema carcerário, há uma plêiade considerável de custos intangíveis (sofrimento psíquico, isolamento, estigma, desagregação familiar e não realização das potencialidades individuais).

Assume-se que o uso de drogas que causam euforia ou alteram a consciência causam diminuição na QV. Entretanto, existem poucos estudos documentados na literatura que tenham investigado esta hipótese (Ventegodt e Merrick, 2003).

O dependente de cocaína apresenta problemas intensos nos diversos domínios de sua vida (trabalho, educação, família, vida social, bem-estar psíquico) decorrentes do padrão absorvente de uso da droga e da priorização que esta exerce em sua vida (Cordeiro et al., 2007).

Estudar a QV na população em geral e em populações específicas torna-se muito importante para o desenvolvimento contínuo de indicadores sociais, servindo ao aprimoramento de padrões normativos de comparações e promoção de saúde (Evans, 1994; Meurice et al., 2007).

Devido à escassez de tais estudos, é difícil formar uma idéia geral da conexão entre uso de drogas e QV. Portanto, é desejável maior conhecimento da relação entre o uso de drogas e os efeitos que elas

causam na QV. É importante que o profissional de saúde esteja ciente dessa relação a fim de que possa oferecer ajuda para amenizar o problema apresentado (Ventegodt e Merrick, 2003).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar as características do sono e a Qualidade de Vida (QV) em dependentes de cocaína, no período de uso da droga.

2.2 Objetivos Específicos

1) Determinar o padrão e a qualidade do sono em dependentes de cocaína.

2) Avaliar a QV de dependentes de cocaína e sua associação com a qualidade do sono.

3) Verificar a presença de sintomas depressivos e de ansiedade e sua associação com a qualidade do sono.

4) Comparar o sono e a QV entre o grupo estudo e grupo controle.

3 MÉTODOS

3.1 Casuística

3.1.1 Grupo estudo

Foram avaliados 40 pacientes, atendidos em regime de internação psiquiátrica, com idade entre 18 e 60 anos, de ambos os gêneros, que mantêm com a cocaína relação diagnosticável clinicamente como de dependência, segundo diretrizes propostas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 (OMS, 1993).

Critérios de inclusão:

- 1) Ter sido admitido para tratamento em regime de internação e ter a cocaína como a principal droga de abuso;
- 2) Idade entre 18 e 60 anos;
- 3) Ter diagnóstico psiquiátrico de dependência de droga;
- 4) Concordar em participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

Critérios de exclusão:

- 1) Pacientes menores de 18 ou maiores de 60 anos;
- 2) Não ter a cocaína como principal droga de abuso;
- 3) Recusar-se a participar da pesquisa;

- 4) Pacientes com transtornos psicóticos associados, diagnosticados previamente pela equipe multiprofissional da instituição psiquiátrica.

3.1.2 Grupo controle

O grupo controle com 40 sujeitos foi composto de familiares de pacientes, consangüíneos ou não, e por profissionais que trabalham na instituição, nos períodos da manhã e/ou tarde, sem queixas subjetivas ou referidas por informante quanto à presença de qualquer forma de uso ou abuso de substância psicoativa.

Foram excluídos do grupo controle sujeitos com transtornos psiquiátricos ou histórico de internação psiquiátrica, os que consumiam drogas ilícitas, trabalhadores em turnos e os que não aceitaram participar da pesquisa.

3.2 Procedimentos

3.2.1 Local

A pesquisa foi realizada no Instituto Bairral de Psiquiatria, hospital que atende pacientes de diversos diagnósticos em regime de internação psiquiátrica.

O Instituto Bairral é considerado referência em serviço de psiquiatria, pela excelência no tratamento das desordens mentais, sendo o maior hospital psiquiátrico particular da América Latina. Localiza-se na cidade de Itapira, interior de São Paulo, em um horto florestal que abrange uma totalidade de 400 mil metros quadrados, formado por paisagismo arborizado e extensos gramados. Estes 400 mil metros quadrados são divididos em pequenas clínicas de tratamento. Estas clínicas são setoriais, em que cada uma abrange um perfil diagnóstico diferente: Estância (quadros senis e pré-senis), Vivenda (psicóticos em fase aguda), Esplanada (psicóticos crônicos), Recanto (esquizofrênicos moradores e quadros orgânicos) e Mirante, setor que atende pacientes conveniados (plano de saúde) e particulares com dependência química e quadros neuróticos graves. Seu projeto terapêutico objetiva promover a motivação para a mudança de vida e a retomada do crescimento pessoal.

Os sujeitos desta pesquisa, internados no setor Mirante, foram avaliados no período de março de 2005 a maio de 2006 e entrevistados entre o primeiro e terceiro dia após admitidos no hospital, dependendo dos graus dos sintomas de abstinência apresentados.

3.2.2 Instrumentos

1) Entrevista clínica semidirigida na qual foram pesquisadas informações demográficas e histórico do abuso de drogas (Anexos B e C).

2) Classificação Econômica Brasil, da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP, 2000), que tem a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. Essa avaliação baseia-se em pontos calculados a partir da posse de itens e na premissa da existência de seis classes sócio-econômicas, classificadas de A1, A2, B1, B2, C e D (Anexo D).

3) Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) (Buysse et al., 1989), para verificar o padrão e a qualidade do sono (Anexo E). Este instrumento, de uso retrospectivo, é padronizado, fidedigno, e utilizado internacionalmente. Composto por 10 questões sobre hábitos de sono, com escala de escores de 0 a 20 pontos, sendo que escores acima de 5 indicam baixa qualidade de sono. Como este instrumento é de uso retrospectivo a um mês, os dados coletados referem-se ao padrão e qualidade do sono na fase em que o paciente está em uso da droga (período anterior a internação psiquiátrica).

4) Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory - BDI), escala de auto-relato, com 21 itens, cada item com quatro alternativas, com o objetivo de coletar informações sobre sintomas depressivos, em graus mínimo, leve, moderado e grave (Cunha, 2001).

5) Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory - BAI), aplicado para quantificar sintomas de ansiedade. O BAI é constituído por 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de quatro pontos que refletem níveis de gravidade crescente (mínimo, leve, moderado e grave) de cada sintoma (Cunha, 2001).

6) *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Breve), versão abreviada (Anexo F), para avaliar a QV. A escolha deste instrumento baseou-se no fato de poder ser utilizado independentemente de fatores culturais, permitindo que se comparem dados em diferentes países e culturas, estar disponível e validado no Brasil, ser mundialmente reconhecido e por ser de fácil aplicação e compreensão (WHOQOL Group 1994; Fleck et al, 1999; Fleck, 2000). O WHOQOL-Breve consta de 26 questões, distribuídas em quatro domínios:

- a) Físico: dor/ desconforto/ energia/ fadiga/ sono/ repouso
- b) Psicológico: sentimentos/ aparência/ auto-estima/ memória e concentração
- c) Relações Sociais: relações sociais/ apoio social e atividade sexual
- d) Meio Ambiente: segurança/ ambiente no lar / finanças/ lazer/ transporte/ cuidados sociais

Todos os sujeitos concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, protocolo de Pesquisa, nº 208/05 (Anexo G).

3.3. Análise estatística

Para avaliar associações entre as variáveis categóricas e verificar se as escalas são relacionadas utilizou-se o teste Qui-quadrado devido às características da amostra, e o teste exato de Fisher (Agresti, 1990) para as frequências esperadas menores que cinco.

Para comparar variáveis numéricas e os escores de questões relacionados ao sono e qualidade de vida entre os grupos foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney (Conover, 1980).

Para verificar a correlação entre as escalas de ansiedade e de depressão e a escala de qualidade de vida foi estudado o fator de correlação de Spearman (Conover, 1980).

Para todos os testes foi estabelecido o nível de significância de 5%.

Para a análise estatística, foi utilizado o programa “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS), versão 13.0.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

Conforme consta na Tabela 1 abaixo, o grupo estudo compõe-se na maioria de homens (92,%), com 11 anos de escolaridade (32,5%), pertencentes à classe média alta, solteiros, divorciados ou separados (72,5%), ativos em termos ocupacionais (52,5%) na condição de estudantes.

Tabela 1. Descrição das medidas sócio-demográficas para cada grupo

Medida	Categoria	Grupo				Total		P
		Estudo		Controle				
		n	%	n	%	n	%	
Gênero	Masculino	37	92,5	36	90	73	91,3	>0,999*
	Feminino	3	7,5	4	10	7	8,8	
Escolaridade	< 8 anos de estudo	3	7,5	0	0	3	3,8	0,086
	8 anos de estudo	2	5	1	2,5	3	3,8	
	< 11 anos estudo	3	7,5	3	7,5	6	7,5	
	11 anos de estudo	13	32,5	25	62,5	38	47,5	
	< 15 anos estudo	11	27,5	5	12,5	16	20	
	15 ou + anos est.	8	20	6	15	14	17,5	
Idade	50-60 anos	1	3	1	3	2	3	0,946
	40-49 anos	2	5	3	8	5	6	
	30-39 anos	13	33	10	24	23	29	
	20-29 anos	20	49	23	57	43	53	
	18-19 anos	4	10	3	8	7	9	
Nível Sócio-econômico	A1 (alta)	4	10	0	0	4	5	0,033
	A2 (média alta)	14	35	6	15	20	25	
	B1 (média)	8	20	9	22,5	17	21,3	
	B2 (média baixa)	7	17,5	14	35	21	26,3	
	C (baixa)	7	17,5	11	27,5	18	22,5	
Estado civil	Solteiro/divorciado	29	72,5	25	62,5	54	67,5	0,340
	Casado/amasiado	11	27,5	15	37,5	26	32,5	
Situação Ocupacional	Ativo	21	52,5	36	90	57	71,3	<0,001
	Inativo	19	47,5	4	10	23	28,8	

* Teste exato de Fisher

Ainda na Tabela 1, pode-se verificar que o grupo controle apresenta características semelhantes ao grupo estudo, sendo a maior parte composta de homens (90%), com 11 anos de escolaridade (62,5%), pertencentes à classe média baixa, solteiros, divorciados ou separados (62,5%), ativos em sua grande maioria, porém na condição de empregados (90%).

Pode-se observar diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) quanto à situação ocupacional atual em que 90% do grupo controle exercia algum tipo de atividade de trabalho remunerado, enquanto 52,5% do grupo estudo eram ativos, na condição de estudantes que abandonaram seus estudos ($p < 0,001$).

Com relação à classificação socioeconômica, o grupo estudo apresentou-se em categorias superiores comparado ao grupo controle ($p = 0,033$).

4.2 Padrão e Qualidade Subjetiva do Sono

O instrumento utilizado na avaliação do padrão e das características do sono, Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP), tem a vantagem de mensurar de modo retrospectivo, o que possibilitou fornecer dados sobre o padrão e a qualidade do sono no período da intoxicação (uso) da droga.

Tabela 2. Perfil do padrão e qualidade do sono dos grupos estudo e controle

Medida	Categoria	Grupo				Total		P
		Estudo		Controle				
		n	%	n	%	n	%	
Qualidade do sono auto-referida	Muito boa	2	5	12	30	14	17,5	<0,001
	Boa	7	17,5	22	55	29	36,3	
	Ruim	23	57,5	5	12,5	28	35	
	Muito ruim	8	20	1	2,5	9	11,3	
Latência	<= 15 minutos	4	10	28	70	32	40	<0,001
	16 a 30 minutos	8	20	9	22,5	17	21,3	
	31 a 60 minutos	12	30	3	7,5	15	18,8	
	> 60 minutos	16	40	0	0	16	20	
Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono	Nenhuma vez	3	7,5	20	50	23	28,8	<0,001
	Menos 1 vez/sem.	4	10	7	17,5	11	13,8	
	1 a 2 vezes/sem.	10	25	9	22,5	19	23,8	
	3 vezes/sem.	23	57,5	4	10	27	33,8	
Horas de sono por noite	> 7 horas	9	22,5	16	40	25	31,3	<0,001
	6 – 7 horas	8	20	18	45	26	32,5	
	5 – 6 horas	10	25	6	15	16	20	
	< 5 horas	13	32,5	0	0	13	16,3	
Eficiência	> 85%	24	60	31	77,5	55	68	0,012
	75% a 84%	2	5	6	15	8	10	
	65% a 74%	4	10	2	5	6	7,5	
	< 65%	10	25	1	2,5	11	13,8	
Uso de medicação para dormir	Nenhuma vez	19	47,5	37	92,5	56	70	<0,001
	Menos 1 vez/sem.	3	7,5	1	2,5	4	5	
	1 a 2 vezes/sem.	2	5	0	0	2	2,5	
	3 vezes/sem.	16	40	2	5	18	22,5	
Sonolência diurna	Nenhuma vez	20	50	32	80	52	65	0,016
	Menos 1 vez/sem.	2	5	3	7,5	5	6,3	
	1 a 2 vezes/sem.	12	30	3	7,5	15	18,8	
	3 vezes/sem.	6	15	2	5	8	10	
Indisposição durante o dia	Nenhuma	4	10	19	47,5	23	28,8	<0,001
	Pequena	9	22,5	15	37,5	24	30	
	Moderada	11	27,5	4	10	15	18,8	
	Muita	16	40	2	5	18	22,5	
Qualidade do sono global	Boa	3	7,5	25	62,5	28	35	<0,001
	Ruim	37	92,5	15	37,5	52	65	

O grupo estudo apresentou piores índices na maioria dos aspectos apresentados na Tabela 2: qualidade subjetiva do sono, latência, demora de mais de 30 minutos para adormecer, uso de medicação, indisposição durante o dia e qualidade do sono global.

Tabela 3. Intercorrências durante o sono dos grupos estudo e controle

Medida	Categoria	Grupo				Total		P
		Estudo		Controle				
		n	%	n	%	n	%	
Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo	Nenhuma vez	9	22,5	23	57,5	32	40	0,004
	Menos 1 vez/sem.	3	7,5	5	12,5	8	10	
	1 a 2 vezes/sem.	12	30	6	15	18	22,5	
	3 vezes/sem.	16	40	6	15	22	27,5	
Levantar-se para ir ao banheiro	Nenhuma vez	14	35	24	60	38	47,5	0,002
	Menos 1 vez/sem.	4	10	10	25	14	17,5	
	1 a 2 vezes/sem.	13	32,5	3	7,5	16	20	
	3 vezes/sem.	9	22,5	3	7,5	12	15	
Ter dificuldade para respirar	Nenhuma vez	22	55	34	85	56	70	0,009
	Menos 1 vez/sem.	2	5	1	2,5	3	3,8	
	1 a 2 vezes/sem.	8	20	5	12,5	13	16,3	
	3 vezes/sem.	8	20	0	0	8	10	
Tossir ou roncar muito alto	Nenhuma vez	14	35	31	77,5	45	56,3	0,001
	Menos 1 vez/sem.	4	10	0	0	4	5	
	1 a 2 vezes/sem.	11	27,5	5	12,5	16	20	
	3 vezes/sem.	11	27,5	4	10	15	18,8	
Sentir muito frio	Nenhuma vez	26	65	31	77,5	57	71,3	0,588
	Menos 1 vez/sem.	3	7,5	3	7,5	6	7,5	
	1 a 2 vezes/sem.	7	17,5	4	10	11	13,8	
	3 vezes/sem.	4	10	2	5	6	7,5	
Sentir muito calor	Nenhuma vez	10	25	28	70	38	47,5	<0,001
	Menos 1 vez/sem.	5	12,5	5	12,5	10	12,5	
	1 a 2 vezes/sem.	11	27,5	5	12,5	16	20	
	3 vezes/sem.	14	35	2	5	16	20	
Ter sonhos ruins ou pesadelos	Nenhuma vez	9	22,5	22	55	31	38,8	0,008
	Menos 1 vez/sem.	7	17,5	4	10	11	13,8	
	1 a 2 vezes/sem.	12	30	11	27,5	23	28,8	
	3 vezes/sem.	12	30	3	7,5	15	18,8	
Sentir dores	Nenhuma vez	15	37,5	34	85	49	61,3	<0,001
	Menos 1 vez/sem.	5	12,5	2	5	7	8,8	
	1 a 2 vezes/sem.	15	37,5	3	7,5	18	22,5	
	3 vezes/sem.	5	12,5	1	2,5	6	7,5	

Na Tabela 3, verificou-se que o grupo estudo apresentou maiores índices de intercorrências durante o sono: sensação de muito calor e dores ($p < 0,001$), sonolência diurna ($p = 0,016$), interrupção do sono no meio da noite ou de manhã muito cedo ($p = 0,004$), ida ao banheiro ($p = 0,002$), dificuldade para respirar ($p = 0,009$), ocorrência de tosse ou ronco alto ($p = 0,001$), sonhos ruins ou pesadelos ($p = 0,008$).

O grupo controle apresenta maiores índices de eficiência do sono do que o grupo controle ($p = 0,012$).

4.3 Qualidade de Vida

Na Tabela 4 são apresentados os dados referentes à escala de QV (WHOQOL – Breve).

Tabela 4. Percepção da QV dos grupos estudo e controle

Domínios	Grupo	Mediana	Mínimo	Máximo	N	P
Físico	Estudo	12	7	17	40	<0,001
	Controle	18	10	20	40	
Psicológico	Estudo	13	5	18	40	<0,001
	Controle	16	11	20	40	
Relações Sociais	Estudo	12	5	16	40	<0,001
	Controle	16	8	20	40	
Meio Ambiente	Estudo	14	7	18	40	0,137
	Controle	14	11	18	40	

As médias do grupo estudo para os domínios físico, psicológico e relações sociais foram significativas ($p < 0,001$) em relação ao grupo

controle. O grupo estudo mostrou escores menores de QV do que o grupo controle, com exceção do domínio meio ambiente ($p = 0,137$).

4.4 Sintomas depressivos e de ansiedade

A Tabela 5 mostra os resultados referentes aos inventários de sintomas depressivos (BDI) e de ansiedade (BAI).

Tabela 5. Porcentagens referentes aos sintomas de depressão e ansiedade para cada grupo e resultado das comparações

Medida	Categoria	Grupo				Total		P
		Estudo		Controle				
		n	%	N	%	n	%	
BDI	Mínimo	5	12,5	34	85	39	48,8	<0,001
	Leve	18	45	4	10	22	27,5	
	Moderado	13	32,5	2	5	15	18,8	
	Grave	4	10	0	0	4	5	
BAI	Mínimo	8	20	35	87,5	43	53,8	<0,001
	Leve	8	20	3	7,5	11	13,8	
	Moderado	15	37,5	0	0	15	18,8	
	Grave	9	22,5	2	5	11	13,8	

Pela Tabela 5, nota-se que o grupo estudo apresentou maiores índices de sintomas depressivos e de ansiedade. Houve diferença significativa com o grupo controle nos resultados das escalas de ansiedade e depressão ($p < 0,001$).

4.5. Associações dos resultados dos diferentes instrumentos utilizados para o grupo estudo

Não houve associação entre os resultados da qualidade do sono e das escalas de depressão ($p = 0,785$) e de ansiedade ($p = 0,493$).

Tabela 6. Associação entre a qualidade do sono e as escalas de depressão e ansiedade para o grupo estudo

Escala	Categoria	Qualidade do sono global				Total		p
		Boa ou ±		Ruim				
		n	%	n	%	n	%	
BDI	Mínimo	0	0	5	13,5	5	12,5	0,785
	Leve	2	66,7	16	43,2	18	45	
	Moderado	1	33,3	12	32,4	13	32,5	
	Grave	0	0	4	10,8	4	10	
BAI	Mínimo	0	0	8	21,6	8	20	0,493
	Leve	1	33,3	7	18,9	8	20	
	Moderado	2	66,7	13	35,1	15	37,5	
	Grave	0	0	9	24,3	9	22,5	

Tabela 7. Comparação entre os escores de QV e as categorias de qualidade do sono para o grupo estudo

Domínio WHOQOL	Qualidade do sono global	Mediana	Mín	Máx	N	p
Físico	Bons dormidores	15	11	17	3	0,320
	Maus dormidores	12	7	17	37	
	Total	12	7	17	40	
Psicológico	Bons dormidores	13	10	16	3	0,962
	Maus dormidores	13	5	18	37	
	Total	13	5	18	40	
Relações Sociais	Bons dormidores	13	12	16	3	0,273
	Maus dormidores	12	5	16	37	
	Total	12	5	16	40	
Meio Ambiente	Bons dormidores	15	14	18	3	0,175
	Maus dormidores	14	7	17	37	
	Total	14	7	18	40	

Não existe diferença estatística entre a qualidade do sono e os escores de QV para o grupo estudo ($p > 0,05$).

Tabela 8. Correlações de Spearman entre os escores de QV e das escalas de depressão e ansiedade para o grupo estudo

Correlação		BDI	BAI
BAI	R	0,528	
	p	<0,001	
	N	40	
Físico	R	-0,678	-0,258
	p	<0,001	0,108
	N	40	40
Psicológico	R	-0,716	-0,339
	p	<0,001	0,033
	N	40	40
Relações Sociais	R	-0,415	-0,228
	p	0,008	0,157
	N	40	40
Meio Ambiente	R	-0,374	-0,108
	p	0,017	0,509
	N	40	40

R = coeficiente de correlação

Verifica-se que a escala de depressão, com valores negativos, está inversamente associada aos escores de QV ($p < 0,05$). Já para a escala de ansiedade, existe correlação, também negativa, apenas com os escores do domínio psicológico ($p < 0,033$).

4.6. Associações dos resultados dos diferentes instrumentos utilizados para o grupo controle

A Tabela 9 mostra as associações obtidas entre as variáveis relacionadas por um lado os sintomas depressivos e, por outro lado, a ansiedade e a pontuação global referente à qualidade do sono.

Tabela 9. Associação entre a qualidade do sono e as escalas de depressão e ansiedade para o grupo controle

Escala	Categoria	Qualidade do sono global				Total		p
		Boa		Ruim				
		n	%	N	%	n	%	
BDI	Mínimo	22	88	12	80	34	85	0,160
	Leve	3	12	1	6,7	4	10	
	Moderado	0	0	2	13,3	2	5	
BAI	Mínimo	24	96	11	73,3	35	87,5	0,083
	Leve	1	4	2	13,3	3	7,5	
	Grave	0	0	2	13,3	2	5	

Não se verificou associação estatística entre a qualidade do sono e as escalas de depressão ($p = 0,160$) e ansiedade ($p = 0,083$) para o grupo controle.

Tabela 10. Comparação entre os domínios da QV e qualidade do sono global para o grupo controle.

Domínio do WHOQOL	Qualidade do sono global	Mediana	Mínimo	Máximo	N	P
Físico	Bons dormidores	18	11	20	25	0,009
	Maus dormidores	17	10	18	15	
	Total	18	10	20	40	
Psicológico	Bons dormidores	17	12	20	25	0,063
	Maus dormidores	15	11	17	15	
	Total	16	11	20	40	
Relações Sociais	Bons dormidores	17	8	20	25	0,103
	Maus dormidores	15	12	20	15	
	Total	16	8	20	40	
Meio Ambiente	Bons dormidores	15	11	18	25	0,640
	Maus dormidores	14	11	18	15	
	Total	14	11	18	40	

No grupo controle, pessoas com melhor qualidade de sono mostraram escores no domínio físico maiores do que aqueles que têm qualidade do sono ruim ($p = 0,009$).

Tabela 11. Correlações de Spearman entre os escores de QV e os escores das escalas de depressão e ansiedade para o grupo controle.

Correlação		BDI	BAI
BAI	R	0,731	
	p	<0,001	
	N	40	
Físico	R	-0,660	-0,606
	p	<0,001	<0,001
	N	40	40
Psicológico	R	-0,694	-0,644
	p	<0,001	<0,001
	N	40	40
Relações Sociais	R	-0,721	-0,646
	p	<0,001	<0,001
	N	40	40
Meio Ambiente	R	-0,513	-0,359
	p	0,001	0,023
	N	40	40

R = coeficiente de correlação

Verificou-se que os escores de QV são inversamente proporcionais aos escores de ansiedade e depressão ($p < 0,05$) para as pessoas do grupo controle.

5 DISCUSSÃO

Na amostra estudada, foram discutidos: (5.1) as características sócio-demográficas; (5.2) o padrão e a qualidade do sono; (5.3) os sintomas depressivos e a ansiedade; (5.4) a percepção da QV relacionada à dependência de cocaína; (5.5) a relação entre qualidade de sono e QV; (5.6) associação entre sintomas depressivos e ansiedade com a qualidade de sono.

5.1 Características sóciodemográficas

Os sujeitos dos grupos estudados (estudo e controle) apresentaram características biotípicas (gênero, idade) e culturais (escolaridade), estatisticamente semelhantes, caracterizando a congruência dos grupos.

A maioria dos sujeitos com problemas relacionados a dependência de cocaína foi constituída de homens (92,5%). Isso está de acordo com a literatura (Andrade et al., 1997; Deitos et al., 1998; Ferri, 1999; Carlini et al., 2002; Orsi e Oliveira, 2006).

Segundo o ICSD (2001), o abuso de drogas é também mais prevalente em grupos etários mais jovens. De fato, neste estudo, a faixa etária de maior frequência foi entre 20-29 anos, considerada também pela literatura como aquela em que ocorre mais frequentemente o uso de drogas

ilícitas (Ferri 1999; Borini et al., 2003; Baier, 2006; Orsi e Oliveira, 2006). Dados de pesquisa realizada pelo Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC, 2003), mostram que em muitos países desenvolvidos, como Canadá, EUA e países europeus, mais de 2% dos jovens indicaram ter consumido heroína e quase 5% cocaína durante a vida. De fato, 8% dos jovens da Europa ocidental e mais de 20% dos jovens dos EUA informaram ter consumido pelo menos um tipo de droga ilícita além de *cannabis*.

Os resultados desta pesquisa revelaram que 72,5% dos dependentes eram solteiros, separados ou divorciados, o que concorda com o observado por Orsi e Oliveira (2006).

Quanto à situação ocupacional, quase metade do grupo estudado (47,5%) se enquadrava na qualidade de inativo, concordando com os dados de Orsi e Oliveira (2006). Entretanto, entre os 52,5% dos dependentes de cocaína desta amostra que relataram estar em atividade ocupacional, a ocupação referida dizia respeito à situação de estudante. Apesar dessa situação nominal, na maioria das vezes, o estudo havia sido interrompido.

Quanto ao nível socioeconômico, a população estudada estava inserida na classe média alta. Tinha acesso a recursos eletroeletrônicos e a dinheiro disponibilizados pelos pais, e, conseqüentemente à própria droga de abuso (cocaína). Trata-se certamente de viés de seleção da amostra, uma vez que estes doentes foram atendidos em regime de internação

privada, tanto particular quanto custeada por convênios. Talvez por isso, este resultado se contraponha aos dados referidos pelo CEBRID que, em pesquisa realizada com usuários de drogas em 2002 e utilizando os critérios de Carlini et al (2002), mostram predomínio da classe socioeconômica C na região Sul e no Sudeste. Nas demais regiões, houve equilíbrio dos entrevistados entre as classes C e D (36%).

A população considerada neste estudo é, portanto, constituída tipicamente de homens, predominantemente em idade produtiva (20 a 29 anos), inativos, sem problemas incapacitantes de saúde e que vivem situação de exclusão relacionada ao uso de drogas ilícitas. Em sua grande parte têm nível educacional correspondente ao ensino médio, sem lograr, entretanto, conseguir sua conclusão.

5.2. Padrão e Qualidade do Sono

Foi analisado, neste estudo, o modo como os dependentes de cocaína avaliaram o sono e a QV durante o uso da droga. Trata-se, portanto, de avaliação através de instrumentos de tipo retrospectivo, aplicados logo no início da internação psiquiátrica.

O dependente de cocaína apresentou padrão de sono de má qualidade, tendo sido avaliado tipicamente como mau dormidor (92,5%).

Esta avaliação incluiu não só uma apreciação global, mas também a consideração dos períodos pré, durante e após o sono.

A qualidade do sono está comprometida: (a) horas de sono por noite, latência e a indisposição durante o dia; (b) no que se refere à avaliação subjetiva da qualidade global do sono.

Observou-se aumento da latência do sono (40% demoram mais de 60 minutos para pegar no sono) e necessidade do uso de medicação sedativa para sua indução ou para tentar regular a intensidade e a duração dos seus picos (40% utilizam medicação três ou mais vezes durante a semana). Estes resultados concordam com aqueles referidos por Morgan et al.(2006).

É possível que a elevada freqüência de indivíduos com baixa qualidade do sono entre os dependentes de cocaína registrada neste estudo esteja associada: (a) à própria dependência, por ser esta droga um estimulante do SNC; (b) à inatividade, que costuma acompanhar essa dependência, afetando a rotina de sono, o que pode piorar sua qualidade. Estes dados concordam com aqueles referidos em estudo populacional longitudinal de Janson et al. (2001) realizado na Suíça, com amostra de 2.602 homens de 30 a 69 anos. Estes autores concluem que a insônia estava relacionada a fatores de estilo de vida, tais como inatividade física e a dependência de drogas.

5.3. Sintomas depressivos e de ansiedade

O conjunto de dados estudados permitiu observar que os sintomas depressivos e de ansiedade ocorreram com frequência significativamente maior nos dependentes de cocaína do que naqueles indivíduos do grupo controle. Pode ocorrer a piora dessa sintomatologia em doentes previamente deprimidos ou ansiosos ou o aparecimento de sinais de ansiedade e de depressão em pessoas previamente sem essas alterações.

Esta constatação concorda com o que é referido por diversos autores, que também registram a presença de sinais e sintomas de ansiedade em dependentes de drogas estimulantes, como Serper et al. (1995), Milani et al., (2004) e Lopez e Becona (2007).

5.4. Percepção da QV relacionada à dependência de cocaína

Considerando os resultados da comparação entre pacientes com dependência de cocaína e os controles, é patente a diminuição da QV nos usuários de drogas ilícitas.

Os dependentes de cocaína apresentaram percepção subjetiva de prejuízo da QV, com alterações nos domínios físico, psicológico e também das relações sociais. Estes fatores prejudicaram suas atividades diárias, reduzindo-as de modo significativo. Essa redução: (a) pode ser causada pela

inatividade e pela inapetência; (b) refletir simplesmente o contexto psicológico da tomada de consciência do acometimento por uma doença que pode ter consequências graves.

A análise da possível relação entre o uso e abuso de cocaína e a piora da QV baseou-se em quatro questões fundamentais: (1) a dependência de drogas pode ser considerado uma doença crônica? (2) a QV é alterada em pacientes com doenças crônicas? (3) há um efeito direto da cocaína sobre a QV? (4) há relação sintomas depressivos e de ansiedade e diminuição da QV?

5.4.1 A dependência de drogas é uma doença crônica?

A dependência química não é uma doença aguda, ressalta Ballone (2005), trata-se de um distúrbio crônico e recorrente, caracterizado pela busca e consumo compulsivo de drogas. Essa recorrência é tão contundente que, raramente, ocorre abstinência pelo resto da vida depois de uma única tentativa de tratamento. As recaídas da drogadicção são a norma, portanto, a adicção deve ser considerada como uma doença crônica, como o diabetes ou a hipertensão arterial.

De acordo com Abreu (2005), a presença de uma doença crônica está em alguns aspectos associada à piora da QV de uma população. De fato, segundo Salgado e Souza (2003), o desenvolvimento de uma doença

crônica modifica a maneira como o indivíduo se percebe. Em geral, a percepção de bem-estar de uma pessoa que tem uma doença crônica sofre mais influência dos mecanismos da auto-avaliação do significado de estar doente do que com o próprio estado físico. Fazem-se necessários a orientação e o acompanhamento psicológico neste aspecto.

O prejuízo na QV referido pelos dependentes de cocaína com relação ao domínio psicológico envolveu, de acordo o instrumento utilizado, a auto-estima, espiritualidade, religião, crenças pessoais, pensar, aprender, capacidade de memória e concentração.

De acordo com Navarro (1993), as seqüelas do uso de cocaína não se restringem ao organismo, levando sua utilização prolongada a um quadro crônico psicológico, que normalmente se inicia com o aparecimento de mecanismos psicológicos de racionalização, negação e de auto-engano como forma de minimizar as decorrências do uso da droga.

5.4.2 A QV é alterada em pacientes com doenças crônicas?

Resultados semelhantes aos observados em relação aos usuários de drogas são relatados na população com doenças crônicas como insuficiência renal, nas quais é verificado prejuízo na QV nos aspectos físico, psicológico e de relações sociais (White e Grenyer, 1999; Gomes, 1997; Lunia e Gualda, 2000).

Em estudos realizados com doentes crônicos em populações específicas como portadores de câncer e narcolepsia, por exemplo, são encontrados (Zammit et al., 1999; Stein e Barrett-Connor, 2002, Rossini et al., 2004; Rovere, 2007), relacionando doença crônica com QV prejudicada.

5.4.3 Existe efeito direto da cocaína sobre a QV?

Novamente, é grande a dificuldade de encontrar referências na literatura sobre QV em dependentes de cocaína.

Uma vez que a droga é auto-administrada, a pessoa envolvida pode ter dificuldade em assumir que possa estar se prejudicando. De acordo com ICSD (2001) e Vendegodt e Merrick (2003), as drogas estimulantes (como a cocaína) alteram a consciência e causam diminuição da QV.

A cocaína é uma droga que dificulta as relações sociais, devido ao isolamento e ao próprio uso, e com isso leva a prejuízo nas relações sociais. Também dificulta o raciocínio, a memorização, o pragmatismo, e com isso, há diminuição na auto-estima, com conseqüente prejuízo no domínio psicológico.

Entretanto, apesar dessa dificuldade nas relações sociais, os sujeitos desta amostra não apontaram prejuízo significativo na QV no domínio meio

ambiente. Podemos conjecturar que essas pessoas não encontram maiores dificuldades no ambiente do lar, na segurança física, na proteção, nos recursos financeiros e nas oportunidades de recreação/lazer. Em sua grande maioria, residem com os pais e são providos pelos mesmos nos aspectos financeiros e sociais. Esta observação pode constituir um viés significativo relacionado à seleção de pacientes, todos internados em clínica privada. Talvez essa preservação da QV no domínio meio ambiente não possa ser extrapolado para doentes com outras características sócio-econômicas.

5.4.4 Há relação sintomas depressivos e de ansiedade e diminuição da QV?

Os resultados deste estudo indicaram que, no grupo controle, os sintomas de depressão e ansiedade afetaram significativamente a QV.

Por outro lado, nos dependentes de cocaína, também houve relação significativa entre a QV e a depressão e ansiedade. Portanto, nesta amostra, não foi possível mostrar que o uso de cocaína modifica a percepção da depressão e da ansiedade como fator de piora da QV.

Resultados semelhantes são apontados por Moreira Filho (2003) e Montiel et al. (2005), que observam em seus estudos associação entre estes sintomas e prejuízo na QV.

5.5 Qualidade do sono e QV

Os sujeitos do grupo estudo e do grupo controle não apontaram associação entre qualidade do sono e QV, ou seja, para os sujeitos desta amostra, a qualidade do sono não afeta a QV.

Talvez isso seja explicado pelo fato de o grupo controle possuir boa qualidade do sono e, com isso, não haver prejuízo na QV. Talvez, para os dependentes de cocaína, a QV não seja influenciada negativamente pela qualidade de sono ruim, e sim, novamente, pelo uso da cocaína, que interfere na vida nos aspectos físico, psicológico e social. Os resultados desta pesquisa sugerem que o sono e a QV são afetados pelo uso da droga, somente.

Os resultados encontrados contrapõem estudos realizados que mostram associação entre qualidade do sono e QV (Silva e Leite, 2005; Iliescu et al., 2003; Katz e Mchorney, 2002).

No grupo controle, a qualidade do sono não influenciou na QV, exceto no domínio físico, que diz respeito ao próprio sono e repouso, desconforto, dor, energia e fadiga. Não houve associação entre qualidade do sono e QV possivelmente porque as pessoas deste grupo são, predominantemente, boas dormidoras.

5.6 Associação entre sintomas depressivos e de ansiedade com qualidade do sono

De acordo com os resultados deste estudo, no grupo controle, sintomas depressivos e de ansiedade não prejudicaram a qualidade do sono. Os sujeitos do grupo controle não apresentaram índices elevados destes sintomas, e talvez por isso, não referiram que os mesmos afetaram a qualidade do sono.

No grupo estudo, a presença de sintomas depressivos e de ansiedade também não afetou a qualidade do sono, ou seja, não houve associação entre estes sintomas com o prejuízo no sono. Estes resultados contrariam a expectativa inicial da pesquisa, de que quanto mais elevados os graus de ansiedade e depressão, mais prejudicado seria o sono. Também contrapõem dados de pesquisas publicadas que mostram associação entre sintomas depressivos e de ansiedade (Ohayon e Roth 2003; Wilson et al., 2002; Ford e Cooper-Patrick, 2001; Redeker et al., 2000) com piora na qualidade do sono.

A explicação para esta observação pode estar na questão de que o fator que distingue os grupos controle e de estudo é o uso de cocaína. Se não houve influência direta da ansiedade e da depressão sobre a qualidade do sono e os usuários de cocaína são maus dormidores e, se as amostras foram adequadamente pareadas, é lícito e legítimo concluir que a piora da

qualidade de sono no grupo de usuários se deve exatamente ao uso de cocaína. Trata-se de observação original deste estudo, uma vez que não foram encontrados resultados semelhantes na literatura.

6 CONCLUSÕES

Esta pesquisa permitiu concluir que em pacientes dependentes de cocaína:

1) Houve prejuízo na qualidade do sono. O sono foi caracterizado como ruim, com latência superior a 60 minutos, poucas horas de sono por noite, com sensação de muito calor e dores, recorrência a uso constante de medicamentos para dormir. Houve referência à indisposição e falta de entusiasmo para a realização de atividades diárias.

2) A QV foi considerada prejudicada e comprometida nos domínios físico, psicológico e social. Entretanto, a piora da QV não foi associada diretamente à qualidade do sono.

3) Sintomas depressivos e de ansiedade foram mais freqüentes do que no grupo controle, porém a presença de sintomas depressivos e de ansiedade não foi associada à piora da qualidade do sono.

4) O padrão e qualidade sono e a QV obtiveram maior grau de prejuízo e insatisfação comparado aos sujeitos do grupo controle.

7 ANEXOS

ANEXO A

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE:
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **CARACTERÍSTICAS DO SONO E QUALIDADE DE VIDA EM DEPENDENTES DE COCAÍNA.**
- PESQUISADOR: ADRIANA PERARO DE LIMA
- CARGO/FUNÇÃO: PSICÓLOGA INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº: 06/61755-3
- UNIDADE DO HCFMUSP: NEUROLOGIA
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
SEM RISCO	RISCO MÍNIMO X	RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO	RISCO MAIOR	
- (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)
4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 2 ANOS

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa

JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, as drogas, sobretudo as ilícitas vem se tornando cada vez mais assunto. A procura por uma recompensa imediata ou um prazer fugaz ocorre em todas as faixas etárias e hoje em dia, cada vez mais as pessoas buscam aliviar, mascarar ou fugir da realidade, muitas vezes penosa. Mas o uso dessas substâncias só às alegria temporariamente. Nesse ínterim, essas drogas podem alterar a atividade química do cérebro e a doença depressiva pode se estabelecer. Depois de estabelecida a dependência, a pessoa torna-se uma espécie de escrava da droga e passa então a viver em função exclusiva dela, pois necessita encobrir, sem saber, sua solidão. A dependência é um consumo sem controle, que afeta a pessoa em termos biológicos, psicológicos ou sociais. Sendo assim, o sono, essencial na Qualidade de Vida, é afetado.

Porém, estudos específicos realizados sobre a dependência química e distúrbios do sono não são encontrados. Poucos trabalhos mencionam a questão da influência do uso abusivo de substâncias psicoativas na arquitetura do sono. A relevância desse projeto situa-se no fato de que o conhecimento da qualidade do sono em dependentes de cocaína, ainda é pouco estudado e que juntamente com o aprofundamento teórico e prático destas descobertas poderá ser proporcionado uma melhor Qualidade de Vida para esses pacientes. Além disso, o conhecimento adquirido nesta pesquisa poderá trazer contribuições para os profissionais que, direta ou indiretamente, estejam envolvidos com o atendimento dessa população.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Verificar as características do sono e Qualidade de Vida em dependentes de cocaína internados em Instituição Psiquiátrica.

Objetivos Específicos

- Verificar e avaliar possíveis correlações entre o uso abusivo de cocaína e distúrbios do sono
- Verificar a presença ou não de sintomas depressivos e de ansiedade e sua associação com as características do sono em dependentes de cocaína
- Verificar a relação entre sono e Qualidade de Vida em dependentes de cocaína
- Comparar os dados obtidos no grupo caso e no grupo controle.

2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais

Serão escolhidos sequencialmente 40 pacientes internados cujo diagnóstico principal é o de dependência à cocaína e 40 acompanhantes ou familiares dos mesmos, para verificarmos as características do sono.

Serão utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados:

- Roteiro de Entrevista (estado civil, escolaridade, uso de drogas, internações), para a coleta de dados demográficos.

- Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh para avaliar a qualidade do sono.

- Inventários de depressão e de ansiedade de BECK para coletar informações sobre depressão e ansiedade

- WHOQOL – BREF para avaliar a Qualidade de Vida.

3. desconfortos e riscos esperados

A participação neste estudo não trará qualquer risco adicional para os envolvidos, porque estará sendo realizado uma pesquisa científica com base em conhecimentos reconhecidos.

O anonimato estará assegurado com o sigilo de identidade e o segredo profissional. Serão feitas omissões de dados que possam, de alguma forma, propiciar a identificação dos sujeitos. Deste modo, em apresentações em eventos científicos e para publicações, ficará oculta qualquer informação identificatória que permita o reconhecimento das pessoas envolvidas.

4. benefícios que poderão ser obtidos

Este trabalho em si não trará benefícios para a população estudada. É esperado, contudo, que a discussão desse tema possa oferecer alguma contribuição para o conhecimento científico sobre o assunto.

5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Pesquisador: Adriana Peraro de Lima
Função: Psicóloga
Local de Trabalho: Rua Hortêncio Pereira da Silva, 313
CEP: 13.900-000 Itapira-SP
Telefone: (0—19) 38634240 — 38639400

Orientador: Dr. Rubens Nelson A. A. Reimão
Função: Neurologista. Prof. e Dr. nas Atividades do Sono
Local de Trabalho: Av. Indianápolis, 2784
CEP 04062.003-Planalto Paulista
São Paulo-SP
Telefone: (0—11) 5594 0773 — 276 3199

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, 01 de fevereiro de 2005.

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

ANEXO B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: _____ No. do paciente: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____ No. de filhos: _____

Escolaridade: _____

Procedência: _____

Atividade: _____ () ativo () inativo

Profissão: _____

Religião: _____

Com quem reside: _____

Já esteve internado neste hospital? _____ Quantas vezes? _____

Já esteve internado em outras Instituições Psiquiátricas? _____

Quantas vezes? _____

Drogas de abuso: _____

Quando se deu o primeiro contato com a(s) droga(s)? _____

Como foi? _____

O que sentiu? _____

Você acha que a droga afetou sua vida? _____ Como? _____

Há quanto tempo sente que a droga afetou sua vida? _____

Há quanto tempo faz tratamento? _____

No último mês entrou em contato com qual(is) drogas? _____

Antecedente familiar para uso de drogas ilícitas: _____

ANEXO C**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O FAMILIAR/ACOMPANHANTE**

Data: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

No. de filhos: _____

Escolaridade: _____

Procedência: _____

Atividade: _____ () ativo () inativo

Profissão: _____

Com quem reside: _____

Já esteve internado em algum hospital psiquiátrico? _____

Parentesco com relação ao paciente internado _____

ANEXO D**CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL****NOME:** _____

Posse de itens	Não Tem	ITEM			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada Mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe da família

Analfabeto/ Primário incompleto	0
Primário Completo/Ginasial incompleto	1
Ginasial Completo/Colegial incompleto	2
Colegial Completo/Superior incompleto	3
Superior Completo	4

CLASSIFICAÇÃO

Classe	PONTOS
A1	30-34
A2	25-29
B1	21-24
B2	17-20
C	11-16
D	6-10
E	0-5

Fonte: ANEP- Associação Nacional de Empresas de Pesquisas. www.anep.org

ANEXO E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO
USP
Faculdade de Medicina – Departamento de Neurologia

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Data do preenchimento: _____

Quantas pessoas dormem no seu quarto _____

Instruções:

- 1) As questões a seguir são referentes aos hábitos de sono **apenas durante o mês passado**.
- 2) Suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado.
- 3) Por favor, responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, à que horas você foi deitar à noite na maioria das vezes?
HORÁRIO DE DEITAR: _____

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minuto) você demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?
QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO: _____

3) Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã, na maioria das vezes?
HORÁRIO DE ACORDAR: _____

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)
HORAS DE SONO POR NOITE: _____

Para cada uma das questões seguinte escolha uma única resposta, que você ache mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes você teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono
() nenhuma vez () menos de uma vez por semana
() uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

b) Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo
() nenhuma vez () menos de uma vez por semana
() uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

c) Levantar-se para ir ao banheiro
() nenhuma vez () menos de uma vez por semana
() uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

d) Ter dificuldade para respirar
() nenhuma vez () menos de uma vez por semana
() uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

e) Tossir ou roncar muito alto
() nenhuma vez () menos de uma vez por semana
() uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

f) Sentir muito frio
() nenhuma vez () menos de uma vez por semana
() uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

g) Sentir muito calor
() nenhuma vez () menos de uma vez por semana
() uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

h) Ter sonhos ruins ou pesadelos

- () nenhuma vez () menos de uma vez por semana
 () uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

i) Sentir dores

- () nenhuma vez () menos de uma vez por semana
 () uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva:

Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?

- () nenhuma vez () menos de uma vez por semana
 () uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

6) Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?

- () Muito boa () ruim
 () Boa () muito ruim

7) Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?

- () nenhuma vez () menos de uma vez por semana
 () uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

Qual(is)?

8) Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isso aconteceu?

- () nenhuma vez () menos de uma vez por semana
 () uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

9) Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

- () Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo
 () indisposição e falta de entusiasmo pequenas
 () Indisposição e falta de entusiasmo moderadas
 () muita indisposição e falta de entusiasmo

Comentários do entrevistado (se houver):

10) Você cochila? () Não () Sim

Comentário do entrevistado (se houver):

Caso Sim – Você cochila intencionalmente, ou seja, pôr que quer?

- () Não () Sim

Comentários do entrevistado (se houver):

Para você, cochilar é

- () Um prazer () Uma necessidade () Outro – qual?

ANEXO F

WHOQOL - BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	nada	Muito Pouco	médio	muito	completamente
	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	nada	Muito Pouco	médio	muito	completamente
	1	2	3	↓	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida ?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
--	--	------	-------------	-------	-------	---------------

10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	freqüentemente	Muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO G

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 13.04.05, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 208/05, intitulado: "Características do sono e qualidade de vida em dependentes de cocaína" apresentado pelo Departamento de **NEUROLOGIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador(a) Responsável: **Prof. Dr. Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão**

Pesquisador(a) Executante: **Sra. Adriana Peraro de Lima**

CAPPesq, 13 de Abril de 2005.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu IS. *Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guapapuava – PR*. [dissertação] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Agresti A. *Categorical Data Analysis*. New York: Wiley; 1990.

Andrade AG, Queiroz S, Villaboim RCM, César CLG, Alves MCGP, Bassit AZ. Uso de álcool e drogas entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo. *Revista ABP-APAL*. 1997; 19(2):53-9.

ANEP. Associação Nacional de Empresas de Pesquisas. Dados com Base no Levantamento Sócio Econômico. *IBOPE*. 2000.

Araújo MR, Laranjeira R, Dunn G. Cocaína, bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. *J Bras Psiq*. 1998; 47(10):497-511.

Baier AD. Key step in cocaine-induced heart enlargement, sudden death identified by researchers. *Alcohol/ Addiction/ Illegal Drugs News*. [on line]. 2006: August. Available from: <http://www.medicalnewstoday.com/articles>.

Baker TL. Introduction to sleep and sleep disorders. *Medical Clinics of North America*. 1985; 69(6):1123-52.

Ballone GJ. *Adicção, Drogadicção, Drogadicto*. PsiquWeb [Internet]. 2005 [citado 2005 fev 9]; Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=229&sec=34>.

Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F. Prevalence and risk factors for substance abuse and dependence among anesthetists: a national survey. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2005; 24(5):471-9.

Benca RM. Diagnosis and Treatment of Chronic Insomnia: A Review. *Psychiatr Serv*. 2005; 56:332-43.

Bergeret J, Leblanc J. *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.

Bezerra KV. *Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise* [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina; 2006.

Blaug M. *Arthur Pigou (1877-1959)*. Aldershot: Edward Elgar; 1992.

Borini P, Guimarães RC, Borini SB. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. *J Bras Psiquiatr*. 2003; 52(3):171-179.

Bowling A, Brazier J. Quality of life in social science and medicine. *Soc Sci Med.* 1995; 41(10):1337-8.

Brasil. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Bucher R Abordagem preventiva. In: Bucher R. *As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial*. São Paulo; EPU, 1998: 55-67.

Buyse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Hoch CC, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989; 28(2):193-213.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA . *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001*. São Paulo: CEBRID/ Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo; 2002.

Carlini EA. *II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005*. São Paulo: CEBRID/ Escola Paulista de Medicina; 2005.

Castaneda R, Levy R, Hardy M, Trujillo M. Alcohol & Drug Abuse: Long-Acting Stimulants for the Treatment of Attention-Deficit Disorder in Cocaine-Dependent Adults *Psychiatr Serv.* 2000; 51:169-171.

Chokroverty S. *Sleep disorders medicine: basics science considerations, and clinical aspects*. Washington, USA: Butterworth-Heinmann; 1995.

Conover WJ. *Practical nonparametric statistics*. 2a. ed. New York: Wiley; 1980.

Cooper JR, Bloom FE, Roth RH. *The biochemical basis on neuropharmacology*. 7 th ed. New York: Oxford University Press; 1996:178-193.

Cordeiro DC, Figlie NB, Laranjeira R. *Boas Práticas no Tratamento do Uso e Dependência de Substâncias*. São Paulo: Roca; 2007.

Cunha JA. *Manual da versão em português das escalas BECK*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Daley DC, Salloum IM, Zuckoff A, Kirisc L, Thase ME. Increasing Treatment Adherence Among Outpatients With Depression and Cocaine Dependence: Results of a Pilot Study. *Am J Psychiatry* .1998; 155:1611-13.

Deitos FT, Santos RP, Pasqualotto AC, Segat FM, Guillande S, Benvegnú LA. Prevalência do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas em estudantes de uma cidade de médio porte no Sul do Brasil. *Inform Psiq*. 1998; 17(1):11-6.

DSM-IV - *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Erman MK. Insomnia. In: Poceta JS e Mitler MM. *Sleep Disorders: Diagnosis and Treatment*. Totowa NJ: Humana Press; 1998: 21-51.

Evans DR. Enhancing quality of life in the population at large. In: Romney DM, Brown RI, Fry OS. *Improving the quality of life: recommendations for people with and without disabilities*. Dordrecht, Boston: London Kluwer Academic Publishers; 1994; 47-88.

Fabrizius WV, Nagoshi CT, Mackinnon DP. Concepts of drugs: differences in conceptual structure across groups with different levels of drug experience. *Addiction*. 1997;92(7):847-58.

Ferraz MB. Qualidade de vida: conceito e um breve histórico. *Rev Jovem Médico*. 1998; 4:219-222.

Ferri CP. *Cocaína: padrão de consumo e fatores associados à procura de tratamento* [tese] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento e aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista HCPA*, 1999; 19(1):9-30.

Fleck MPA – Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de Qualidade de Vida WHOQOL-breve. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.

Ford DE, Cooper-Patrick L. Sleep disturbances and mood disorders: An epidemiologic perspective. *Depress Anxiety*. 2001; 14:3-6.

Gaspar S, Moreno C, Menna-Barreto L. Plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica. *Rev Assoc Med Bras*. 1998; 44(3):239-45.

Goldstein MZ. Practical Geriatrics: Insomnia in Late Life. *Psychiatr Serv*. 2001;52:1573-1575.

Gomes CMA. Descrição da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. *Rev Médica (Minas Gerais)*. 1997; 7(4):60-64.

Gossop M, Marsden, J, Stewart D, Kidd T. Changes in use of crack cocaine after drug misuse treatment: 4-5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study. *Drug Alcohol Depend*. 2002; 66:21-28.

Gough IR. Quality of Life as an outcome variable in oncology and surgery. *J Surg Oncol* 1994; 64:227-35.

International Classification of Sleep Disorders. *Diagnostic and Coding Manual*. 2ND edition. Westchester. IL.: American Academy of Sleep Medicine: ICSD; 2001:108-111.

Iliescu EA, Coe H, McMurray MH, Meers CL, Quinn MM, Singer MA, Hopman WM. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2003;18:126-132.

Janson C, Lindberg E, Gislason T, Elmasry A, Boman G. Insomnia in men: a 10-year prospective population based study. *Sleep*. 2001; 24(1):425-30.

Johnson EO, Breslau N. Sleep problems and substance use in adolescence. *Drug Alcohol Depend*. 2001; 64(1):1-7.

Kalina E. *Os efeitos das drogas no cérebro humano*. A Contribuição das neurociências no campo da dependência química. São Paulo. Comunidade Terapêutica Dr. Bezerra de Menezes; 1997:86-93.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Katz DA, McHorney CA. The Relationship Between Insomnia and Health-Related Quality of Life in Patients With Chronic Illness. *J Fam Pract* 2002; 51(3): 229-35.

Kramer M. Long-Term Use of Hypnotic Agents in the Treatment of Chronic Insomnia. *Psychiatr Serv*. 2005; 56:752-53.

Lamberg L. Sleep Experts Ring Alarm On Sleep-Related Problems. *Psychiatric News*. 2001; 36(1):11-13.

Lamberg L. Experts Issue Wake-Up Call on Insomnia Research. *Psychiatric News*. 2005; 40 (18):30-2.

Laranjeira R, Nicastrí S. Abuso e dependências de álcool e drogas. In: Almeida OP, Dractu L, Laranjeira R. *Manual de Psiquiatria*. São Paulo: Guanabara Koogan; 1996: 81-112.

Leamon MH, Gibson DR, Canning RD, Benjamin L. Hospitalization of Patients with Cocaine and Amphetamine Use Disorders from a Psychiatric Emergency Service. *Psychiatr Serv*. 2002; 53:1461-66.

Leite MC. *Relações entre dependência de cocaína e transtornos depressivos: contribuição para o estudo da co-morbidade psiquiátrica em pacientes dependentes de cocaína*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade Medicina, Universidade de São Paulo; 1996.

Leite MC, Andrade AG. Cocaína e Crack: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

Lima J, Rovere H, Rossini S, Angelis G, Inocente N, Lima A, Reimão R. Prejuízo no Sono e Recolocação Profissional. In: Reimão R. *Sono: Atualidades*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2006: 222-3.

Lopez A, Becona E. Depression and cocaine dependence. *Psychol Rep*. 2007; 100(2):520-4.

Lunia AFC, Gualda DMR. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido a hemodiálise. *Nursing*. 2000; 20-30.

MacCoun R. Alcohol & Drug Abuse: Population Thinking as an Adjunct to the Clinical Trial Perspective. *Psychiatr Serv*. 2004; 55:509-15.

Marchi, NSA, Reimão R, Tognola WA, Cordeiro JA. Analysis of prevalence of insomnia in the adult population of São José do Rio Preto. *Arq Neuro Psiquiatria*. 2004; 62 (3):764-768.

Marchi NSA, Reimão R. Dados epidemiológicos dos distúrbios do sono. In: Gagliardi RJ, Reimão R, Fragoso YD (Org) *Neurologia em Destaque*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2007:259-261.

Mastropietro AP. *Reconstrução do cotidiano de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea: readaptação funcional e reinserção ocupacional*. [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo; 2003.

Matta APC, Moreira Filho PF. Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica e episódica. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(4):991-994.

Medronho RA, Carvalho DM, Block K, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2002.

Meurice JC, Cornette A, Philip-Joet F, Pepin JL, Escourrou P, Ingrand P, Veale D. Evaluation of autoCPAP devices in home treatment of sleep apnea/hypopnea syndrome. *Sleep Med.* 2007; 8(7):695-703.

Milani RM, Parrott AC, Turner JJD, Fox HC. Gender differences in self-reported anxiety, depression, and somatization among ecstasy/MDMA polydrug users, alcohol/tobacco users, and nondrug users. *Addictive Behaviors.* 2004; 29(5):965-971.

Monti JM, Monti D. Pharmacological treatment of chronic insomnia. *CNS Drugs.* 1995; 4(3):182-94.

Montiel JM, Capovilla AGS, Berberian AA, Capovilla FC. Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico. *Rev Psic.* 2005; 6(2):33-42.

Morgan PT, Pace-Schott EF, Sahul ZH, Coric V, Stickgold R, Malison RT. Sleep, sleep-dependence procedural learning and vigilance in chronic cocaine users: evidence for occult insomnia. *Drug Alcohol Depend* 2006;82:238-249.

Morin CM, Leblanc M, Daley M, Gregoire JP, Merette C. Epidemiology of insomnia. *Sleep Med.* 2006; 8(6):319-330.

Murad JE. *O que você deve saber sobre os psicotrópicos*. Belo Horizonte: Conselho Federal de Farmácia, 1972.

Navarro R. *Cocaína: Aspectos Clínicos, Tratamento e Reabilitação*. Lima: Libro Amigo, 1993.

Nucci NAG. *Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo* [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo; 2003.

Ohayon MM, Roth T. What are the contributing factors for insomnia in the general population? *J Psychosom Res*. 2001; 51(6):745-55.

Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res*. 2003; 37(1):9-15.

Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Décima Revisão (CID-10). Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Orsi MM, Oliveira MS. Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. *Estud. Psicol.* (Campinas). 2006; 23(1):3-12.

Redeker NS, Lev EL, Ruggiero J. Insomnia, fatigue, anxiety, depression, and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Sch Inq Nurs Pract.* 2000;14(4):275-90.

Reimão R. Padrões e distúrbios do sono em adultos da comunidade negra rural e isolada de Furnas do Dionísio, MS. *Tese (Livre-Docência)*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.

Reimão R, Souza JC. Brazilian Folk Medicine for the treatment of insomnia. *Rev Bras Neurol Psiquiatr* 1998;2:107-110.

Reimão R, Souza JC, Gaudioso CEV, Guerra HC, Alves AC, Oliveira JC, Genobie NC, Silvério DC. Nocturnal sleep pattern in Native Brazilian Terena adults. *Arq Neuro-Psiquiatr* 1998;58(2-A):233-238.

Reimão R. Fibromialgia e distúrbios do sono. *Neurobiologia* (Recife). 1994;57:63-70.

Reite M, Ruddy J, Nagel K. *Transtornos do Sono*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.

Rocha FL, Reimão R. Insônia e ansiedade. In: Reimão R.(org). *Medicina do Sono*. São Paulo: Lemos; 1999:17-27.

Rossini S, Oliveira JC, Lorenzini LM, Coelho AT, Rovere HD, Tenenbojm ET, Reimão R. O Papel da Ansiedade nos Quadros de Insônia. In: Barreira AA, Gagliardi R, Reimão R. *Avanços em Neurologia*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2005: 206-208.

Rossini R, Rovere HD, Reimão R. Qualidade de vida e doença crônica. In: Reimão R. Sono: sono normal e doenças do sono. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2004:138-142.

Rovere HHD. Narcolepsia: avaliação da qualidade de vida e impacto social. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.

Ruffino-Neto AR. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. In: II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Anais do Congresso. Belo Horizonte. Coopmece Abrasco. 1994:12-18.

Salgado PCB, Souza EAP. Variáveis psicológicas envolvidas na qualidade de vida de portadores de epilepsia. *Estud. Psicol.* 2003; 8(1):165-168.

Seibel SD, Toscano JR. *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu; 2001.

Serper MR, Alpert M, Richardson NA, Dickson S, Allen MH, Werner A. Clinical effects of recent cocaine use on patients with acute schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:1464-1469.

Silva VC, Leite AM. Qualidade de vida e distúrbios obstrutivos do sono em crianças: revisão de literatura. *Rev Pediatr.* 2005;6(1): 12-9.

Silveira Filho DX, Gorgulho M. *Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.

Soares BG, Lima MS, Reisser AA, Farrell M. *Dopamine Agonists for cocaine dependence*. Cochrane Rev Abstract. [citado 2003 fev 25]; Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/486572>.

Souza JC, Reimão R. Epidemiologia da insônia. *Psico Estud.* 2004; 9(1):3-7.

Spitzer WO. State of Science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *J Chronic Dis.* 1987; 40:465-471.

Stein MB, Barrett-Connor E. Quality of life in Older Adults Receiving Medications for Anxiety, Depression or Insomnia. *Am J Geriatr Psychiatr.* 2002;10:568-574.

Stein MD, Herman DS, Bishop S, Lessor JA, Weinstock M, Anthony J, Anderson BJ. Sleep disturbances among methadone maintained patients. *J Subst Abuse Treat.* 2004;26:175-180.

Subramanya RD, Ramachandran S. Severe hypersomnolence associated with periodic limb movements and central sleep apnea in a cocaine addict HIV patient. *Sleep Med.* 2006; 7: 171-173.

Taub A, Andreoli PBA. *Cuidando da pessoa com problemas relacionados com álcool e outras drogas*. São Paulo: Atheneu; 2004.

Thomaz H, Roig PM. *Drogas: Atuação e Recuperação*. São Paulo: Empório do Livro; 1999.

Thorpy MJ, Yager J. *The encyclopedia of sleep and sleep disorders*. New York: Facts on File; 1991.

Trentini M, Corradi E, Araldi MAR, Tigrinho FC. Qualidade de Vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Texto Contexto Enferm.* 2004; 13(1): 74-82.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *Global illicit drug trends*. 2003 [on line]. New York: UNODC; 2003. Available from: URL: <http://www.unodc.org>.

Velluti RA. Fisiologia do sono. In: Reimão R (org). *Sono: Estudo Abrangente*. São Paulo: Atheneu; 1996:1-19.

Ventegodt S, Merrick J. Psychoactive Drugs and Quality of Live. *Scientific World Journal.* 2003; 3:694-706.

White Y, Grenyer BFS. The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis and their partners. *J Adv Nurs*. 1999; 30(6): 1312-1320.

WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W (ed). *Quality of life assessment international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994:.41-60.

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41:1403-10

WHOQOL Group: Development of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc.Sci Med*. 1998; 46(12):1569-85.

Williamson S, Gossop M, Powis B, Griffiths P, Fountain J, Strang J. Adverse effects of stimulant drugs in a community sample of drug users. *Drug Alcohol Depend*. 1997; 44(2):87-94.

Wilson, KG, Eriksson MY, D'Eon JL, Mikail SF, Emery PC. Major Depression and Insomnia in Chronic Pain. *Clin J Pain*. 2002;18(2):77-83.

Zammit GK, Weiner J, Damato N, Sillup GP, McMillan CA. Quality of life in people with insomnia. *Sleep*. 1999; 22(2):379-85.