Qualidade de vida e insônia na perimenopausa

Meditação como estratégia de intervenção

Caio Fábio Schlehta Portella

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora: Profa Dra Ana Cristina d'Andretta Tanaka

**São Paulo
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

RESUMO

Introdução: A insônia está entre os mais frequentes transtornos que afetam a população na contemporaneidade, devido a mudanças hormonais e psicossociais importantes é muito prevalente na perimenopausa. Há uma relação ainda pouco estudada entre eficiência do sono e prática meditativa. Os tratamentos utilizados para insônia normalmente são de alto custo e paliativos.

Objetivo: Avaliar o efeito da meditação na insônia (causada por sintomas característicos da perimenopausa) e qualidade de vida nesta fase da vida.

Método: Ensaio clínico controlado para avaliar os efeitos da meditação em mulheres com insônia no período da perimenopausa e o impacto na qualidade de vida em 8 semanas de intervenção. O estudo foi realizado de abril a julho de 2013 com 33 mulheres na perimenopausa de idade entre 40 a 55 anos em 3 unidades de órgão público no município de São Paulo, SP. As participantes foram divididas aleatoriamente em dois grupos, um que praticou somente Higiene do Sono-HS (n=15) e outro que praticou Meditação + Higiene do Sono-M+HS (n=18). Foram realizados encontros semanais com as participantes de ambos os grupos para prática de meditação em grupo e/ou critérios de higiene do sono. O grupo M+HS também realizou prática diária de meditação. Para avaliar a significância estatística das diferenças de médias antes e depois das intervenções em cada grupo foi utilizado o *teste de Wilcoxon*.

Resultados: Houve melhora da insônia em ambos os grupos, no entanto comparando as diferenças de escore do Índice de Gravidade de Insônia entre os grupos estudados, o grupo M+HS teve um efeito superior em ambas as medições em relação ao grupos HS. No grupo M+HS, houve redução estatisticamente significativa nas categorias do Índice Menopausal de Kupperman: *Palpitação*, *Parestesia* e a *Pontuação Total* já no grupo HS não houve redução significativa em nenhum parâmetro do Índice de Kupperman. Houve melhora significativa da pontuação geral de qualidade de vida aferida pelo WHOQOL breve no grupo M +HS, e no grupo HS houve melhora no domínio relações sociais.

Conclusão: Os resultados sugerem que a meditação pode ser ferramenta útil no tratamento da insônia primária durante o período da perimenopausa. A qualidade de vida durante este período também é favorecida de maneira global pela prática diária de meditação.

Palavras chave: Insônia, Meditação, Perimenopausa, Climatério, Insônia Primária, Qualidade de Vida, Naturologia.

ABSTRACT

Introduction: Insomnia is one of the most common disorders that affect the population in contemporaneity, because of important hormonal and psychosocial changes is very prevalent in perimenopause. There is a still understudied relationship between sleep efficiency and meditative practice. The treatments for insomnia are usually expensive and palliative.

Objective: Evaluate the effects of meditation in insomnia (caused by typical symptoms of perimenopause) and quality of life in this phase of life.

Method: controlled clinical trial to evaluate the effects of meditation in women with insomnia during perimenopause and impact on quality of life in 8-week intervention. The study was conducted from April to July 2013 with 33 perimenopausal women aged between 40-55 years in 3 units of public organization in São Paulo, SP, Brazil. The participants were randomly assigned to two groups, one who performed only Sleep Hygiene-HS (n = 15) and another who performed Meditation + Sleep Hygiene - SH + M (n = 18). Weekly meetings were held with the participants of both groups to practice meditation in a group and / or criteria for the sleep hygiene. The M + SH group also performed daily meditation practice. To assess the statistical significance of differences in means before and after the interventions in each group, the Wilcoxon test was applied.

Results: Improvement of sleep quality in both groups, however comparing the differences in the scores of the Insomnia Severity Index between groups, group M + SH had a greater effect on both measures compared to the SH group. In M + SH group showed a statistically significant reduction in the categories of the Kupperman Menopausal Index: palpitations, paresthesia and *Total Score*, already in the SH group there was no significant reduction in any parameter of the Kupperman Index. A Significant improvement in overall quality of life (measured by WHOQOL-brief) score in group M + HS, and HS group had improvement in social relationships domain.

Conclusion: The results suggest that meditation can be useful tool in the treatment of primary insomnia during the perimenopause. The quality of life during this period is also favored globally by daily meditation practice.

Keywords: Insomnia, Meditation, Perimenopause, Climacterium, Primary Insomnia, Quality of Life, Naturology, Naturopathy.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a todas as voluntárias que concordaram em participar desta pesquisa, suas inquietações, conquistas e grande experiência de vida, sem as quais este estudo não seria possível e eu não teria a oportunidade de ter contato com tamanha sabedoria.

À minha companheira Aline Tarraga pela grande paciência durante períodos difíceis, estando sempre ao meu lado.

À minha orientadora, Ana Cristina d'Andretta Tanaka, pela grande confiança, apoio, sabedoria e integridade durante todo o período deste estudo.

Aos meus pais que sempre me incentivaram a seguir minhas escolhas e a sustentar minhas vontades.

Agradecimentos especiais ao Dr César Deveza pelas contribuições com a técnica de meditação utilizada, bem como o Dr Fernando Bignardi por todo o ensinamento que me incentivou a mergulhar ainda mais neste universo da meditação, ambos amigos de grande sabedoria.

Ao Dr Geraldo de Lorenzi Filho, pelas ideias no delineamento da pesquisa a ajuda em relação aos distúrbios do sono.

À Dra Sandra Dircinha pelo grande incentivo e ajuda durante toda a realização do trabalho, contribuindo imensamente na questão da menopausa.

À Jacqueline A. Ferreira, pelas orientações sobre a estatística do trabalho, sua grande paciência e boa vontade.

Ao CNPq que financiou esta pesquisa, sem o qual este estudo não seria possível.

À Faculdade de Saúde Pública da USP que me inspirou ainda mais na busca pela saúde pública e pela integralidade na abordagem em saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
Mulher na Perimenopausa	9
Sono e Insônia	13
Higiene do sono	20
Meditação, sono e qualidade de vida	22
Justificativa e Relevância do Estudo	25
OBJETIVO GERAL.....	26
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
METODO	27
Critérios de inclusão	28
Critérios de exclusão.....	29
Instrumentos de avaliação utilizados	29
Pré avaliação	30
Diário de sono.....	30
Técnica de Meditação Utilizada	31
Aspectos Éticos.....	31
Tratamento Estatístico	32
RESULTADOS	33
Descrição dos Grupos.....	33
Comparativo inicial entre os grupos: hs e m+hs.....	35
Comparativos antes e depois das intervenções	36
DISCUSSÃO	49
Limitações do Estudo	53
CONCLUSÕES.....	55
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	62
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA gRUPO m+hs.....	64
APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA gRUPO hs	69
APÊNDICE 4 – QUESTIONÁRIO 1 MÊS DE INTERVENÇÃO.....	74
APÊNDICE 5 – DIÁRIO DE SONO GRUPO M+HS.....	76
APÊNDICE 6 – DIÁRIO DE SONO GRUPO HS.....	77
APÊNDICE 7 – INSTRUÇÕES PARA MEDITAÇÃO DIÁRIA	78
APÊNDICE 8 – INSTRUÇÕES DE HIGIENE DO SONO.....	79
ANEXO 1 – CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR	81
ANEXO 2 – CURRÍCULO LATTES DO PESQUISADOR.....	82

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Insônia antes da Perimenopausa	34
Figura 2 - Hipertensão Arterial Sistêmica	35
Figura 3 - Estado Civil.....	35
Figura 4 - Classificação Índice de Gravidade de Insônia Grupo M+HS	36
Figura 5 - Classificação do Índice de Gravidade de Insônia Grupo HS	37
Figura 6 - Mudança nas categorias de Insônia pelo IGI	38
Figura 7 - Valores das Medias da Pontuação do Índice de Gravidade de Insônia....	37
Figura 8 - Mudanças nas Medias do WHOQOL Breve.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descritiva do grupo - Higiene do Sono	33
Tabela 2 - Descritiva do grupo M+HS - Meditação + Higiene do Sono	33
Tabela 3 -Grupo HS – IGI	38
Tabela 4 – Grupo M+HS - IGI.....	40
Tabela 5 - Grupo HS – Pontuação total do Inventário de Sono de Pittsburgh	41
Tabela 6 - Grupo HS –Inventário de Sono de Pittsburgh	42
Tabela 7 - Grupo M+HS – Índice de Kupperman.	42
Tabela 8 - Grupo HS - Índice de Kupperman	43
Tabela 9 -Grupo HS – WHOQOL Breve e Facetas do WHOQOL SRPB	45
Tabela 10 - Grupo M+HS –WHOQOL Breve e Facetas do WHOQOL SRPB	46
Tabela 11 - Grupo M+HS – MAAS.....	47
Tabela 12 - Grupo HS – MAAS	47
Tabela 13 - Resumo dos Resultados com Significância Estatística.....	49

INTRODUÇÃO

MULHER NA PERIMENOPAUSA

Toda a mulher que menstrua um dia deixa de menstruar, este evento pontual, a última menstruação, é chamado de menopausa. Esta ocorre por conta da falência ovariana, o período que vai do aparecimento dos sintomas de falência ovariana até à menopausa é chamado de pré-menopausa (DE LORENZI et al., 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o período que contempla a pré-menopausa até um ano após a menopausa, ou seja, toda a transição entre o período fértil e período não fértil da mulher é denominado *perimenopausa* (OMS, 1996).

Os estudos disponíveis mostram que a menopausa ocorre no país em média aos 50 anos de idade (DE LORENZI et al., 2005; PEDRO et al., 2003).

Por conta deste evento fisiológico normal, ocorrem mudanças nos níveis hormonais, principalmente do Hormônio Folículo Estimulante (FSH) e Estrogênio, estas mudanças são associadas ao aparecimento de sintomas característicos que comprometem a qualidade de vida e a saúde das mulheres desta faixa etária (DE LORENZI et al., 2005).

Segundo Pedro et al. (2003), em São Paulo cerca de 80% das mulheres nesta faixa etária buscam atendimento médico por irregularidades menstruais e sintomas associados à menopausa.

Segundo Paim et al. (2011) a questão da assistência à saúde da mulher associada ao processo de envelhecimento da população, é um importante desafio para a saúde brasileira. Segundo o DATASUS, em 2011 as mulheres entre 40 e 65 anos

representavam 13% da população, e a tendência é que a proporção aumente nos próximos anos devido às mudanças na estrutura demográfica do país devido às quedas nas taxas de natalidade e aumento da sobrevida.

Durante a transição entre o período fértil e o período não fértil, a perimenopausa, também chamada de transição menopausal, é comum o aparecimento de alterações no ciclo menstrual, ondas de calor (sintomas vasomotores), principalmente por conta dos níveis elevados de hormônio folículo estimulante (FSH) (CAMPOS et al., 2005).

Estas ondas de calor, popularmente conhecidas como fogachos, são a principal causa de desconforto na perimenopausa. Detalhes sobre a fisiologia deste fenômeno são ainda desconhecidos, porém sabe-se que o fogacho se inicia por um mecanismo na hipófise, que é influenciada por fatores hipotalâmicos responsáveis pela liberação em pulso de hormônio luteinizante (LH) (STURDEE, 2008).

Na mulher brasileira na perimenopausa é comum aparecerem sintomas psicológicos, urogenitais e sexuais, associados principalmente às baixas dosagens de estrogênio pela falência ovariana (DE LORENZI et al., 2005). No entanto sabe-se que este período representa também importantes mudanças psicossociais, muitas vezes coincidindo com a saída dos filhos de casa e aposentadoria (DE LORENZI et al., 2005; MORI; COELHO, 2004).

Embora a falência ovariana seja fisiológica, a maneira que as mulheres na perimenopausa percebem esta fase é condicionada por fatores culturais, sociais e psicológicos, relacionada inclusive ao processo de envelhecimento (FU; ANDERSON; COURTNEY, 2003).

Em nossa sociedade, o próprio envelhecimento é motivo de discriminação, sendo mais evidente em relação às mulheres do que aos homens (WONG; CARVALHO, 2006). Os padrões de beleza, a mídia, a desigualdade de gênero e os valores sociais pautados na imagem, interferem na autoestima causando impactos na saúde física, mental, emocional e nas relações familiares e sociais (BRASIL, 2008).

Para muitas mulheres viver a menopausa significa sofrer o grande peso do envelhecimento, este atribuído pela própria sociedade, sendo que algumas referem um significado à menopausa próximo a “deixar de ser mulher” (COSTA; GUALDA, 2008).

As condutas utilizadas para melhorar a saúde e a qualidade de vida das mulheres no climatério são muitas vezes contraditórias, sendo que a literatura ainda carece de estudos sobre a prevenção e o uso de ferramentas adequadas para auxiliar no cuidado dos sintomas e necessidades desta fase da vida (CARPENTER; STUDTS; BYRNE, 2011).

Na assistência à saúde, não raramente as queixas destas mulheres são incorporadas a discursos negativos que as rotulam como “poli queixosa”, “mulher velha” e “ignorante” (FERNANDES et al., 2009).

Além do preconceito, como um reflexo da visão biomédica restrita, profissionais da área da saúde utilizam constantemente o termo *climatério* para descrever esta fase da vida da mulher. Climatério vem da palavra grega *klimakter*, que significa “crise”, associando esta fase da vida necessariamente com uma ideia patológica, o que leva a uma visão distorcida daquilo que seria um período fisiológico (OMS, 1996).

A ideia do climatério como doença colocou, ao longo da história, as mulheres sob um olhar medicalizado. Como exemplo, pode ser citado o caso da reposição hormonal como procedimento de rotina, o qual trouxe muitos agravos à saúde de milhares de mulheres, demonstrado na famosa coorte de base populacional *Women's Health Initiative* (WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE, 2012).

Apesar da Organização Mundial de Saúde não recomendar o uso da nomenclatura *climatério*, muitas publicações científicas e materiais didáticos da saúde ainda fazem o uso deste termo (OMS, 1996).

A influência de fatores culturais e diferenças entre países em relação aos sintomas associados à esse período é clara e descrita na literatura por diversos estudos (FREEMAN; SHERIF, 2007; FU; ANDERSON; COURTNEY, 2003; KAUFERT, 1996; LAMPL; MELBY, 2011; OBERMEYER, 1999; PALACIOS et al., 2010).

Estudos mais amplos que comparam a ocorrência de sintomas associados à menopausa pelo mundo, ressaltam que há diferenças importantes por conta de fatores culturais ainda não bem conhecidos, fora isso, por conta da grande variabilidade entre os países, se questiona a associação de muitos destes exclusivamente com a menopausa (OBERMEYER, 1999). Sabe-se que é consideravelmente menor a ocorrência destes em países do extremo oriente em relação aos países do ocidente (STURDEE, 2008).

Coincidentemente estes países orientais possuem culturas que valorizam mais o envelhecimento, sendo esta uma possível associação com o menor sofrimento psicológico dessa população e consequentemente gerador ou potencializador de sintomas fisiológicos mais presente no ocidente.

Outros fatores como tabagismo, excesso de peso, stress são fatores de agravamento desses sintomas, a mudança de hábitos alimentares e prática de atividades físicas podem ajudar (GOLD et al., 2006)

Uma das consequências mais marcantes dos sintomas vasomotores é sua relação com o sono das mulheres na perimenopausa. Esta fase da vida tem a maior prevalência destes distúrbios (CAMPOS et al., 2005; SILVA; FERREIRA; TANAKA, 2010). Apesar desta associação ser muito descrita na literatura, a ocorrência de sintomas vasomotores em mulheres na perimenopausa pode ser fator secundário para a gênese de problemas de sono, sendo estes fenômenos complexos e multicausais (QUINHONES; GOMES, 2012).

A perimenopausa como um todo é um período complexo onde a mulher vivencia perdas importantes, principalmente em aspectos relacionados à qualidade de vida como mudanças no humor e a baixa qualidade do sono, estes últimos associados a múltiplos fatores além dos sintomas hormonais (DE LORENZI et al., 2005).

SONO E INSÔNIA

O sono é um estado de consciência complementar à vigília, caracterizado pela suspensão temporária da atividade perceptivo-sensorial e motora de forma voluntária. É um processo ativo ligado ao sistema nervoso central que envolve múltiplos e complexos mecanismos fisiológicos e comportamentais.

Segundo Bear et al. (2008), o sono é “um estado facilmente reversível de reduzida responsividade ao e interação com o ambiente”.

O sono tem a função de restaurar tanto os níveis normais da atividade cerebral quanto o “balanço” normal entre as diferentes partes do sistema nervoso central. Além

disso, tem papel no equilíbrio de funções metabólicas, ajuda reparar tecidos e a consolidar a memória (BEAR MF PARADISO MA., 2008; TWOROGER et al., 2006).

Durante o sono ocorre também uma discreta redução da pressão arterial sistólica; diminuição da temperatura e do metabolismo; relaxamento muscular; pequeno declínio da ventilação pulmonar; redução do metabolismo cerebral (VELLUTI; REIMÃO, 1996).

O sono é composto por fases, cada qual com características próprias, o equilíbrio adequado do sono depende da qualidade e duração destas. As fases do sono são identificadas em um exame chamado de polissonografia utilizando 3 variáveis: a eletroencefalografia (EEG), o eletro-oculograma (EOG) e o eletromiograma (EMG). A partir destas são identificados 2 padrões principais: o sono não-REMⁱ (NREM) e sono REM. O sono NREM é composto por 4 estágios com crescente profundidade e identificação de ondas cerebrais aferidas pelo EEG, aumentando portanto as ondas lentas conforme avança da fase 1 até a fase 4 (BEAR MF PARADISO MA., 2008; FERNANDES, 2006).

O sono REM, também chamado de sono paradoxal, possui um padrão de ondas mais rápidas, semelhante ao estado de vigília. Nesta fase do sono a atividade metabólica no cérebro aumenta em relação à vigília em diversas áreas do encéfalo, reforçando que é um processo ativo (FERNANDES, 2006). Na fase REM ocorrem os sonhos e também a consolidação da memória (TWOROGER et al., 2006).

ⁱ R.E.M. Do inglês *Rapid Eyes Moviment*: Movimento rápido dos olhos.

O sono possui variações normais, fases com durações diferentes e que variam pouco em indivíduos saudáveis, seguindo um certo padrão. O conjunto destas várias fases chamamos de *arquitetura do sono*, pode-se comparar as fases do sono com notas musicais, onde a duração harmônica de cada nota é necessária para compor a melodia adequadamente. Por meio da polissonografia se analisa a arquitetura do sono por meio de um *hipnograma*, que é a representação das fases e a duração descrevendo inclusive despertares ou micro despertares durante a noite.

A arquitetura do sono se altera conforme a idade, do recém-nascido até o idoso, sofre modificações quanto à distribuição dos diversos estágios e no ritmo circadiano, passando de polifásico para monofásico na idade adulta, podendo ainda ser naturalmente mais fragmentado na terceira idade (POYARES et al., 2003). Esta característica é normal e ocorre por conta de diversos fatores como a própria função de crescimento e mudanças no metabolismo durante a vida.

Alterações na arquitetura do sono, particularmente as relacionadas à redução do tempo e frequência normal de ondas delta, presentes no estágio 3 e 4 do sono não-REM, costumam ser acompanhadas de prejuízo de funções de alerta diurno e de memória (TWOROGER et al., 2006), diminuição de desempenho em atividades de trabalho, piora de quadros de dor crônica, baixa libido, além de uma série de alterações neuroendócrinas, tais como aumento de intolerância à glicose, alterações nos níveis de produção e secreção de prolactina e cortisol (MORAES et al., 2012).

Além das alterações normais provocadas pelo envelhecer, muitas mulheres na perimenopausa apresentam distúrbios do sono (ALOE, 2005)

O estudo de coorte com base representativa da população, EPISONO, realizado entre 2007 e 2009 na cidade de São Paulo mostrou que 77% dos paulistanos tem algum problema relacionado ao sono. Estima-se que mais da metade da população brasileira desenvolva este tipo de problema durante a vida (SANTOS-SILVA et al., 2010).

Os distúrbios do sono estão entre os mais frequentes transtornos que afetam a população na contemporaneidade, gerando inclusive importantes custos de saúde ainda não estimados no Brasil. Um estudo canadense levantou a média dos custos anuais de saúde de indivíduos com insônia crônica (C\$5.010,00), com sintomas iniciais (C\$1.431,00) e que dormem bem (C\$421,00)(DALEY et al., 2009). Apesar das diferenças socioeconômicas entre os países, pode-se transpor que há um aumento significativo nos custos, principalmente devido à associação dos problemas de sono com o aparecimento de doenças graves (SANTOS-SILVA et al., 2012), como a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares (CALHOUN; HARDING, 2010).

Entende-se por distúrbios do sono alterações no ciclo do sono que podem levar a *dificuldades de adormecer, permanecer dormindo ou dormir em horários impróprios fazendo com que o tempo dormindo seja excessivo, curto ou fragmentado para uma boa eficiência do sono* (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2001; GEIB et al., 2003; NUNES, 2002; POYARES et al., 2003). Na perimenopausa a ocorrência de distúrbios como este aumenta, em especial a insônia.

Segundo o I Consenso Brasileiro de Insônia:

“Insônia é um sintoma que pode ser definido como dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, 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 consequente do desempenho nas atividades diurnas.”(POYARES et al., 2003, p.9)

A ocorrência de insônia aumenta conforme a idade, sendo maior em idosos e, no caso das mulheres em especial no período da perimenopausa, também ocorre mais em ambiente urbano do que rural (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2001; GEIB et al., 2012).

Segundo o *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM IV, a insônia pode ser classificada pela sua origem: *insônia primária* ou *insônia secundária*. A insônia primária se refere a um distúrbio do sono chamado insônia, ou seja, quando ela é a principal doença. A insônia secundária se refere a um sintoma secundário ocasionado por outro distúrbio principal, como por exemplo Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono – SAHOS, possível agente causador do sintoma de insônia (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; ASSOCIATION, 2000).

Segundo o manual *The International Classification of Sleep Disorders, Revised*, a insônia também recebe classificação segundo a gravidade: insônia leve, insônia moderada e insônia grave (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2001).

A insônia leve pode ser descrita como a queixa de uma quantidade insuficiente de sono ou não se sentir descansado depois de dormir. É acompanhada por pouca ou nenhuma evidência de comprometimento do funcionamento social ou ocupacional, muitas vezes está associada a sentimentos de inquietação, irritabilidade, ansiedade leve, fadiga diurna e cansaço. A insônia moderada é classificada segundo os mesmos parâmetros da insônia primária com um comprometimento leve ou moderado de funcionamento social ou ocupacional, e a insônia grave tem como parâmetro adicional

um comprometimento grave do funcionamento social ou ocupacional (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2001).

Outra classificação para a insônia é o critério de duração que pode variar de aguda (até 4 semanas), subaguda (até 6 meses) e crônica (mais de 6 meses) (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2001).

O estudo de Santos et. al (2012) encontrou associação significativa entre a ocorrência de insônia e o uso de serviços de emergência, mostrando uma correlação da qualidade do sono com o aparecimento doenças crônicas (SANTOS-SILVA et al., 2012).

As mulheres na perimenopausa, quando comparadas a mulheres em outros períodos da vida, apresentam maior latência para o sono e dificuldade de sua manutenção (VIGETA, 2007), sendo a queixa de insônia muito presente nesta fase da vida (DE LORENZI et al., 2005).

Na pós menopausa há um aumento dessas queixas e a ocorrência de insônia nos estudos varia de 28 a 63% (CAMPOS et al., 2005; SANTOS-SILVA et al., 2009).

A insônia é o mais prevalente dos distúrbios do sono, e apesar deste fato, cerca de 70% das pessoas não procuram serviços de saúde para o seu tratamento (SOUZA; REIMÃO, 2004), o que favorece a agravação e o aparecimento de doenças crônicas.

Os sintomas neuropsíquicos frequentes no período da perimenopausa como irritabilidade, ansiedade, nervosismo, depressão, fadiga, perda de concentração e de memória, também se intensificam nas mulheres que sofrem de insônia (POYARES et al., 2003).

Quanto às opções de tratamento deste distúrbio no período do climatério a literatura descreve opções terapêuticas que vão desde tratamentos comportamentais como a terapia de restrição de sono, relaxamento até medicamentoso como o uso de medicamentos indutores de sono ou antidepressivos e a terapia de reposição hormonal (SOARES, 2006).

Com grande frequência os tratamentos utilizados são paliativos, caros e possuem efeitos colaterais importantes, como por exemplo, o uso da Terapia de Reposição Hormonal (WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE, 2012) e uso de benzodiazepínicos, o qual é muito utilizado de forma indiscriminada e por períodos muito mais longos do que o recomendado, sendo inclusive motivo de dependência química (CASTRO et al., 2013; HUF; DE SOUZA LOPES; ROZENFELD, 2000; NOIA et al., 2012; ORLANDI; NOTO, 2005).

Há também medicamentos não-benzodiazepínicos e outras classes de hipnóticos que podem ser utilizados para induzir o sono, porém sabe-se que nenhum medicamento para dormir cura distúrbios do sono, sendo estes apenas agentes facilitadores do tratamento, principalmente pelos efeitos colaterais do uso crônico (POYARES et al., 2003; SOARES, 2006).

Os tratamentos comportamentais, talvez também por possuírem pouco investimento, são menos frequentes e exigem maior dedicação do profissional e do indivíduo com insônia. No entanto estes costumam ser mais efetivos no sentido de dar mais autonomia evitando efeitos secundários do uso de medicamentos (PASSOS et al., 2007).

Infelizmente grande parte das pessoas faz uso de automedicação ou recebe orientações de profissionais de saúde que se limitam a indicar o uso da medicação sem

se quer buscar a causa psicológica, comportamental, social ou física da insônia (ARRAIS et al., 1997; CASTRO et al., 2013).

Podem ser citados como opções de tratamentos não-farmacológicos a Terapia Cognitiva Comportamental, a Terapia de Controle de Estímulos, a Terapia de Restrição de Sono, Terapia de Relaxamento, Terapia de Intensão Paradoxal, a Fototerapia, Exercícios Físicos e a Higiene do Sono (PASSOS et al., 2007).

A insônia neste período é portanto um fator de alta ocorrência, relacionada com o aparecimento de outras doenças, aumentos de gastos em saúde e raramente cuidada de forma adequada. Alternativas de cuidado se tornam cada vez mais necessárias, principalmente por conta do aumento desta população específica no Brasil (PAIM et al., 2011b).

De forma próxima aos tratamentos comportamentais, como por exemplo as técnicas de relaxamento, há estudos na literatura que descrevem a interface entre sono e a prática de meditação, sendo portanto uma possível alternativa para o cuidado de fatores psico-comportamentais associados à este distúrbio do sono (GOONERATNE, 2008; KAUL et al., 2010; KOZASA et al., 2010; ONG; SHOLTES, 2010)

Higiene do sono

Higiene do Sono são recomendações de bons hábitos para a boa qualidade do sono (PASSOS et al., 2007).

Segundo Wyatt, et. al (2003), há vários critérios descritos na literatura científica sobre a higiene do sono, o autor agrupa 19 critérios encontrados em 7 referências diferentes, os quais tem a função de melhorar a qualidade do sono de forma geral, porém há características individuais a serem observadas.

Assim, os critérios apresentados abaixo são referências para melhorar a qualidade do sono de forma geral, havendo variações individuais que devem ser consideradas.

Critérios de Higiene do sono, Wyatt, et. al (2003)

1. Diminuir o tempo na cama (quando acordado)
2. Regular o horário de dormir e acordar
3. Exercício físico (pode ajudar ou atrapalhar conforme horário/intensidade e características individuais)
4. Eliminar os ruídos do quarto
5. Regular a temperatura do quarto
6. Lanche leve antes de dormir (comer demais antes de dormir prejudica o sono)
7. Evitar o uso de pílulas para dormir
8. Evitar cafeína (semelhança com adenosina prejudica o sono por diminuir a sensação de cansaço que faz parte do mecanismo de sono)
9. Evitar o álcool (relaxante porém prejudica a arquitetura do sono)
10. Não tentar dormir (esperar o sono natural)
11. Eliminar o relógio do quarto (ficar observando o relógio causa stress e mais insônia)
12. Regular os cochilos (cochilos excessivos a tarde podem prejudicar o sono a noite)
13. Atividades relaxantes antes de dormir
14. Regular o consumo de líquidos a noite
15. Banhos quentes (antes de dormir)
16. Usar o quarto apenas para dormir (possível associação do ambiente com outras atividades que dificultam o sono)
17. Deixar cama se estiver acordado (não ficar na cama se acordado)
18. Cama confortável
19. Lista de preocupações antes de dormir (ajuda a diminuir preocupações na cama)

Na literatura científica a higiene do sono vem sendo considerada importante para o cuidado com pacientes com insônia, porém é constantemente relatada como intervenção insuficiente para a maioria dos casos de insônia (SCHOICKET; BERTELSON; LACKS, 1988; STEPANSKI; WYATT, 2003).

MEDITAÇÃO, SONO E QUALIDADE DE VIDA

O estudo da meditação, como se conhece hoje no ocidente, iniciou-se principalmente com Wallace (WALLACE, 1970), Benson (BENSON; BEARY; CAROL, 1974) e Kabat-Zinn (KABAT-ZINN, 1982).

A definição de meditação ainda é muito discutida dentro da comunidade científica, sendo que ainda não há um consenso que possibilite um conceito fechado para o termo. Porém esta definição descrita em estudos científicos se aproxima de “um processo auto regulatório da atenção, em que através da prática, é desenvolvido o controle dos processos atencionais” (DANUCALOV & SIMÕES, R. S., 2006), em outras palavras: “a busca da alteração voluntaria no estado de consciência utilizando a percepção consciente e a auto-observação” (MENEZES; DELL’AGLIO; BIZARRO, 2012).

Segundo o Cardoso et al. (2004), para ser considerada meditação, uma técnica deve ter cinco aspectos básicos:

1. Definir objetivamente os procedimentos e realizar a prática com regularidade;
2. Produzir um relaxamento psicofisiológico;
3. Desenvolver o “relaxamento lógico”, em que nenhum tipo de expectativa deve ser desenvolvida em relação ao processo;
4. Propiciar ao praticante aprendizados suficientes para que possa realizar sozinho a técnica;
5. Desenvolver capacidades de manter o foco de atenção, durante o processo de meditação, em um determinado ponto (âncora).

Basicamente a meditação pode ser dividida em duas categorias, sem objeto e com objeto (DANUCALOV & SIMÕES, R. S., 2006). Há uma grande variedade de técnicas de meditação, algumas combinando elementos da psicologia e da neurociência, as linhas mais conhecidas no meio científico são as técnicas de Mindfulness, o Yoga e a Meditação Transcendental (BURKE, 2012).

A produção científica mundial sobre meditação vem crescendo (OSPINA et al., 2007) e os avanços da neurociência, da fisiologia e a interface destas disciplinas e outras áreas como a biologia, medicina, psicologia e os novos equipamentos (BEAR MF PARADISO MA., 2008; DANUCALOV & SIMÕES, R. S., 2006) como a Ressonância Magnética Funcional (IRMf), a Tomografia por Emissão de Pósitrons (TEP), a Magnetoencefalografia (MEG) e avanços nas tecnologias aplicadas à tradicional Eletroencefalografia (EEG) e à Tomografia Computadorizada (TC), vem proporcionando a possibilidade de estudar melhor fenômenos que antes não eram objetivamente observáveis ou que a dificuldade para tal tornava o estudo inviável (DANUCALOV & SIMÕES, R. S., 2006).

Meditar gera um estado de hipometabolismo basal, este muito retratado em estudos de monitoramento funcional com marcadores fisiológicos (DANUCALOV et al., 2008), porém com mecanismo ainda pouco explicado. A explicação para tal fenômeno ainda pode estar distante, visto que no atual patamar, o estudo das neurociências está longe de conhecer com clareza sequer os mecanismos mais simples, quanto mais a interação entre complexos sistemas cerebrais, áreas e integração psicofisiológico (BEAR MF PARADISO MA., 2008), porém estes avanços possibilitam conhecer benefícios e características importantes do uso das técnicas meditativas.

Por conta de descobertas recentes (DANUCALOV & SIMÕES, R. S., 2006), que envolvem o mapeamento de áreas específicas (KOZASA et al., 2012) do cérebro dedicadas a processos durante o sono e estados alterados de consciência, pode-se pensar em uma correlação entre técnicas que afetem estes estados de consciência e os

ciclos do sono. Os estados de consciência se relacionam diretamente com a frequência das ondas cerebrais (BEAR MF PARADISO MA., 2008).

Sabe-se as que técnicas de controle da atenção, as chamadas técnicas de meditação, podem modular alterações no estado de consciência, frequência de ondas cerebrais e ativação/desativação de áreas específicas do cérebro, bem como a dinâmica de seu funcionamento (OSPINA et al., 2007). Algumas técnicas de meditação podem fazer com que um indivíduo adquira controle sobre estados de consciência (DANUCALOV & SIMÕES, R. S., 2006).

As últimas pesquisas tem registrado mudanças físicas na estrutura do cérebro (HOLZEL et al., 2011; KOZASA et al., 2008; SATO et al., 2012) em um curto período de tempo com o uso de práticas meditativas, além destas estarem associadas à diversos benefícios para a saúde (MENEZES; DELL'AGLIO; BIZARRO, 2012; OSPINA et al., 2007).

Muitos meditadores experientes afirmam que, por conta da prática meditativa, necessitam de menos horas de sono ou até de nenhum sono (DANUCALOV & SIMÕES, R. S., 2006). Sabe-se que alguns indivíduos possuem naturalmente menor necessidade de sono, chamados de *dormidores curtos*, enquanto os que possuem uma maior necessidade de sono são denominados *dormidores longos* (POYARES et al., 2003), porém essas características são provavelmente constitucionais, no entanto há indícios na literatura científica que associam mudanças na necessidade individual de sono com a prática de meditação (KAUL et al., 2010).

Há uma relação, ainda pouco estudada entre eficiência do sono e prática meditativa, alguns estudos mostram associação negativa entre tempo de prática e

necessidade de horas de sono, aparentemente pelo aumento da eficiência do sono (KAUL et al., 2010; ONG; SHOLTES, 2010). Na década de 2010, na literatura científica, ainda são escassos ou então muito iniciais, estudos que abordem a correlação entre sono e meditação, e ainda mais escassos entre o uso meditação por pessoas com insônia.

Quanto ao uso da meditação em mulheres na perimenopausa com insônia no Brasil há apenas um estudoⁱⁱ feito na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Instituto do Sono, em fase de publicação, este com resultados positivos. Por ser o único estudo brasileiro sobre o assunto ainda são necessários outros estudos que comprovem os resultados e tragam mais informações, inclusive com o uso de outras técnicas de meditação.

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Partindo do pressuposto que a qualidade de vida é alterada significativamente pela qualidade do sono (DE LORENZI et al., 2005), que mulheres na perimenopausa possuem uma alta prevalência de insônia (CAMPOS et al., 2005) e que a qualidade do sono está relacionada com o aumento de doenças crônicas e custos de saúde, a meditação pode ser uma ferramenta não invasiva para o tratamento deste distúrbio.

O presente estudo tem como meta elucidar o uso da meditação no tratamento da insônia, avaliando a sua contribuição para a qualidade de vida de mulheres na perimenopausa.

ⁱⁱ Informações detalhadas sobre a pesquisa foram obtidas em entrevista pessoal com o Pesquisador responsável pela pesquisa: Marcelo Czermak Garcia. A pesquisa foi divulgada em matéria no programa Globo Repórter em 14/09/2012.

OBJETIVO GERAL

Avaliar o efeito de técnica de meditação na insônia causada por sintomas característicos da perimenopausa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar possíveis alterações na qualidade do sono com a prática meditativa.
2. Avaliar alterações na qualidade de vida pela meditação.

MÉTODO

Ensaio clínico randomizado controlado para avaliar os efeitos da meditação em mulheres com insônia no período da perimenopausa. O estudo foi realizado de abril a julho de 2013.

Neste período, o público alvo estudado foi de 33 mulheres trabalhadoras do Instituto Nacional da Seguridade Social – INSS, o qual autorizou a realização da pesquisa em 3 unidades no município de São Paulo.

As mulheres que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o TCLE (apêndice 1) foram divididas aleatoriamente pela própria instituição em dois grupos, um que praticou somente Higiene do Sono e outro que praticou Meditação + Higiene do Sono. Doravante, o grupo de Higiene do Sono será denominado **HS**, e o grupo de Meditação + Higiene do Sono de **M+HS**.

As participantes do grupo M+HS receberam instruções para a prática de meditação diária (apêndice 7), informações sobre higiene do sono (apêndice 8), um diário de sono (apêndice 5) e o questionário de avaliação inicial (apêndice 2).

As participantes do grupo HS receberam um diário de sono (apêndice 6), informações para higiene do sono (apêndice 8) e o questionário de avaliação inicial (apêndice 3).

O presente estudo utilizou todos os 19 parâmetros de higiene do sono (STEPANSKI; WYATT, 2003) nas orientações dadas às mulheres na perimenopausa, esclarecendo pormenores de cada tópico.

Os encontros ocorreram semanalmente durante o período de 8 semanas, os grupos possuíam duração de 45 minutos a uma hora, e continham no máximo 10 participantes para garantir a qualidade da prática. As participantes eram dispensadas durante o horário de serviço para a pesquisa que ocorreu em sala adequada cedida pela própria instituição.

Durante os grupos semanais as participantes praticavam meditação guiada (com sequencia instruída pelo pesquisador) e/ou discutiam dificuldades para aplicar os critérios de higiene do sono, tirando dúvidas e aprofundando no entendimento do sono e/ou da meditação.

Os questionários de sono foram aplicados em três momentos: inicial (zero), 1 mês de prática e 2 meses de prática (final), o restante dos instrumentos em dois momentos: inicial (zero) e 2 meses de prática (final).

Apesar da distribuição ter sido feita aleatoriamente, os grupos iniciaram com diferenças de distribuição por conta de mulheres inscritas em ambos os grupos que não puderam iniciar a prática por motivos pessoais ou demandas de trabalho, além das excluídas da análise por conta de alto risco para apneia do sono. Assim o grupo de M+HS iniciou de fato com 27 mulheres e o de HS com 24 mulheres. Ambos os grupos tiveram 9 desistências ao longo da prática, incluindo neste número também aquelas que faltaram em 3 ou mais encontros.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Mulheres no período da perimenopausa (que apresentem sintomas de falência ovariana - avaliado através de alterações no ciclo menstrual e índice de Kupperman, e

até 1 ano após a menopausa – avaliada pela data da última menstruação), idade entre 40 e 55 anos, com queixa clínica de insônia.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Praticantes de exercícios físicos periódicos (frequência igual ou maior do que uma vez por semana) e/ou meditação, yoga, tai-chi, pilates ou outra técnica semelhante que envolva processo meditativo. Uso de medicações indutoras de sono e/ou antidepressivos, IMC > 30, alto risco para apneia moderada e grave – aferida através do Questionário de Berlin, amenorreia primária, mulheres hysterectomizadas, ooforectomizadas, com câncer de mama, câncer de endométrio e doenças que comprometem a função ovariana. Mulheres com ocupação no período noturno (trabalho noturno).

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS

Os instrumentos utilizados para avaliação foram questionários de avaliação do sono, qualidade de vida, atenção plena e espiritualidade. Assim foram aplicadas duas composições de instrumentos, uma inicial e final (apêndice 2 para o grupo M+HS e apêndice 3 para o grupo HS) e também um questionário intermediário aplicado em 1 mês de prática (apêndice 4), utilizando estes instrumentos.

- **Índice Menopausal de Kupperman** – índice utilizado para avaliar sintomas físicos e psíquicos característicos da mulher na perimenopausa.
- **Questionário do sono de Pittsburgh** - instrumento validado no Brasil que avalia a qualidade subjetiva do sono.
- **Índice de Gravidade de Insônia** – instrumento que avalia a gravidade da insônia em 4 categorias.

- **Questionário de Berlin** – instrumento utilizado para identificar ronco e apneia do sono.
- **Escala de sonolência de Epworth** – instrumento utilizado em conjunto com o questionário de Berlin para avaliar a sonolência e possível apneia do sono.
- **Diário de Sono** – instrumento utilizado para verificar características diárias relativas à qualidade do sono e à higiene do sono.
- **WHOQOL Breve** - versão abreviada do questionário da Organização Mundial de Saúde, validado no Brasil para avaliação da qualidade de vida em 4 domínios.
- **WHOQOL SRPB** - questionário da Organização Mundial de Saúde, validado no Brasil para avaliação de critérios focados na crença pessoal, espiritualidade e qualidade de vida.
- **MAAS** – tradução da *Escala de Consciência e Atenção Plena*, instrumento internacional utilizado para aferir a influência da prática meditativa na atenção e consciência individual.

Pré avaliação: Todas as mulheres interessadas passaram por uma pré avaliação onde além dos questionários sobre qualidade do sono foram coletados dados de histórico médico, medicações que faz uso, menstruação e hábitos pessoais.

DIÁRIO DE SONO

Cada participante do estudo recebeu um diário de sono, aquelas do grupo M+HS fizeram registro de experiências pessoais com a meditação, dificuldades, variações pessoais no tempo de prática e experiências relacionadas ao sono. O grupo HS fez registro apenas das experiências relacionadas ao sono.

TÉCNICA DE MEDITAÇÃO UTILIZADA

Foi utilizada uma técnica derivada da *Rāja Yoga*ⁱⁱⁱ, uma *meditação com objeto* utilizando como âncora principal a respiração.

As participantes foram instruídas a colocar-se em uma posição confortável, com a coluna ereta e a cabeça levemente inclinada para frente, sentir o estado geral do corpo (tensões, dores, calor, frio etc.), relaxar o máximo possível e prestar atenção na própria respiração, visualizando o ar entrando e saindo por um ponto no centro da testa^{iv}. As mulheres foram instruídas a, sempre que a atenção se dispersar para outro foco (um pensamento, um som, uma sensação corporal, um julgamento e etc.), a retornar para o foco original da respiração sem qualquer sentimento/julgamento sobre a perda de foco.

Durante os grupos com prática de meditação, outras técnicas facilitadoras foram transmitidas, sendo esta a técnica de base para a prática diária.

ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi de *risco mínimo*, estando alinhada com os preceitos da resolução do CONEP nº 196/96. Todas as participantes eram voluntárias e foram informadas de todo os procedimentos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1), sendo garantido à todas as participantes o sigilo, anonimato e confidencialidade das informações coletadas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde

ⁱⁱⁱ Escola cujo principal objetivo é o desenvolvimento por meio da meditação e contemplação.

^{iv} O fato de visualizar a respiração desta forma é fundamental para colaborar no relaxamento da lógica, já que a ideia de respirar pela testa não é logicamente coerente, se torna essencial para o processo meditativo neste caso.

Pública da Universidade de São Paulo (USP) sob o número de registro: 10975812.0.0000.5421.

Também foi feito registro na Plataforma de Ensaio Clínicos Brasileira (www.ensaiosclinicos.gov.br), sob o número: UTN: U1111-1136-0744.

TRATAMENTO ESTATÍSTICO

A máscara dos questionários da pesquisa foi criada no software *EPI Info versão 7*, o banco de dados posteriormente computado por uma tabela de análise dos componentes de cada instrumento utilizando o software *Microsoft Excel*, os resultados foram exportados para o Software *SPSS versão 20*, onde foram realizados os testes estatísticos. No comparativo para avaliar a semelhança entre os parâmetros iniciais em ambos os grupos estudados, utilizou-se o *Teste U de Man Whitney* (BIRNBAUM, 1955).

Para avaliar a significância estatística das diferenças de médias antes e depois das intervenções em cada grupo foi utilizado o *teste de Wilcoxon* (WILCOXON; WILCOX, 1950).

RESULTADOS

DESCRIÇÃO DOS GRUPOS

Foram estudadas 33 mulheres com idade entre 40 e 55 anos, no período da perimenopausa e com queixa clínica de insônia.

As estatísticas descritivas de peso, altura IMC e idade das participantes pode ser observada nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Descritiva do grupo - Higiene do Sono (HS)

	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Var</i>	<i>Desv Pad</i>	<i>Min</i>	<i>25%</i>	<i>Mediana</i>	<i>75%</i>	<i>Max</i>	<i>Moda</i>
<i>Peso</i>	15	68,6	146,7	12,1	53,0	62,0	67,0	71,0	100,0	67,0
<i>Altura</i>	15	1,6	0,0	0,1	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,6
<i>IMC</i>	15	26,4	20,0	4,5	21,5	23,6	25,0	27,3	38,6	21,5
<i>Idade</i>	15	48,6	29,5	5,4	40,0	46,0	48,0	53,0	55,0	40,0

Tabela 2 - Descritiva do grupo M+HS - Meditação + Higiene do Sono

	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Var</i>	<i>Desv Pad</i>	<i>Min</i>	<i>25%</i>	<i>Mediana</i>	<i>75%</i>	<i>Max</i>	<i>Moda</i>
<i>Peso</i>	18	63,3	92,8	9,6	45,0	57,0	61,5	70,0	83,0	56,0
<i>Altura</i>	18	1,6	0,003	0,1	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7	1,6
<i>IMC</i>	18	24,5	10,6	3,3	18,5	21,6	24,7	27,1	29,6	18,5
<i>Idade</i>	18	48,1	18,9	4,3	40,0	46,0	48,0	52,0	55,0	48,0

Os grupos do estudo eram portanto semelhantes e sem diferença significativa na distribuição de Idade e Altura. As mulheres do grupo Higiene do Sono (tabela 1) tinham a média de peso, e consequentemente IMC, levemente mais elevado. Porém esta diferença foi considerada não significativa em relação à critérios ligados ao risco de apneia do sono, critério de exclusão do estudo (avaliado através do questionário de Berlin).

Em relação ao nível socioeconômico os grupos eram semelhantes, com a mesma faixa de renda (4 a 5 salários mínimos) e escolaridade (ensino superior completo).

Relativo ao hábito de fumar, no grupo M+ HS haviam 2 mulheres fumantes e nenhuma no grupo de HS.

A insônia anterior ao período da Perimenopausa foi relatada pela maioria das mulheres em ambos os grupos estudados (fig. 1).

Figura 1 - Insônia antes da Perimenopausa

Em relação ao diagnóstico de Hipertensão Arterial, no grupo M+HS haviam 5 hipertensas em tratamento, contra 1 no grupo HS.

Figura 2 - Hipertensão Arterial Sistêmica

No grupo HS houve mais solteiras e separadas do que no grupo M+HS, com maior porcentagem de mulheres casadas, como observa-se na figura 3.

Figura 3 - Estado Civil

COMPARATIVO INICIAL ENTRE OS GRUPOS: HS E M+HS

Os resultados do comparativo das medidas iniciais entre grupos: *Meditação + Higiene do Sono e Higiene do Sono*, (*Teste U de Mann-Whitney*), demonstram que os grupos eram muito semelhantes quando comparamos as medidas iniciais dos instrumentos utilizados na pesquisa. O teste mostrou que apenas no parâmetro *Disfunção Diurna* ($p=0,048$) do Inventário de Sono de Pittsburgh, as amostras

diferem em pontuação inicial, portanto as mulheres do grupo HS possuíam maior pontuação na média deste domínio do instrumento (média total=2,13) em relação ao grupo M+HS (média total=1,38), indicando mais queixa de sonolência durante o dia.

Este dado vem de encontro com os achados da distribuição de categorias e pontuação total *do Índice de Gravidade de Insônia* (média: 14,66) e *do Inventário do Sono de Pittsburgh* (média:10,2) no Grupo *HS* descrever pior qualidade do sono em relação ao grupo *M+HS*, com as médias: 13,72 e 8,94 respectivamente, porém sem diferença estatística significativa.

COMPARATIVOS ANTES E DEPOIS DAS INTERVENÇÕES

No grupo *M+HS*, quando se avalia a distribuição de categorias antes da intervenção (zero), 1 mês de intervenção e ao final da intervenção (dois meses), observa-se uma mudança importante na classificação do índice de insônia, com um aumento das categorias “insônia subclínica” e “cl clinicamente insignificante”, além de uma grande redução de “insônia severa” e “insônia moderada” (fig. 4).

Figura 4 - Classificação Índice de Gravidade de Insônia Grupo M+HS em zero, 30 e 60 dias

Na distribuição de categorias do mesmo instrumento aferidas no grupo **HS** (fig. 5), há um ligeiro aumento na categoria “insônia subclínica”, uma pequena queda em “insônia moderada” e “insônia severa” e um ligeiro aumento em “insônia clinicamente insignificante”.

A mudança das Médias na pontuação total do IGI, divididas por grupo nas três medições: zero, 1 mês e dois meses demonstram uma queda maior no grupo M+HS em relação ao grupo HS (fig. 6), que sofre um pequeno aumento da pontuação entre o 1º e 2º mês de intervenção.

Figura 6 - Valores das Médias da Pontuação do Índice de Gravidade de Insônia

Na figura 7 observa-se a mudança de categorias de insônia segundo o IGI depois da intervenção em ambos os grupos, neste é possível observar melhora superior na mudança de categorias da insônia no grupo M+ HS.

Figura 7 - Mudança nas categorias de Insônia pelo IGI entre valores iniciais e ao final da intervenção (2 meses)

A tabela 3 mostra os resultados do teste de Wilcoxon para amostras pareadas entre as três medições do IGI durante a pesquisa no grupo Higiene do Sono (HS).

Tabela 3 -Grupo HS – Teste Estatístico das Medições do IGI: zero, 1 mês e dois meses

Classificações	N	Classif Média	Soma
IGI medição 2 - IGI medição 1	Classif Negativa	14 ^a	7,89
	Classif Positiva	1 ^b	9,50
	Relações	0 ^c	
	Total	15	
IGI medição 3 - IGI medição 2	Classif Negativa	3 ^d	7,67
	Classif Positiva	10 ^e	6,80
	Relações	2 ^f	
	Total	15	
IGI medição 3 - IGI medição 1	Classif Negativa	11 ^g	7,41
	Classif Positiva	2 ^h	4,75
	Relações	2 ⁱ	
	Total	15	

a. IGI medição 2 < IGI medição 1, b. IGI medição 2 > IGI medição 1, c. IGI medição 2 = IGI medição 1, d. IGI medição 3 < IGI medição 2, e. IGI medição 3 > IGI medição 2, f. IGI medição 3 = IGI medição 2, g. IGI medição 3 < IGI medição 1, h. IGI medição 3 > IGI medição 1, i. IGI medição 3 = IGI medição 1

Teste Estatístico			
	IGI medição 2 - IGI medição 1	IGI medição 3 - IGI medição 2	IGI medição 3 - IGI medição 1
Z	-2,875 ^b	-1,583 ^c	-2,530 ^b
Sig. Assint. (2 caudas)	,004*	,114	,011*

a. Wilcoxon Signed Ranks Test, b. Com base em classificações positivas, c. Com base em classificações negativas.

Para as mulheres do grupo HS a diferença de pontuação do Índice de Gravidade de Insônia foi significativa entre a medição 1 (Mdn =15) e 2 (Mdn = 12), $T=9,5$, $p=0,04$, $r= -0,74$. Entre a medição 1 (Mdn =15) e medição 3 (Mdn =11) também houve redução significativa, $T=9,5$, $p=0,011$, $r= -0,65$. Relativo às medições 2 e 3 não foram encontradas diferenças significativas.

Em relação aos escores do IGI no grupo M+ HS seguem os resultados na tab.4

Tabela 4 – Grupo M+HS - Teste Estatístico das Medições do IGI: zero, 1 mês e dois meses

Classificações		N	Classif Média	Soma
IGI medição 2 - IGI medição 1	Classif Negativa	14 ^a	10,39	145,50
	Classif Positiva	3 ^b	2,50	7,50
	Relações	1 ^c		
	Total	18		
IGI medição 3 - IGI medição 2	Classif Negativa	10 ^d	9,65	96,50
	Classif Positiva	7 ^e	8,07	56,50
	Relações	1 ^f		
	Total	18		
IGI medição 3 - IGI medição 1	Classif Negativa	15 ^g	8,90	133,50
	Classif Positiva	1 ^h	2,50	2,50
	Relações	2 ⁱ		
	Total	18		

a. IGI medição 2 < IGI medição 1, b. IGI medição 2 > IGI medição 1, c. IGI medição 2 = IGI medição 1, d. IGI medição 3 < IGI medição 2, e. IGI medição 3 > IGI medição 2, f. IGI medição 3 = IGI medição 2, g. IGI medição 3 < IGI medição 1, h. IGI medição 3 > IGI medição 1, i. IGI medição 3 = IGI medição 1

Teste Estatístico			
	IGI medição 2 - IGI medição 1	IGI medição 3 - IGI medição 2	IGI medição 3 - IGI medição 1
Z	-3,281 ^b	-,956 ^b	-3,401 ^b
Sig. Assint. (2 caudas)	,001*	,339	,001*

a. Wilcoxon Signed Ranks Test, b. Com base em classificações positivas.

Entre as três medições do IGI no grupo Meditação + Higiene do Sono (M+HS), a diferença de pontuação do Índice de Gravidade de Insônia foi significativa entre as medição 1 (Mdn =14) e 2 (Mdn = 9), $T=7,5$, $p=0,001$, $r=-0,77$. Entre a medição 1 (Mdn =14) e medição 3 (Mdn =10) também houve redução significativa, $T=2,5$, $p=0,001$, $r=-0,80$. Relativo às medições 2 e 3 não foram encontradas diferenças significativas.

Segundo o Índice de Gravidade de Insônia, houve melhora da insônia em ambos os grupos. Comparando as diferenças de escore do IGI entre os grupos estudados, o grupo M+HS teve um efeito (r) superior em ambas as medições: medição 1 para 2 $r=-0,77$ para o grupo M+HS, contra $r=-0,74$ para o grupo HS e medição 1 para 3 $r=-0,80$ (M+HS) contra $r=-0,65$ (HS) respectivamente.

No Inventário do Sono de Pittsburgh, observa-se resultados semelhantes na tabela 5.

Tabela 5 - Grupo HS – Teste Estatístico - Pontuação total do Inventário de Sono de Pittsburgh: zero, 1 mês e dois meses.

Classificações		N	Classif Média	Soma
Pontuação Total 2 – Pontuação Total 1	Classif Negativa	10 ^a	8,05	80,50
	Classif Positiva	3 ^b	3,50	10,50
	Relações	2 ^c		
	Total	15		
Pontuação Total 3 - Pontuação Total 1	Classif Negativa	10 ^d	6,85	68,50
	Classif Positiva	2 ^e	4,75	9,50
	Relações	3 ^f		
	Total	15		
Pontuação Total 3 - Pontuação Total 2	Classif Negativa	7 ^g	6,43	45,00
	Classif Positiva	6 ^h	7,67	46,00
	Relações	2 ⁱ		
	Total	15		

a. Total 2 < Total 1, b. Total 2 > Total 1, c. Total 2 = Total 1, d. Total 3 < Total 1, e. Total 3 > Total 1, f. Total 3 = Total 1, g. Total 3 < Total 2, h. Total 3 > Total 2, i. Total 3 = Total 2

Teste Estatístico			
	Total 2 - Total 1	Total 3 - Total 1	Total 3 - Total 2
Z	-2,476 ^b	-2,325 ^b	-,035 ^c
Sig. Assint. (2 caudas)	,013*	,020*	,972

a. Wilcoxon Signed Ranks Test, b. Com base em classificações positivas, c. Com base em classificações negativas.

A diferença de pontuação total entre medição 1 (Mdn =9) e 2 (Mdn = 8), T=10,5, p=0,013, r=-0,63. Entre a medição 1 (Mdn =9) e medição 3 (Mdn =8) também houve redução significativa, T=9,5, p=0,020, r=-0,60. Relativo às medições 2 e 3 não foram encontradas diferenças significativas.

No grupo M+HS (tabela 6), a diferença de pontuação total entre medição 1 (Mdn =9) e 2 (Mdn = 8), $T=22,50$, $p=0,055$, portanto não significativa entre estas medições. Entre a medição 1 (Mdn =9) e medição 3 (Mdn =7,5) houve redução significativa, $T=38$, $p=0,035$, $r=-0,49$, indicando um efeito médio entre estas medições. Relativo às medições 2 e 3 não foram encontradas diferenças significativas.

Tabela 6 - Grupo HS – Teste Estatístico - Pontuação total do Inventário de Sono de Pittsburgh: zero, 1 mês e dois meses.

Classificações		N	Classif Média	Soma
Pontuação Total 2 - Pontuação Total 1	Classif Negativa	10 ^a	8,25	82,50
	Classif Positiva	4 ^b	5,63	22,50
	Relações	4 ^c		
	Total	18		
Pontuação Total 3 - Pontuação Total 1	Classif Negativa	14 ^d	9,50	133,00
	Classif Positiva	4 ^e	9,50	38,00
	Relações	0 ^f		
	Total	18		
Pontuação Total 3 - Pontuação Total 2	Classif Negativa	8 ^g	8,81	70,50
	Classif Positiva	7 ^h	7,07	49,50
	Relações	3 ⁱ		
	Total	18		

a. $PirTotal\ 2 < Total\ 1$, b. $Total\ 2 > Total\ 1$, c. $Total\ 2 = Total\ 1$, d. $Total\ 3 < Total\ 1$, e. $Total\ 3 > Total\ 1$, f. $Total\ 3 = Total\ 1$, g. $Total\ 3 < Total\ 2$, h. $Total\ 3 > Total\ 2$, i. $Total\ 3 = Total\ 2$

Teste Estatístico			
	Total 2 - Total 1	Total 3 - Total 1	Total 3 - Total 2
Z	-1,915 ^b	-2,111 ^b	-,607 ^b
Sig. Assint. (2 caudas)	,055	,035*	,544

a. Wilcoxon Signed Ranks Test, b. Com base em classificações positivas.

Em relação ao índice de Kupperman, que afere os sintomas associados à menopausa, no grupo M+HS foi aferido em 2 momentos: zero e 2 meses, portanto em relação à medição 1 (Mdn =26) e 2 (Mdn = 22), $T=21$, $p=0,015$, $r=-0,57$. Assim, houve melhora nos sintomas, com diferença significativa para Palpitação, Parestesia e Total, como pode-se observar na tabela 7.

Tabela 7 - Grupo M+HS –Teste Estatístico - Pontuação do Índice de Kupperman antes e depois da intervenção.

Classificações	N	Classif Média	Soma
o.calor2 - o.calor1	Classif Negativa	4 ^a	4,00
	Classif Positiva	3 ^b	4,00
	Relações	11 ^c	
	Total	18	16,00
parestesia2 - parestesia1	Classif Negativa	5 ^d	3,00
	Classif Positiva	0 ^e	,00
	Relações	13 ^f	
	Total	18	15,00
insônia2 - insônia1	Classif Negativa	5 ^g	3,60
	Classif Positiva	1 ^h	3,00
	Relações	12 ⁱ	
	Total	18	18,00
nervosismo2 - nervosismo1	Classif Negativa	8 ^j	5,50
	Classif Positiva	3 ^k	7,33
	Relações	7 ^l	
	Total	18	44,00
depressão2 - depressão1	Classif Negativa	6 ^m	5,25
	Classif Positiva	3 ⁿ	4,50
	Relações	9 ^o	
	Total	18	31,50
fadiga2 - fadiga1	Classif Negativa	5 ^p	4,00
	Classif Positiva	2 ^q	4,00
	Relações	11 ^r	
	Total	18	20,00
artralgia2 - artralgia1	Classif Negativa	5 ^s	3,50
	Classif Positiva	1 ^t	3,50
	Relações	12 ^u	
	Total	18	17,50
cefaléia2 - cefaléia1	Classif Negativa	7 ^v	6,29
	Classif Positiva	4 ^w	5,50
	Relações	7 ^x	
	Total	18	44,00
palpitação.2 - palpitação1	Classif Negativa	7 ^y	4,57
	Classif Positiva	1 ^z	4,00
	Relações	10 ^{aa}	
	Total	18	32,00
zumbido2 - zumbido1	Classif Negativa	4 ^{ab}	3,00
	Classif Positiva	1 ^{ac}	3,00
	Relações	13 ^{ad}	
	Total	18	12,00
Total 2 - Total 1	Classif Negativa	13 ^{ae}	8,85
	Classif Positiva	3 ^{af}	7,00
	Relações	2 ^{ag}	
	Total	18	115,00
Total 2 - Total 1	Classif Negativa	3 ^{af}	7,00
	Classif Positiva	3 ^{af}	7,00
	Relações	2 ^{ag}	
	Total	18	21,00

a. o.calor2 < o.calor1, b. o.calor2 > o.calor1, c. o.calor2 = o.calor1, d. parest.2 < parest.1, e. parest.2 > parest.1, f. parest.2 = parest.1, g. insônia2 < insônia1, h. insônia2 > insônia1, i. insônia2 = insônia1, j. nervos.2 < nervos.1, k. nervos.2 > nervos.1, l. nervos.2 = nervos.1, m. depress.2 < depress.1, n. depress.2 > depress.1, o. depress.2 = depress.1, p. fadiga2 < fadiga1, q. fadiga2 > fadiga1, r. fadiga2 = fadiga1, s. artralgia2 < artralgia1, t. artralgia2 > artralgia1, u. artralgia2 = artralgia1, v. cefaléia2 < cefaléia1, w. cefaléia2 > cefaléia1, x. cefaléia2 = cefaléia1, y. palp.2 < palp.1, z. palp.2 > palp.1, aa. palp.2 = palp.1, ab. zumb2 < zumb1, ac. zumb2 > zumb1, ad. zumb2 = zumb1, ae. Total 2 < Total 1, af. Total 2 > Total 1, ag. Total 2 = Total 1.

Teste Estatístico										
	o.calor2 - o.calor1	parest.2 - parest.1	insônia2 - insônia1	nervos.2 - nervos.1	depress.2 - depress.1	fadiga2 - fadiga1	artralgia2 - artralgia1	cefaléia2 - cefaléia1	palp.2 - palp.1	Total 2 - Total 1
Z	-,378 ^b	-2,121 ^b	-1,667 ^b	-1,069 ^b	-1,155 ^b	-1,134 ^b	-1,633 ^b	-1,069 ^b	2,111 ^b	-1,342 ^b
Sig. Assint. (2 caudas)	,705	,034*	,096	,285	,248	,257	,102	,285	,035*	,015*

a. Wilcoxon Signed Ranks Test, b. Com base em classificações positivas.

No grupo HS não houve redução significativa na pontuação do Índice de Kupperman neste grupo em nenhuma categoria, como observado na tabela 8.

Tabela 8 - Grupo HS –Teste Estatístico - Pontuação do Índice de Kupperman antes e depois da intervenção.

Classificações	N	Classif Média	Soma
o.calor2 - o.calor1	Classif Negativa	2 ^a	2,50
			5,00

Classificações	N	Classif Média	Soma
parestesia2 - parestesia1	Classif Positiva	2 ^b	2,50
	Relações	11 ^c	
	Total	15	
	Classif Negativa	3 ^d	3,33
	Classif Positiva	2 ^e	2,50
	Relações	10 ^f	
insônia2 - insônia1	Total	15	
	Classif Negativa	2 ^g	2,25
	Classif Positiva	1 ^h	1,50
	Relações	12 ⁱ	
	Total	15	
	Classif Negativa	3 ^j	2,17
Nervosismo2 - nervosismo1	Classif Positiva	1 ^k	3,50
	Relações	11 ^l	
	Total	15	
	Classif Negativa	4 ^m	3,00
	Classif Positiva	1 ⁿ	3,00
	Relações	10 ^o	
depressão2 - depressão1	Total	15	
	Classif Negativa	5 ^p	3,70
	Classif Positiva	2 ^q	4,75
	Relações	8 ^r	
	Total	15	
	Classif Negativa	1 ^s	1,00
fadiga2 - fadiga1	Classif Positiva	3 ^t	3,00
	Relações	11 ^u	
	Total	15	
	Classif Negativa	4 ^v	5,00
	Classif Positiva	4 ^w	4,00
	Relações	7 ^x	
cefaléia2 - cefaléia1	Total	15	
	Classif Negativa	5 ^y	4,80
	Classif Positiva	3 ^z	4,00
	Relações	7 ^{aa}	
	Total	15	
	Classif Negativa	5 ^{ab}	3,50
palpitação2 - palpitação1	Classif Positiva	2 ^{ac}	5,25
	Relações	8 ^{ad}	
	Total	15	
	Classif Negativa	9 ^{ae}	6,72
	Classif Positiva	4 ^{af}	7,63
	Relações	2 ^{ag}	
zumbido2 - zumbido1	Total	15	
	Classif Negativa		
	Classif Positiva		
	Relações		
	Total		
	Classif Negativa		
Total 2 - Total 1			

a. o.calor2 < o.calor1, b. o.calor2 > o.calor1, c. o.calor2 = o.calor1, d. parest.2 < parest.1, e. parest.2 > parest.1, f. parest.2 = parest.1, g. insônia2 < insônia1, h. insônia2 > insônia1, i. insônia2 = insônia1, j. nervos.2 < nervos.1, k. nervos.2 > nervos.1, l. nervos.2 = nervos.1, m. depress.2 < depress.1, n. depress.2 > depress.1, o. depress.2 = depress.1, p. fadiga2 < fadiga1, q. fadiga2 > fadiga1, r. fadiga2 = fadiga1, s. artralgia2 < artralgia1, t. artralgia2 > artralgia1, u. artralgia2 = artralgia1, v. cefaléia2 < cefaléia1, w. cefaléia2 > cefaléia1, x. cefaléia2 = cefaléia1, y. palp.2 < palp.1, z. palp.2 > palp.1, aa. palp.2 = palp.1, ab. zumb2 < zumb1, ac. zumb2 > zumb1, ad. zumb2 = zumb1, ae. Total 2 < Total 1, af. Total 2 > Total 1, ag. Total 2 = Total 1.

Teste Estatístico											
	o.calor2 - o.calor1	parest.2 - parest.1	insônia2 - insônia1	nervos.2 - nervos.1	depress.2 - depress.1	fadiga2 - fadiga1	artralgia2 - artralgia1	cefaléia2 - cefaléia1	palp.2 - palp.1	zumb2 - zumb1	Total 2 - Total 1
Z	,000 ^b	-,707 ^c	-,816 ^c	-,557 ^c	-1,342 ^c	-,791 ^c	-1,473 ^d	-,289 ^c	-,905 ^c	-,632 ^c	-1,051 ^c
Sig. Assint. (2 caudas)	1,000	,480	,414	,577	,180	,429	,141	,773	,366	,527	,293

a. Wilcoxon Signed Ranks Test, b. A soma de classificações negativas é igual à soma de classificações positivas, c. Com base em classificações positivas, d. Com base em classificações negativas.

No grupo HS, houve diferença significativa medição inicial e final dos domínios *Relações Sociais* e *Físico* do WHOQOL-Breve. No domínio Físico (Mdn =13,14) e 2 (Mdn = 13,71), T=13, p=0,040, r=-0,52. No domínio Relações Sociais

(Mdn =14,67) e 2 (Mdn = 14,66), $T=3,50$, $p=0,008$, $r=-0,62$, como se pode observar na tabela 9.

Tabela 9 -Grupo HS – Teste Estatístico - WHOQOL Breve e Facetas do WHOQOL SRPB

Classificações	N	Classif Média	Soma
Físico2 - Físico1	Classif Negativa	2 ^a	6,50
	Classif Positiva	10 ^b	65,00
	Relações	3 ^c	
	Total	15	
Psico2 - Psico1	Classif Negativa	5 ^d	3,80
	Classif Positiva	8 ^e	72,00
	Relações	2 ^f	
	Total	15	
Relações2 - Relações1	Classif Negativa	1 ^g	3,50
	Classif Positiva	10 ^h	62,50
	Relações	4 ⁱ	
	Total	15	
Meio2 - Meio1	Classif Negativa	4 ^j	6,50
	Classif Positiva	8 ^k	52,00
	Relações	3 ^l	
	Total	15	
Total2 - Total1	Classif Negativa	4 ^m	5,13
	Classif Positiva	5 ⁿ	24,50
	Relações	6 ^o	
	Total	15	
Paz Interior2 - Paz Interior1	Classif Negativa	4 ^p	4,13
	Classif Positiva	5 ^q	28,50
	Relações	6 ^r	
	Total	15	
Sentido na Vida2 - Sentido na Vida1	Classif Negativa	6 ^s	6,00
	Classif Positiva	6 ^t	42,00
	Relações	3 ^u	
	Total	15	

a. Físico2 < Físico1, b. Físico2 > Físico1, c. Físico2 = Físico1, d. Psico2 < Psico1, e. Psico2 > Psico1, f. Psico2 = Psico1, g. Relações2 < Relações1, h. Relações2 > Relações1, i. Relações2 = Relações1, j. Meio2 < Meio1, k. Meio2 > Meio1, l. Meio2 = Meio1, m. Total2 < Total1, n. Total2 > Total1, o. Total2 = Total1, p. Paz Interior2 < Paz Interior1, q. Paz Interior2 > Paz Interior1, r. Paz Interior2 = Paz Interior1, s. Sentido na Vida2 < Sentido na Vida1, t. Sentido na Vida2 > Sentido na Vida1, u. Sentido na Vida2 = Sentido na Vida1.

Teste Estatístico

	Físico2 - Físico1	Psico2 - Psico1	Relações2 - Relações1	Meio2 - Meio1	Total2 - Total1	Paz Interior2 - Paz Interior1	Sentido na Vida2 - Sentido na Vida1
Z	-2,057 ^b	-1,874 ^b	-2,672 ^b	-1,038 ^b	-,241 ^b	-,718 ^b	-,238 ^b
Sig. Assint. (2 caudas)	,040*	,061	,008*	,299	,809	,472	,812

a. Wilcoxon Signed Ranks Test, b. Com base em classificações negativas.

Como se observa na tabela 10 a seguir, no grupo M+HS, houve diferença significativa medição inicial e final da pontuação Total do WHOQOL-Breve (Mdn =14) e 2 (Mdn = 14), $T=4$, $p=0,026$, $r=-0,52$.

Tabela 10 - Grupo M+HS – Teste Estatístico - WHOQOL Breve e Facetas do WHOQOL SRPB

Classificações		N	Classif Média	Soma
Fisico2 - Fisico1	Classif Negativa	8 ^a	9,00	72,00
	Classif Positiva	10 ^b	9,90	99,00
	Relações	0 ^c		
	Total	18		
Psico2 - Psico1	Classif Negativa	5 ^d	8,20	41,00
	Classif Positiva	12 ^e	9,33	112,00
	Relações	1 ^f		
	Total	18		
Relações2 - Relações1	Classif Negativa	9 ^g	7,39	66,50
	Classif Positiva	5 ^h	7,70	38,50
	Relações	4 ⁱ		
	Total	18		
Meio2 - Meio1	Classif Negativa	6 ^j	7,17	43,00
	Classif Positiva	8 ^k	7,75	62,00
	Relações	4 ^l		
	Total	18		
Total2 - Total1	Classif Negativa	2 ^m	2,00	4,00
	Classif Positiva	7 ⁿ	5,86	41,00
	Relações	9 ^o		
	Total	18		
Paz Interior2 - Paz Interior1	Classif Negativa	5 ^p	6,50	32,50
	Classif Positiva	9 ^q	8,06	72,50
	Relações	4 ^r		
	Total	18		
Sentido na Vida2 - Sentido na Vida1	Classif Negativa	5 ^s	6,20	31,00
	Classif Positiva	6 ^t	5,83	35,00
	Relações	7 ^u		
	Total	18		

a. Fisico2 < Fisico1, b. Fisico2 > Fisico1, c. Fisico2 = Fisico1, d. Psico2 < Psico1, e. Psico2 > Psico1, f. Psico2 = Psico1, g. Relações2 < Relações1, h. Relações2 > Relações1, i. Relações2 = Relações1, j. Meio2 < Meio1, k. Meio2 > Meio1, l. Meio2 = Meio1, m. Total2 < Total1, n. Total2 > Total1, o. Total2 = Total1, p. Paz Interior2 < Paz Interior1, q. Paz Interior2 > Paz Interior1, r. Paz Interior2 = Paz Interior1, s. Sentido na Vida2 < Sentido na Vida1, t. Sentido na Vida2 > Sentido na Vida1, u. Sentido na Vida2 = Sentido na Vida1

Teste Estatístico

	Fisico2 - Fisico1	Psico2 - Psico1	Relações2 - Relações1	Meio2 - Meio1	Total2 - Total1	Paz Interior2 - Paz Interior1	Sentido na Vida2 - Sentido na Vida1
Z	-,598 ^b	-1,712 ^b	-,902 ^c	-,606 ^b	-2,221 ^b	-1,269 ^b	-,180 ^b
Sig. Assint. (2 caudas)	,550	,087	,367	,544	,026*	,204	,857

a. Wilcoxon Signed Ranks Test, b. Com base em classificações negativas, c. Com base em classificações positivas.

Conforme visualiza-se na figura 8, a questão 1 do WHOLQOL Breve, que trata da Auto Avaliação da Qualidade de Vida, se destaca no grupo de M+HS uma mudança positiva nas medias após a intervenção neste grupo, ou seja uma melhor avaliação da qualidade de vida.

Figura 8 - Mudanças nas Medias do WHOQOL Breve antes e depois da intervenção

Em relação ao MAAS e o critério de atenção plena, não foram encontradas diferenças significativas antes e depois em ambos os grupos, como observa-se na tabela 11 e tabela 12.

Tabela 11 - Grupo M+HS – Teste Estatístico - MAAS

Classificações	N	Classif Média	Soma
Maas2 - Maas1	Classif Negativa	4 ^a	3,50
	Classif Positiva	2 ^b	3,50
	Relações	12 ^c	7,00
	Total	18	
a. Maas2 < Maas1, b. Maas2 > Maas1, c. Maas2 = Maas1			
Teste Estatístico			
Maas2 - Maas1			
Z	-,816 ^b		
Sig. Assint. (2 caudas)	,414		
a. Wilcoxon Signed Ranks Test, b. Com base em classificações negativas, c. Com base em classificações positivas.			

Tabela 12 - Grupo HS – Teste Estatístico - MAAS

Classificações		N	Classif Média	Soma
Maas2 - Maas1	Classif Negativa	3a	3,50	10,50
	Classif Positiva	3b	3,50	10,50
	Relações	9c		
	Total	15		
a. Maas2 < Maas1, b. Maas2 > Maas1, c. Maas2 = Maas1				
Teste Estatístico				
Maas2 - Maas1				
Z			,000 ^b	
Sig. Assint. (2 caudas)			1,000	
a. Wilcoxon Signed Ranks Test, b. Com base em classificações negativas, c. Com base em classificações positivas.				

Neste estudo não foram encontradas correlações entre as mudanças na insônia através dos instrumentos utilizados e status da menstruação, insônia antes da perimenopausa, hipertensão arterial sistêmica, estado civil e idade.

Tabela 13-Resumo dos resultados com significância estatística antes e depois das intervenções

Variável	Grupo	T	p (sig.)	R
IGI (2 meses de intervenção)	HS	9,5	0,11	-0,65
IGI (1 mês de intervenção)	HS	9,5	0,004	-0,74
Pittsburgh (2 meses de intervenção)	HS	9,5	0,02	-0,6
Pittsburgh (1 mês de intervenção)	HS	10,5	0,013	-0,63
WHOQOL Domínio Físico (2 meses de intervenção)	HS	13	0,04	-0,52
WHOQOL Domínio Relações (2 meses de intervenção)	HS	3,5	0,008	-0,62
IGI (2 meses de intervenção)	M+HS	2,5	0,001	-0,8
IGI (1 mês de intervenção)	M+HS	7,5	0,001	-0,77
Pittsburgh (2 meses de intervenção)	M+HS	38	0,035	-0,49
Kupperman Total (2 meses de intervenção)	M+HS	21	0,015	-0,57
Palpitação (2 meses de intervenção)	M+HS	-	0,35	-
Parestesia (2 meses de intervenção)	M+HS	-	0,34	-
WHOQOL Total (2 meses de intervenção)	M+HS	4	0,026	-0,52

DISCUSSÃO

São escassas na literatura pesquisas que versam da interface entre a meditação e o sono, principalmente no período da Perimenopausa, onde há maior prevalência deste sintoma.

Não foram encontrados estudos com metodologia semelhante, que visou eliminar alguns fatores de confusão como intervenções diretas de mudanças de hábitos e o efeito placebo, dividindo o estudo em 2 grupos de intervenção, um que utiliza somente Higiene do Sono e outro com Higiene do Sono e práticas de Meditação diária.

A princípio as recomendações de higiene do sono deveriam ser dadas a qualquer pessoa com insônia, independentemente do tratamento proposto, fato este está descrito na literatura, como por exemplo as definições do I Consenso Brasileiro de Insônia, entre outros estudos (POYARES et al., 2003; STEPANSKI; WYATT, 2003).

Os principais resultados deste estudo sugerem que a higiene do sono confere melhora significativa na condição de sono durante a perimenopausa, principalmente quando associada à prática de meditação diária.

A mudança de categorias do Índice de Gravidade de Insônia (IGI) demonstra esta diferença quando analisa-se as proporções de mulheres que mudaram de categorias entre o início e o final das intervenções do estudo (figura 6), sendo que no grupo com Meditação, 11% melhoraram 2 categorias, 50% 1 categoria e 39% não obtiveram mudança na classificação. No grupo sem meditação 7% melhoraram 2 categorias, 27% 1 categoria e 60% foram não mudaram. Esse dado da melhora do sono por conta da intervenção meditativa pode ser visto também na redução da pontuação

do Inventário de Sono de Pittsburgh, o qual quanto menor a pontuação melhor a qualidade do sono.

Os achados de Kaul et al. (2010), sugerem uma relação direta da prática meditativa com o critérios ligados à Eficiência Habitual do Sono, reduzindo inclusive as horas necessárias de sono. No entanto neste estudo não foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas em relação ao critério de *eficiência do sono* através do Inventário do Sono de Pittsburgh em nenhum dos grupos.

Enquanto o Inventário de Sono de Pittsburgh visa avaliar mais critérios ligados à duração/eficiência do sono, o IGI visa mais a qualidade subjetiva e o a gravidade da Insônia especificamente, este fato pode explicar a medição de melhora superior no IGI em relação ao Inventário do Sono de Pittsburgh.

Relativo ao tempo de prática de meditação necessário para melhora na qualidade do sono, no primeiro mês foi possível aferir mudança significativa nos índices de qualidade do sono, sendo a redução do 1º até o 2º mês de prática menor do que do início do estudo para o 1º mês. Este dado sugere que com 1 mês de prática diária já é possível colher resultados significativos da meditação para melhoria da qualidade do sono. Em geral a literatura sobre este aspecto versa de 8 semanas de prática para a maioria das técnicas, salvo técnicas meditativas de maior intensidade, retiros ou práticas de longa duração (OSPINA et al., 2007).

Um dos critérios que chama atenção foi a importante redução nos sintomas descritos pelo Índice de Kupperman no grupo M+HS (com prática de meditação), onde os critérios com redução estatisticamente significativa foram *Palpitação*, *Parestesia* e a *Pontuação Total*. No grupo de HS (sem prática de meditação) não houve redução

significativa em nenhum parâmetro do Índice de Kupperman. Este dado corrobora com o estudo de Afonso et al. (2012), que realizou um ensaio clínico com 44 mulheres na perimenopausa que praticaram meditação com insônia e obtiveram redução significativa nos sintomas da menopausa em relação ao grupo controle. Os dados encontrados também estão de acordo com os estudos de Newton et al. (2013), que, avaliando 249 mulheres em um ensaio randomizado, concluiu que a prática de yoga melhora a insônia porém não interfere nos sintomas vasomotores

Em geral os estudos na literatura não vem demonstrando efeitos diretos da meditação na diminuição da ocorrência e gravidade de sintomas vasomotores, uma crítica aos estudos presentes, é que a maioria não analisa mudanças no restante dos sintomas da menopausa, como por exemplo palpitação, cefaleia, nervosismo, fadiga, parestesia, entre outros, como ressalta o estudo de revisão sistemática de Woods et al. (2013).

No entanto esta relação entre meditação e sintomas da menopausa não é conclusiva na literatura, pois as práticas meditativas possuem alta complexidade de efeitos metabólicos e psíquicos (DANUCALOV et al., 2008; DELMONTE, 1986; JEVNING; WALLACE; BEIDEBACH, 1992), portanto os mecanismos envolvidos para atingir os benefícios da meditação ainda possuem muitas lacunas que devem ser exploradas em estudos futuros.

Neste estudo o fato das mulheres relatarem melhora nos sintomas de Palpitação e Parestesia, ambos sintomas normalmente associados aos fogachos, mostra uma possível mudança em parâmetros cardiovasculares e equilíbrio nervoso simpático/parassimpático.

Pesquisas recentes mostram que a resposta de relaxamento provocada pela meditação, principalmente quando praticada por períodos mais longos, podem melhorar funções metabólicas como o metabolismo de insulina (BHASIN et al., 2013), bem como mudanças na frequência cardíaca, padrão respiratório (ZEIDAN et al., 2010), pressão arterial (MANIKONDA et al., 2007; SBISSA et al., 2009) e a variabilidade da frequência cardíaca (WU; LO, 2010). Estas mudanças, principalmente as relativas ao padrão respiratório e a frequência cardíaca, podem ter relação com as mudanças nestes parâmetros cardiovasculares.

Sobre os efeitos da meditação sobre a qualidade de vida há muitos estudos na literatura (GROSS et al., 2009; NOGUEIRA, 1994; REIBEL et al., 2001).

Os dados de qualidade de vida aferido pela versão breve do WHOQOL demonstraram diferenças importantes entre os 2 grupos. Nos grupos de Higiene do sono os componentes com diferença de significativa melhora foram: Físico e Relações. Esta mudança pode ser explicada devido ao grupo HS ter características de maior interação entre os participantes do que o grupo M+HS devido a este segundo as participantes permanecerem em silêncio e interiorizadas por um bom tempo nas práticas semanais de meditação. No grupo de meditação inclusive houve uma piora, sem significância estatística, no domínio social do WHOQOL Breve. No domínio Físico no grupo de HS, este dados pode estar associado à características das orientações de higiene do sono estarem muito ligadas à cuidados com o corpo, alimentação e horários. No grupo com meditação também houve esta redução, porém sem diferença significativa, neste caso a significância de melhora foi aferida na diferença da pontuação Total do WHOQOL Breve antes e depois da intervenção.

Assim enquanto as participantes do grupo de higiene do sono tiveram melhora principalmente nas condições de relações sociais e no domínio físico o grupo com prática de meditação obteve uma mudança global na qualidade de vida.

Em relação às duas facetas do WHOQOL-SRPB escolhidas para este estudo, *sentido na vida e paz interior*, não foi possível avaliar diferenças significativas através deste instrumento.

Segundo Wachholtz (2005), a abordagem do componente espiritual durante as práticas meditativas possibilita diferenças significativas em seus resultados finais. Assim estudos futuros podem elucidar se há de fato diferenças da técnica vinculada ou não ao componente espiritual o qual se origina nesta população específica.

No critério de atenção plena, neste estudo aferido pelo MAAS, foi constatada uma melhora da pontuação (melhora da atenção) no grupo com meditação, porém sem diferença estatisticamente significativa. No grupo de Higiene do Sono o contrário foi constatado, houve uma pequena piora nas médias do MAAS, também sem diferença estatística. Estes achados indicam possíveis mudanças na atenção plena pela prática de meditação deste grupo específico, a serem exploradas em amostras maiores.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo serve de base para estudos maiores, investigando a relação entre meditação, sono e qualidade de vida na Perimenopausa.

Uma amostra maior de mulheres é necessária para avaliar com mais clareza as mudanças provenientes da prática de meditação diária na qualidade de vida e no tratamento da insônia. O período reduzido de execução do estudo e a grande quantidade de fatores de exclusão limitaram muito a amostra.

Outro fator importante seria comparar os resultados da meditação em mulheres de diferentes fases do período da perimenopausa, o que não foi possível no presente estudo devido ao número reduzido de participantes.

Outra limitação, a ser considerado em estudos futuros é o uso de indicadores mais objetivos para aferir o tempo total de sono e possivelmente a arquitetura do sono das estudadas como por exemplo a actigrafia.

Shapiro et. al (2003) ressalta a necessidade de que estudos futuros sobre essa temática da meditação discutam e avancem em direção à metodologias mais pautadas em um paradigma menos restrito e mais próximo de uma perspectiva integral.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo sugerem que a meditação pode ser uma ferramenta útil no tratamento da insônia durante o período da Perimenopausa, contribuindo na melhora dos sintomas da menopausa. A Higiene do Sono, corroborando com outros estudo da literatura, mostrou-se componente importante para o cuidado com a insônia na perimenopausa. A qualidade de vida durante este período também é favorecida de maneira global pela prática diária de meditação.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, R. F. et al. Yoga decreases insomnia in postmenopausal women: a randomized clinical trial. **Menopause**, v. 19, n. 2, p. 186–193, 2012.
- ALOE, F. DE. “Qualidade do sono em mulheres paulistanas no climatério.” **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, p. 130, 2005.
- AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. **The international classification of sleep disorders, revised: diagnostic and coding manual**. 4. ed. Darien: American Academy of Sleep Medicine, 2001. p. 298
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; ASSOCIATION, A. P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. **New England Journal of Medicine**, v. 4th, p. 943, 2000.
- ARRAIS, P. S. D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 71–77, 1997.
- BEAR MF PARADISO MA., C. B. W. **Neurociências: desvendando o sistema nervoso**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BENSON, H.; BEARY, J. F.; CAROL, M. P. The relaxation response. **Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes**, v. 37, n. 1, p. 37–46, 1974.
- BHASIN, M. K. et al. Relaxation response induces temporal transcriptome changes in energy metabolism, insulin secretion and inflammatory pathways. **PloS one**, v. 8, n. 5, p. e62817, 2013.
- BIRNBAUM, Z. W. **On a use of the Mann-Whitney statistic**. [s.l.] DTIC Document, 1955.
- BURKE, A. Comparing individual preferences for four meditation techniques: zen, vipassana (mindfulness), qigong, and mantra. **Explore (NY)**, v. 8, n. 4, p. 237–242, 2012.
- CALHOUN, D. A.; HARDING, S. M. Sleep and Hypertension. **CHEST Journal**, v. 138, n. 2, p. 434–443, 2010.
- CAMPOS, H. H. DE et al. Prevalência de distúrbios do sono na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 12, p. 731–736, 2005.
- CARDOSO, R. et al. Meditation in health: an operational definition. **Brain Research Protocols**, v. 14, n. 1, p. 58–60, 2004.
- CARPENTER, J. S.; STUDTS, J. L.; BYRNE, M. M. A systematic review of menopausal symptom management decision aid trials. **Maturitas**, v. 69, n. 1, p. 11–21, 2011.
- CASTRO, G. L. G. et al. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 1, p. 112–123, 2013.

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 81, 2008.

DALEY, M. et al. The economic burden of insomnia: Direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. **Sleep**, v. 32, n. 1, p. 55–64, 2009.

DANUCALOV & SIMÕES, R. S., M. A. D. **Neurofisiologia da Meditação**. São Paulo: Phorte, 2006. p. 494

DANUCALOV, M. A. et al. Cardiorespiratory and metabolic changes during yoga sessions: the effects of respiratory exercises and meditation practices. **Applied Psychophysiology and Biofeedback**, v. 33, n. 2, p. 77–81, 2008.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. 2005.

DELMONTE, M. M. Biochemical indices associated with meditation practice: A literature review. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 9, n. 4, p. 557–561, 1986.

FERNANDES, R. DE C. L. et al. Avaliação da cognição de mulheres no climatério com o Mini-Exame do Estado Mental e o Teste de Memória da Lista de Palavras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1883–1893, 2009.

FERNANDES, R. M. F. O sono normal. **Medicina**, v. 39, n. 2, p. 157–168, 2006.

FREEMAN, E. W.; SHERIF, K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. **Climacteric**, v. 10, p. 197–214, 2007.

FU, S.-Y.; ANDERSON, D.; COURTNEY, M. Cross-cultural menopausal experience: Comparison of Australian and Taiwanese women. **Nursing & Health Sciences**, v. 5, n. 1, p. 77–84, 2003.

GEIB, L. T. C. et al. Sono e envelhecimento. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 3, p. 453–465, 2003.

GEIB, L. T. C. et al. Sleep and aging. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 3, p. 453–465, 2012.

GOLD, E. B. et al. Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: study of women's health across the nation. **Journal Information**, v. 96, n. 7, 2006.

GOONERATNE, N. S. Complementary and alternative medicine for sleep disturbances in older adults. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 24, n. 1, p. 121–38, viii, 2008.

GROSS, C. R. et al. Mindfulness meditation training to reduce symptom distress in transplant patients: rationale, design, and experience with a recycled waitlist. **Clinical Trials**, v. 6, n. 1, p. 76–89, 2009.

HOLZEL, B. K. et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. **Psychiatry Research**, v. 191, n. 1, p. 36–43, 2011.

HUF, G.; DE SOUZA LOPES, C.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos Long-term benzodiazepine use in women at a daycare center for older people. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 351–362, 2000.

JEVNING, R.; WALLACE, R. K.; BEIDEBACH, M. The physiology of meditation: a review. A wakeful hypometabolic integrated response. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 16, n. 3, p. 415–424, 1992.

KABAT-ZINN, J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. **General hospital psychiatry**, v. 4, n. 1, p. 33–47, 1982.

KAUFERT, P. A. The social and cultural context of menopause. **Maturitas**, v. 23, n. 2, p. 169–180, 1996.

KAUL, P. et al. Meditation acutely improves psychomotor vigilance, and may decrease sleep need. **Behavioral and Brain Functions**, v. 6, p. 47, 2010.

KOZASA, E. H. et al. Preliminary functional magnetic resonance imaging Stroop task results before and after a Zen meditation retreat. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 62, n. 3, p. 366, 2008.

KOZASA, E. H. et al. Mind-body interventions for the treatment of insomnia: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 4, p. 437–443, 2010.

KOZASA, E. H. et al. Meditation training increases brain efficiency in an attention task. **NeuroImage**, v. 59, n. 1, p. 745–749, 2012.

LAMPL, M.; MELBY, M. K. Menopause, A Biocultural Perspective. **Annual Review of Anthropology**, v. 40, p. 53–70, 2011.

MANIKONDA, J. P. et al. Contemplative meditation reduces ambulatory blood pressure and stress-induced hypertension: a randomized pilot trial. **Journal of human hypertension**, v. 22, n. 2, p. 138–140, 2007.

MENEZES, C. B.; DELL'AGLIO, D. D.; BIZARRO, L. Meditação, bem-estar e a ciência psicológica: revisão de estudos empíricos. **Interação em Psicologia**, v. 15, n. 2, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Série A. N ed. Brasília, DF: [s.n.]. p. 192

MORAES, S. DE A. et al. Sleep disorders in climacteric women. **HealthMED**, v. 6, n. 3, p. 846, 2012.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, p. 177–187, 2004.

NEWTON, K. M. et al. Efficacy of yoga for vasomotor symptoms: a randomized controlled trial. **Menopause (New York, N.Y.)**, 16 set. 2013.

NOGUEIRA, R. P. Perspectivas da qualidade em saúde; Perspectives of health quality. 1994.

NOIA, A. S. et al. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 38–43, 2012.

NUNES, M. L. Distúrbios do sono. **Jornal de Pediatria**, v. 78, p. S63–S72, 2002.

OBERMEYER, C. M. Menopause across cultures: a review of the evidence. **Menopause**, v. 7, n. 3, p. 184–192, 1999.

OMS. **Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa** (OMS, Ed.) **Serie de informes Técnicos**. España: OMS, 1996.

ONG, J.; SHOLTES, D. A mindfulness-based approach to the treatment of insomnia. **Journal of Clinical Psychology**, v. 66, n. 11, p. 1175–1184, 2010.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 896–902, 2005.

OSPINA, M. B. et al. Meditation practices for health: state of the research. **Evid Rep Technol Assess (Full Rep)**, n. 155, p. 1–263, 2007.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafio. **Lancet**, 2011a.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011b.

PALACIOS, S. et al. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. **Climacteric**, v. 13, n. 5, p. 419–428, 2010.

PASSOS, G. S. et al. Tratamento não farmacológico para a insônia crônica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 3, p. 279–282, set. 2007.

PEDRO, A. O. et al. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 7–25, 2003.

POYARES, D. et al. I consenso brasileiro de insônia. **CEP**, v. 4020, p. 60, 2003.

QUINHONES, M. S.; GOMES, M. DA M. Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos; Sleep in normal and pathological ageing: clinical and physiopathological aspects. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 47, n. 1, 2012.

REIBEL, D. K. et al. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. **General Hospital Psychiatry**, v. 23, n. 4, p. 183–192, 2001.

SANTOS-SILVA, R. et al. Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study: rationale, design, sampling, and procedures. **Sleep medicine**, v. 10, n. 6, p. 679–85, jun. 2009.

SANTOS-SILVA, R. et al. Increasing trends of sleep complaints in the city of Sao Paulo, Brazil. **Sleep medicine**, v. 11, n. 6, p. 520–524, 2010.

SANTOS-SILVA, R. et al. Sleep Disorders and Demand for Medical Services: Evidence from a Population-Based Longitudinal Study. **PLoS ONE**, v. 7, n. 2, p. e30085, 2012.

SATO, J. R. et al. Brain Imaging Analysis Can Identify Participants under Regular Mental Training. **PLoS ONE**, v. 7, n. 7, p. e39832, 2012.

SBISSA, A. S. et al. Meditação e hipertensão arterial: uma análise da literatura. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 38, n. 3, 2009.

SCHOICKET, S. L.; BERTELSON, A. D.; LACKS, P. Is sleep hygiene a sufficient treatment for sleep-maintenance insomnia? **Behavior Therapy**, v. 19, n. 2, p. 183–190, 1988.

SHAPIRO, S. L.; WALSH, R. An analysis of recent meditation research and suggestions for future directions. **The Humanistic Psychologist**, v. 31, n. 2-3, p. 86–114, 2003.

SILVA, A. R. DA; FERREIRA, T. DE F.; TANAKA, A. C. D'ANDRETTA. História ginecológica e sintomatologia climatérica de mulheres pertencentes a uma unidade de saúde pública do Estado do Acre. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 20, p. 778–786, 2010.

SOARES, C. N. Insônia na menopausa e perimenopausa: características clínicas e opções terapêuticas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, p. 103–109, 2006.

SOUZA, J. C.; REIMÃO, R. Epidemiologia da insônia. **Psicologia em Estudo**, v. 9, p. 3–7, 2004.

STEPANSKI, E. J.; WYATT, J. K. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. **Sleep medicine reviews**, v. 7, n. 3, p. 215–225, 2003.

STURDEE, D. W. The menopausal hot flush—anything new? **Maturitas**, v. 60, n. 1, p. 42–49, 2008.

TWOROGGER, S. S. et al. The Association of Self-Reported Sleep Duration, Difficulty Sleeping, and Snoring With Cognitive Function in Older Women. **Alzheimer Disease & Associated Disorders**, v. 20, n. 1, p. 41–48 10.1097/01.wad.0000201850.52707.80, 2006.

VELLUTI, R. A.; REIMÃO, R. Fisiologia do sono. In: **Sono: estudo abrangente**. [s.l.] Atheneu São Paulo, 1996. v. 2p. 1–19.

VIGETA, S. M. G. Alterações do sono e menopausa: uma revisão da literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 377–383, 2007.

WACHHOLTZ, A. B.; PARGAMENT, K. I. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual,

psychological, cardiac, and pain outcomes. **Journal of behavioral medicine**, v. 28, n. 4, p. 369–384, 2005.

WALLACE, R. K. Physiological Effects of Transcendental Meditation. **Science**, v. 167, n. 3926, p. 1751–1754, 1970.

WILCOXON, F.; WILCOX, R. A. Some rapid approximate statistical procedures. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 52, n. 6, p. 808–814, 1950.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, 2006.

WOODS, N. F. et al. Effects of mind-body therapies on symptom clusters during the menopausal transition and early postmenopause: a systematic review. **Climacteric**, n. 0, p. 1–33, 2013.

WRITING GROUP FOR THE WOMEN’S HEALTH INITIATIVE, I. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 288, n. 3, p. 321–333, 2012.

WU, S.-D. D.; LO, P.-C. C. Cardiorespiratory phase synchronization during normal rest and inward-attention meditation. **International journal of cardiology**, v. 141, n. 3, p. 325–328, 2010.

ZEIDAN, F. et al. Effects of brief and sham mindfulness meditation on mood and cardiovascular variables. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 16, n. 8, p. 867–873, 2010.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: *Qualidade de Vida e Insônia na Perimenopausa – Meditação Como Estratégia de Intervenção*

Pesquisador responsável: Caio Fábio Schlechta Portella

Orientador da pesquisa: Profa Dra Ana Cristina d'Andretta Tanaka

Instituição: Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Sousa - Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo

Estou convidando a senhora para participar da pesquisa “**Qualidade de Vida e Insônia na Perimenopausa – Meditação Como Estratégia de Intervenção**”. Esta pesquisa tem como objetivo estudar o uso de uma técnica de meditação no tratamento de insônia e sua contribuição para o seu bem estar.

A pesquisa é de *risco mínimo*, sendo possível apenas algum desconforto pessoal que possa vir da prática de meditação.

Para tanto será necessário realizar os **seguintes procedimentos**:

1. Participar da pesquisa pelo tempo de 2 (dois) meses.
2. Responder aos questionários em 3 (três) momentos, no início da pesquisa, 30 dias depois e no final dos dois meses. O tempo de aplicação destes questionários é de aproximadamente 40 minutos.
3. Todas as mulheres selecionadas para a pesquisa serão sorteadas e **divididas em 2 (dois) grupos iguais**: *experimental e grupo controle*.
4. Aqueles que estiverem nos grupos experimental **farão práticas de meditação semanais** guiadas por mim (Caio - pesquisador responsável). Os encontros de prática de meditação terão duração de 40 minutos a 50 minutos, se estendendo um pouco mais nos dias em que serão respondidos novamente os questionários (a cada 30 dias). Nestes encontros você poderá compartilhar suas experiências pessoais com a meditação, tirar dúvidas e melhorar sua prática diária de meditação.
5. Os encontros semanais serão feitos no **Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Sousa**, com **dias e horários a serem definidos** conforme a disponibilidade sua e das mulheres do seu grupo da pesquisa.
6. As mulheres que estiverem no grupo controle responderão os questionários mas **não participarão da prática de meditação**. Serão realizados **semanalmente encontros sobre higiene do sono** (orientações sobre hábitos saudáveis para a melhoria do sono). Eu (Caio - pesquisador responsável), me comprometo a realizar grupos de meditação por pelo menos 2 (dois) meses para as mulheres deste grupo controle que, após o termino da pesquisa, se interessarem a praticar meditação.
7. Você irá ganhar um caderno, este será usado como um diário onde deverá anotar as experiências pessoais com a meditação, suas dificuldades, facilidades, o tempo que praticou no dia (se praticou) e outras informações sobre o sono e sonhos.

Importante:

- As informações, exames e quaisquer outros documentos de cada mulher serão confidenciais, nenhuma pessoa usará os dados de maneira pessoal ou sem a sua autorização.
- Durante a execução da pesquisa **você poderá desistir a qualquer momento, sem que sofra nenhum tipo de prejuízo** nos atendimentos no Ambulatório do Centro de Saúde

Geraldo de Paula Sousa.

- Não será realizado nenhum procedimento invasivo, que cause danos físicos ou que ofereçam riscos à sua saúde. O risco da pesquisa é mínimo.
- Se por algum motivo houver necessidade de atendimento específico ou for identificada alguma urgência nos testes realizados, você será avisada e encaminhada para um serviço de saúde que possa atendê-la adequadamente.
- Durante qualquer etapa do estudo, **você poderá entrar em contato comigo (Caio – pesquisador responsável) ou com os outros pesquisadores envolvidos, bem como com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública** para tirar dúvidas ou falar sobre qualquer questão que julgue importante.
- **Pesquisador Responsável: Caio Fábio Schlechta Portella**
 - **Telefone:** (11) 4303-9304 **Telefone celular:** (11) 99456-3022
 - **E-mail:** caiofabio1@usp.br
- **Orientador da Pesquisa: Ana Cristina d’Andretta Tanaka - Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública/USP**
 - **Telefones:** (11) 3061-7703 **Fax:** (11) 3061-7834
 - **E-mails:** hsm@fsp.usp.br ou hsmcpg@fsp.usp.br
- **Comitê de Ética em Pesquisa FSP-USP:**
 - **Telefone:** (11) 3061-7779
 - **Endereço:** Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP,

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.

Eu, _____
_____, declaro estar ciente de todas as informações acima e desejar participar da pesquisa **“Qualidade de Vida e Insônia na Perimenopausa – Meditação Como Estratégia de Intervenção”**.

Assinatura do participante: _____ . São Paulo,
____/____ de ____.

Eu, **Caio Fábio Schlechta Portella**, pesquisador responsável pela pesquisa, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante da pesquisa referido acima. Comprometo-me a assumir os compromissos acima citados, prestando a assistência adequada à este.

Assinatura do pesquisador: _____ . São Paulo,
____/____ de ____.

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA GRUPO M+HS

QUALIDADE DE VIDA E INSÔNIA NA PERIMENOPAUSA – FSP/USP

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____ Endereço: _____ Tel Fixo: _____ Tel cel: _____ Email: _____ Peso ____ kg Altura ____ m Fuma? () Sim () Não Estado Civil () casada () solteira () viúva/separada Pratica exercício físico? () Sim () Não Pressão alta? () Sim () Não Pressão Arterial ____ X ____ Remédios para Dormir? () Sim () Não Antidepressivos? () Sim () Não Trabalha a noite? () Sim () Não Quais remédios você toma (incluindo se faz reposição hormonal)? _____ _____ Data da Última Menstruação ____/____/____ Retirou Ovarios ou Útero? () Sim () Não	Número: _____ Data: ____/____/____
---	---------------------------------------

EM TODAS AS QUESTÕES MARQUE COM UM (X) APENAS UMA ALTERNATIVA

5) Você já tinha insônia ou dificuldades para dormir antes do “climatério”? Sim () Não ()

5a) Se sim sua insônia piorou quando você entrou no “climatério”? Sim () Não ()

5a1) QUANTO piorou NESTA ÉPOCA? ① Nada ② Muito Pouco ③ Pouco ④ Muito ⑤ Extremamente

6) Avaliando de 1 (nenhum interesse) a 5 (total interesse) qual o seu interesse em MELHORAR SEU SONO?

① ② ③ ④ ⑤

IGI

1- Por favor, avalie a GRAVIDADE atual (duas ultimas semanas) do seu problema de insônia.

a) Dificuldade de iniciar o sono: ① nenhuma ② leve ③ moderada ④ grave ⑤ muito grave

b) Dificuldade de manter o sono: ① nenhuma ② leve ③ moderada ④ grave ⑤ muito grave

c) Acordar cedo demais: ① nenhuma ② leve ③ moderada ④ grave ⑤ muito grave

2- O quão satisfeita você está com o seu padrão de sono atual?

(muito satisfeita)

①

②

③

④

(muito INSATISFEITA)

⑤

3- Quanto você considera que seu problema de sono interfere em suas atividades diárias?

① Não interfere

② Um Pouco

③ Moderadamente

④ Muito

⑤ MUITÍSSIMO

4- Quanto os OUTROS notam seu problema de sono em termos de prejuízo à sua qualidade de vida?

① Não se nota

② Um Pouco

③ Moderadamente

④ Muito

⑤ Notam MUITÍSSIMO

5- Quanta Preocupação/Sofrimento o seu problema de sono atual causa?

① Nenhuma

② Um Pouco

③ Moderadamente

④ Muito

⑤ MUITÍSSIMA

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

1)- Durante o mês passado, à que horas você foi deitar à noite na maioria das vezes? h (por exemplo: 22h)

2)- Quantos minutos demorou para pegar no sono? min (por exemplo: 30 min)

3)- Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã, na maioria das vezes? h (por exemplo: 10h)

4)- Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? h (por exemplo: 8h)

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

5a- Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

5b- Acordar no meio da noite ou muito cedo

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

5c- Levantar-se para ir ao banheiro

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

5d- Ter dificuldade para respirar

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

<p>5e-Tossir ou roncar muito alto</p> <p>① nenhuma vez ② menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p> <p>5g-Sentir muito calor</p> <p>① nenhuma vez ② menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p> <p>5h-Ter sonhos ruins ou pesadelos</p> <p>① nenhuma vez ② menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p>	<p>5f-Sentir muito frio</p> <p>① nenhuma vez ② menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p> <p>5i-Sentir dores</p> <p>① nenhuma vez ② menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p> <p>5j-(Dor) Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?</p> <p>① nenhuma vez ② menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p>
<p>6-Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?</p> <p>① Muito ruim ② Ruim ③ Boa ④ Muito boa</p> <p>8-Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado, quantas vezes isso aconteceu?</p> <p>① Nenhuma vez ② Menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p>	<p>7-Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir?</p> <p>① Nenhuma vez ② Menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p> <p>9-Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo?</p> <p>① Nenhuma falta de disposição ② Pequena falta de disposição ③ Moderada falta de disposição ④ Muita falta de disposição</p>
<p>10-Você cochila?</p> <p>☐ Sim ☐ Não</p> <p>10b-Se sim, você cochila intencionalmente, ou seja, pôr que quer?</p> <p>☐ Sim ☐ Não</p>	<p>10a-Se você Cochila, para você, cochilar é</p> <p>☐ um prazer ☐ uma necessidade ☐ outra coisa _____</p>

BERLIN

1 – Seu peso mudou nos últimos tempos?

- ① aumentou
② diminuiu
③ não mudou

2 – Você ronca?

- ① sim
② não
③ não sei

3 – Se SIM, Seu ronco é?

- ① um pouco mais alto que respirando
② tão alto quanto falando
③ mais alto que falando
④ muito alto, ouvido nos quartos próximos

4 – Com que frequência você ronca?

- ① praticamente todos os dias
② 3-4 vezes por semana
③ 1-2 vezes por semana
④ 1-2 vezes por mês
⑤ nunca ou praticamente nunca

5 – O seu ronco incomoda outras pessoas?

- ① sim
② não

6 – Com que frequência seu companheiro notou que você para de respirar quando dorme?

- ① praticamente todos os dias
② 3-4 vezes por semana
③ 1-2 vezes por semana
④ 1-2 vezes por mês
⑤ nunca ou praticamente nunca
⑥ Dorme sozinha

7 – Você se sente cansado ao acordar?

- ① praticamente todo dia
② 3-4 vezes por semana
③ 1-2 vezes por semana
④ 1-2 vezes por mês
⑤ nunca ou praticamente nunca

8 – Você se sente cansado durante o dia?

- ① praticamente todo dia
② 3-4 vezes por semana
③ 1-2 vezes por semana
④ 1-2 vezes por mês
⑤ nunca ou praticamente nunca

9 – Você alguma vez dormiu enquanto dirigia?

- ① sim
② não
③ você não dirige

Se SIM, quantas vezes isto ocorreu?

- ① praticamente todo dia
② 3-4 vezes por semana
③ 1-2 vezes por semana
④ 1-2 vezes por mês
⑤ nunca ou praticamente nunca

MAAS

1-Posso experimentar alguma emoção e demorar a tomar consciência dela.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

2-Eu quebro ou derramo coisas por falta de atenção, ou por estar pensando em outra coisa.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

3-Acho difícil permanecer atento ao que está acontecendo no momento presente.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

4-Tenho a tendência de caminhar rapidamente para chegar ao meu destino sem prestar atenção ao que experiencio durante o trajeto.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

5-Tenho a tendência de não perceber tensão física ou desconforto até que eles realmente chamem minha atenção.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

6-Esqueço o nome da pessoa a qual acabei de ser apresentado.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

7-Parece que funciono “no automático” sem muita consciência do que estou fazendo.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

8-Eu me apresso em meio a várias atividades, sem realmente prestar atenção a elas.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes

- ② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

9-Fico completamente envolvido pelo objetivo que estou perseguindo que acabo perdendo contato com os passos que devo tomar para alcançá-lo.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

10-Faço tarefas ou trabalhos automaticamente, sem estar consciente do que estou fazendo.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

11-Percebo minha atenção dividida entre o que estou fazendo e o que estou ouvindo alguém dizer.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

12-Dirijo até os lugares no “piloto automático” depois me pergunto porque fui até esse lugar.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

13-Percebo que estou preocupado com o futuro e com o passado.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

14-Percebo que faço as coisas sem atenção.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

15-Me alimento sem estar consciente do que estou comendo.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

WHOQOL-BREVE

1-Como você avaliaria sua qualidade de vida?

- ① Muito ruim ④ Boa
② Ruim ⑤ Muito Boa
③ Nem Boa nem Ruim

2-Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

- ① muito insatisfeito ④ satisfeito
② insatisfeito ⑤ muito satisfeito
③ nem satisfeito nem insatisfeito

3-Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

- ① Nada ④ Bastante
② Muito Pouco ⑤ Extremamente
③ Mais ou menos

4-O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

- ① Nada ④ Bastante
② Muito Pouco ⑤ Extremamente
③ Mais ou menos

5-O quanto você aproveita a vida?

- ① Nada ④ Bastante
② Muito Pouco ⑤ Extremamente
③ Mais ou menos

6-no Whoqol SRPB

7-O quanto você consegue se concentrar?

- ① Nada ④ Bastante
② Muito Pouco ⑤ Extremamente
③ Mais ou menos

8-Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

- ① Nada ④ Bastante
② Muito Pouco ⑤ Extremamente
③ Mais ou menos

9-Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

- ① Nada ④ Bastante
② Muito Pouco ⑤ Extremamente
③ Mais ou menos

10-Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

- ① Nada ④ Muito
② Muito Pouco ⑤ Completamente
③ Medio

O que é Meditação para você? R: _____

O que significa entrar na Menopausa para você? R: _____

O que significa envelhecer para você? R: _____

O que você acha que causa sua dificuldade de dormir?

Kupperman (faça um X sobre cada número: Leve, Moderado ou Intenso):

SINTOMAS	LEVES	MODERADOS	INTENSOS
ONDAS DE CALOR (fogachos)	4	8	12
PARESTESIA (frio, calor, formigamento sem motivo)	2	4	6
INSÔNIA	2	4	6
NERVOSISMO (se fica irritada)	2	4	6
DEPRESSÃO (tristeza)	1	2	3
FADIGA (cansaço)	1	2	3
ARTRALGIA/MIALGIA (dores pelo corpo)	1	2	3
CEFALÉIA (dores de cabeça)	1	2	3
PALPITAÇÃO (coração dispara ou bate de maneira irregular)	1	2	3
ZUMBIDO NO OUVIDO	1	2	3

Total _____ (não é necessário somar)

Anotações _____

APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA GRUPO HS

QUALIDADE DE VIDA E INSÔNIA NA PERIMENOPAUSA – FSP/USP

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____ Endereço: _____ Tel Fixo: _____ Tel cel: _____ Email: _____ Peso ____ kg Altura ____ m Fuma? () Sim () Não Estado Civil () casada () solteira () viúva/separada Pratica exercício físico? () Sim () Não Pressão alta? () Sim () Não Pressão Arterial ____ X ____ Remédios para Dormir? () Sim () Não Antidepressivos? () Sim () Não Trabalha a noite? () Sim () Não Quais remédios você toma (incluindo se faz reposição hormonal)? _____ _____ Data da Última Menstruação ____/____/____. Retirou Ovarios ou Útero? () Sim () Não	Número: _____ Data: ____/____/____
--	---------------------------------------

EM TODAS AS QUESTÕES MARQUE COM UM (X) APENAS UMA ALTERNATIVA

5) Você já tinha insônia ou dificuldades para dormir antes do “climatério”? Sim () Não ()

5a) Se sim sua insônia piorou quando você entrou no “climatério”? Sim () Não ()

5a1) QUANTO piorou NESTA ÉPOCA? ① Nada ② Muito Pouco ③ Pouco ④ Muito ⑤ Extremamente

6) Avaliando de 1 (nenhum interesse) a 5 (total interesse) qual o seu interesse em MELHORAR SEU SONO?

① ② ③ ④ ⑤

IGI

1- Por favor, avalie a GRAVIDADE atual (duas ultimas semanas) do seu problema de insônia.

a) Dificuldade de iniciar o sono: ① nenhuma ① leve ② moderada ③ grave ④ muito grave

b) Dificuldade de manter o sono: ① nenhuma ① leve ② moderada ③ grave ④ muito grave

c) Acordar cedo demais: ① nenhuma ① leve ② moderada ③ grave ④ muito grave

2- O quão satisfeita você está com o seu padrão de sono atual?

(muito satisfeita)

①

②

③

④

(muito INSATISFEITA)

⑤

3- Quanto você considera que seu problema de sono interfere em suas atividades diárias?

① Não interfere

② Um Pouco

③ Moderadamente

④ Muito

⑤ MUITÍSSIMO

4- Quanto os OUTROS notam seu problema de sono em termos de prejuízo à sua qualidade de vida?

① Não se nota

② Um Pouco

③ Moderadamente

④ Muito

⑤ Notam MUITÍSSIMO

5- Quanta Preocupação/Sofrimento o seu problema de sono atual causa?

① Nenhuma

② Um Pouco

③ Moderadamente

④ Muito

⑤ MUITÍSSIMA

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

1)- Durante o mês passado, à que horas você foi deitar à noite na maioria das vezes? h (por exemplo: 22h)

2)- Quantos minutos demorou para pegar no sono? min (por exemplo: 30 min)

3)- Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã, na maioria das vezes? h (por exemplo: 10h)

4)- Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? h (por exemplo: 8h)

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

5a- Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

5b- Acordar no meio da noite ou muito cedo

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

5c- Levantar-se para ir ao banheiro

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

5d- Ter dificuldade para respirar

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

<p>5e-Tossir ou roncar muito alto</p> <p>① nenhuma vez ② menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p> <p>5g-Sentir muito calor</p> <p>① nenhuma vez ② menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p> <p>5h-Ter sonhos ruins ou pesadelos</p> <p>① nenhuma vez ② menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p>	<p>5f-Sentir muito frio</p> <p>① nenhuma vez ② menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p> <p>5i-Sentir dores</p> <p>① nenhuma vez ② menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p> <p>5j-(Dor) Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?</p> <p>① nenhuma vez ② menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p>
<p>6-Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?</p> <p>① Muito ruim ② Ruim ③ Boa ④ Muito boa</p> <p>8-Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado, quantas vezes isso aconteceu?</p> <p>① Nenhuma vez ② Menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p>	<p>7-Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir?</p> <p>① Nenhuma vez ② Menos de 1x por semana ③ 1 ou 2 x por semana ④ 3x por semana ou mais</p> <p>9-Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo?</p> <p>① Nenhuma falta de disposição ② Pequena falta de disposição ③ Moderada falta de disposição ④ Muita falta de disposição</p>
<p>10-Você cochila?</p> <p>☐ Sim ☐ Não</p> <p>10b-Se sim, você cochila intencionalmente, ou seja, pôr que quer?</p> <p>☐ Sim ☐ Não</p>	<p>10a-Se você Cochila, para você, cochilar é</p> <p>☐ um prazer ☐ uma necessidade ☐ outra coisa _____</p>

BERLIN

1 – Seu peso mudou nos últimos tempos?

- ① aumentou
② diminuiu
③ não mudou

2 – Você ronca?

- ① sim
② não
③ não sei

3 – Se SIM, Seu ronco é?

- ① um pouco mais alto que respirando
② tão alto quanto falando
③ mais alto que falando
④ muito alto, ouvido nos quartos próximos

4 – Com que frequência você ronca?

- ① praticamente todos os dias
② 3-4 vezes por semana
③ 1-2 vezes por semana
④ 1-2 vezes por mês
⑤ nunca ou praticamente nunca

5 – O seu ronco incomoda outras pessoas?

- ① sim
② não

6 – Com que frequência seu companheiro notou que você para de respirar quando dorme?

- ① praticamente todos os dias
② 3-4 vezes por semana
③ 1-2 vezes por semana
④ 1-2 vezes por mês
⑤ nunca ou praticamente nunca
⑥ Dorme sozinha

7 – Você se sente cansado ao acordar?

- ① praticamente todo dia
② 3-4 vezes por semana
③ 1-2 vezes por semana
④ 1-2 vezes por mês
⑤ nunca ou praticamente nunca

8 – Você se sente cansado durante o dia?

- ① praticamente todo dia
② 3-4 vezes por semana
③ 1-2 vezes por semana
④ 1-2 vezes por mês
⑤ nunca ou praticamente nunca

9 – Você alguma vez dormiu enquanto dirigia?

- ① sim
② não
③ você não dirige

Se SIM, quantas vezes isto ocorreu?

- ① praticamente todo dia
② 3-4 vezes por semana
③ 1-2 vezes por semana
④ 1-2 vezes por mês
⑤ nunca ou praticamente nunca

MAAS

1-Posso experimentar alguma emoção e demorar a tomar consciência dela.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

2-Eu quebro ou derramo coisas por falta de atenção, ou por estar pensando em outra coisa.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

3-Acho difícil permanecer atento ao que está acontecendo no momento presente.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

4-Tenho a tendência de caminhar rapidamente para chegar ao meu destino sem prestar atenção ao que experiencio durante o trajeto.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

5-Tenho a tendência de não perceber tensão física ou desconforto até que eles realmente chamem minha atenção.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

6-Esqueço o nome da pessoa a qual acabei de ser apresentado.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

7-Parece que funciono “no automático” sem muita consciência do que estou fazendo.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

8-Eu me apresso em meio a várias atividades, sem realmente prestar atenção a elas.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes

- ② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

9-Fico completamente envolvido pelo objetivo que estou perseguindo que acabo perdendo contato com os passos que devo tomar para alcançá-lo.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

10-Faço tarefas ou trabalhos automaticamente, sem estar consciente do que estou fazendo.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

11-Percebo minha atenção dividida entre o que estou fazendo e o que estou ouvindo alguém dizer.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

12-Dirijo até os lugares no “piloto automático” depois me pergunto porque fui até esse lugar.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

13-Percebo que estou preocupado com o futuro e com o passado.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

14-Percebo que faço as coisas sem atenção.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

15-Me alimento sem estar consciente do que estou comendo.

- ① Quase Nunca ④ Muitas Vezes
② Esporadicamente ⑤ Quase Sempre
③ Relativamente frequente

WHOQOL-BREVE

1-Como você avaliaria sua qualidade de vida?

- ① Muito ruim ④ Boa
② Ruim ⑤ Muito Boa
③ Nem Boa nem Ruim

2-Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

- ① muito insatisfeito ④ satisfeito
② insatisfeito ⑤ muito satisfeito
③ nem satisfeito nem insatisfeito

3-Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

- ① Nada ④ Bastante
② Muito Pouco ⑤ Extremamente
③ Mais ou menos

4-O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

- ① Nada ④ Bastante
② Muito Pouco ⑤ Extremamente
③ Mais ou menos

5-O quanto você aproveita a vida?

- ① Nada ④ Bastante
② Muito Pouco ⑤ Extremamente
③ Mais ou menos

6-no Whoqol SRPB

7-O quanto você consegue se concentrar?

- ① Nada ④ Bastante
② Muito Pouco ⑤ Extremamente
③ Mais ou menos

8-Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

- ① Nada ④ Bastante
② Muito Pouco ⑤ Extremamente
③ Mais ou menos

9-Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

- ① Nada ④ Bastante
② Muito Pouco ⑤ Extremamente
③ Mais ou menos

10-Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

- ① Nada ④ Muito
② Muito Pouco ⑤ Completamente
③ Medio

O que significa entrar na Menopausa para você? R: _____

O que significa envelhecer para você? R: _____

O que você acha que causa sua dificuldade de dormir?

Kupperman (faça um X sobre cada número: Leve, Moderado ou Intenso):

SINTOMAS	LEVES	MODERADOS	INTENSOS
ONDAS DE CALOR (fogachos)	4	8	12
PARESTESIA (frio, calor, formigamento sem motivo)	2	4	6
INSÔNIA	2	4	6
NERVOSISMO (se fica irritada)	2	4	6
DEPRESSÃO (tristeza)	1	2	3
FADIGA (cansaço)	1	2	3
ARTRALGIA/MIALGIA (dores pelo corpo)	1	2	3
CEFALÉIA (dores de cabeça)	1	2	3
PALPITAÇÃO (coração dispara ou bate de maneira irregular)	1	2	3
ZUMBIDO NO OUVIDO	1	2	3

Total _____ (não é necessário somar)

Anotações _____

APÊNDICE 4 – QUESTIONÁRIO 1 MÊS DE INTERVENÇÃO

QUALIDADE DE VIDA E INSÔNIA NA PERIMENOPAUSA – FSP/USP

Nome: _____

Número: _____

Data: ____/____/____

IGI

1-Por favor, avalie a GRAVIDADE atual (duas ultimas semanas) do seu problema de insônia.

a) Dificuldade de iniciar o sono : ① nenhuma ② leve ③ moderada ④ grave ⑤ muito grave

b) Dificuldade de manter o sono: ① nenhuma ② leve ③ moderada ④ grave ⑤ muito grave

c) Acordar cedo demais: ① nenhuma ② leve ③ moderada ④ grave ⑤ muito grave

2-O quão satisfeita você esta com o seu padrão de sono atual?

(muito satisfeita)

①

②

③

④

(muito INSATISFEITA)

⑤

3-Quanto você considera que seu problema de sono interfere em suas atividades diárias?

① Não Interfere

② Um Pouco

③ Moderadamente

④ Muito

⑤ MUITÍSSIMO

4-Quanto os OUTROS notam seu problema de sono em termos de prejuízo à sua qualidade de vida?

① Não se nota

② Um Pouco

③ Moderadamente

④ Muito

⑤ Notam MUITÍSSIMO

5-Quanta Preocupação/Sofrimento o seu problema de sono atual causa?

① Nenhuma

② Um Pouco

③ Moderadamente

④ Muito

⑤ MUITÍSSIMA

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

1)- Durante o mês passado, à que horas você foi deitar à noite na maioria das vezes? h (por exemplo: 22h)

2)- Quantos minutos demorou para pegar no sono? min (por exemplo: 30 min)

3)- Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã, na maioria das vezes? h (por exemplo: 10h)

4)- Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? h (por exemplo: 8h)

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

5a-Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

5b-Acordar no meio da noite ou muito cedo

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

5c-Levantar-se para ir ao banheiro

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

5g-Sentir muito calor

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

5h-Ter sonhos ruins ou pesadelos

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

5d-Ter dificuldade para respirar

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

5e-Tossir ou roncar muito alto

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

5f-Sentir muito frio

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

5i-Sentir dores

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

5j-(Dor) Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?

① nenhuma vez

② menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

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

① Muito ruim

② Ruim

③ Boa

④ Muito boa

8-Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado, quantas vezes isso aconteceu?

① Nenhuma vez

② Menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

7-Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir?

① Nenhuma vez

② Menos de 1x por semana

③ 1 ou 2 x por semana

④ 3x por semana ou mais

9-Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo?

① Nenhuma falta de disposição

② Pequena falta de disposição

③ Moderada falta de disposição

④ Muita falta de disposição

10-Você cochila?

☐ Sim ☐ Não

10b-Se sim, você cochila intencionalmente, ou seja, pôr que quer?

☐ Sim ☐ Não

10a-Se você Cochila, para você, cochilar é

☐um prazer

☐uma necessidade

☐outra coisa _____

ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH

Qual possibilidade de você cochilar ou adormecer nas seguintes situações?

Situações	Chance de cochilar - 0 a 3
1. Sentado e lendo	
2. Vendo televisão	
3. Sentado em lugar público sem atividades como sala de espera, cinema, teatro, igreja	
4. Como passageiro de carro, trem ou metro andando por 1 hora sem parar	
5. Deitado para descansar a tarde	
6. Sentado e conversando com alguém	
7. Sentado após uma refeição sem álcool	
8. No carro parado por alguns minutos no durante trânsito	
Total	

0 - nenhuma chance de cochilar

1 - pequena chance de cochilar

2 - moderada chance de cochilar

3 - alta chance de cochilar

APÊNDICE 5 – DIÁRIO DE SONO GRUPO M+HS

DIÁRIO DE SONO

Semana: 1

	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom
Dia do mês:							
Me deitei que horas?	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h
Consegui dormir que horas?	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h
Acordei às vezes durante a noite?	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Hoje acordei que horas?	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h
Quantas vezes eu acho que acordei durante a noite?	__ vezes	__ vezes	__ vezes	__ vezes	__ vezes	__ vezes	__ vezes
Dormi mais ou menos quantas horas?	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h
Como eu acordei? (escreva o número) 1=péssimo 2=mal 3=mais ou menos 4=bem 5=muito bem							
Como foi meu sono? (escreva o número) 1=péssimo 2=ruim 3=mais ou menos 4=bom 5=ótimo							
Após as 20h tomei café, chá mate, “coca-cola” ou algum outro estimulante?	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Após as 20h tomei alguma bebida alcoólica?	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Hoje MEDITEI pela manhã?	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Hoje MEDITEI no final do dia?	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Acredito que meditei QUANTOS MINUTOS neste dia?	__ min	__ min	__ min	__ min	__ min	__ min	__ min
Como esta a sua capacidade de MEDITAR hoje? (escreva o número) 1=péssima 2=ruim 3=mais ou menos 4=boa 5=ótima							

Anotações:

Segunda _____

Terça _____

Quarta _____

Quinta _____

Sexta _____

Sábado _____

Domingo _____

APÊNDICE 6 – DIÁRIO DE SONO GRUPO HS

DIÁRIO DE SONO

Semana: 1

	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom
Dia do mês:							
Me deitei que horas?	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h
Consegui dormir que horas?	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h
Acordei às vezes durante a noite?	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Hoje acordei que horas?	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h
Quantas vezes eu acho que acordei durante a noite?	__ vezes	__ vezes	__ vezes	__ vezes	__ vezes	__ vezes	__ vezes
Dormi mais ou menos quantas horas?	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h	__ : __ h
Como eu acordei? (escreva o número) 1=péssimo 2=mal 3=mais ou menos 4=bem 5=muito bem							
Como foi meu sono? (escreva o número) 1=péssimo 2=ruim 3=mais ou menos 4=bom 5=ótimo							
Após as 20h tomei café, chá mate, “coca-cola” ou algum outro estimulante?	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Após as 20h tomei alguma bebida alcoólica?	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não

Anotações:

Segunda _____

Terça _____

Quarta _____

Quinta _____

Sexta _____

Sábado _____

Domingo _____

APÊNDICE 7 – INSTRUÇÕES PARA MEDITAÇÃO DIÁRIA

A Meditação deve ser feita todos os dias em 2 períodos (10 min), pela manhã e à noite, antes de dormir.

Lembre-se de preencher o DIÁRIO DO SONO DIARIAMENTE.

1. Sente-se em um local confortável, pode ser uma cadeira ou sofá, fique com os pés apoiados no chão.
2. Alinhe a COLUNA e procure ficar com a cabeça levemente inclinada para frente.
3. Feche os olhos e se concentre em sua respiração por alguns segundos, observe seu corpo e procure não julgar, só OBSERVE.
4. Volte a atenção para a RESPIRAÇÃO, coloque toda sua concentração no ar ENTRANDO e SAINDO dos pulmões.
5. Visualize o ar entrando e saindo por um ponto no CENTRO DA TESTA, como se você respirasse por este local.
6. Aos poucos procure tornar a respiração cada vez mais profunda e lenta, e seu corpo cada vez mais relaxado. A cada respiração procure relaxar mais o corpo.
7. Faça pequenas PAUSAS com os PULMÕES CHEIOS e com os PULMÕES VAZIOS.
8. Mantenha SEMPRE a atenção no ar ENTRANDO e SAINDO pela TESTA.
9. Mesmo se sentir sono, esforce-se, pratique por pelo menos 10 MINUTOS.
10. NÃO MEDITAR DEITADA.

LEMBRE-SE MEDITAR É UM EXERCÍCIO PARA A MENTE, POR ISSO EXIGE DEDICAÇÃO E PRÁTICA DIÁRIA, EXERCITAR A ATENÇÃO E A CONCENTRAÇÃO É A CHAVE PARA UMA BOA PRÁTICA DE MEDITAÇÃO.

APÊNDICE 8 – INSTRUÇÕES DE HIGIENE DO SONO

Higiene do sono é o conjunto de medidas que se propõe para que, de acordo com os conhecimentos da Medicina do Sono, as pessoas possam adequar seus hábitos de vida, de maneira a ter boas noites de sono.

1. Evite cafeína e estimulantes.

O café, chá preto, chimarrão, chocolate, guaraná e refrigerantes à base de cola (Coca e Pepsi) contêm cafeína ou outras xantinas que são excitantes do sistema nervoso. Mesmo que a pessoa não perceba, o sono torna-se superficial e fragmentado. Crianças estão mais sujeitas a estes efeitos. Raramente os pais dão-se conta da relação entre o consumo de refrigerantes à noite e as dificuldades de seus filhos em relação ao sono. O efeito da cafeína pode durar 8 a 14 horas. O excesso de cafeína também gera tremores nas mãos, agrava cefaleias, dores de cabeça.

2. Largue o cigarro.

A nicotina tem efeitos diversos sobre o sistema nervoso. Alguns sentem que o cigarro acalma e usam a droga como tranquilizante. Isto é a dependência ou outra doença. A nicotina é prejudicial ao sono. Se acordar, não fume para voltar a dormir.

3. Evite álcool à noite.

O álcool pode gerar um estado de sonolência, mas não favorece uma boa arquitetura do sono. Uma dose de álcool pode ajudar uma pessoa tensa a relaxar e adormecer mas o sono que se segue não é um sono normal. A respiração fica prejudicada, surgem roncos, despertares, sonhos desagradáveis. Além disso, o álcool cria dependência física e psíquica.

4. Uso racional de remédios para dormir.

Os comprimidos para dormir, assim como o álcool, não produzem um sono normal, viciam e perdem rapidamente o efeito. As pílulas para dormir devem ser tomadas por, no máximo, duas semanas. O uso esporádico parece ser inofensivo e pode ser até indicado.

5. Relaxe.

Tente criar um ritual agradável para a hora de dormir. Tente meditação, relaxamento, oração, ou outra técnica de controle da tensão. A leitura não relacionada com trabalho ou problemas é bom hábito. Evite assuntos tensos perto da hora de dormir, evite trazer pensamentos muito apreensivos, preocupações excessivas, isto pode te manter “ligado”, em estado de alerta.

6. Exercite-se.

Exercícios físicos melhoram o sono, mas uma atividade física regular, atletas têm sono mais profundo. Mas se for apenas um único dia de exercício, isto pode acarretar o sono superficial. O ideal seria fazer o exercício de manhã, ou até **4 horas antes de dormir**. Há pessoas que sentem-se relaxadas após um exercício físico noturno, se este for o seu caso então é possível fazê-lo à noite.

7. Cuide do ambiente.

Escolha um ambiente escuro, sem ruídos, evite calor e frio em excesso. Apague todas as luzes, inclusive aquelas pequenas luzinhas oriundas de aparelhos eletrônicos, despertadores, máscaras e tampões de ouvido podem ser úteis.

8. Não durma com fome

Pessoas com fome ou perdendo peso têm o sono da segunda metade da noite um pouco prejudicado. Nem por isso fica liberado o “assalto” à geladeira no meio da noite.

9. Faça refeições leves à noite

À partir dos 16 anos a capacidade digestiva vai diminuindo. O alimento não digerido entra em putrefação no intestino, provoca distensão do abdome, dificulta a respiração, causa roncos, apneias (dificuldades de respiração) e palpitações. Após certa idade, a maioria das pessoas naturalmente vão tornando as refeições da noite mais leves. Isto está correto.

10. Evite calor ou frio excessivos no quarto de dormir

Frio e calor são bem reconhecidos como perturbadores do sono. Temperatura abaixo de 17 graus causa sonhos desagradáveis e calor acima de 29 graus causa mais despertares e movimentação. O clima favorável ao sono é o de temperatura amena e pressão barométrica baixa, quando o dia "está para chuva". Mas quem não sabia que um dia nublado, úmido pede uma boa soneca. Nas noites frias, um banho quente e prolongado soluciona os pés frios e relaxa.

11. Use a cama só para dormir

Vá para cama somente quando estiver com sono – se quando for dormir não conseguir adormecer, evite “brigar” com seu corpo. Permanecer na cama, “ruminando” sobre a falta de sono só agrava a situação. Não force o sono, levante-se e procure uma atividade relaxante fora da cama, só retorne quando sentir o sono novamente;

12. Não olhe o relógio cada vez que acordar

Este mau hábito acrescenta sofrimento à tortura de uma eventual noite de insônia. Se seu relógio for daqueles com mostrador luminoso cubra-o ou deixe-o virado para o outro lado.

13. Respeite seu relógio biológico

Durma antes das 23h, evite os cochilos durante o dia (limite-se a sonecas de 10 a 15 minutos no máximo), mantenha uma rotina constante de sono, procure levantar sempre no mesmo horário, inclusive aos finais de semana, durma apenas o necessário para se sentir recuperado, não se exponha a luzes fortes ao se acordar ao meio da noite (use o mínimo de luz para usar o banheiro);

14. Crie seus próprios rituais para dormir

Podem ser atividades relaxantes como meditação, relaxamento, massagem relaxante ou outra técnica de controle da tensão; ouvir músicas relaxantes; uma boa leitura, não relacionada com trabalho ou problemas.

ANEXO 1 – CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR

25/11/13

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Ana Cristina d'Andretta Tanaka)

Ana Cristina d'Andretta Tanaka

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0164280031047299>

Última atualização do currículo em 04/11/2013

possui graduação em Curso de Complementação de Enfermagem Para Obstetr pela Universidade de São Paulo (1973), graduação em Curso de Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (1970), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1980), doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1987) e Livre-Docência em Saúde da Mulher pela Universidade de São Paulo (1994). Foi aprovada no concurso de Professor Titular pela Universidade de São Paulo, em 2003. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Mortalidade Materna, atuando principalmente nos seguintes temas: mortalidade materna, risco gravídico, saúde da mulher, saúde materna, saúde pública e informação em saúde. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Ana Cristina d'Andretta Tanaka
Nome em citações bibliográficas	TANAKA, A. C. d'A.; Tanaka, Ana Cristina d'Andretta; Tanaka, Ana Cristina d'A.; d'Andretta Tanaka, Ana Cristina; D' ANDRETTA TANAKA, ANA CRISTINA

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. AV. DR. ARNALDO - 715 2º andar Departamento de Saúde Materno-Infantil CERQUEIRA CESAR 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667703 Fax: (11) 30850240
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1994	Livre-docência. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Maternidade: O dilema entre nascimento e morte, Ano de obtenção: 1994. Palavras-chave: Mortalidade Materna; Saúde Materna; Assistência à gestação parto e puerpério; Saúde da mulher; Peregrinação. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Saúde Materna. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Saúde Materno-Infantil / Especialidade: Obstetrícia. Setores de atividade: Saúde Humana.
1981 - 1987	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: SAÚDE MATERNA E SAÚDE PERINATAL: RELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS ORGÂNICAS, SÓCIO-ECONÔMICAS E INSTITUCIONAIS, Ano de obtenção: 1987. Orientador: ARNALDO AUGUSTO FRANCO DE SIQUEIRA. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: Risco Gravídico; Saúde Materna; Saúde Perinatal. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Setores de atividade: Saúde Humana.

ANEXO 2 – CURRICULO LATTES DO PESQUISADOR

25/11/13

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Caio Fábio Schlechta Portella)

Caio Fábio Schlechta Portella

Bolsista de Mestrado do CNPq

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7548326958555947>

Última atualização do currículo em 20/11/2013

Naturólogo com formação específica em Fitoterapia pela Universidade Anhembi Morumbi é mestrando em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo com a Dissertação de Mestrado na área de Meditação e Distúrbios do Sono no período do Climatério. Faz parte do corpo editorial como revisor da revista científica: Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares. Sócio Fundador da APANAT - Associação Paulista de Naturologia, onde atua na defesa das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Há 7 anos, realiza atendimentos com naturologia no Hospital das Clínicas - Ambulatório de Ginecologia da Adolescente, onde atua como Coordenador da equipe de naturologia, sendo responsável pela supervisão de estágio hospitalar nesta área. Participa de atividades ligadas ao Setor de Transdisciplinaridade Aplicada à Saúde da UNIFESP, compondo um ambulatório de atendimento Transdisciplinar - Projeto ATAR. Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Complexidade e Saúde (NEPECS-UAM). Co-criador e coordenador do projeto "Horta Medicinal e Aromática" em Pinheiros. Experiência no uso das práticas integrativas e complementares com equipes multiprofissionais junto às áreas da psicologia, medicina, nutrição e enfermagem. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Caio Fábio Schlechta Portella
Nome em citações bibliográficas PORTELLA, C. F. S.; Portella, CFS

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2012	Mestrado em andamento em Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Título: Qualidade de vida e distúrbios do sono no climatério meditação como estratégia de intervenção, Orientador: Ana Cristina d'Andretta Tanaka. Palavras-chave: meditação; Climatério; Saúde da Mulher; Naturologia; promoção de saúde. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Medicina Preventiva. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Saúde Da Mulher. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Neurociências. Setores de atividade: Saúde humana e serviços sociais.
2005 - 2007	Especialização em Graduação Modular em Fitoterapia. (Carga Horária: 600h). Universidade Anhembi Morumbi, UAM, Brasil. Título: Achillea millefolium. Orientador: André Hinsberg.
2005 - 2008	Graduação em naturologia. Universidade Anhembi Morumbi, UAM, Brasil. Título: Psicologia e Física Quântica na Visão do Todo e da Cura - um paralelo sobre níveis da realidade. Orientador: Monica Cervini.