

SONO, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-100): EM ALUNOS DO 5º. ANO DE PSICOLOGIA EM SÃO PAULO: CAPITAL, INTERIOR E GRANDE SÃO PAULO.

Maria Nilza Moreira ¹

RESUMO

Preocupação, sono insatisfatório, ansiedade, perda de memória, insegurança, dores, alteração de apetite, uso de hipnóticos foram observados em 210 estudantes de 5º ano de Psicologia, da Capital e Interior de São Paulo, por meio de: Estudo de Sono de Giglio; Escala de Ansiedade de Hamilton e Qualidade de Vida WHOQOL-100/1998, concluindo-se que há relação entre Sono, Ansiedade e Qualidade de Vida.

Palavras-chave: Sono, Ansiedade, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Tension, unsatisfactory sleep, anxiety, fear, insecurity, pain, weakness, appetite change, using of hypnotic drugs observed on 210 subjects, 5th year students of Psychology Universities in the state of São Paulo. Were used: Giglio's Sleeping Study; Hamilton Anxiety Scale; Instrument for evaluation of Quality of Life – WHOQOL – 100/1998. The conclusion shown that there is a close relation between sleeping, anxiety and Quality of Life.

Keywords: Sleep, Anxiety, Quality of Life

APRESENTAÇÃO

Por meio de observações empíricas identificamos em estudantes do 5º. Ano de cursos de Psicologia alguns sintomas, como: irritabilidade, inquietação, tensão,

Doutora em Psicologia – Universidade de São Paulo / SP. Mestre em Psicologia – Universidade Metodista de São Paulo / SBC (com ênfase em Epistemologia Genética de Jean Piaget). Especialista em Psicopedagogia e Psicomotricidade. Graduação em: Psicologia, Pedagogia, Estudos e Ciências Sociais. Coordenadora e Docente da Pós Graduação – *stricto sensu* na Área de Psicologia do Desenvolvimento Humano e docente na Faculdade de Psicologia da Universidade Camilo Castelo Branco / SP. E, docente na Faculdade de Psicologia da Universidade Ibirapuera / SP. Diretora Geral e da Clínica Psicológica e Psicopedagógica do Instituto de Psicopedagogia Jean Piaget / SP.

sono insatisfatório, ansiedade, medo, insegurança física e emocional, humor variável, dores, fraqueza, exaustão, perda ou excesso de apetite, uso de hipnóticos, preocupação e outros. Então, desde 1998, sistematizamos estas observações, a fim de chegar a algumas constatações, no decorrer da pesquisa. Iniciamos com uma pesquisa preliminar (Moreira, 2000), aplicando os instrumentos em duas Faculdades (Capital e Interior), que apresentavam as mesmas características quanto à população.

Os crescentes níveis de tomada de consciência, no mundo contemporâneo em que a saúde mental é tão importante quanto à saúde física, têm levado a indagações constantes e a um maior número de usuários de técnicas psicoterápicas para beneficiar-se desse auxílio na solução de situações-problema, buscando, muitas vezes, substituir ou diminuir o uso dos psicofármacos.

Mesmo que o uso da psicoterapia e da neurofarmacologia, separadas ou em conjunto, seja recurso importante à disposição de pacientes e profissionais, ele traz em si estímulos às polêmicas, gerando defensores para uma ou outra dessas atividades científicas. Mas, todas as minhas pesquisas têm, por princípio filosófico e teórico, a abrangência da inter e da multidisciplinariedade. E é a partir desta abordagem que se desenvolve esta pesquisa, para dar origem, como ponto de partida, a outras investigações.

Na análise dos resultados, foi feita uma síntese de três conceituadas Escalas de Avaliação, selecionando sete elementos comuns para uma aplicação em sete Faculdades, com 210 sujeitos.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas do século XX, sobretudo a partir de 1990, que foi considerada a Década do Cérebro, houve maior índice de tomada de consciência pelos cientistas de que o trabalho solitário é menos produtivo, em termos de tempo e custo, quando não se torna, também, ineficaz. Esta é a Era da Multidisciplinariedade. As inter-relações de uns e outros profissionais tornam-se cada vez mais freqüentes, assim como a produtividade e os benefícios para o paciente, tornando maior e melhor a realização para o profissional. Tais evidências são resultados de pesquisas e refletem um pensamento mais flexível nos campos humano e científico.

Foram identificadas para esta pesquisa algumas características especiais em alunos de 5º ano de Psicologia, tais como: Problemas de Sono e Ansiedade que podem ser resultado ou resultar em um determinado padrão de Qualidade de Vida.

A partir destes elementos, foram utilizados os seguintes instrumentos para medir os níveis destes transtornos ou problemas: Questionário de Estudo do sono de Giglio. 2) Escala de Hamilton para Ansiedade (EHA). 3) Instrumento para avaliação de Qualidade de Vida - WHOQOL-100/1998.

Escolhidos os modelos para avaliação, passamos a conceituá-los dentro do processo histórico-científico.

CONCEITOS

I. SONO

O sono é um processo que, enquanto orgânico, é caracterizado como um hábito, mas no plano da razão é um fenômeno questionador, que chama a atenção de leigos e de cientistas.

Enquanto não existia luz artificial e, sobretudo, a elétrica, os questionamentos sobre tal processo permaneceram na mente dos cientistas. Mas, com a iluminação artificial, principalmente a noturna, houve uma alteração quase total no processo orgânico, além de fatores como trabalho, viagens, lazer noturno e outros, provocando insônias, sonhos diferenciados e pesadelos, ou seja, provocando transtornos de sono.

Se o interesse científico pelo sono tem início a partir da segunda metade do século XIX, a especialização nas pesquisas assume vulto maior no final do século XX.

O sonho, por sua vez, já foi motivo, há mais de 5000 anos, de muitas especulações. Mas, instituições científicas encarregaram-se de sistematizar o processo e o conteúdo deles, para interpretar e melhor compreender os processos e a saúde mentais. Neste aspecto, destacam-se, notadamente, as figuras de Freud e Jung.

Os estudos contemporâneos já avaliam e mensuram o sono em seus mecanismos, padrões de normalidades e patologias, por meio de instrumentos cada vez mais sofisticados, em termos de precisão e controle. (Reimão, 1996, 1999).

Notáveis foram as identificações descritas por Aserinsky & Kleitman, em 1953, de que o sono não é simples ausência de consciência, ao descreverem o Sono Rem "*Rapid Eye Moviments*" (Volmer, 1987, *apud Gíglío*, 1988).

O que chama a atenção, nesta pesquisa, são as recentes avaliações subjetivas do sono e entender o que coloca Dinges (1984, *apud Gíglío*, 1988), de que "o ciclo sono-vigília é, para a espécie humana, um importante marcador biológico, com particular capacidade para estabelecer normas sociais". E, como completa Gíglío (1988): "a falta de sono não só traz conseqüências de ordem social, por desajustes aos padrões culturais, mas também pode trazer outras sérias conseqüências de ordem fisiológica" e emocional.

II. ANSIEDADE

Segundo Ballanger *et alii* (*apud* Lima *et alii*, 1993), a declaração do Grupo Internacional no Transtorno de Ansiedade é de que: "a ansiedade é uma condição mórbida psiquiátrica crônica e prevalente, que leva à incapacidade e perda funcional persistente para o indivíduo e uma alta carga econômica para a vida da pessoa e para a sociedade".

Mas, comentam Kelrman e Schechter (*apud* Lima, M. G. *et alii* 1993):

"se é certo que um determinado nível de ansiedade é necessário para motivar o paciente, também é verdade que níveis excessivos de tensão, ansiedade ou intensidade de sintomas resultam num decréscimo da capacidade do paciente para

trabalhar efetivamente no tratamento”.

De acordo com o DSM-IV (1994): “A ansiedade é caracterizada por sentimentos subjetivos de antecipação, temor ou apreensão, ou por um senso de desastre eminente ou morte, associados a vários graus de excitação autonômica e reatividade”.

Como a dor física, a ansiedade leva a alterações do comportamento, exercendo também um papel importante no aprendizado e adaptação. Entretanto, a ansiedade severa pode desencadear um funcionamento desadaptativo e perturbações psicológicas. A ansiedade tem, comprovadamente, dois componentes, um psicológico e outro somático.

Várias vezes, há situações em que se fica ansioso, mas, assim que a situação se resolve, tudo volta ao normal. Porém, para algumas pessoas ansiedade é algo incontrolável. É um pavor constante que vai além do normal. Há casos em que existe um motivo para a pessoa ter ansiedade, como um “stress” provocado por fator externo ou conflito interno. São os casos de ansiedade exógena. Porém, existem situações de ansiedade em que não há nenhum motivo aparente, nem mesmo uma doença para explicar o porquê da ansiedade. Esses casos são chamados de ansiedade endógena.

Em geral, os sintomas surgem espontaneamente e, algumas vezes, sob a forma de ataques de ansiedade. Aos poucos, vão progredindo para verdadeiros ataques de pânico. Essas pessoas são, em geral, hipocondríacas, têm verdadeira fobia de freqüentar lugares onde possam se ver em situações de pânico, bem como são inclinadas a usar álcool ou drogas para combater a ansiedade.

A alteração de comportamento, que atualmente é chamada de Transtorno de Ansiedade e Somatização, era, desde o século passado e até há bem pouco tempo, chamada de neurose. De fato, ainda é assim chamada, e não há problema nisso, já que essa é uma alteração conhecida da humanidade há séculos.

Eis algumas das definições, de acordo com Statsky (1989), para o transtorno:

CULLEN (1772) caracterizou como: “Certo grupo de afecções, contrárias à Natureza dos sentimentos e do movimento, às quais não dependem de lesão tópica dos órgãos e sim de alterações gerais de todo o sistema, com repercussões especialmente sobre a motilidade e o pensamento”. PINEL (1819): englobou na definição acima estados mórbidos de outra natureza, como tétano, raiva, neuralgias, etc. JANET (1821) considerou que: “Neuroses são doenças da personalidade, caracterizadas por conflitos intrapsíquicos que inibem as condutas sociais”. FREUD (1828): formulou a Teoria Econômica das Neuroses, ligada à quantidade dos afetos (libido), que o Ego pode suportar. Criou as noções de inconsciente, Id, Ego e Superego, enfatizou o papel da primeira infância, da energia sexual e da agressividade. Formulou as fases do desenvolvimento psíquico e a formação do caráter neurótico, quando da fixação da libido em uma das fases.

Então, segundo a Psicanálise, o Ego utilizará os mecanismos de defesa como instrumentos para se defender de uma ansiedade insuportável, a qual é resultante de um conflito intrapsíquico inconsciente.

Quando essa defesa é insuficiente, há o aparecimento de sintomas, devido ao excesso de estímulos, a antigos bloqueios ou a diminuição das descargas tenham estabelecido no organismo uma barreira contra as tensões, de modo que as tensões normais agora atuam como se fossem traumáticas. O objetivo é que a tensão, ou culpa, fiquem mantidas inconscientes, seja por: repressão, regressão, deslocamento, isolamento, obsessão, introjeção, anulação, formação reativa, identificação.

A ansiedade pode se apresentar de várias formas, como: ataque de pânico, ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, fobias a situações locais, sociais e outras.

Comprova-se hoje que a ansiedade pode ser causada por um desequilíbrio químico no cérebro, como o TOC, que pode ser causado por desequilíbrio de serotonina.

Todos os casos de ansiedade apresentam sintomas psicológicos, como: apreensão, medo, desespero, sensação de pânico, hipervigilância, irritabilidade, fadiga, insônia e dificuldade para se concentrar. Além dos sintomas físicos, como taquicardia, dor de cabeça, tontura, diarreia, indigestão, vontade constante de urinar, falta de ar, boca seca, sudorese, pele fria, palidez e uma reação exagerada aos reflexos.

A Escala de Hamilton – Ansiedade (1959), apresenta 14 sintomas, dos quais 6 são psicológicos, 7 são físicos e 1 de comportamento, com escores de: 0 = ausência; 1 = intensidade ligeira; 2 = intensidade média; 3 = intensidade forte; 4 = intensidade máxima (incapacidade), que permite uma síntese cientificamente consciente, e segundo Barembliit (1986), “com inegável eficácia, fundamentando-se numa leitura prática com recursos teóricos, assim como uma severa autocrítica social”.

III. QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL – 100 (QV)

No início da pesquisa, não havia um consenso geral sobre o conceito de QV e talvez ainda não haja. Mas, há três aspectos fundamentais referentes ao constructo, que foram obtidos por um grupo de especialistas, de diferentes culturas, que são: subjetividade, multidimensionalidade, presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor).

O conceito de QV surge de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros maiores que o simples controle dos sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

Foi esta perspectiva que levou, em 1992, a Organização Mundial da Saúde (OMS) a organizar um projeto colaborativo multicêntrico. Em 1994, o Whoqol Group inicia a elaboração do Questionário WHOQOL: *WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE* (apud Spilker, 1996), com 100 (cem) itens e com cinco alternativas cada, obedecendo um protocolo padrão. O WHOQOL-100 foi traduzido e adaptado para o Brasil por Marcelo Fleck em 1998.

O desenvolvimento desses elementos conduziu à definição de QV como:

“as percepções individuais da pessoa de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ela vive, e em relação às suas metas, expectativas, padrões e interesses”. (Fleck, 1999).

A QV afeta a percepção, sentimentos da pessoa e comportamentos relacionados com suas atividades diárias, não se limitando à condição de saúde e intervenção médica.

O reconhecimento da multidimensionalidade do constructo possibilitou ao Group estruturar o instrumento de avaliação em seis domínios: físico, psicológico, individualidade ou nível de independência, relações social, meio ambiente e espiritualidade (religião e crenças pessoais).

OBJETIVO

Comparar as três Avaliações naquilo que apresentam em comum, numa tentativa de identificar a influência do Sono e da Ansiedade na Qualidade de Vida, em alunos do 5º. Ano de Psicologia.

METODOLOGIA

As escalas de avaliação constituem instrumentos essenciais na metodologia dos ensaios sócio-clínicos, proporcionando validação objetiva nas modificações sintomatológicas dentro dos padrões de normalidade. Foram utilizados, como **Material**: 1) Questionário de Estudo do sono de Giglio. 2) Escala de Hamilton para Ansiedade (EHA). 3) Instrumento para avaliação de Qualidade de Vida - WHOQOL-100/1998. Os **Sujeitos** foram **210** (duzentos e dez) estudantes do 5º. Ano de Psicologia, de sete Faculdades, sendo: 4 (quatro) da cidade de São Paulo (uma de cada Zona: leste, oeste, norte e sul), 2 da Grande São Paulo (norte e oeste) e 1 (uma) do Interior, com população de diferentes níveis sócio-econômicos, de ambos os sexos, com idades entre 20 e 52 anos.

RESULTADOS

Utilizando os elementos comuns em gênero e de conteúdos semelhantes e/ou idênticos nos três instrumentos, foram classificadas as questões, a fim de se obter uma síntese dos resultados. Os 210 sujeitos, 120 da capital (A), 30 do interior (B) e 60 da Grande São Paulo (C) apresentaram, em porcentagens, os seguintes resultados:

- Legenda: a = nada ou nunca e/ou muito insatisfeito;
b = muito pouco e/ou insatisfeito;
c = mais ou menos e/ou nem satisfeito /nem insatisfeito;
d = médio e/ou satisfeito;
e = bastante ou sempre e/ou muito satisfeito.

Capital (A)



Interior (B)



Grande São Paulo (C)



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

DE ACORDO COM ANEXOS I, II, III, IV E V, EM RELAÇÃO:

1) ao **Sono**, os estudantes (A) não dispensam as “baladas”² de final de semana, alterando o **ciclo circadiano**, provocando desgastes maiores, que procuram compensar dormindo mais nos fins de semana e com mais lazer, pequenas férias de feriados prolongados e férias do tipo veraneio; os percursos de vida dos (B) já não obedecem a um ritmo de vida dentro dos limites do que é considerado normal, com hábitos mais monótonos. As “baladas” estão mais presentes e os estudantes chegam a viajar para as cidades vizinhas em busca de novidades, mas precisam se levantar cedo, que no interior é próprio da rotina acadêmica; já os (C) habitando em cidades-dormitórios dormem tarde, com maior cansaço e devem acordar muito cedo, não conseguem, em geral, compensar o sono nos finais de semana por causa das responsabilidades caseiras. Toda população estudada apresenta transtorno de sono.

² Descontração noturna em bares, danceterias e outros.

2) à **Memória**, entre os estudantes de (A) o índice de **insatisfação** é pouco menor que em (C), mas muito maior que em (B), onde o índice de **satisfação** é maior do que em (A) e (C) e, ainda, em (C) o índice de **indecisos** é maior.

3) à **Dor**, os (A) apresentam melhores condições de Planos de Assistência à saúde, os (B) satisfazem-se, também, com os Planos de Saúde e fazem muito mais uso de medicamentos naturais, e os (C) também se satisfazem com os Planos de Saúde. Mas há uma insatisfação generalizada.

4) à **Medicação**, os (A) e (C) apresentam menor uso por ser o custo muito alto ou por maior manutenção de consultas médicas, os (B) tem maior facilidade na aquisição de medicamentos (automedicação) ou chás caseiros.

5) à **Segurança**, os (A) mesmo sendo mais protegidos por seguranças particulares ou coletivas e companhias de seguro, sentem de perto os problemas da criminalidade e da drogadição, assim como os (C), enquanto que os (B) vivem menor índice de sobressaltos, embora haja uma instabilidade geral, característica do país.

6) à **Preocupação**, os (A) e (C) enfrentam a dificuldade da estabilização, da competitividade e da rotatividade nos empregos, já para os (B) há maior estabilidade, mais oportunidade com o maior número de empresas que procuram o interior (que tem impostos mais baixos) e, mesmo, maior satisfação com salários mais baixos.

7) à **Ambiente e Moradia**, para os (A) as habitações oferecem maior conforto, proteção e locomoção e para os (C) há maior facilidade de moradia e locomoção, para os (B) há facilidade de moradia, mas há maior dificuldade na locomoção.

8) à **Ansiedade**, os (A) e (C) enfrentam congestionamentos de tráfego, problemas de estacionamentos, os salários são deficitários diante de um custo de vida elevado, mas a ilusão da mídia pode mascarar os sintomas, os (B) sentem de perto as dificuldades para enfrentar a competitividade profissional, a falta de informação sobre o papel do psicólogo e interrogação constante de como começar.

9) o **Estudo do Sono**, os resultados obtidos entre WHOQOL e GIGLIO apresentam algumas defasagens e talvez seja porque este último é mais específico e demonstra maior equivalência entre (A) e (C) na ausência de alguns problemas de sono. Enquanto que em (B) aumenta a porcentagem de satisfação.

CONCLUSÃO

Procurou-se demonstrar, primeiro, que há uma relação específica entre as três escalas de avaliação. Depois, que há uma estreita relação entre o que o meio físico oferece e a QV; que as instabilidades sociais, econômicas e política; que a expectativa sobre o futuro profissional quanto à competitividade e competência é fator de ansiedade; que há maior falta de qualidade nos hábitos de sono entre os sujeitos na capital; que a maioria, não consulta um médico para resolver problemas de sono e, portanto, mantêm os sintomas que deram origem a esta pesquisa, gerando insegurança, instabilidade, ansiedade na maior parte dos sujeitos.

Observe-se que as porcentagens são heterogêneas em cada situação e em cada ambiente.

Como resultado geral, o melhor nível de QV está entre os estudantes (B).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAREMBLITT, Gustav. (1986). *Grupos: Teoria e Técnica*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- BERLIN, Robert M. *et alii*. (1984). Sleep Disorders on a Psychiatric Consultation Service. *American Journal of Psychiatry*, 141 (4). Pp. 382-4.
- BORELLA, Piero *et alii*. (1999). *Emotional stability, anxiety, and natural killer activity under examination stress*. The Official Journal of I.S.P.N.E. – Psychoneuroendocrinology. Vol. 24. Number 6, August. Bordeaux, France / Medical School. Pergamon Editors.
- CID-10. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Coord. OMS – trad. D. Caetano. P. Alegre. A Médicas.
- DSM-IV – TM. (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais*. Trad. Dayse Batista. 4a. ed. Porto Alegre. Artes Médicas.
- FLECK, Marcelo Pio de Almeida *et al.*(1999). *Desenvolvimento da versão em Português do instrumento de avaliação de Qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 21(1)19-28.
- GIGLIO, Sandra Braz Del. (1988). *Estudo da ocorrência das queixas de insônia, de sonolência excessiva diurna e das relativas às parasônias, na população adulta da cidade de São Paulo*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.
- HAMILTON, Morghan. A. (1959). *Assessment of anxiety states by rating*. British Journal of Medical Psychology, 32: 50-55.
- KLEITMAN, Norman. (1923). *Studies on Physiology of Sleep*. The American Journal of Physiology, vol. 66, pp.67-92.
- LIMA, Manuela Garcia *et alii*. (1993). *Avaliação dos níveis de ansiedade através da Escala de Hamilton em pacientes submetidos à psicoterapia breve grupal*

dinâmica associada à medicação e sem associação de medicamentos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Vol. 42, n. 7. agosto.

MOREIRA, Maria Nilza. (2000) Sono, Ansiedade e Qualidade de Vida, em Alunos do 5^o. Ano de Psicologia, em São Paulo: Interior e Capital (pesquisa preliminar). In: José Carlos Souza, Liliana A M. Guimarães (Orgs.), *Interdisciplinaridade em Saúde Mental.*(P. 213). Campo Grande. UCBD Editora.

MURRAY, Ben et alii. (1999). *A Ligação da Paroxítora às Plaquetas de Pacientes com Fobia Social.* São Paulo. Resenha de Psiquiatria. Vol. 6. 04.

REIMÃO, Rubens. (1996) *Sono, estudo abrangente.* Segunda edição. São Paulo. Atheneu.

_____. (1999). *Medicina do Sono.* São Paulo. Lemos.

_____. (1999). *Sono, Sonho e seus distúrbios.* São Paulo. Frôntis.

SPILKER, B. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.* 2. ed. New York. Lippincott-Raven, 1996.

STATSKY, Sandro & AGUIAR, Roberto. W. (1989). *Psicoterapia de Orientação Analítica.* P. Alegre. Artes Médicas.

ANEXO I.
ESTUDO DO SONO (GÍGLIO)

Two empty rectangular boxes are provided for data entry. The first box is a large horizontal rectangle, and the second box is a smaller vertical rectangle positioned below and to the left of the first box.

QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL – 100

1) SONO

A large empty rectangular box is provided for data entry, corresponding to the 'SONO' section of the WHOQOL-100 scale.

ANEXO II.
2) MEMÓRIA

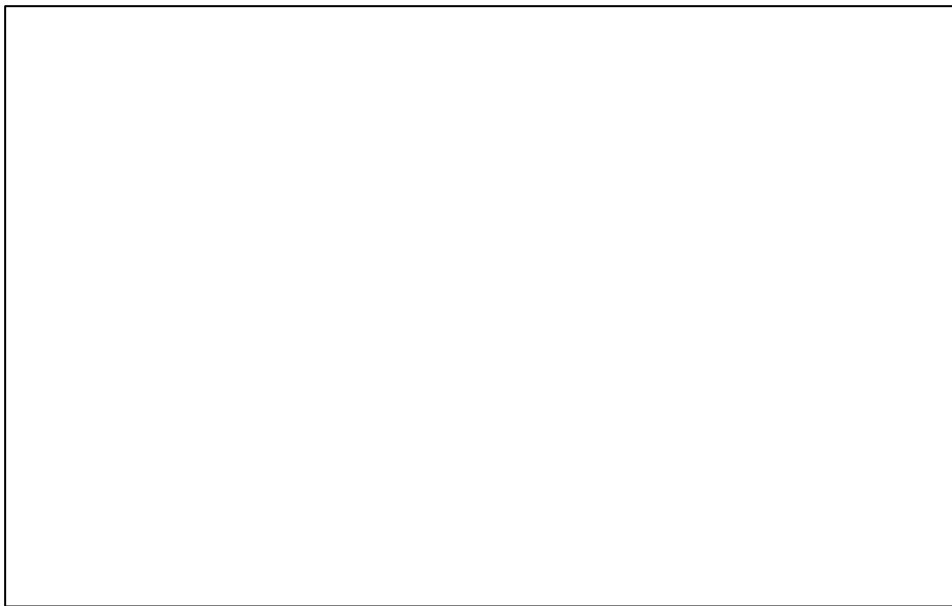


3) DOR

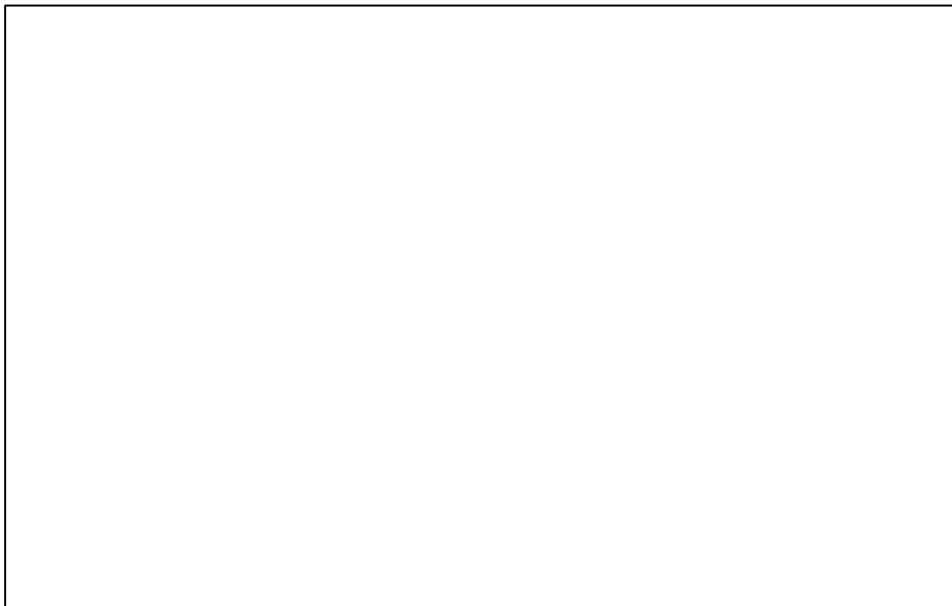


ANEXO III.

4) MEDICAÇÃO

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the content of section 4) MEDICAÇÃO.

5) SEGURANÇA

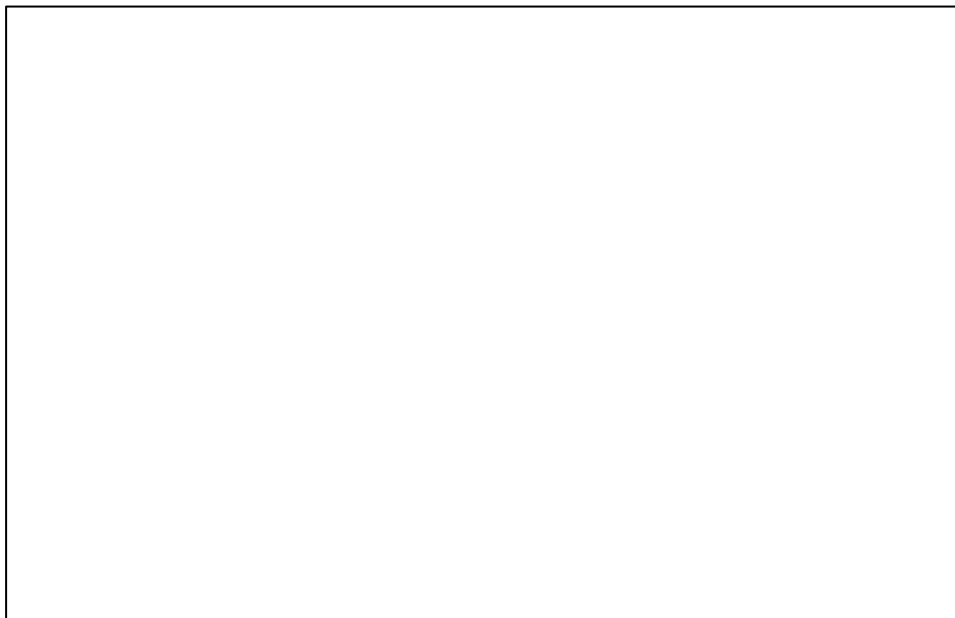
A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the content of section 5) SEGURANÇA.

ANEXO IV.

6) PREOCUPAÇÃO

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide content related to the section '6) PREOCUPAÇÃO'.

7) AMBIENTE / MORADIA

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide content related to the section '7) AMBIENTE / MORADIA'.

ANEXO V.
ESCALA DE HAMILTON

