

**IMPACTOS PSICOSSOCIAIS DA NARCOLEPSIA**

Lilian de Jesus Trindade\*  
Luciano Rezende Vilela\*\*  
Mariana Verdolin G.  
Froeseler\*\*\*

**RESUMO**

A narcolepsia é um transtorno neurológico causado pela deficiência do hormônio hipocretina e caracterizado por sonolência diurna excessiva, cataplexia, alucinações hipnagógicas e/ou hipnopômicas e paralisia do sono. O narcoléptico apresenta dificuldades em desempenhar e participar de atividades cotidianas, pois pode adormecer em qualquer situação sendo as vezes mal interpretado pela sociedade em geral como preguiçoso e até mesmo desinteressado. Por não haver cura, o tratamento é de cunho paliativo, sendo ele medicamentoso e terapêutico. Ressalta-se a Terapia Cognitivo-comportamental como uma abordagem psicoterápica eficaz frente às especificidades da narcolepsia. Questiona-se neste estudo sobre: Quais os problemas gerados pela doença sobre ponto de vista psicológico e social? Sendo assim tem por objetivo discorrer sobre os principais fatores que envolvem a narcolepsia, assim como as alterações ocorridas no ciclo sono-vigília, os sintomas apresentados, as consequências psicossociais, as formas de diagnóstico e tratamentos existentes. Como justificativa, enfatiza-se a carência de informações quanto ao tema e, conseqüentemente, a falta de conhecimento da população, dos profissionais da saúde e principalmente do indivíduo portador. Conclui-se que os sintomas da narcolepsia geram impactos psicossociais aos portadores, afetando assim a sua qualidade de vida. O método utilizado foi de natureza exploratória com fins qualitativos, por meio de revisão bibliográfica. A coleta de dados se deu por meio de artigos acadêmicos, livros, jornais, revistas, periódicos e dissertações encontrados em sites acadêmicos e a análise de dados por meio de análise de conteúdo.

**Descritores:** distúrbios do sono; narcolepsia; sonolência excessiva diurna; tratamento.

**Abstract**

Narcolepsy is a neurological disorder caused by deficiency of the hormone hypocretin characterized by excessive day time sleepiness, cataplexy, hypnagogic and / or hypnopic hallucinations, and sleep paralysis. The narcoleptic presents difficulties in performing and participating in daily activities, as it can fall a sleep in any situation and is sometimes misunderstood by society in general as lazy and even disinterested. Because there is no cure, the treatment is palliative, being medicated and therapeutic. Cognitive-behavioral therapy is emphasized as an effective psychotherapeutic approach to narcolepsy specificities. In this study we ask: What are the problems

---

\* Graduanda em Psicologia, Faculdade Ciências da Vida (FCV). *E-mail:* [liliantrind@hotmail.com](mailto:liliantrind@hotmail.com).

\*\*Neurocientista, Pós Doutorado em Neurociências pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professor do curso de bacharelado em Psicologia na Faculdade Ciências da Vida (FCV). *E-mail:* [lucianofisio@gmail.com](mailto:lucianofisio@gmail.com).

\*\*\*Psicóloga. Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora do curso de bacharelado em Psicologia na Faculdade Ciências da Vida (FCV). *E-mail:* [marianaverdolingf@gmail.com](mailto:marianaverdolingf@gmail.com).

generated by the disease from a psychological and social point of view? Therefore, it aims to discuss the main factors that involve narcolepsy, as well as the changes that have occurred in the sleep-wake cycle, the symptoms presented, the psychosocial consequences, the forms of diagnosis and the existing treatments. As justification, it is emphasized the lack of information on the subject and, consequently, the lack of knowledge of the population, health professionals and especially the individual bearer. It is concluded that the symptoms of narcolepsy generate psychosocial impacts to the patients, thus affecting their quality of life. The method used was of an exploratory nature for qualitative purposes, through a bibliographical review. Data collection was done through academic articles, books, journals, journals and dissertations found on academic sites, and data analysis through content analysis.

**Keywords:** sleep disorders; narcolepsy; excessive daytime somnolence; treatment.

## 1 INTRODUÇÃO

A narcolepsia é um distúrbio neurológico o qual faz com que as pessoas sintam sono excessivo em situações que deveriam manter-se alertas, principalmente em períodos diurnos, podendo adormecer em qualquer ocasião (HHS, 2013). O sono é um dos mecanismos responsáveis pela homeostase do organismo. Ele é controlado pelo ritmo circadiano e definido pelo ciclo sono-vigília, o qual divide-se em sono NREM e sono REM (RODRIGUES, 2012). Quando o ciclo sono-vigília, por algum motivo, passa a não funcionar corretamente, o organismo pode sujeitar-se a existência de distúrbios relacionados ao sono, como por exemplo, a Narcolepsia, tema principal deste estudo.

Além da Sonolência Excessiva Diurna (SED), a narcolepsia apresenta outros sintomas como: cataplexia, alucinações hipnopômicas e hipnagógicas e paralisia do sono (CÂMARA *et al.*, 2014). Para que haja um diagnóstico preciso, faz-se necessário exames laboratoriais e investigação da história de vida do portador (RODRIGUES, 2012). Segundo Sukys *et al.* (2010) e Hoever *et al.* (2013), citados por Bacelar e colaboradores (2013), esse transtorno está diretamente relacionado à deficiência de produção do hormônio hipocretina, produzido nos neurônios que estão posicionados na região lateral posterior do hipotálamo, sendo a hipocretina um dos responsáveis pela manutenção do estado de vigília. A incidência deste distúrbio ainda é pouco conhecida, porém, associam-se a sua causa como forma ocasional, genética ou secundária (SANTOS *et al.*, 2014). Sendo assim, os tratamentos disponíveis são de cunho paliativo, os quais auxiliam na prevenção e amenização dos sintomas.

A SED faz com que os portadores apresentem dificuldades em desempenhar e participar de determinadas atividades do dia a dia, tais como dirigir, estudar, participar de palestras, cultos e trabalhos que exijam concentração, devido ao fato de adormecerem em qualquer situação (HHS, 2013). Além disso, por ser um transtorno pouco conhecido, a família, amigos, colegas de trabalho e a sociedade em geral podem ter uma visão equivocada frente aos “ataques” de sono irresistíveis fora de hora, os quais os narcolépticos são surpreendidos.

Em prol de uma melhor qualidade de vida e bem estar do narcoléptico, busca-se neste trabalho discorrer sobre as principais questões que envolvem a narcolepsia, assim como as alterações ocorridas no ciclo sono-vigília, os sintomas que caracterizam a doença, os possíveis impactos psicossociais provenientes do transtorno, as formas de diagnóstico e os tratamentos existentes para a amenização dos sintomas e uma melhor aceitação do indivíduo frente às mudanças de hábitos e novo estilo de vida que o portador terá que se submeter.

Quanto às diferentes abordagens psicoterapêuticas disponíveis, a cognitivo-comportamental mostra-se de grande valia a este estudo. Caracterizando-se pela natureza educativa (ensino de habilidades), focada no estabelecimento de objetivos para o tratamento, entre outros aspectos (BACELAR *et al.*, 2013; VIEIRA *et al.*, 2012), a terapia cognitivo-comportamental apresenta recursos e métodos, os quais podem auxiliar na adaptação e adequação do portador a uma rotina de vida apropriada às suas necessidades cotidianas específicas e suas limitações.

Diante do exposto, este trabalho justifica-se devido a carência de informações quanto ao tema e, conseqüentemente, a falta de conhecimento da população, dos profissionais da saúde e principalmente do indivíduo portador, ocasionando assim na falta de recursos quanto ao tratamento adequado. Para direcionamento da pesquisa foi formulado o seguinte questionamento: Quais os problemas gerados pela doença sobre ponto de vista psicológico e social?

A fim de responder tal pergunta, foram levantados três pressupostos: O primeiro presume que a sonolência diurna constante é fator predominante para o afastamento do portador em eventos cotidianos, resultando assim na diminuição das relações interpessoais. O segundo pressupõe que a visão dos outros advinda da falta de conhecimento a respeito do transtorno faz com que o portador seja taxado como preguiçoso e desinteressado, afetando assim a sua autoestima. E o terceiro supõe que a dificuldade de concentração para os estudos e a proibição de certos tipos de trabalho acarretam ao portador baixo rendimento pessoal.

A partir dos estudos realizados, foi possível identificar que os sintomas da narcolepsia geram impactos negativos na vida do portador e de seus familiares, sendo identificados prejuízos sobre o ponto de vista psicológico, social e também à saúde, contribuindo assim para uma má qualidade de vida ao indivíduo portador. A metodologia utilizada para a elaboração deste estudo foi de natureza exploratória, com fins qualitativos, e quanto aos meios trata-se de uma revisão bibliográfica. A coleta de dados se deu por meios de artigos acadêmicos, livros, jornais, revistas, periódicos e dissertações encontrados em sites acadêmicos, como: SciElo, LILACS, BVS Psi e PePSIC. A análise de dados foi por meio de análise de conteúdo.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

O sono é um fator fisiológico essencial na qualidade de vida do indivíduo. Ele envolve mecanismos do sistema nervoso central, sendo controlado pelo ritmo circadiano e definido pelo ciclo sono-vigília (RODRIGUES, 2012). O sono se dá como um dos agentes participantes da homeostase do corpo e faz-se presente por cerca de um terço do cotidiano dos indivíduos (CIAMPO, 2012). É através dele que ocorre a manutenção e reabilitação de processos cognitivos, tais como, aprendizagem e memória, a preservação energética metabólica, a conservação da saúde psíquica e a restauração dos neurônios (JANUARIO, 2012; ARAUJO *et al.*, 2012).

O processo do sono divide-se em sono NREM e sono REM. O sono NREM é caracterizado por movimentos lentos dos olhos e por vezes sinais de encolhimento muscular das mãos e pés. Ele se divide em quatro estágios: o primeiro ocorre logo ao adormecer, sendo esse denominado como o sono leve, podendo voltar ao alerta a qualquer momento. No segundo estágio o sono torna-se um pouco mais profundo ocorrendo alterações cardiorrespiratórias, enquanto o terceiro e quarto estágio se dão através da continuidade da redução das frequências cardiorrespiratórias e ao sono cada vez mais intenso, ocorrendo a transição para o sono REM. O sono REM caracteriza-se por movimentos ligeiros dos olhos, atonia muscular e aumento na frequência cardiorrespiratória, sendo esta a fase na qual processam-se os sonhos por ser o estágio mais profundo do sono (RODRIGUES, 2012; JANUÁRIO, 2012).

A vigília é ativada sobre a reação de neurotransmissores localizados no hipotálamo posterior lateral, que têm como função a estimulação do estado de alerta, sendo eles: a histamina, acetilcolina, dopamina, serotonina, noradrenalina e a hipocretina/orexina (NEVES *et al.*, 2013). O ciclo sono-vigília se dá através da transição do estado de alerta para o estado de adormecimento, sendo que o funcionamento anormal pode contribuir para a ocorrência de certos transtornos que influenciarão no equilíbrio do organismo (CIAMPO, 2012), dentre esses transtornos encontra-se a narcolepsia.

Segundo a quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V; APA, 2014), existem cinco tipos de transtornos do sono, sendo eles, as dissonias, caracterizadas por transtornos que envolvam insônia ou hipersônia; as parassonias que são definidos como transtornos relacionados a comportamentos ocorridos durante o sono como, sonambulismo, pesadelos e terrores noturnos; os transtornos do sono ocorridos por predisposição do organismo; transtornos de sono advindos de distúrbios mentais e por último transtornos de sono causados por substâncias psicoativas (DSM V).

A narcolepsia é um distúrbio crônico neurológico, causado por alterações ocorridas na fase do sono REM, classificado pelo DSM-V como dissonia, pois nele ocorrem alterações no ciclo sono-vigília caracterizadas pelo excesso de sono em ocasiões que o indivíduo deveria estar alerta, principalmente em períodos diurnos (ANTUNES *et al.*, 2014; BASTOS *et al.*, 2015; DSM V). Segundo Jankovic *et al.* (1996) citado por Oliveira (2013), etimologicamente a palavra narcolepsia advém do grego, em que *narco* corresponde a sonolência e *lepsia* significa crise, e foi dita pela primeira vez na década de 1980 pelo médico francês Jean Baptiste Gelineau, sendo ele também o responsável pela definição dos sintomas para a identificação da narcolepsia.

Para o estabelecimento do diagnóstico da narcolepsia, a Sonolência Excessiva Diurna (SED) deve vir acompanhada de outros sintomas, como: a cataplexia, alucinações hipnopômicas e/ou hipnagógicas e paralisia de sono. Nem sempre todos esses sintomas se fazem presentes, podendo haver ocorrência de uns e outros não, sendo assim, para o diagnóstico preciso, faz-se necessário exames clínicos, sendo a Polissonografia e o teste de Latência Múltipla do Sono os mais comuns. Além destes exames é preciso analisar a história de vida do paciente, a fim de identificar a sintomatologia existente (SCAMMELL, 2013; HHS, 2013).

Outra ferramenta que pode auxiliar o profissional frente ao diagnóstico é a Escala de Sonolência Epworth (ESE). A ESE é um instrumento de autorrelato, de aplicação rápida e de baixo custo, na qual, através de oito situações rotineiras, analisa-se a probabilidade do

paciente cair no sono. O resultado pode variar de 0 a 24, sendo que, até 9 o paciente encontra-se dentro da normalidade, de 10 a 15 encontra-se em situação moderada e acima de 16 indica a possibilidade de distúrbios relacionados a sonolência excessiva diurna. A ESE foi desenvolvida em inglês, porém hoje já se encontra disponível em diversas línguas (MIYAKE *et al.*, 2014; VESZ *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2012). Segundo Miyake *et al.* (2014) a versão em português foi traduzida e validada por Bertolazi e seus colaboradores no ano de 2009, conforme segue abaixo:

\*Escala de Sonolência de Epworth.

	0-Nenhuma chance de cochilar	1-Pequena chance de cochilar	2-Moderada chance de cochilar	3-Alta chance de cochilar
Sentado e lendo				
Assistindo televisão				
Sentado, quieto em um lugar público, sem atividade (sala de espera, cinema, teatro, reunião)				
Como passageiro de um trem, carro ou ônibus, andando uma hora sem parar				
Deitado para descansar a tarde quando as circunstâncias permitem				
Sentado conversando com alguém				
Sentado calmamente após o almoço, sem ter bebido álcool				
Dirigindo seu carro, enquanto para por alguns minutos no trânsito intenso				
<b>Pontuação total:</b>				

**Fonte:** BERTOLAZI *et al.*, 2009 *apud* MIYAKE *et al.*, 2014.

O DSM V frente ao diagnóstico classifica a narcolepsia de acordo com suas características dividindo-as em cinco subtipos específicos: narcolepsia com deficiência de hipocretina e ausência de cataplexia; narcolepsia com “ataques” de cataplexia e níveis normais de hipocretina; narcolepsia com baixos índices de hipocretina, acompanhada por surdez, ataxia cerebelar e consequentemente a demência; narcolepsia associadas a obesidade, diabetes tipos 2 e insuficiência de hipocretina e por fim; narcolepsia originada como efeito secundário de determinada condição médica. O transtorno pode ser classificado também conforme a intensidade dos sintomas: leve, na qual observa-se raras ocorrências de cataplexia, hipersônia diurna com ocorrência de uma ou duas vezes ao dia e sono noturno mais tranquilo; moderado, caracterizando-se por ocorrência esporádica de cataplexia, necessidades de

cochilos frequentes diurnos e sono noturno interrompido por diversas vezes, e grave, com frequentes episódios de cataplexia, sendo eles irreversíveis até mesmo com tratamento medicamentoso, hipersônia diurna frequente e sono noturno bastante conturbado (APA, 2014).

Tratando-se dos sintomas, na SED, os cochilos são breves e repentinos, podendo ocorrer em qualquer ocasião que o indivíduo se encontre (HHS, 2013). A cataplexia é um sintoma exclusivo da narcolepsia, porém, não se dá em todos os casos do transtorno, sendo fundamentalmente caracterizada pela perda do tônus muscular sem perda de consciência, desencadeada após fortes emoções (OLIVEIRA, 2013). As alucinações são de caráter visual, auditiva ou tátil, podendo elas serem hipnagógicas, que ocorrem logo após o adormecer, e/ou hipnopômicas, que se dão na passagem do sono-vigília (SCAMMEL, 2013; HHS, 2013). A paralisia do sono ocorre logo no início do adormecer ou perto do momento de despertar, esta sobrevêm da incapacidade de falar e se mexer por causa da atonia muscular, permanecendo em ação apenas os músculos oculares e os necessários para a respiração (CHUQUIMIA; VARGAS, 2013; OLIVEIRA, 2013).

A narcolepsia afeta de 0,03 a 0,16% da população de forma geral. Sua incidência ainda é pouco conhecida, porém associa-se sua ocorrência sob forma ocasional que diz da predisposição própria do organismo, de forma genética em que se é herdada de parentes, ou secundária que é advinda de outros fatores, como: traumatismo craniano, acidente vascular cerebral, entre outros. O transtorno pode manifestar-se em pessoas de ambos os sexos e em qualquer faixa etária de idade, podendo surgir os primeiros sintomas na infância, porém, tem maior prevalência na segunda década de vida entre as idades de 15 a 30 anos (MACEDO *et al.*, 2014; HHS, 2013; ANTUNES *et al.*, 2014).

A narcolepsia tem sido estudada há mais de 130 anos, contudo, somente no ano de 2000 descobriu-se que a doença tem ligação com a disfunção da hipocretina (PEYRON *et al.*, 2000 *apud* RODRIGUES, 2012). Essa descoberta se deu após pesquisas realizadas com cães que apresentavam sintomas característicos da cataplexia (LIN *et al.*, 1999 *apud* RODRIGUES, 2012). Logo após esses estudos, alguns pesquisadores comprovaram a relação entre a hipocretina e os portadores do distúrbio, verificando que havia uma perda significativa dos neurônios que produzem hipocretina (HHS, 2013).

A hipocretina é um dos hormônios responsáveis pela manutenção do estado de vigília do organismo, no qual inibe a quantidade do sono REM, através das vias monoaminérgicas. Sua produção se dá em neurônios posicionados na região lateral-posterior do hipotálamo, região essa que tem ligação em processos comportamentais e homeostáticos

(OLIVEIRA, 2013; BALEIA, 2015; BASTOS *et al.*, 2015). De acordo com Baleia (2015), existem dois tipos de hipocretina, sendo elas do tipo 1 e 2. Sukys *et al.* (2010) e Hoefer *et al.* (2013), citados por Bacelar e colaboradores (2013), ressaltam que nos estudos realizados em animais com sintomas de narcolepsia e cataplexia, foi detectado a deficiência da hipocretina tipo 2. Baleia (2015) completa, entretanto, que na narcolepsia humana ocorre a falta da hipocretina tipo 1, que ocasiona a desestabilização do ciclo sono-vigília, causando assim alterações nos períodos de alerta e de sono. Dessa forma, o sono se torna fragmentado e a transição do ciclo sono-vigília passa a ocorrer desordenadamente.

Conforme o DSM V (APA, 2014), para que seja caracterizada como narcolepsia, a hipersônia diurna tem que ocorrer pelo menos três vezes por semana em um período recorrente de três meses, juntamente ao episódio de ao menos um dos demais fatores, como a perda de tônus muscular e/ou deficiência de hipocretina e/ou alterações no sono REM definidos pela média de latência do sono. Apesar de várias pesquisas realizadas a respeito da narcolepsia, ainda não se tem dados científicos que definam a sua causa, sendo assim os tratamentos não são de caráter curativo e sim estratégias utilizadas com o objetivo da amenização dos sintomas e melhora na qualidade de vida do portador (RODRIGUES, 2012).

O tratamento medicamentoso para alívio da sonolência excessiva se dá por meio de fármacos a base de anfetaminas e estimulantes relacionados ao Sistema Nervoso Central, auxiliando na manutenção da vigília e na liberação de dopamina, serotonina e noradrenalina, sendo mais comuns aqueles a base de modafinil, metilfenidato ou metanfetamina. Nos casos de narcolepsia com eventos de cataplexia, utiliza-se a associação dos medicamentos usados para o excesso de sonolência, com os oxibato de sódio ou antidepressivos tricíclicos que são inibidores de noradrenalina e/ou serotonina (BILLIARD *et al.*, 2006 *apud* RODRIGUES, 2012).

A sonolência excessiva diurna e/ou cataplexia resultam em uma desorganização mental no âmbito fisiológico e cognitivo (ARAUJO; ALMONDES, 2012). Dessa forma, fazem com que o portador tenha dificuldade em desempenhar tarefas do cotidiano, como estudar, dirigir e até mesmo trabalhar em determinadas funções, afetando assim sua qualidade de vida, desempenho acadêmico, profissional e social (ALÓE *et al.*, 2010). Em muitos casos, faz-se visível a superproteção familiar, que receia o acontecimento de “acidentes”, acarretando assim constrangimento emocional para ambas as partes (MACEDO *et al.*, 2014).

Apesar de adormecerem facilmente, os pacientes narcolépticos podem apresentar dificuldades em manter o sono profundo durante a noite, pois podem surpreender-se com movimentos inquietos das pernas e com alucinações visuais e auditivas durante os sonhos



(HHS, 2013). Santos e colaboradores (2014) acrescentam que quando o indivíduo não tem um sono satisfatório durante a noite ele pode apresentar prejuízos relacionados a alterações intestinais, concentração e memória prejudicada, dores de cabeça, vertigens, lombeiras e mal estar em geral. Dentro dessa mesma proposta, Turco *et al.* (2011), ressaltam que o indivíduo que não dorme bem durante a noite pode ter uma pré-disposição ao ganho de peso, o qual poderá resultar em obesidade. Isso ocorre devido a alterações metabólicas e endócrinas que ocorrem no organismo em decorrência das alterações no sono.

Os portadores da narcolepsia são constantemente considerados pela sociedade como preguiçosos, desinteressados, desatentos, e até mesmo, indiferentes. Diante disso eles passam a evitar participações em determinados eventos, como: palestras, festas, reuniões, podendo levá-los ao isolamento social, baixa autoestima, desânimo, mudança de humor, ansiedade e inclusive sintomas depressivos (FORTUYN *et al.*, 2010 *apud* ALÓE *et al.*, 2010). Ressalta-se ainda o fato de muitas vezes esses pacientes terem sua autoimagem diminuída, sentindo-se incapazes de realizar tarefas simples do cotidiano, podendo assim, serem objetos de deboche e até mesmo exclusão social (MACEDO *et al.*, 2014).

A mudança de hábitos se faz de extrema importância no tratamento da narcolepsia. Segundo Quinnell e Smith (2011), o portador deve adaptar-se a uma rotina na qual possa ter noites suficientes de sono e dias programados, com intervalos nos quais possa dar cochilos breves. A esta mudança de hábitos vincula-se o atendimento terapêutico, com o objetivo de auxiliar o portador a lidar com as alterações psicossociais e a se adequar a sua nova rotina de vida (ANTUNES *et al.*, 2014).

Por meio de métodos, técnicas e estratégias, o acompanhamento psicológico pode possibilitar melhor qualidade de vida ao portador de doenças crônicas, contribuindo no alívio dos sintomas e no enfrentamento e/ou adaptação do seu novo estilo de vida. É necessário que o terapeuta compreenda o diagnóstico, assim como suas peculiaridades, e que tenha uma visão biopsicossocial, na qual tratará da individualidade do portador, verificando assim a melhor forma de intervenção de acordo com a realidade do paciente (NEVES; MOLINA, 2011; BORGES *et al.*, 2013). Segundo Romanzini (2015) e Silveiras *et al.* (2014) as intervenções mais utilizadas para transtornos relacionados ao sono são as abordagens que se constituem de medidas comportamentais na qual busca-se realizar a análise funcional do comportamento, identificando e descrevendo relações entre o indivíduo, o ambiente e o comportamento, tendo como foco principal os contextos relacionados ao distúrbio.

Porém, ao tratar-se especificamente da narcolepsia, vê-se a necessidade de intervenções que envolvam os sintomas secundários advindos do transtorno, como alterações

cognitivas, depressão, ansiedade, baixa autoestima, isolamento social, entre outros. Distúrbios crônicos por vezes trazem aos indivíduos portadores, visões distorcidas e pensamentos errôneos a respeito da capacidade de realização de tarefas comuns do dia a dia, pensando eles serem a todo momento incapazes de executá-las por portarem aquele transtorno (WRIGHT *et al.*, 2000). Na narcolepsia não se faz diferente. O narcoléptico pode condicionar-se ao pensamento de sempre adormecer, ou ter um ataque cataplético em determinados locais, mesmo que estes eventos não ocorram a todo momento, ocasionando assim em alterações cognitivas e conseqüentemente mudanças comportamentais (BALEIA, 2015; SILVA; MELO, 2015; WRIGHT *et al.*, 2000).

Neste sentido, ressalta-se a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), visto que conforme Beck *et al.* (1979) citado por Kanap; Beck (2008), a TCC traz devida importância aos pensamentos disfuncionais e ao efeito cognitivo irreal que influenciam as emoções, sentimentos, crenças e comportamentos dos indivíduos. Ainda segundo Kanap; Beck (2008), a TCC postula que, a forma de percepção e de processamento das experiências vividas, influi diretamente no modo de se portar e sentir. Segundo Flores (2012), a TCC trabalha as crenças pessoais do indivíduo e do seu meio social, em que, sabe-se que ao promover alterações no modo de como se processa as crenças, o indivíduo poderá modificar o modo de enfrentamento das situações vividas.

Wright *et al.* (2000) enfatizam que sensações angustiantes podem ser amenizadas através de pensamentos positivos podendo promover sensações de bem estar. Explicam que a cognição tem o papel de intermediador do comportamento, em que ao acontecer um fato, ocorre a alteração do pensamento, efeitos emocionais, e como resultado se tem a mudança de comportamento, definindo assim um modelo cognitivo comportamental em que os eventos ocorrem na devida ordem: ocorrência do fato, alteração cognitiva, processamento de sensações e emoções e por último, alterações comportamentais.

Conforme Beck (2013), a terapia cognitivo-comportamental tem por objetivo auxiliar o paciente quanto ao modo de ver o distúrbio, dispondo de meios que proporcionam uma visão diferente a respeito do mesmo, permitindo a adaptação e conseqüentemente melhora no campo comportamental e emocional. Wright *et al.* (2000) ressaltam que a TCC se esteia em dois princípios básicos, o primeiro diz que a cognição é capaz de promover alterações sobre os campos emocionais e comportamentais, e o segundo assegura que as ações e o modo de se portar podem influenciar consideravelmente os pensamentos e as sensações emocionais. Dobson e Cols (2006) completam com um terceiro princípio em que ressalta que a cognição pode ser observada e modificada.

Neste sentido Flores (2012), cita que a TCC frente aos distúrbios crônicos, traz a possibilidade do paciente encarar melhor os sintomas decorrentes da doença, promovendo meios de adaptação e aceitação perante as condições atuais vividas. Carvalho (2014) completa que a TCC é uma psicoterapia breve em que se trabalha a obtenção de melhora do funcionamento psicológico, enfatizando os processos cognitivos como fator primordial na compreensão e no tratamento de transtornos diversos. Dessa forma, a intervenção através da TCC possibilita ao indivíduo o desenvolvimento de estratégias internas que facilitam no enfrentamento e na condução dos conflitos vividos, sendo válida também no tratamento das reduções dos possíveis sintomas secundários, como depressão e ansiedade, que muitas vezes são resultados de crenças distorcidas e pensamentos disfuncionais do paciente frente a sua condição de vida. Sob esta perspectiva, tratando-se das características do transtorno da narcolepsia e de seus efeitos sobre o indivíduo, vê-se de grande valia determinadas técnicas utilizadas na abordagem TCC, sendo elas as seguintes: psicoeducação, cochilos programados, reestruturação cognitiva e treino de habilidades sociais.

A psicoeducação é uma técnica que pode ser utilizada com o objetivo de orientar o indivíduo a respeito da higiene do sono. Segundo Santos *et al.* (2014), indivíduos portadores de transtornos relacionados ao ritmo circadiano, tem que se adequar a determinadas situações do dia-a-dia, respeitando as necessidades do relógio biológico, padronizando os horários de acordar e adormecer procurando não exceder a duas horas de alteração, exercitar-se regularmente, evitar exercícios ou atividades que exijam alerta e concentração perto da hora de dormir, não ingerir álcool, drogas ilícitas ou medicamentos com efeitos tranquilizantes, manter o quarto sem estímulos (televisão, som ou luz acesa), com temperatura correta e cama, colchão e lençóis confortáveis.

Nos cochilos programados, conforme Neves *et al.* (2013), o terapeuta auxilia quanto a reorganização diária, a fim de que o paciente programe o seu dia com intervalos para breves cochilos. Os cochilos programados são de grande importância em pacientes narcolépticos, contribuindo na diminuição da sonolência diurna. A reestruturação cognitiva é definida pelos autores Pinto *et al.* (2013), como uma técnica que trabalha a forma de como se processa os pensamentos, com o intuito de identificar as cognições distorcidas e transformá-las em pensamentos objetivos e funcionais. Esta técnica leva o indivíduo a perceber suas reações frente ao transtorno de forma mais realista, possibilitando a elaboração de novas estratégias de enfrentamento ao conflito vivido. É através desta técnica que ocorre a mudança cognitiva em que o indivíduo aprende a lidar com os impactos psicossociais ocasionados pelo transtorno, pois ocorre a substituição dos pensamentos desconfortáveis por pensamentos compreensivos e

práticos. E por fim, o treino de habilidades sociais, que segundo Castro *et al.* (2012), estimula a participação do portador em atividades já não mais frequentadas pelo mesmo, aprendendo a lidar com suas limitações.

### 3 METODOLOGIA

Segundo Fiuza (2014), pesquisa é uma forma de investigação sistemática de um dado assunto que possibilita melhor entendimento de uma determinada questão, levantada pelo pesquisador a respeito do tema abordado. Dessa forma, a pesquisa deve ser planejada, estruturada e executada a partir de certos critérios, os quais permitam a obtenção de resultados válidos e relevantes ao problema apresentado. A presente pesquisa tem por objetivo a realização de um estudo acerca das principais questões que envolvem a narcolepsia. Sendo assim, é de natureza exploratória, pois, segundo Munaretto *et al.* (2013), a pesquisa exploratória visa o estudo e descobertas a respeito de temas que são pouco abordados, sendo este o caso do tema proposto, portanto, resulta-se em maior conhecimento e clareza sobre o mesmo.

Quanto ao método, foi feito um estudo qualitativo que, conforme Augusto *et al.* (2013), utiliza-se de meios avaliativos baseados na relação entre a objetividade e a subjetividade, sendo definidos através de interpretações advindas da observação do pesquisador, portanto, não se faz necessária a utilização de dados estatísticos para sua avaliação. Tratando-se dos meios, o projeto embasou-se a partir de pesquisa bibliográfica, através de artigos acadêmicos, livros, jornais, revistas, periódicos, dissertações e sites acadêmicos, como: SciElo, LILACS, BVS Psi e PePSIC, no qual foram selecionados materiais a partir do ano de 2012 até 2016, excetuando-se as publicações que se fazem essenciais para o embasamento teórico da pesquisa. A pesquisa bibliográfica, segundo Lima (2011), permite ao pesquisador a realização de uma revisão geral do tema abordado em artigos diversos e relevantes, fazendo com que, o mesmo tenha relação direta ao tema e obtenha uma vasta gama de informações significativas ao estudo.

A análise de dados deste projeto se deu através da análise de conteúdo, pois segundo Minayo (2001, p.74) citado por Mozzato e Grzybovski (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de “instrumentos metodológicos” no qual possibilita a investigação e descobertas de conteúdos os quais, sobre a visão do pesquisador não estão bem esclarecidos, objetiva-se em averiguação de hipóteses e descobrimento de indicadores que propiciam a construção de suposições. A análise de dados mostra-se de grande utilidade em projetos científicos, visto

que, através dela faz-se possível uma melhor análise do tema explorado, e por sua vez, maior esclarecimento referente as respostas de seus questionamentos. Ela tem por objetivo estabelecer relações entre as informações coletadas e as hipóteses levantadas. Assim sendo, a análise de dados participa tanto do processo de interpretação da pesquisa, quanto das conclusões obtidas (MARCONI; LAKATOS, 2009).

#### 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nas fontes de pesquisas utilizadas foram detectados cinquenta e sete estudos relacionados aos seguintes temas, “distúrbios do sono, narcolepsia, sonolência excessiva diurna e tratamento”, em que apenas trinta e sete desses foram utilizados por atenderem a proposta metodológica. Foram descartados vinte artigos, onze por não estarem dentro dos cinco anos de publicação, quatro porque apresentavam distúrbios os quais não condiziam com sonolência excessiva e os últimos cinco porque as alterações do ciclo sono-vigília eram consequências das influências de fatores externos (excesso de jornada de trabalho, excesso de atividades diárias como trabalho e universidade). Na Tabela 1, serão apresentadas as características gerais dos trinta e cinco artigos que foram utilizados neste estudo.

**Tabela 1.** Estudos sobre Distúrbios do sono, narcolepsia, sonolência excessiva diurna e tratamento.

<b>Autor, ano de publicação</b>	<b>Local</b>	<b>Título</b>
Alóe <i>et al.</i> , 2010	Brasil	Diretrizes brasileiras para o diagnóstico da narcolepsia
Antunes <i>et al.</i> , 2014	Portugal	“Estou sempre com sono, será doença?” – Caso clínico de narcolepsia na adolescência.
Araújo; Almondes, 2012	Brasil	Avaliação da sonolência em alunos universitários de turnos distintos.
Bacellar <i>et al.</i> , 2013	Brasil	Tratamento Farmacológico. In: Insônia: do Diagnóstico ao Tratamento.
Baleia, 2015	Portugal	O sono e a saúde.
Bastos <i>et al.</i> , 2015	Brasil	Distúrbios do sono: Narcolepsia e distúrbio comportamental do sono REM nos animais.
Beck, 2013	Brasil	Terapia Cognitivo-Comportamental. Teoria e Prática.
Borges <i>et al.</i> , 2013	Brasil	A dor crônica sob o olhar do profissional da Terapia Cognitiva Comportamental.

Câmara <i>et al.</i> , 2014	Brasil	Um conhecimento básico sobre “Narcolepsia: a doença do sono.
Carvalho, 2014	Portugal	Psicoterapia e Medicina Geral e Familiar- o potencial da terapia cognitivo comportamental.
Castro; Barroso, 2012	Brasil	Contribuições da Terapia Cognitivo- Comportamental nos Cuidados Paliativos.
Chiquimia; Vargas, 2013	Bolivia	<i>Transtornos del Sueno.</i>
Ciampo, 2012	Brasil	O sono na Adolescência.
Costa <i>et al.</i> , 2012	Brasil	Escala de sonolência de Epworth detecta sintomas de apneia do sono em docentes de Odontologia.
Dobson; Dozois, 2006	Brasil	Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. In: Manual de Terapias Cognitivo comportamentais.
DSM – V, 2014	Brasil	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.
Flores, 2012	Brasil	Terapia cognitivo-comportamental e tratamento psicológico de pacientes com HIV/ AIDS.
HHS, 2013	EUA	<i>Narcolepsy.</i>
Januário, 2012	Portugal	Hábitos de sono das crianças e compreensão infantil do sono e das estratégias facilitadoras do adormecimento.
Knapp; Beck, 2008	Brasil	Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva.
Macedo <i>et al.</i> , 2014	Brasil	Uma criança com narcolepsia.
Miyake <i>et.</i> , 2014	Brasil	Distúrbios do sono e sintomas vestibulares.
Neves; Corrêa; Cunha, 2011	Brasil	Terapia Analítico Comportamental e Cognitivo-Comportamental em grupo: Intervenções com portadores de doença crônica.
Neves <i>et al.</i> , 2013	Brasil	Transtornos do sono: Visão Geral.
Oliveira, 2013	Brasil	Narcolepsia: a doença que dá sono.
Pinto; Pinto Jr; Muller, 2013	Brasil	Tratamento não farmacológico. In: Insônia: do Diagnóstico ao Tratamento.
Quinnell; Smith, 2011	Inglaterra	<i>Narcolepsy, idiopathic Hypersomnolence and related conditions.</i>
Rodrigues, 2012	Brasil	Narcolepsia: do diagnóstico ao tratamento.
Romanzini, 2015	Brasil	Prevalência de distúrbios do sono em adolescentes em situação de vulnerabilidade social e sua relação com transtornos cognitivos e comportamentais.
Santos <i>et al.</i> , 2014	Brasil	Transtornos do ciclo sono- vigília/ Circadiano.
Scammell, 2013	EUA	<i>Clinical features and diagnosis of narcolepsy.</i>
Silva; Melo, 2015	Brasil	A intervenção da Terapia cognitivo- comportamental no

		adoecimento da insônia.
Silvares; Ferreira; Pires, 2014	Portugal	Acompanhamento psicológico de criança com problema de sono: Um relato de caso.
Turco <i>et al.</i> , 2012	Brasil	Distúrbios de sono e qualidade de vida em crianças e adolescentes obesos.
Vesz, 2013	Brasil	Aspectos funcionais e psicológicos imediatamente após alta da unidade de terapia intensiva: coorte prospectiva.
Vieira, 2012	Portugal	Apoio psicológico no Ensino Superior: Um olhar para o futuro.
Wright; Basco; Thase, 2000	Brasil	Princípios básicos da terapia cognitivo- comportamental. In: Aprendendo a terapia cognitivo- comportamental.

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os estudos mostram que a narcolepsia é um distúrbio crônico neurológico que caracteriza-se por sonolência diurna excessiva, cataplexia, paralisia do sono e alucinações hipnopômicas e hipnagógicas (ALÓE *et al.*, 2010). Sua principal causa é a deficiência do hormônio chamado hipocretina, um dos responsáveis pela manutenção do estado de vigília (HHS, 2013). O principal sintoma apresentado é a presença de sonolência excessiva diurna, em que faz com que os portadores adormeçam em qualquer situação que se encontre (CÂMARA *et al.*, 2014). Conforme Oliveira (2013), os adormecimentos inesperados acontecem a qualquer hora e em qualquer lugar, podendo ocorrer tanto em atividades monótonas como em momentos de agitação, sendo que, grande parte desses episódios ocorrem em circunstâncias inapropriadas.

Em tempos atuais nos quais o indivíduo precisa adaptar-se as mais diversas situações do dia a dia, pessoas com determinadas limitações costumam não se encaixar tão facilmente em dadas circunstâncias (BACELAR *et al.*, 2013; VIEIRA *et al.*, 2012). Sob essa perspectiva, Oliveira (2013) ressalta que, além dos súbitos cochilos diários, os narcolépticos constantemente sentem-se sonolentos, sendo assim, suas tarefas diárias são de baixo rendimento, o poder de concentração diminui, sua memória fica prejudicada, e por vezes apresentam gestos e fala desordenados e inadequados ao contexto atual inserido.

Rodrigues (2012) acrescenta que esse transtorno influencia diretamente na má qualidade de vida do portador, em que apresenta dificuldades de desempenho acadêmico e

social, diminuição das relações interpessoais e sociais e ainda maior probabilidade de sofrer acidentes no trânsito ou no trabalho. Araújo *et al.* (2012) concordam dizendo que a sonolência diurna excessiva é um dos transtornos que mais provocam acidentes em atividades que demandam atenção, como dirigir e trabalhar.

Chokroverty (2010) citado por Januário (2012), ressalta que os distúrbios de sono não só trazem efeitos imediatos como memória e concentração prejudicada, mas também podem acarretar em complicações mais graves e de longa duração, como obesidade, depressão e até mesmo doenças cardíacas. Seguindo essa ideia, Oliveira (2013) cita que além destes efeitos, os narcolépticos apresentam frequentemente alterações de humor, estresse e baixa autoestima. Rodrigues (2012) completa que, com a diminuição da autoestima, os portadores passam a serem vistos pela sociedade como desleixados e desatentos.

A sonolência diurna constante se dá como um fator predominante do afastamento social, assim como as alterações cognitivas, a dificuldade de concentração e a impossibilidade de estudar e realizar certos tipos de trabalho, leva ao portador ter baixo rendimento pessoal (ALÓE *et al.*, 2010). Forturyn *et al.* (2010) citado por Alóe *et al.* (2010) destacam ainda a falta de conhecimento da sociedade, a qual julga o portador como preguiçoso ou desinteressado afetando assim a sua autoestima. Macedo *et al.* (2014) em sua pesquisa apresentam um caso clínico de uma criança narcoléptica de 12 anos de idade, em que constata que as alterações de humor, a sonolência excessiva e a falta de concentração, são constantemente confundidas em sala de aula com falta de interesse ou até mesmo preguiça, chegando a sofrer chacotas dos colegas da turma. Através deste estudo, verifica-se que são muitos os problemas gerados pela doença sobre o ponto de vista psicológico, social e também à saúde, conforme Quadro 1.

**Quadro 1.** Prejuízos psicológicos, sociais e à saúde.

<b>Prejuízos psicológicos/ saúde</b>	<b>Prejuízos sociais.</b>
Déficit cognitivo	Baixo rendimento escolar e profissional
Memória prejudicada	Diminuição das relações interpessoais e sociais
Pouco poder de concentração	Gestos e falas desordenadas
Alteração de humor	Impossibilidade de dirigir
Baixa autoestima	
Depressão	
Estresse	
Ansiedade	
Obesidade	



Doenças cardíacas	
-------------------	--

Macedo *et al.* (2014) salientam que o convívio familiar muitas vezes gera estresse emocional em ambas as partes, pelos familiares se sentirem obrigados a proteger o portador todo o tempo, temendo a ocorrência de acidentes e mais uma vez fazendo com que o portador seja alvo de sentimento de impotência e autoimagem diminuída. Por fim, Macedo *et al.* (2014) e Alóe *et al.* (2010) enfatizam que apesar de todos os setores da vida do narcoléptico serem prejudicados, o que se torna mais difícil é a incompreensão familiar e o impasse frente ao prejuízo profissional e acadêmico (MACEDO *et al.*, 2014; ALÓE *et al.*, 2010).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, constata-se que os sintomas da narcolepsia geram impactos psicossociais ao portador afetando assim a sua qualidade de vida. Todos os autores citados nesse estudo concordaram que a narcolepsia gera impactos negativos em diversos setores da vida do portador, citando-se ainda a possibilidade da ocorrência de sintomas secundários advindos do transtorno como, depressão, ansiedade, obesidade, entre outros, além de uma considerável desorganização na homeostase do organismo. Porém, dentre os artigos pesquisados, não foram encontrados estudos que abordassem diretamente os impactos psicossociais ocorridos pela doença, e sim mencionavam alguns desses sem grande relevância. Dessa forma, a afirmação da existência dos impactos psicossociais ressaltados nesta conclusão foi baseada a partir de considerações de como os prejuízos citados poderiam afetar negativamente a vida do narcoléptico.

Apesar dos recentes avanços sobre o estudo da narcolepsia, a escassez de artigos recentes em português se faz relevante, dificultando assim a coleta de informações essenciais para alcançar o propósito dessa pesquisa, sendo necessária a utilização de artigos fora do período proposto. Outro fator desfavorável foi o fato de que a grande maioria dos estudos estão voltados para os sintomas físicos do transtorno, citando-se assim o tratamento medicamentoso para a diminuição desses, dando-se pouca ênfase nos prejuízos gerados pela doença sobre o ponto de vista psicológico e social e conseqüentemente ao acompanhamento psicológico, ressaltando-se apenas a necessidade de tal intervenção, mas poucos dados sobre qual a abordagem mais indicada.

Ainda que não tenham sido encontrados artigos que explorassem com profundidade a abordagem mais indicada juntamente com os métodos utilizados, por meio de pesquisas realizadas, a TCC mostra-se uma abordagem de grande valia frente às particularidades do transtorno, visto que, é uma terapia que traz grande eficácia em distúrbios diversos e principalmente aqueles que trazem consigo os efeitos secundários. Por meio da reestruturação cognitiva faz com que o portador crie estratégias de enfrentamento para melhor lidar com suas necessidades diárias. Sendo assim as técnicas ressaltadas nesse estudo foram baseadas frente as necessidades específicas apresentadas pelo transtorno.

Percebe-se ainda a falta de conhecimento tanto da população em geral, quanto do portador, e até mesmo dos profissionais da saúde frente as especificidades da narcolepsia, podendo ser confundida como cansaço devido aos fatores cotidianos, ou até mesmo como preguiça ou desinteresse. Sob esta perspectiva, faz-se necessário maiores esclarecimentos a respeito do transtorno, a fim de facilitar o tratamento e a promover uma maior qualidade de vida ao portador e seus familiares. Sendo assim, vê-se a necessidade de maior atenção por parte dos profissionais da saúde frente aos sinais e sintomas do paciente que se queixa de sonolência excessiva diurna. O objetivo proposto nesta pesquisa foi alcançado, trazendo informações relevantes aos interessados sobre o tema. Para trabalhos futuros sugere-se a elaboração de pesquisas em português, que abordem principalmente os prejuízos ocorridos na vida do narcoléptico e seus familiares, ressaltando também as formas de tratamentos adequadas.

## REFERÊNCIAS

ALÓE, F *et al.* Diretrizes brasileiras para o diagnóstico da narcolepsia - Revisão. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 32, n. 3, Set. 2010.

ANTUNES, J; FERNANDES, P; SILVEIRA, A. “**Estou sempre com sono, será doença?**” – Caso clínico de narcolepsia na adolescência. *Scientia Medica*. Portugal, v. 24, n. 1, p. 79- 84. 2014. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica>.

ARAUJO, D de F; ALMONDES, K M de. **Avaliação da sonolência em estudantes universitários de turnos distintos**. *Psico- USF*. Bragança Paulista. v. 17, n. 2, p. 295- 302. Mai.- Ago. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712012000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712012000200013).

AUGUSTO, C A; SOUZA, J P; DELLAGNELO, E H L; CARIO, S A F. **Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos do Sober (2007- 2011)**. Revista Econ. Social Rural – RESR. v. 51, n. 4, p. 745- 764. Piracicaba- SP, 2013.

BACELLAR, A; POYARES, D; BITTENCOURT, L R A; CLAUDINO, L S; PALOMBINI, L O.; ASSIS, M; BEZERRA, M L S. **Tratamento Farmacológico**. In: BACELAR, A; PINTO Jr *et al.* **Insônia: do Diagnóstico ao Tratamento – III Consenso Brasileiro de Insônia**. 1. ed. São Paulo: Omnifarma, Cap. 05, p. 87- 123. 2013.

BALEIA, V M F. **O sono e a saúde** – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Out. 2015.

BASTOS, K C O; BORGES N C; DAMASCENO A D. **Distúrbios do sono: Narcolepsia e distúrbio comportamental do sono REM nos animais-** Enciclopédia Biosfera. Goiânia, dez. 2015. Disponível em: [http://dx.org/10.18677/Enciclopedia\\_Biosfera\\_2015\\_138](http://dx.org/10.18677/Enciclopedia_Biosfera_2015_138).

BECK, J S. **Terapia Cognitivo-Comportamental**. Teoria e Prática. 2ª Edição, Artmed, 2013.

BORGES, E N; COSTA, S M; CRUZ, F C; GOMES, Y Q; RAMOS, M T O. **A dor crônica sob o olhar do profissional da Terapia Cognitiva Comportamental**. E- RAC: Reunião anual de ciências. v. 3, n. 1, Uberlândia, 2013.

CÂMARA, C; SOUZA, D; SOARES, K; SILVA, M C da. **Um conhecimento básico sobre “Narcolepsia”: a doença do sono**. Jornada de Iniciação Científica e Extensão (JICE). Instituto Federal do Tocantins. Porto Nacional -TO, 2014. Disponível em: <http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/jice/5jice/paper/viewFile/6573/3296>

CARVALHO, S. Psicoterapia e Medicina Geral e familiar- o potencial da terapia cognitivo comportamental. Revista Port. Med. Geral Farm. 2014.

CASTRO, M M C; BARROSO, C L. **Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental nos Cuidados Paliativos**. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde. Salvador, v.1, n. 1, p. 101-108, dez. 2012.

CHIQUIMIA, D L Z; VARGAS, C T F. **Transtornos del Sueno**. *Revista de Actualización Clínica Investiga*. La Paz, v.35, Sep. 2013. Disponível em: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S230437682013000800007&script=sci\\_arttext](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S230437682013000800007&script=sci_arttext).

CIAMPO, L A D. **O Sono na Adolescência**. Artigo de atualização. Rev. Adolescência e Saúde. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 60- 66. Abr. – Jun. 2012.

COSTA, R O; FARIAS, A B L; RIBEIRO, A I A M; CATÃO; M H C V; COSTA, I R R S; CATÃO, C D S. **Escala de sonolência de Epworth detecta sintomas da apneia do sono em docentes de Odontologia**. Ver. Bras. Odontol.. Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 228, Jul./dez. 2012.

DOBSON, K S; DOZOIS, D J A. **Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais**. In Dobson, Keith S. Manual de Terapias Cognitivo comportamentais. Porto Alegre: Artes Médicas. Cap. 1, p. 17-43. Porto Alegre, 2006.

FLORES, C A. **Terapia cognitivo-comportamental e tratamento psicológico de pacientes com HIV/ AIDS.** Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. v. 8, n. 1, p. 55-60. Santa Catarina, 2012.

FIUZA, M S S. **Contribuições da pesquisa científica na formação profissional aeronáutica.** Revista AIR SCIENCE, 1ª edição, v.1, 2014. Disponível em:<http://www.fumec.br/revistas/airscience/search/authors/view?firstName=M.%20S%C3%8DLVIA&middleName=SANTOS&lastName=FIUZA&affiliation=&country=>.

*HHS - U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Narcolepsy.* Bethesda, Maryland: National Institute of Health, nº 13 1637. July, 2013. 24p. Disponível em: [http://www.ninds.nih.gov/disorders/narcolepsy/narcolepsy\\_fs.pdf](http://www.ninds.nih.gov/disorders/narcolepsy/narcolepsy_fs.pdf).

JANUÁRIO, P A. **Hábitos de sono das crianças e compreensão infantil do sono e das estratégias facilitadoras do adormecimento: Estudo com crianças de oito e seus pais.** Mestrado integrado em Psicologia. Secção de Psicologia Clínica e da Saúde; Núcleo de Psicologia Clínica da Saúde e da Doença- Universidade de Lisboa. Faculdade de psicologia. Lisboa, 2012.

KNAPP, P; BECK A T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva.** Revista Bras. Psiquiatria. v. 30, n. 2, p. 54-64. Porto Alegre, 2008.

LIMA, D V M de. **Desenhos de Pesquisa: Uma Contribuição para autores.** Universidade Federal Fluminense. v. 10, n.2, p. 1-14. Mai. 2011. Disponível em: <http://www.uff.br/enfermagemdotrabalho/desenhos%20de%20pesquisa.pdf>.

MACEDO, S; PORTINHA, I; CORREIA, Z. **Uma criança com narcolepsia.** Revista de pediatria do centro hospitalar do porto, Nascer e Crescer. Porto, v.23, n.2, Jun. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=\\_\\_S0872-07542014000300005](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=__S0872-07542014000300005)

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; DSM-5.** Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). *American Psychiatric Association.* Artmed, 2014.

MARCONI, M de A; LAKATOS, E M. **Metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MIYAKE, M A M; SANTANA, G G; MIYAKE M M; MIYAKE M M. **Distúrbios do sono e sintomas vestibulares.** Hospital Sírio- Libanês, Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Residência Médica em Otorrinolaringologia. Revista Equilíbrio Corporal Saúde, v. 6, n. 2, p. 60-66. São Paulo, 2014.

MOZZATO, A R; GRZYBOVSKI, D. Documentos e Debates: **Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios.** Curitiba, v.15, n.4, p.731- 747. Jul.- Ago. 2011. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/rac>

MUNARETTO, L F; CORRÊA, H L; CUNHA, J A C da. **Um estudo sobre as características do método *Delphi* e de grupo focal, como técnica na obtenção de dados em pesquisas exploratórias.** Revista Adm. UFSM, Santa Maria, v.6, n.1, p. 09- 24, Jan.- Mar. 2013.

- NEVES, M S; MOLINA R A. **Terapia Analítico Comportamental e Cognitivo – Comportamental em grupo: Intervenções com portadores de doença crônica.** UNICiências, v. 15, n. 1. Cuiabá, 2011.
- NEVES, G S; MOURA L; GIORELLI, A S; FLORIDO, P; GOMES, M da M. **Transtornos do sono: Visão Geral.** Rev. Brasileira de Neurologia, v.49, n.2, p. 57- 71. Rio de Janeiro, abr.- maio- jun. 2013.
- OLIVEIRA, C S A. **Narcolepsia: a doença que dá sono.** Rev. Carbono: Natureza Ciência e Arte. São Paulo, 2013.
- PINTO, M C R; PINTO Jr, L R; MULLER, M R. **Tratamento não farmacológico.** In: BACELAR, Andrea *et al.* **Insônia: do Diagnóstico ao Tratamento – III Consenso Brasileiro de Insônia.** 1. ed. São Paulo: Omnifarma, Cap. 06, p. 125- 141. 2013.
- QUINNELL, T G; SMITH, I E. *Narcolepsy, idiopathic hypersomnolence and related conditions.* Clin Med, v. 11 n. 3, p. 282. 2011.
- RODRIGUES, T R L G. **Narcolepsia: do diagnóstico ao tratamento.** Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina Universidade do Porto (FMUP). Portugal, Set. 2012. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72426/2/80941.pdf>.
- ROMANZINI, L P. **Prevalência de distúrbios do sono em adolescentes em situação de vulnerabilidade social e sua relação com transtornos cognitivos e comportamentais.** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós- Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Área de concentração em neurociências. Porto Alegre, 2015.
- SANTOS, L C; CASTRO, N J; RUBACK, O R; TRIGO, T J B; ROCHA, P M Bl. **Transtornos do Ciclo Sono- Vigília/ Circadiano – Uma Revisão de Literatura.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. Minas Gerais, v. 7, n. 2, p. 38- 43. Jun.- Ago. 2014. Disponível em: [http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140702\\_165353.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140702_165353.pdf).
- SCAMMELL, T E. *Clinical features and diagnosis of narcolepsy. Literature review.* Mar. 2013.
- SILVA, N A; MELO, H C S. **A intervenção da Terapia cognitivo- comportamental no adoecimento da insônia.** Psicologia e Saúde em Debate. V. 1, N. 1, Abr. 2015.
- SILVARES, E F M; FERREIRA, R E R; PIRES; M L N. **Acompanhamento psicológico de criança com problema de sono: Um relato de caso.** Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia. Butantã, Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, Lisboa, 2014.
- TURCO, G F; REIMÃO, R; ROSSINI, S; ANTONIO, M Â RGM; FILHO, A A B. **Distúrbios de sono e qualidade de vida em crianças e adolescentes obesos – Revisão Bibliográfica.** Neurobiologia. São Paulo, v.74, n. 2, abr. /jun. 2011. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Rubens\\_Reimao/publication/236617042\\_Sleep\\_disorders\\_and\\_quality\\_of\\_life\\_in\\_obese\\_adolescents\\_literature\\_review/links/00b4951850e187b300000000.pdf?disableCoverPage=true](https://www.researchgate.net/profile/Rubens_Reimao/publication/236617042_Sleep_disorders_and_quality_of_life_in_obese_adolescents_literature_review/links/00b4951850e187b300000000.pdf?disableCoverPage=true).
- VESZ, P S; *et al.* **Aspectos funcionais e psicológicos imediatamente após alta da unidade de terapia intensiva: coorte prospectiva.** Revista Brasileira de Terapia intensiva, Estudo

realizado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Ernesto Dornelles – Porto Alegre (RS), Brasil, ago. 2013.

VIEIRA, D. A. *et al.* **Apoio psicológico no Ensino Superior: Um olhar sobre o futuro** – II Congresso Nacional RESAPES – AP. Porto, 1ª Edição mai. 2012. ISBN: 978-989-97851-0-6. Instituto Superior de Contabilidade e de Administração do Porto.

WRIGHT, J H; BASCO, M R; THASE, M E. **Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental**. In: WRIGHT, J H; BASCO, M R; THASE, M E. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental*. Editora Sextante, 2000.