

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Leandro Alves Gonçalves
Médico pelo Programa Mais Médicos em Caucaia-CE

Introdução da Higiene do Sono na UBS Terezinha Maria Moreira, Caucaia-CE

Fortaleza
2014

Leandro Alves Gonçalves

Introdução da Higiene do Sono na UBS Terezinha Maria Moreira, Caucaia-CE

Trabalho de Conclusão de Curso submetido a Coordenação do Curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

ORIENTADOR

Prof. Dr. Almir Castro Neves Filho

Fortaleza

2014

Leandro Alves Gonçalves

Introdução da Higiene do Sono na UBS Terezinha Maria Moreira, Caucaia-Ce.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 06/ 02/ 2015

BANCA EXAMINADORA

Arnaldo Ribeiro Costa Lima

Ana Cláudia do Espírito Santo Silva

Almir de Castro Neves Filho

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

G635i Gonçalves, Leandro Alves.

Introdução da higiene do sono na UBS Terezinha Maria Moreira, Caucaia-Ce /
Leandro Alves Gonçalves. – 2015.

41 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do
Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de
Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de
Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2015.

Orientação: Profº. Dr. Almir Castro Neves Filho

1. Benzodiazepínicos. 2. Tratamento não medicamentoso. 3. Insônia. I. Título.

CDD 362.1

RESUMO

Palavras-chave: insônia, higiene; sono

Diante do número crescente de queixas de insônia e o uso, por vezes, indiscriminado de agentes medicamentosos indutores do sono, uma estratégia para melhorar a queixa de insônia dos pacientes é o tratamento não farmacológico. Diante disso, a Higiene do sono poderia ser uma estratégia para minimizar o uso excessivo de benzodiazepínicos. O Objetivo Geral deste trabalho é avaliar a qualidade do sono e instituir a prática da Higiene do Sono e os objetivos específicos são traçar um perfil epidemiológico dos pacientes com queixas de insônia; Instituir a higiene do sono; Avaliar os resultados; Esta pesquisa é uma intervenção não controlada realizada na UBS Teresinha Maria Moreira, Caucaia, Ceará e para avaliar o sono utilizou-se o teste denominado de Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI). A amostra da pesquisa foi de 26 pacientes, sendo composta por 69,3% de mulheres; atividade laboral, afazeres domésticos, 53,8%; média de idade de 58,2 anos. A média de pontuação do PSQI de 12,76 pontos com um Desvio Padrão de 3,86, no qual valores acima de 5 pontos qualificam o sono como ruim. A latência do sono foi o componente pior avaliado no questionário, com uma média de 25,78 minutos, sendo o normal em torno de 10 minutos.

ABSTRACT

Keywords: Insomnia, Hygiene; Sleep

Given the growing number of complaints of insomnia and use sometimes-indiscriminate sleep-inducing drug agents, a strategy to improve the complaint of insomnia patients are non-pharmacological treatment. Therefore, the sleep hygiene could be a strategy to minimize the excessive use of benzodiazepines. The general objective of this study is to evaluate the quality of sleep and institute the practice of Sleep Hygiene and specific objectives are to outline an epidemiological profile of patients with complaints of insomnia; Instituting sleep hygiene; Evaluating the results; This research is an intervention uncontrolled held at UBS Maria Teresa Moreira, Caucaia, Ceará to evaluate sleep and used the index called the Pittsburgh Sleep Quality (PSQI) test. The survey sample was 26 patients comprised 69.3% of women; work activity, housework, 53.8%; average age of 58.2 years. The mean PSQI score of 12.76 points with a standard deviation of 3.86, where values above 5 points qualify as poor sleep. Sleep latency was the worst component evaluated in the questionnaire, with an average of 25.78 minutes; normal in about 10 minutes.

SUMÁRIO

1.	Introdução	10
2.	Problema	12
3.	Justificativa	13
4.	Objetivos	14
4.1	Objetivo Geral	14
4.2	Objetivo Específico	14
5.	Revisão de Literatura	15
6.	Metodologia	18
7.	Cronograma	20
8.	Resultados e Discussão	21
9.	Conclusão	27
10.	Sugestão da Banca Examinadora	28
11.	Referências Bibliográficas	29
12	Anexos	33
12.1	Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – PSQI	33
12.2	Pontuação do Índice de qualidade do Sono de Pittsburgh	37
12.3	Termo de consentimento livre e esclarecido	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Média dos Componentes do PSQI 25

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 01:** Pontuação individual do PSQI dos pacientes 22
- Gráfico 02:** Pontuação do PSQI e quantidade de pacientes em uso de drogas indutoras do sono 23
- Gráfico 03:** Comparação entre a escolaridade e o valor da pontuação do PSQI 23
- Gráfico 04:** Comparação da Média e Desvio-Padrão da Pontuação do PSQI versus Estado Civil 24
- Gráfico 05:** Atividade Física, Média e Desvio Padrão da Pontuação do PSQI comparativamente entre os sexos 25

1.INTRODUÇÃO

Hipócrates, pai da medicina, falou sobre a importância do sono através de um aforismo, de acordo com TAVARES (2014), disse:

Ambos sono e vigília em excesso são sinais de doença.

Aforismo LXXI - Hipócrates, 5° século aC

A insônia é considerada uma síndrome, sendo definida, segundo MADRI & KIELING (2013) como:

[...] a dificuldade em iniciar e/ou manter o sono ou, ainda, como a 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 consequente prejuízo no desempenho nas atividades diurnas.

A insônia é uma constante em todas as faixas etárias, sendo mais prevalente na idade senil. Segundo BITTENCOURT (2009) apud TAVARES (2014), um estudo sobre a população brasileira, revelou que 35% dos indivíduos entrevistados apresentaram queixas de insônia pelo menos três vezes por semana.

Alterações do sono acarretam variados problemas, tais como: quadros de letargia, esquecimentos, dores musculares, irritabilidade, fadiga, queda da produtividade, aumento de acidentes de trabalho e automobilísticos, de acordo com NAMS (2008) apud PERREIRA (2009).

O tratamento não medicamentoso é uma estratégia utilizada por muitos médicos, sem entretanto realizar tentativas não medicamentosas anteriormente. Vários estudos nos últimos anos demonstram a importância do tratamento não medicamentoso.

Diante do número crescente de queixas de insônia e o uso, por vezes, indiscriminado de agentes medicamentosos indutores do sono, uma estratégia para melhorar a queixa de insônia dos pacientes, muitas vezes pouco utilizadas, seria o tratamento não farmacológico, segundo RINGDAHL apud PASSOS (2007).

Dentre as estratégias não farmacológicas, poderíamos citar a terapia cognitiva, terapia do controle dos estímulos, terapia de restrição do sono, terapia de relaxamento, terapia de intenção paradoxal, fototerapia e a higiene do sono.

2. PROBLEMA

As inúmeras queixas de insônia e uso excessivo de benzodiazepínicos poderiam ser minimizados com a introdução de tratamentos não medicamentosos, como a higiene do sono?

3. JUSTIFICATIVA

Estudos de prevalência de insônia demonstram altos índices na população, como é demonstrado no estudo de KOZASA (2010), no qual refere que 25,3% da população em geral estavam insatisfeitos com o sono, 29,9% relatou sintomas de insônia e 9,5% preenchem critérios para uma síndrome de insônia.

É referido, também, por KOZASA (2010), que a insônia crônica afeta cerca de 9% a 12% da população, bem como menciona que drogas hipnóticas são geralmente prescritos para pacientes com insônia.

Importante mencionar que além da insônia, os pacientes enfrentam vários problemas advindo dessa queixa, tais como:

[...] fadiga, diminuição da concentração, atenção ou memória, baixa produtividade acadêmica, funcional ou comprometimento profissional, além de distúrbios do humor ou irritabilidade, maior absentismo, diminuição da motivação, energia ou iniciativa, tendência a erros e acidentes de trabalho ou durante a condução, a tensão e as preocupações sobre o sono. (MOLEN, 2014)

Este trabalho visa introduzir o tratamento não medicamentoso da insônia nos pacientes com queixas de insônia, após observar que essa queixa era uma das grandes queixas dos pacientes consultados na UBS Teresinha Maria Moreira, no município de Caucaia, estado do Ceará. Deve-se mencionar uso abusivo de benzodiazepínicos, percebidos logo nos inícios das atividades laborais na citada UBS, tendo seu vínculo apenas a insônia como queixa.

Dessa forma, ao introduzir a Higiene do Sono como método de abordagem de pacientes queixosos de insônia, pretende-se difundir junto à comunidade a existência de tratamento não farmacológicos para insônia, bem como utiliza-lo como método de descalonamento do uso de benzodiazepínicos.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade do sono dos pacientes e instituir a prática da Higiene do Sono em pacientes com queixa de insônia na UBS Terezinha Maria Moreira, Caucaia-CE.

4.2 Objetivo Específico

- Traçar um perfil epidemiológico dos pacientes com queixas de insônia;
- Instituir a higiene do sono na população do estudo;
- Avaliar comparativamente os resultados;
- Instigar na população a possibilidade de tratamentos não medicamentosos para melhorar a qualidade do sono.

5. REVISÃO DE LITERATURA

O I Consenso Brasileiro de Insônia (2003) define insônia como:

[...] dificuldade de 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.

Segundo BITTENCOURT (2005), nos EUA, quarenta milhões de americanos sofrem de distúrbios do sono crônicos, sendo que 95% desses não são totalmente diagnosticados e tratados, tendo custos diretos da ordem de 15,9 bilhões de dólares em 1990.

SOARES (2006), menciona que cerca de 15% da população em geral sofre de insônia crônica, enquanto 20% a 40% podem apresentar sintomas de insônia de forma intermitente. Segundo BITTENCOURT (2009) apud TAVARES (2014), um estudo sobre a população brasileira, revelou que 35% dos indivíduos entrevistados apresentaram queixas de insônia pelo menos três vezes por semana.

Existem inúmeras classificações dos distúrbios do sono, tais como a Classificação Internacional dos Transtornos do Sono, DSM IV e mais recentemente o DSM V, CID 10. Os transtornos primários do sono subdividem-se segundo MONTI (2000) em:

[...] dissonias (caracterizadas por produzir sonolência diurna excessiva ou dificuldade para iniciar e/ou manter o sono) e em parassonias (caracterizadas pela presença de condutas anormais associadas ao sono, tal como é o caso do sonambulismo e sonilóquia).

Segundo PASSOS (2007), a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono, refere que ter insônia é a apresentar dificuldades repetidas para iniciar e/ou manter o sono, despertar precoce ou sono não restaurador.

Existem inúmeras causas para insônia, segundo BITTENCOURT (2005), referindo-se ao sono excessivo, suas principais causas são:

[...] a privação crônica de sono (sono insuficiente), a Síndrome da Apnéia e Hipopnéia Obstrutiva do Sono (SAHOS), a

narcolepsia, a Síndrome das Pernas Inquietas/Movimentos Periódicos de Membros (SPI/MPM), Distúrbios do Ritmo Circadiano, uso de drogas e medicações e a hipersonia idiopática.

De acordo com PASSOS (2007), além de ser o distúrbio do sono mais comum, a insônia está diretamente associada aos transtornos psiquiátricos.

Segundo o I Consenso Brasileiro de Insônia (2003), insônia é um sintoma e pode estar relacionada a inúmeras doenças, tendo como opções terapêuticas o tratamento não-farmacológico, tratamento farmacológico ou a combinação de ambos.

De acordo ainda com o I Consenso Brasileiro de Insônia (2003), além de tentar tratar doença de base, visto que a insônia é um sintoma, podemos associar um tratamento mais específico para insônia, tais como o Tratamento Cognitivo e Comportamental, como a Higiene do Sono, Terapia de Controle de Estímulos, Técnicas de Relaxamento, Reestruturação Cognitiva; além de Fototerapia, e o Tratamento Farmacológico com Zolpidem, benzodiazepínicos, antidepressivos, anti-histamínicos, e fititerápicos.

Em relação ao tratamento medicamentoso, SOARES (2006), referindo-se aos benzodiazepínicos diz:

Os benzodiazepínicos (por exemplo, flurazepam, lorazepam, temazepam, clonazepam) são comumente utilizados no tratamento da insônia, porém, apesar de sua eficácia no tratamento em curto prazo, como a redução do tempo de latência para o sono e manutenção do sono (eficiência), costumam apresentar efeitos residuais cognitivos e psicomotores no dia seguinte. Além disso, esses medicamentos têm sido associados ao risco maior de abuso, dependência e insônia-rebote.

O tratamento não medicamentoso, mais especificadamente a Higiene do sono, segundo o I Consenso Brasileiro de Insônia (2003), tem como foco os hábitos de vida e os fatores ambientais que podem interferir positivamente ou negativamente no sono.

Segundo MONTI (2000), I Consenso Brasileiro de Insônia (2003), PASSOS (2007), ORLANDI (2012), inúmeras são as recomendações para higiene do sono, dentre as quais, podemos citar:

- usar o quarto e a cama somente para dormir e praticar atividade sexual;
- evitar o barulho (com tampão de ouvido), a luz (cortinas nas janelas) e a temperatura excessiva (cobertor/ar-condicionado) durante o período do sono;
- tentar dormir todos os dias no mesmo horário;
- evitar, entre outras, a cafeína, a nicotina, bebidas “cola” inclusive guaraná e as bebidas alcoólicas nas últimas 4-6 horas que antecedem o sono
- realizar exercícios físicos exclusivamente durante a manhã ou nas primeiras horas da tarde;
- regularizar a hora de deitar e levantar;
- utilizar o quarto somente para dormir;
- manter a atividade sexual;
- não fumar 2-3 horas antes de dormir;
- tomar banhos quentes antes de dormir;
- não cochilar mais que duas vezes na mesma semana;
- dormir somente o tempo suficiente para se sentir bem. Não fique na cama mais tempo que o necessário;
- quando se sentir sem sono, levantar e fazer algo cansativo ou repetitivo;
- elaborar uma rotina antes de dormir, por exemplo: colocar o gato para fora, trancar a porta, escovar os dentes . . . Isso acostuma seu organismo e o lembra que está chegando a hora de dormir.

A Higiene do sono pode melhorar da qualidade/quantidade do sono, bem como ser utilizada até como auxílio a terapias de redução da dose e da frequência do uso dos medicamentos (PASSOS, 2007).

6. METODOLOGIA

Esta pesquisa é uma intervenção não controlada, denominada antes-depois, na qual os indivíduos, que atuam como seu próprio controle, são submetidos a um determinado tratamento e são comparados com períodos cujo tratamento é diferente (NEVES, 2006).

A pesquisa foi realizada na UBS Teresinha Maria Moreira, Parque Soledade, município de Caucaia, Ceará, tendo sua aplicação em campo de maio à setembro de 2014.

Para se avaliar o sono utilizou-se o teste denominado de Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), o mesmo avalia a qualidade, a latência, duração, eficiência e distúrbios do sono, além do uso de medicamentos para dormir e sonolência diurna, de acordo com HOFFMANN (2009) e BUYSSSE (1989) e CORRÊA & CEOLIM (2008).

O questionário PSQI é dividido em sete domínios e avalia a subjetivamente no último mês a qualidade do sono. Cada domínio possui uma escala de 0 a 3 onde 0 indica nenhum problema e 3 problema grave; a soma gera um escore global de 0 a 21 pontos, em que valores iguais ou maiores do que 5 representam qualidade de sono pobre ou ruim. As instruções para pontuação de cada domínio estão no ANEXO 1.

Para traçar o perfil da população, foi coletado dados como, sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, atividade laboral, tempo de trabalho, morbidades, utilização de medicação indutora do sono, atividade física, religião, tabagismo e alcoolismo.

O Tratamento de dados dos resultados será de ordem quanti-qualitativa, sendo utilizado o Excel da Microsoft Office 2013 para produção do banco de dados, posterior ordenamento, bem como, elaboração de tabelas e gráficos, para a posterior compreensão dos fenômenos encontrados e seu relacionamento com as demais dimensões descritivas, de forma a atribuir significado à análise.

O questionário foi aplicado pelo pesquisador, após o preenchimento iniciou-se a orientação sobre a higiene do sono, bem como mencionado que após um período de 2-3 meses seria realizado uma nova aplicação do questionário para análise comparativa dos resultados.

Critérios de Inclusão

- 1) Ser pacientes residentes na área de atuação da equipe de saúde no qual o médico pesquisador atue;
- 2) Pacientes que espontaneamente referir dificuldade para dormir, durante rotina de atendimento médico;
- 2) Aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido;

Critérios de Exclusão

- 1) Não aceitar participar da pesquisa ou não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido;
- 2) Solicitar após a primeira abordagem exclusão do nome na pesquisa;
- 3) Não compreender os itens perguntados pelo pesquisador;
- 4) Mencionar não ser capaz de introduzir a Higiene do Sono.

7. CRONOGRAMA

Cronograma das atividades dentro do Programa Mais Médicos até a produção deste trabalho.

Cronograma	
Setembro de 2013	Início das atividades na UBS
Novembro de 2013	Início do curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família
Janeiro de 2014	Planejamento inicial para escolha do projeto para TCC
Fevereiro de 2014	Apresentação de esboço de projeto para supervisor do programa Mais Médicos
Março de 2014	Início do levantamento bibliográfico
Março de 2014	Leitura/estudo do material bibliográfico
Maio de 2014	Início da pesquisa em campo
Junho de 2014	Apresentação dos primeiros resultados em formato de Banco de Dados para o supervisão
Novembro de 2014	Data programada para defesa de TCC

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na pesquisa 83 pacientes mencionaram espontaneamente a queixa de insônia durante a consulta. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra da pesquisa foi de 26 pacientes, tendo como principal fator para diminuição da amostra a não compreensão das perguntas do questionário aplicado.

Do universo estudado, 8 eram homens, 30,7%. Em, estudo semelhante, PERREIRA (2009) encontrou uma taxa de 61,4% do homens em estudo realizado no Japão. Nosso estudo foi divergente, a maioria, 18 (69,3%), eram de mulheres, entretanto a maioria dos atendimentos na UBS são de mulheres o que gera um possível viés de pesquisa quantitativo. Entretanto, MONTI (2000) ao referir que a insônia primária é mais frequente na mulher, corrobora com nosso estudo, bem como o mesmo autor menciona que parece existir uma predisposição genética feminina para um sono superficial e alterado, embora até o presente não tenham sido feitos estudos genéticos e/ou familiares para resolver o problema.

No quesito atividade laboral, 14 (53,8%) eram do lar, 4 (15,4%) aposentados e 8 (30,8%) outras profissões. Novamente deve-se mencionar que esse possível viés deve-se ao público predominante nos atendimentos médicos nas Unidades Básicas de Saúde.

A idade média da população estudada foi de 58,2 anos, tendo um desvio padrão de 12 anos.

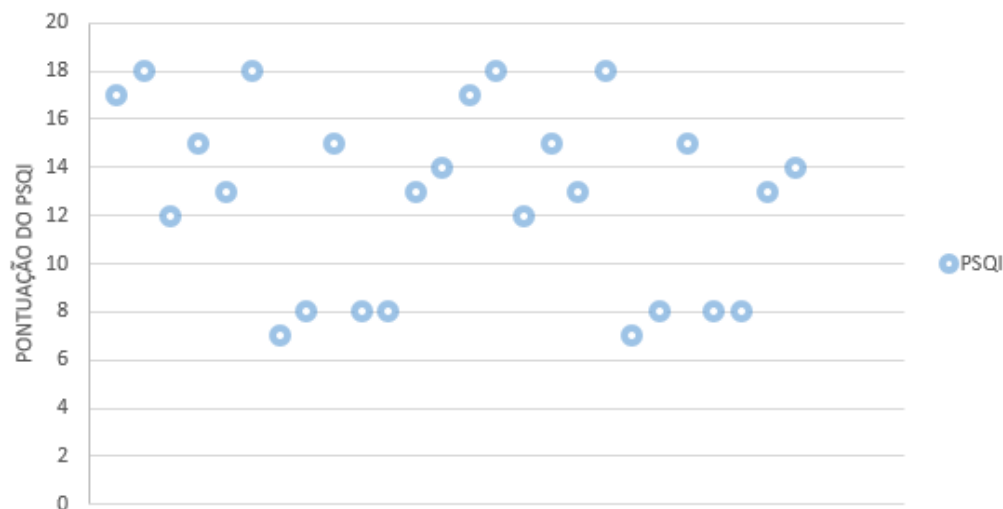
A religiosidade, 18 (69%) eram católicas, 8 (30%) evangélicos.

A renda familiar média da população estudada foi de 1009,53 reais, com desvio padrão de 458,06.

Segundo PERREIRA (2009), dados da North American Menopause Society (NAMS), a necessidade de sono diária varia com a idade e de forma individual, mas a maioria dos adultos precisam entre 6 e 9 horas de sono para manter-se em bom estado de alerta. Em nosso estudo, a população da amostra teve uma média de 4,5 horas de sono por dia, que representa um valor menor.

O estudo apresentou uma média de pontuação do PSQI de 12,76 pontos com um Desvio Padrão de 3,86. Valores acima de 5 pontos qualificam o sono como ruim. O Gráfico 01 apresenta a pontuação dos pacientes separadamente.

Gráfico 01: Pontuação individual do PSQI dos pacientes



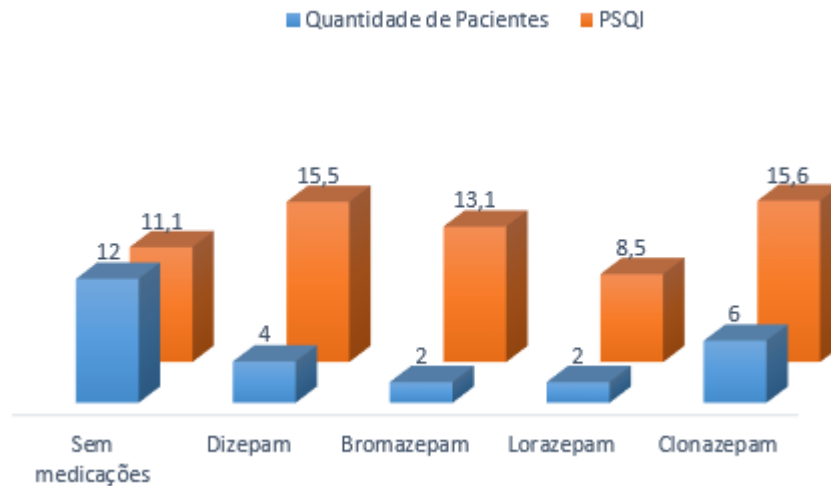
Observamos que independente da média de pontuação já ser elevada, não foi encontrada na amostra nenhuma paciente cuja pontuação não qualificasse o sono como ruim. Um fato importante podemos inferir, os pacientes da amostra realmente tinha problemas com a qualidade do sono e a queixa era real.

Fatores como tabagismo e ingestão de álcool, de acordo com NAKADE et al. (2009) apud PERREIRA (2009), contribuem para deterioração do sono. O primeiro pela ação da nicotina que dificulta o início do sono; e o segundo aumentando o número de despertares noturnos, principalmente relacionados a noctúria. Em nosso estudo, nenhum paciente referiu o uso de álcool e apenas 2 (7,7%) referiram usar tabaco.

Quando as comorbidades associadas, seis pacientes eram portadores de HAS, o que representa (23%) da amostra. As outras comorbidades foram diabetes melitus e osteoporose com apenas um paciente cada um.

Quando ao uso de medicações indutoras do sono 14 (53,8%) usavam medicações, estando no Gráfico 02 discriminado as drogas e a quantidade de pacientes e o valor da pontuação média do PSQI desses pacientes.

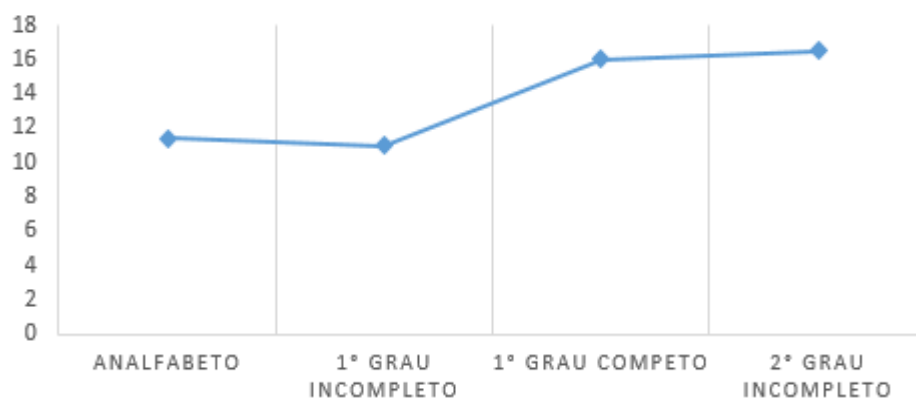
Gráfico 02: Pontuação do PSQI e quantidade de pacientes em uso de drogas indutoras do sono



A escolaridade, 10 (38,4%) analfabeta, 8 (30,8%) 1° incompleto, 4(15,4%), 1° completo e 4 (15,4%) 2° incompleto, demonstrando o baixo nível de escolaridade.

Uma comparação entre a escolaridade e o valor da pontuação do PSQI é apresentada no gráfico 03.

Gráfico 03 – Comparação entre a escolaridade e o valor da pontuação do PSQI.

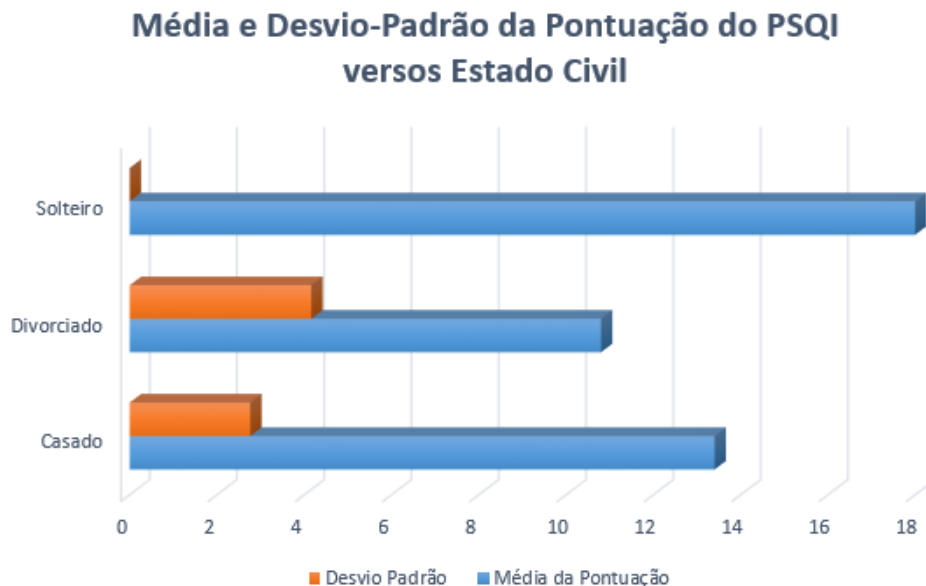


O PSQI considera pontuação acima de 5 como sono ruim, entretanto, os piores índices estão na população com grau de escolaridade maior, sendo o oposto do estudo de BARICHELLO (2009), bem como foi de encontro ao estudo de ARBER el al. (2009) apud PERREIRA (2009), no qual refere que o nível educacional e a

renda familiar estão intimamente relacionados ao aparecimento de problemas com o sono, quanto menor a escolaridade, maior a prevalência de sono ruim.

O estado civil, de acordo com MARCHI (2004) também demonstraram uma associação significativa com insônia, com os indivíduos previamente casados (separados, divorciados e viúvos) mais afetados. Em nosso estudo, o gráfico 04 apresenta este resultado.

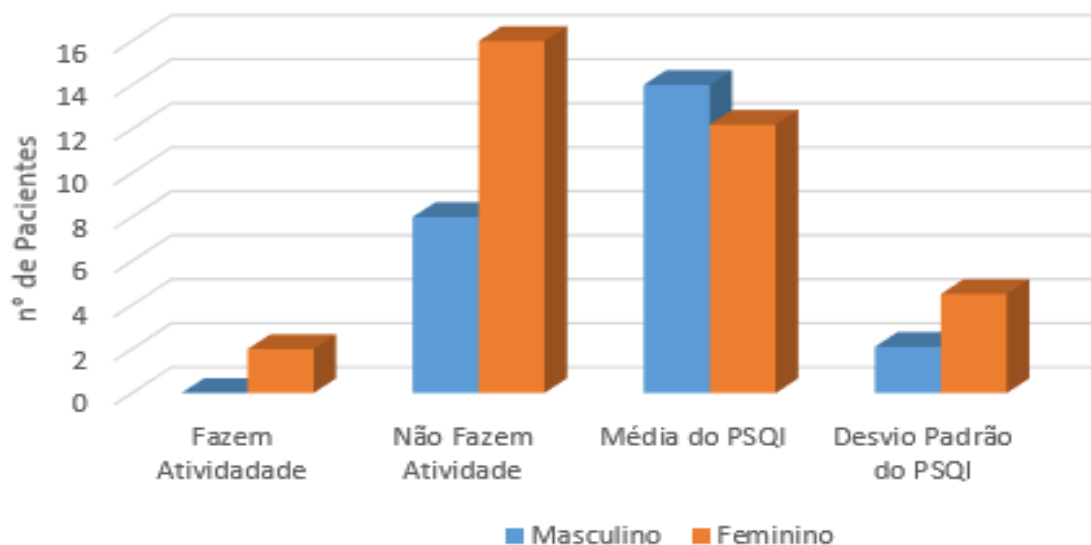
Gráfico 04: Comparação da Média e Desvio-Padrão da Pontuação do PSQI versus Estado Civil



Observamos no Gráfico 03 que independente do estado civil, todos obtiveram média de pontuação acima de 5, que o que caracteriza sono ruim. Porém, os solteiros apresentaram pior média, 18 pontos.

Em relação a atividade física, KRAVITZ et al. (2003) apud PERREIRA (2009) refere que as mulheres com baixo nível de atividade física tem pior qualidade do sono. Uma comparação entre Atividade Física, Média e Desvio Padrão da Pontuação do PSQI comparativamente entre os sexos é apresentada no gráfico 05.

Gráfico 05: Atividade Física, Média e Desvio Padrão da Pontuação do PSQI comparativamente entre os sexos



Pelo exposto no gráfico 04, observamos que apenas duas mulheres e nenhuma homem faziam atividade física, o que poderia justificar a pontuação alta do PSQI, visto que é a atividade física um dos componentes da Higiene do Sono. Comparativamente, percebe-se que as mulheres apresentam media ligeiramente menor na pontuação que os homens, porém com um desvio padrão maior, ou seja, parecem ter um pouco melhor a qualidade de sono, entretanto, deve-se mencionar, novamente, que uma pontuação acima de 5 qualifica sono ruim.

Analisando especificadamente apenas os quesitos do PSQI em seus vários componentes, apresentamos na Tabela 01 a média dos componentes.

Tabela 01: Média dos Componentes do PSQI

Nº	Quesito do Componente	Média
01	Qualidade Subjetiva do Sono	1,61
02	Latência do Sono	2,84
03	Duração do Sono	1,92
04	Eficiência do Sono	1,84
05	Distúrbio do Sono	2

06	Uso de Medicamentos para Dormir	1,46
07	Sonolência Diurna e Distúrbios durante o dia	2,07

Observamos que o componente pior avaliado foi a latência do sono. Neste componente, o tempo médio que os entrevistados demoravam para dormir foi de 25,78 minutos (desvio-padrão de 22,83). No estudo de PEREIRA (2009) a média encontrada foi de 26,1 minutos (desvio-padrão 35,9) muito semelhante ao nosso estudo. Segundo ainda o mesmo autor, em condições normais, um indivíduo demora cerca de 10 minutos para pegar no sono.

O componente que apresentou o menor valor, ou seja, que menos contribuiu para a piora da qualidade do sono foi o Uso de Medicamentos para Dormir, cuja média foi de 1,46.

Após a aplicação do questionário foi ensinado todos os quesitos da higiene do sono, dando ênfase nos quesitos não praticados pelos pacientes. Todos os pacientes demonstraram entender erros da sua má higiene do sono, demonstrando interesse em tentar instituir o tratamento.

Os pacientes que usavam medicações indutoras do sono tiveram como proposta de tratamento o início do desmame dessas medicações associado a instituição da Higiene do Sono.

9. CONCLUSÃO

A pesquisa teve como maior empecilho o número enorme de pacientes atendidos diariamente, o que tornava a tarefa de aplicação do questionário difícil, bem como o não entendimento das perguntas pelos pacientes.

A população estudada era composta em sua maioria por mulheres com atividade laboral os afazeres domésticos, média de idade de 58,2 anos e católicas.

O maior grau de escolaridade não apresentou relação com a piora da qualidade de sono, o que foi de encontro a outros estudos. Os solteiros apresentavam pior qualidade de sono.

A falta de atividade física foi uma constante na amostra, o que corroborou com a necessidade da instituição da Higiene do sono, afinal este é um dos componentes trabalhados.

A prevalência de sono ruim foi detectada em todos os pacientes da amostra tendo uma média 12,76 pontos, sendo que valores acima de 5 pontos já qualificava o sono como ruim.

A latência do sono, tempo que demora para pegar no sono, foi o componente pior avaliado no questionário, com uma média de 25,78 minutos, sendo o normal em torno de 10 minutos.

Espera-se com este tipo de trabalho que o tratamento não medicamentoso seja divulgado entre os pacientes formando uma cascata de informações que influenciará a médio longo prazo algum resultado na qualidade de sono dessa população.

9. SUGESTÕES DA BANCA EXAMINADORA DESTE TRABALHO

11. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ARBER S. et al. **Gender and sócio-economic patterning of self-reported sleep problems in Britain.** Social Science & Medicine, 2009.

BARICHELO, E. ET AL. **Qualidade do sono em Pacientes submetidos à cirurgia oncológica.** Rev Latino-am Enfermagem 2009 julho-agosto. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_08.pdf>. Acesso em setembro de 2014.

BERTOLAZI, A. N. **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: escala de sonolência de Epworth e índice de qualidade de sono de Pittsburgh.** Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/14041>>. Acesso em Dezembro de 2013.

BITTENCOURT, L. R. et al. **Sonolência excessiva.** Rev. Bras. Psiquiatr. 2005, vol.27, suppl.1, pp. 16-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000500004&lang=pt>. Acesso em maio de 2014.

BITTENCOURT, L.R. et al. **Queixas do sono na população adulta brasileira: uma pesquisa nacional com base em questões de rastreamento.** J Clin Sono Med 2009; 5: 459-463.

BORGES, E. M. **Saúde mental, trabalho em turnos e qualidade do sono de funcionários da linha de produção de uma indústria moveleira de Arapongas, PR.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2006. Disponível em: <http://www.tede.ucdb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=142>. Acesso em Dez de 2013.

BUYSSE, D. J. et al. **The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research.** Psychiatry Research, 193-213. 1989.

CORRÊA, K; CEOLIM, M. F. **Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas.** Revista da Escola de Enfermagem USP 2008; 42(1):12-8

DANTAS, A. A. T. S. G. et al. **Hábitos de sono de pacientes com acidente vascular cerebral: necessidade de medidas de higiene do sono.** Sleep Science.

Associação Brasileira do Sono (ABS) e Federação Latino-americana de Sociedades do Sono (FIASS), Vol 6. Oct/dez 2013. Disponível em:<http://www.sleepscience.com.br/pdf/issue/SleepScience_vol6_Issue04.pdf#page=24>. Acesso em Maio de 2014.

DRABOVICZ, P. V. S. **Frequência de distúrbios temporomandibulares em escolares adolescentes e associação com a qualidade do sono.** Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais) - Universidade Federal De Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2010. Disponível em:<<http://bdtdj.ibict.br/executarAcao.jsp?codAcao=3&codTd=256948&url=http://hdl.handle.net/1843/BUOS-8LBQ4W>>. Acesso em Dezembro de 2013

HOFFMANN, D. G. **Análise da qualidade do sono em indivíduos com distúrbios musculares progressivos.** Monografia para graduação em Fisioterapia, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2009. Disponível em:<<http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/000042/00004214.pdf>>. Acesso em Maio de 2014.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica.** 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

KRAVITZ H.M. et al. **Sleep difficulty in women as midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition.** Menopause, (2003)

NAMS. **Menopause practice: a clinician's guide.** USA:NAMS, 2004.

MARCHI, N. S. A. et al. **Analysis of the prevalence of insomnia in the adult population of São José do Rio Preto, Brazil.** Arq. Neuro-Psiquiatr. 2004, vol.62, n.3b, pp. 764-768. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2004000500004&lang=pt>. Acesso em setembro de 2014.

MADRI, J. J.; KIELING, C. **Psiquiatria na Prática Clínica.** Editora Manole. Barueri, SP 2013.

MOLEN, Y. F. et al. **Insomnia: psychological and neurobiological aspects and non-pharmacological treatments.** Arq. Neuro-Psiquiatr. 2014, vol.72, n.1. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2014000100063&lang=pt>. Acesso em Maio de 2014.

MONTI, J. M. **Insônia primária: diagnóstico diferencial e tratamento.** Rev. Bras. Psiquiatr. 2000, vol.22, n.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000100009&lang=pt>. Acesso em julho de 2014.

KOZASA, E. Harumi et al. **Mind-body interventions for the treatment of insomnia: a review.** Rev. Bras. Psiquiatr. 2010, vol.32, n.4. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000400018>>. Acesso em: janeiro 2014.

NAKADE M. et al. **Effects of meal habits and alcohol/cigarette consumption on morningness-eveningness preference and sleep habits by japone female studentes age 18-19.** J Physiol Anthropol. (2009)

NEVES, Z. C. P. et al. **Hand hygiene: the impact of incentive strategies on adherence among healthcare workers from a newborn intensive care unit.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006, vol.14, n.4. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692006000400012&script=sci_arttext&tlng=pt>

ORLANDI, A. C. et al. **Melhora da dor, do cansaço e da qualidade subjetiva do sono por meio de orientações de higiene do sono em pacientes com fibromialgia.** Rev. Bras. Reumatol. 2012, vol.52 Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042012000500003&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: Fevereiro de 2014.

PASSOS, G. S. et al. **Tratamento não farmacológico para a insônia crônica.** Rev. Bras. Psiquiatr. 2007, vol.29, n.3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000300016&lang=pt>. Acesso em: abril de 2014.

PEREIRA, E. C. A. **Fatores Associados à qualidade do sono em mulheres na transição menopausal e pós menopausa.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, USP. São Paulo, SP, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-21072009-095239/pt-br.php>>. Acesso em janeiro de 2014.

PINTO, T. R. **Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: que relação?** Actas do 12.º Colóquio Internacional de Psicologia e Educação: Educação, aprendizagem e desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática. Lisboa: ISPA - Instituto Universitário, 2012. Disponível.

em:<<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1616/1/CIPE%202012%20990-1006.pdf>>. Acesso em: Maio de 2014.

Poyoner D, Tufik S. **I Consenso Brasileiro de Insônia**. Hypnos 2003.

RINGDAHL, E. N. ET AL. **Treatment of primary insomnia**. J Am Board Fam Pract. 2004;.

SIEGEL, J. M. **Porque Dormimos: as razões do sono estão gradualmente se tornando menos enigmáticas**. Scientific American Brasil. Pinheiros, ano 2, n. 19, dez. 2003

SOARES, C. N. **Insônia na menopausa e perimenopausa: características clínicas e opções terapêuticas**. Rev. psiquiatr. clín. 2006, vol.33, n.2. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200010&lang=pt>. Acesso em agosto 2014.

TAVARES, S. **Insomnia: can it be treated?**. Arq. Neuro-Psiquiatr.2014, vol.72, n.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-82X2014000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: abril de 2014.

12. ANEXOS

12.1 Anexo 1

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH - PSQI PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX

Nome: _____

Coleta: ___/___/_____

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____ Ativ. Laboral:

Estado Civil: _____ R. Familiar: _____ Tempo de Trabalho:

Comorbidade 1: _____ Comorbidade

2: _____

Remédio indutor do sono: _____

Atividade Física: _____ Religião: _____

Tabagismo: _____ Alcoolismo: _____

Instruções:

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos usuais de sono durante o último mês somente. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites no último mês.

1. Durante o mês passado, a que horas você foi deitar à noite, na maioria das vezes? Hora usual de deitar _____

2. Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) você demorou para pegar no sono na maioria das vezes? Número de minutos _____

3. Durante o mês passado, a que horas você geralmente levantou de manhã.
Hora usual de levantas _____

4. Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama) Horas de sono por noite

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, que você ache mais correta.

5. Durante o mês passado, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você...

a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos

Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana

1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana

b) Acordou no meio da noite ou muito cedo pela manhã

Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana

1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana

c) Precisou levantar para ir ao banheiro

Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana

1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana

d) Teve dificuldade para respirar

Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana

1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana

e) Tossiu ou roncou alto

Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana

1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana

f) Sentiu muito frio

Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana

1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana

g) Sentiu muito calor

- Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana
 1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana

h) Teve sonhos ruins ou pesadelos

- Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana
 1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana

i) Sentiu dores

- Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana
 1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana

j) Outra(s) razão(ões), por favor descreva: _____

Com que frequência você teve dificuldade para dormir devido a esta razão:

- Nenhuma no último mês Menos de 1x por semana
 1 ou 2x por semana 3 ou mais x por semana

6. Durante o mês passado como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

- Muito boa Boa Ruim Muito ruim

7. Durante o mês passado com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?

- Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana
 1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana

8. Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas para ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho ou estudo)

- Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana
 1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana

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

-) Nenhuma indisposição nem falta de ânimo
-) Pequena indisposição e falta de ânimo
-) Moderada indisposição e falta de ânimo
-) Muita indisposição e falta de ânimo

10. Você tem um(a) parceiro(a) ou colega de quarto?

-) Não
-) Parceiro ou colega, mas em outro quarto
-) Parceiro no mesmo quarto, mas não na mesma cama
-) Parceiro na mesma cama

Se você tem um(a) parceiro(a) ou colega de quarto, pergunte a ele(a) com que frequência no último mês você teve...

a) Ronco alto:

-) Nenhuma no último mês) Menos de 1 vez/semana
-) 1 ou 2 vezes/semana) 3 ou mais vezes/semana

b) Longas paradas na respiração enquanto dormia:

-) Nenhuma no último mês) Menos de 1 vez/semana
-) 1 ou 2 vezes/semana) 3 ou mais vezes/semana

c) Contrações ou puxões nas pernas enquanto você dormia:

-) Nenhuma no último mês) Menos de 1 vez/semana
-) 1 ou 2 vezes/semana) 3 ou mais vezes/semana

d) Episódios de desorientação ou de confusão durante o sono:

-) Nenhuma no último mês) Menos de 1 vez/semana
-) 1 ou 2 vezes/semana) 3 ou mais vezes/semana

e) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme; por favor, descreva:

-
-) Nenhuma no último mês) Menos de 1 vez/semana
 -) 1 ou 2 vezes/semana) 3 ou mais vezes/semana

12.2 Anexo 2

PONTUAÇÃO DO ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

Componente 1: Qualidade subjetiva do sono

Examine a questão 6 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Muito boa	0
Boa	1
Ruim	2
Muito Ruim	3

Pontuação do Componente1: _____

Componente 2: Latência do sono

1. Examine a questão 2 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
< ou = 15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
>60 minutos	3

Pontuação da questão 2: _____

2. Examine a questão 5a e atribua à pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez/semana	1
1 a 2 vezes/semana	2
3 vezes ou mais/semana	3

Pontuação da questão 5a: _____

3. Some a pontuação da questão 2 e da 5ª: _____

4. Atribua à pontuação do componente 2 da seguinte maneira:

Soma de 2 e 5a	Pontuação do componente 2
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Pontuação do Componente 2: _____

Componente 3: Duração do sono

Examine a questão 4 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
>7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
< 5 horas	3

Pontuação do Componente 3: _____

Componente 4: Eficiência habitual do sono

1. Examine a questão 2 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

(1) Escreva o número de horas dormidas (questão4): _____

(2) Calcule o número de horas no leito:

{horário de levantar (questão3) – horário de deitar (questão1)}: _____

(3) Calcule a eficiência do sono:

{n° de horas dormidas / n° de horas no leito} x 100 = Eficiência do sono %

(4) Atribua a pontuação do componente 4 da seguinte maneira:

Eficiência do sono %	Pontuação
> 85%	0
75-84%	1
65-74%	2
< 65%	3

Pontuação do Componente 4: _____

Componente 5: Distúrbio do sono

1. Examine as questões 5b a 5j e atribua à pontuação para cada questão da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez/semana	1
1 a 2 vezes/semana	2
3 vezes ou mais/semana	3

Pontuação de cada questão:

5b: ___ 5c: ___ 5d: ___ 5e: ___ 5f: ___ 5g: ___ 5h: ___
5i: ___ 5j: ___

2. Some a pontuação de 5b até 5j: _____
3. Atribua a pontuação do componente 5 da seguinte maneira:

Soma de 5b a 5j	Pontuação do componente 2
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Some a pontuação do Componente 5: _____

Componente 6: Uso de medicação para dormir

1. Examine a questão 7 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez/semana	1
1 a 2 vezes/semana	2
3 vezes ou mais/semana	3

Pontuação do Componente 6: _____

Componente 7: Sonolência diurna e distúrbio durante o dia

1. Examine a questão 8 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez/semana	1
1 a 2 vezes/semana	2
3 vezes ou mais/semana	3

Pontuação da questão 8: _____

2. Examine a questão 9 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma	0
Pequena	1
Moderada	2
Muita	3

Pontuação da questão 9: _____

3. Some a pontuação das questões 8 e 9: _____

4. Atribua a pontuação do componente 7 da seguinte maneira:

Soma de 5b a 5j	Pontuação do componente 2
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Some a pontuação do Componente 7: _____

PONTUAÇÃO GLOBAL DO PSQUI: _____

12.3 Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: Leandro Alves Gonçalves - Médico pelo programa Mais Médicos atuando no Município de Caucaia-CE. PSF Joaquim Braga.

Contato: leandroalves.medunir@yahoo.com.br

Sua colaboração é importante e necessária para o desenvolvimento da pesquisa, porém **sua participação é voluntária.**

- A pesquisa **Introdução da Higiene do Sono na UBS Terezinha Maria Moreira, Caucaia-CE** irá analisar o perfil de pacientes com queixa de insônia, bem como a introdução da Higiene do Sono para avaliar possível melhora deste quadro, para tanto, será aplicado em duas oportunidades distintas um questionário para avaliar a insônia;
- A utilização dos resultados será exclusivamente para fins científicos;
- Você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa em qualquer momento com o pesquisador responsável;
- Sua participação não é obrigatória, podendo retirar-se do estudo ou não permitir a utilização dos dados em qualquer momento da pesquisa;
- Sendo um participante voluntário, você não terá nenhum pagamento e/ou despesa referente à sua participação no estudo;

Eu, _____, como voluntário(a) da pesquisa, afirmo que fui devidamente informada e esclarecido(a) sobre a finalidade e objetivos desta pesquisa, bem como sobre a utilização das

informações exclusivamente para fins científicos. Meu nome não será divulgado de forma nenhuma e terei a opção de retirar meu consentimento a qualquer momento.

Caucaia, _____ de _____ de 2014.

Participante da pesquisa

Pesquisadora: Leandro Alves Gonçalves
Médico pelo Mais Médicos