



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

LUCIANA ALVES FERREIRA

**PSICOEDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE HIGIENE DO
SONO
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

ASSIS

2015



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

LUCIANA ALVES FERREIRA

**PSICOEDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE HIGIENE DO
SONO
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Assis – IMESA e à Fundação Municipal de Assis FEMA como requisito de graduação.

Orientando: Luciana Alves Ferreira

Orientadora: Mariana Carolina Vastag Ribeiro de Oliveira

Área de Concentração: Enfermagem

Assis
2015

FICHA CATALOGRÁFICA

F383p FERREIRA, Luciana Alves.

**PSICOEDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE HIGIENE DO SONO EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE;**/Luciana Alves Ferreira Fundação Educacional
do Município de Assis – FEMA - Assis, 2015.

Assis, 2015.

67p.

Trabalho de conclusão do curso (Enfermagem). -- Fundação
Educacional do Município de Assis-FEMA

Orientadora: Ms. Mariana Carolina Vastag R. de
Oliveira.

1. Higiene do sono 2. Psicoeducação 3. U.B.S.

CDD 613.4

Biblioteca da FEMA

**PSICOEDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE HIGIENE DO
SONO
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

LUCIANA ALVES FERREIRA

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Assis – IMESA, como requisito do curso de graduação em Enfermagem analisado pela seguinte comissão organizadora

Orientadora Profa. Mariana Carolina Vastag R. de Oliveira

Analizador 1

ASSIS
2015

DEDICATÓRIA

Dedico as minhas filhas pelo apoio incondicional, que entenderam a minha ausência. Sem elas nenhuma conquista valeria à pena. À minha mãe (in memoriam), que dignamente me apresentou à importância da família e ao caminho da honestidade e persistência. Ao meu neto Davi, que com um sorriso angelical me fortalecia em momentos de desistência durante a jornada.

AGRADECIMENTOS

Á Deus por me presentear com a vida.

Às minhas filhas Letícia, Laís e Yasmin, que muito me apoiaram durante a realização deste trabalho.

Aos colaboradores e pacientes a realização deste trabalho só foi possível com o apoio deles que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma o meu reconhecimento e gratidão.

Aos funcionários da UBS Maria Izabel que me proporcionaram ajuda colaboração para que este trabalho fosse concluído.

Aos meus grandes amigos Almir Celestino, Daniela Dal Poz e Michele Maróstica pelo incentivo e apoio constantes.

Às minhas companheiras desde o início do curso, Bianca Prado e Maria Helena Dias, por compartilharem comigo momentos de alegria, tristeza, estresse, dificuldades e aprendizado.

Ao corpo docente de Enfermagem - FEMA, em especial aos professores: Salviano, Caroline Lourenço, Maria José Caetano, Rosângela Gonçalves, Fernanda Cenci, Verusca Capelline, Daniel Augusto, os precursores de tudo, que exemplificam a ética e competência profissionais, a dedicação e o aprimoramento contínuos, pelo incentivo e oportunidade de convívio.

Á minha orientadora, Mariana Carolina Vastag R. de Oliveira, o meu reconhecimento pela oportunidade de realizar este trabalho ao lado de alguém que transpira sabedoria; meu respeito e admiração pela sua serenidade, capacidade de análise do perfil de seus alunos, e pelo seu Dom no ensino da Ciência da Educação em Saúde Mental, inibindo sempre a vaidade em prol da simplicidade e eficiência.

Se quiseres conhecer uma pessoa, não
lhe pergunte o que pensa, mas sim o que ama.

(SANTO AGOSTINHO)

RESUMO

Uma pessoa passa, em média, um terço de sua vida dormindo. É uma necessidade humana fundamental para uma boa saúde e uma boa qualidade de vida. O sono é necessário para a conservação de uma vida saudável. A carência e/ou rotinas inadequadas de sono refletem nas atividades de aprendizado, e podem causar: diminuição da motivação e concentração, déficit de memória, sonolência diurna, alterações de humor, queda da imunidade, entre outras. Realizamos um levantamento utilizando o diário do sono e os valores e conceitos frente ao hábito de dormir de 30 pesquisados em uma Unidade de Saúde Básica da cidade de Assis-SP. A partir da análise da realidade dos pesquisados, selecionamos alguns conteúdos e atitudes, objetos da intervenção subsequente na Unidade Básica de Saúde. Os pesquisados foram convidados a participar da pesquisa através do “diário do sono”, cujos tópicos abordados foram: 1) deitou a que horas, 2) acordou durante a noite, 3) que horas conseguiu dormir, 4) quantas vezes acordou durante a noite, 5) etc. A maioria das atividades propostas no diário do sono foram alcançadas apesar das desistências no meio da pesquisa. Acreditamos que o maior desafio é a transposição do conhecimento teórico abordado para o cotidiano dos pesquisados e na efetiva modificação de comportamentos. Faz-se necessária também, a sensibilização dos próprios educadores de saúde uma vez que o tema ainda é pouco discutido no ambiente da Unidade de Saúde.

Palavras-chave: Higiene do Sono. Psicoeducação. U. B. S.

ABSTRACT

A person spends on average one third of their life sleeping. It is a fundamental human need for good health and a good quality of life. Sleep is necessary for the preservation of a healthy life. The lack and / or inadequate sleep routines reflect on learning activities, and can cause: decreased motivation and concentration, memory deficits, daytime sleepiness, mood swings, weakened immune system, among others. We conducted a survey using the sleep diary and the values and concepts against the habit of sleeping 30 surveyed in a Basic Health Unit in the city of Assis-SP. From the analysis of the reality of those surveyed, we selected some contents and attitudes, objects of subsequent intervention in the Basic Health Unit. Respondents were invited to participate in the survey through the "sleep diary", whose topics covered were: 1) lay down that hours, 2) awakened during the night, 3) which was able to sleep hours, 4) how often wake during the night, 5), etc. Most of the activities proposed in sleep diary were achieved despite the dropouts in the middle of research. We believe that the biggest challenge is the implementation of theoretical knowledge approached to the daily lives of researched and effective behavior modification. It is necessary also, awareness of their own health educators since the topic is still little discussed in the Health Unit's environment...

Keywords: Hygiene Sleep. Psychoeducation. Basic Health Unit

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01- Descrição do gênero dos participantes envolvidos na pesquisa	35
Figura 02 - Caracterização dos voluntários por gênero e idade.....	36
Figura 03 - Morbidades apresentadas pelos voluntários.....	37
Figura 04 - Relação dos fármacos utilizados pelos participantes.....	38
Figura 05- Descrição de desistências diárias através das anotações do diário do sono com iniciais de nomes fictícios.....	40
Figura 06 - Caracterização da totalidade de participantes que iniciaram a pesquisa e a comparação semanal de desistentes.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychiatry Association
BZDs	Benzodiazepínicos
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM-V	Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais
FEMA	Fundação Educacional do Município de Assis
ICSD	Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono
NREM	Movimentos oculares não rápidos
NQS	Núcleo Supraquiasmático
OMS	Organização Mundial de Saúde
REM	Movimentos Oculares Rápidos
SCN	Síndrome do Comer Noturno
SED	Sonolência Excessiva Diurna
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TS	Transtornos do Sono
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 O SONO.....	15
1.2 EPIDEMIOLOGIA DA INSÔNIA.....	17
1.3 INSÔNIA.....	17
1.4 FALTA DE PADRONIZAÇÃO NA DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	19
1.5 FATORES DE RISCO.....	19
1.5.1 Sexo.....	19
1.5.2 Idade.....	20
1.5.3 Estado civil.....	20
1.5.4 Escolaridade e Renda.....	20
1.5.6 Trabalhos em turnos Alternados.....	20
1.6 CONSEQUÊNCIAS DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS.....	21
1.7 HIGIENE DO SONO.....	21
1.8 PSICOEDUCAÇÃO E HIGIENE DO SONO.....	22
2 PROBLEMATIZAÇÃO.....	25
3 JUSTIFICATIVA.....	27
4 OBJETIVOS.....	28
4.1 OBJETIVO GERAL.....	28
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICO.....	28
5.REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
6. METODOLOGIA	30
6.1 TIPO DE ESTUDO.....	30
6.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO.....	30
6.3 FONTE DE DADOS.....	30
6.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE.....	31
6.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	31
6.5.1 Riscos.....	31
6.5.2 Benefícios.....	31

6.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	31
6.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	32
6.8 CRONOGRAMA PSICOEDUCAÇÃO.....	32
7 RESULTADOS	35
7.1 ANÁLISE DOS PARÂMETROS.....	35
8 DISCUSSÃO	43
8.1 A INSÔNIA.....	43
8.2 ANALISANDO O DESFECHO DA INSÔNIA.....	44
8.3 O USO DOS BENZODIAZEPÍNICOS NA INSÔNIA.....	45
9 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICE 1 – FICHA CLÍNICA CONSULTA DE ENFERMAGEM:	
ANAMNESE DO SONO.....	54
APÊNDICE 2 – DIÁRIO DO SONO.....	57
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	59
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO.....	62
ANEXO 2- RELATÓRIO FINAL C.E.P.....	65

1. INTRODUÇÃO

O estudo da educação voltada para a saúde, mais especificadamente a higiene do sono, a saúde e a psicoeducação, estabelecem uma abrangência global de assuntos pautados ao corpo e ao ambiente, assim sendo como de suas modificações. Desse modo, queremos fazer com que a exibição aborde fatores decisivos dos tipos de problemas existentes com sono: através de um diário do sono onde consigamos ver as extensões biológica, social e cultural. Pretende-se ainda observar e problematizar as demandas do dia-a-dia dos pacientes investigados, promovendo discussões em assuntos como: higiene do sono e psicoeducação.

Um indivíduo passa, em média, um terço de sua vida dormindo. É uma precisão humana essencial para uma adequada saúde e uma adequada qualidade de vida.

O interesse em pesquisar sobre PSICOEDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE HIGIENE DO SONO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE e as suas consequências para a saúde, ocorre a partir da preocupação que a influencia e as condições do ambiente que refletem nesses indivíduos. A higiene do sono deve fazer parte de nossas vidas para termos um sono reparador.

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos, (BRASIL, 2001) como parte efetiva da Política Nacional de Saúde, fundamentada nos princípios e diretrizes do SUS, compõe um dos dados básicos para a efetiva prática de atos capazes de gerar o progresso das classes de assistência à saúde da população. A sua finalidade principal é o de garantir a indispensável segurança, efeito e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso coerente e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

Os medicamentos são as soluções terapêuticas mais empregadas e, em decorrência, o gasto com medicamentos é, depois dos gastos com pessoal, o que oferece maior custo para o sistema de saúde e igualmente o maior gasto para as famílias. De acordo com a OMS, o gasto com medicamentos corresponde de 24 a 66% do gasto nacional em saúde nos países em desenvolvimento (WHO, 2010).

Devemos ter como estratégias de terapia como citado pelos autores BRASIL, (2009); BRASIL; (2006); CEBRID (2004) melhorar o cuidado com o paciente e a segurança em relação ao uso de medicamentos e a todas as intervenções médicas e paramédicas; melhorar a saúde pública e a segurança em relação ao uso de medicamentos; contribuir para a avaliação dos benefícios, danos, efetividade e riscos dos medicamentos, incentivando sua utilização de

forma segura, racional e mais efetiva (inclui-se o uso custo-efetivo); e promover a compreensão, educação e capacitação clínica em farmacovigilância e sua comunicação efetiva ao público.

Ao tratarmos em especial sobre o grupo dos benzodiazepínicos (BZDs) o impacto na saúde de acordo com BRASIL 2009, os benzodiazepínicos com 5,6%, apresentaram menor prevalência do que a observada nos EUA (8,3%).

“Os indivíduos que abusam de benzodiazepínicos, geralmente o fazem para lidar com as reações, por exemplo, ao estresse devido ao luto, desemprego, etc. Com a expectativa de que tais medicações podem ajudá-los a resolver os seus próprios problemas, ou então, simplesmente busca do estado motivacional para a realização de suas atividades cotidianas. Quando os pacientes adquirem tolerância a algum desses efeitos tendem a procurar um médico com o objetivo de persuadi-lo a prescrever um benzodiazepínicos, ou então, compram de forma ilegal a medicação” (CASTRO e LARANJEIRA, 1999. p.188-189).

Todos os benzodiazepínicos são apropriados para moldar as estruturas no nosso cérebro que normalmente combatem tensão e ansiedade. Deste modo, devido às tensões do dia-a-dia ou por causas mais sérias, algumas áreas do nosso cérebro trabalham demais derivando um estado de ansiedade, os benzodiazepínicos desempenham um resultado oposto isto é, bloqueiam os mecanismos que eram hiperfuncionantes e a pessoa fica mais serena como que despreendida do ambiente e dos estímulos internos.

1.1 O SONO

É um estado do ritmo circadiano que complementa a vigília, caracterizada pela suspensão da atividade motora voluntária e sensorial. Um estado fisiológico, um complexo de inconsciência, onde a pessoa adormecida pode ser acordada por estímulos intrínsecos e extrínsecos, diferenciado de coma, onde existe inconsciência, mas a pessoa não consegue ser despertada (GUYTON e HALL, 2006).

Na medida em que a noite se aproxima, fotorreceptores localizados no núcleo da retina denominado melanopsina, detecta a pouca luminosidade e projeta para o núcleo supraquiasmático (NQS) localizado no hipotálamo. O NQS é mantedor fisiológico no ciclo circadiano que controla a produção de diurese, alterações sistêmicas, termoregulação corporal e secreção de hormônios.

Esse processo de transmissão de fotoluminosidade para o “relógio central” recebe o nome de fotoagentes arrastador, conhecido também como fotoarrasto ou zeitgebers. Os zeitgebers são sincronizadores, em que uma das funções é a detecção do fator claro-escuro através das mudanças ambientais que influenciam o NQS para gerar o nosso ciclo circadiano. O NSQ também controla outras funções sincronizadas com o sono vigília, incluindo temperatura corporal, secreção de hormônios, produção de diurese e alteração sistêmica (BEAR et al., 2006).

O sono, como a maior parte das funções biológicas, é ajustado por um ritmo circadiano. Um relógio biológico situado no hipotálamo desempenha esse controle, conservando a regulação do sono por meio de dados sincronizadores externos precoces (CUNHA et al., 2009).

Durante o sono são corrigidas alterações metabólicas, sistêmica e vascular. Hormônios endócrinos essenciais são sintetizados e secretados neste período, como o hormônio melatonina, o hormônio GDH e o hormônio leptina.

A melatonina, hormônio secretado pela glândula pineal, é responsável pela regulação do sono e no combate do envelhecimento precoce (CUNHA et al., 2009). Se a pessoa não adormece, leva à deficiência da produção deste hormônio e como consequência, ao aumento da hipersecreção do hormônio cortisol, conhecido também como hormônio do “despertar”.

Esse aumento de produção do cortisol inibe a produção de insulina, que em longo prazo contribui para a formação de pré-diabéticos. Já nos portadores de diabetes mellitus, induz à resistência à insulina, provoca o descontrole metabólico de glicocorticoides e da glicemia.

A carência na produção de leptina pode levar a pessoa insone ao aumento de peso. Além de atuar sobre os quimiorreceptores de oxigênio e gás carbônico, a leptina é responsável pela regulação de ingestão de alimentos e controle de calorias. Um estudo apresentado na Conferência Internacional do Sono 2012 em Boston, levou ao conhecimento, que a desregulação desse hormônio associado com o hormônio grelina induz ou agrava a obesidade. Isto acontece porque na privação do sono, leva à menor concentração de leptina, aumentando a taxa de produção grelina. Com a hipersecreção de grelina, é desencadeado um comportamento alimentar conhecido como *Síndrome do Comer Noturno* (SCN), estimulando assim maior disposição e compulsão de ingestão de alimentos principalmente por carboidratos (GALVIN, 2012).

1.2 EPIDEMIOLOGIA DA INSÔNIA

A amplitude de insônia da população em geral vem crescendo a cada ano, embora tenha recebido considerável atenção, ainda são executados poucos estudos sobre sua prevalência (OHAVON e REYNOLDS, 2009),

No I Primeiro Consenso Brasileiro do Sono realizado em 2002, revelou uma prevalência de 30 a 50% de pessoas no mundo com insônia, sendo 10% por insônia crônica. Um estudo epidemiológico realizado na cidade de São Paulo constatou que 81,% dos entrevistados correlatarem algum distúrbio relacionado ao sono e 52,1% destes se queixam de insônia (SILVA et al., 2011).

As atribuições nos tempos modernos, longas horas nas jornadas de trabalho e estudo, turnos alternados, longevidade são alguns dos fatores que interferem na quantidade e qualidade do sono. O sono ocorre entre todos os animais superiores, é indispensável aos seres humanos, o ato de descansar sem dormir não proporciona ao indivíduo renovação física e mental como uma boa noite de sono. Passamos um terço de nossas vidas dormindo, quarta parte sonhando ativamente, e, se privada por alguns dias pode ser fatal (MENEGOTTO et al., 2010).

Conforme o ciclo circadiano pré-estabelecido da natureza humana, as pessoas desenvolvem tendência a ser mais ativas durante o dia, o que proporciona maior disposição para recomposição das necessidades biológicas do corpo durante o período noturno. Quando esse repouso cognitivo e mental não acontece, podem comprometer a funcionalidade física, cognitiva e ocupacional deste indivíduo (MULLER, 2007).

Com menor disponibilidade física e mental, os relógios biológicos desses organismos envolvidos entram em disfunção, influenciados por fatores cognitivos e ambientais externos, que acarreta adiamento ou anulação do sono. A privação ou a diminuição desta fase pode induzir à obesidade, envelhecimento precoce, alterações de humor, alterações comportamentais, cognitivas e insônia, (MOURA e SILVA, 2009).

1.3 INSÔNIA

A insônia é definida na quinta edição do *Manual Diagnostico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM - IV)*, como dificuldade para dormir ou manter um sono reparador mesmo em condições viáveis, por pelo menos 4 semanas (CUNNINGTON et al., 2013).

É comparada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um sintoma semelhante à febre e à cefaléia (VIGETA et al., 2013) e conceituada por MELLO (2007) como dificuldades repetidas para iniciar o sono, sendo de patologia desconhecida.

Na medicina do sono, a insônia recebe uma descrição detalhada da sua fisiopatologia e suas principais características no livro de Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ICSD) (AMERICAN SLEEP DISORDERS ASSOCIATION, 1997).

Na psiquiatria é subjugada como um sintoma, associada junto a outros transtornos no *Manual (Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM –V) American Psychiatry Association*. Entre várias doenças e moléstias, a insônia é referenciada e classificada pelo CID 10, agrupada à outros transtornos do sono no livro da *Classificação Internacional de Doenças – CID 10*, (World Health Organization, 1997). É o mais utilizado pelos profissionais e está associado à distribuição exacerbada de benzodiazepínicos pela receita B controlada.

Estas classificações acondicionadas na literatura são de subjetividades diferentes uma das outras, ou seja, nenhuma dessas referências ou classificações é independente uma da outra, o que contribuem para dados epidemiológicos e diagnósticos não fidedignos (MULLER, 2007). A evolução temporal da insônia segundo I CONSENSO BRASILEIRO DE INSÔNIA et al. SPIELMAN (1996) são baseadas em três etapas:

- Predisponentes: São os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento do sintoma como condição de hiperalerta, ficar acordado até tarde e as comorbidades como ansiedade, transtornos mentais e outros;
- Precipitantes: São fatores que geram estresse na rotina diária como doenças, estresse, alterações ambientais e outras;
- Perpetuantes: Esses fatores dizem a respeito da expectativa do insone que não correspondem à realidade, hábitos que ele conceitua que são benéficos em relação ao sono que coloca ele em estado de hiperalerta.

Para iniciar o tratamento seja ele farmacológico ou não é essencial que o diagnóstico seja feito pelo profissional da saúde. Com necessidade de reconhecer para tratar as comorbidades associadas à insônia.

É preciso identificar e modificar comportamentos, medicações ou substâncias que dificultam o sono. O tratamento medicamentoso inclui drogas como os benzodiazepínicos e os tratamentos não farmacológicos incluem controle do estímulo, técnica de relaxamento, restrição do sono, intenção paradoxal (treinamento do paciente em permanecer acordado,

reduzindo a ansiedade de dormir), terapia de *biofeedback* (treinamento do paciente em controlar variáveis fisiológicas por meio de *feedback* audiovisual), higiene do sono, terapia comportamental multifatorial, terapia cognitiva comportamental (TCC), treino imaginário e terapia cognitiva (SCHUTTE et al., 2008).

1.4 FALTA DE PADRONIZAÇÃO NA DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO PROBLEMA

São três as fundamentais fontes em relação à classificação e ao diagnóstico das dificuldades concernentes ao sono: *International Classification of Sleep Disorders*, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* e *International Classification of Disease*. Seus critérios medem a insônia a partir de distintos jeitos e, não obstante de terem determinadas propriedades em comum, não há semelhança entre as definições que eles fornecem.

1.5 FATORES DE RISCOS

Os fatores de riscos para insônia são fatores individuais relacionados à idade, sexo, fatores ambientais e ocupacionais. Algumas pessoas possuem maior predisposição genética. Estudos realizados comprovam que existe grande probabilidade de pessoas separadas, do lar podem desenvolver insônia (MULLER et al., 2007; OHAYON e ROTH, 2001).

Outro fator que vem aumentando significativamente é o rodizio de trabalho noturno, a literatura mostra que 40 a 80% desses trabalhadores dormem duas horas a menos que os trabalhadores de plantão diurno, levando este profissional à sonolência excessiva durante o turno, pior produtividade e aumenta riscos a acidentes ocupacionais (MULLER, 2007).

1.5.1 Sexo

O sexo feminino surge como um dos fatores de risco para insônia. De acordo OHAYON (2002) em seu estudo evidenciou que as mulheres têm 1,5 vezes mais chance de apresentar insônia do que os homens.

BLAIS et al. (2001) relataram que 61,8% dos sujeitos com insônia crônica eram mulheres.

Outro estudo relatado por OHAYON (2006) sobre fogachos e insônia, realizado na Califórnia por meio de entrevistas telefônicas, aferiu que, das mulheres com fogachos graves, 81,3% igualmente exibiam sintomas de insônia crônica, o que também foi notado em 36,5% das mulheres na pré-menopausa, 56,6% na perimenopausa e 50,7% na pós-menopausa.

1.5.2 Idade

ROCHA et al. (2002) dirigiram uma pesquisa na cidade de Bambuí, no estado de Minas Gerais, deparando com uma prevalência de 38,9% em sujeitos de 60 anos ou mais. Todas as faixas etárias estão sujeitas à insônia, entretanto esta queixa é mais corriqueira entre os idosos.

1.5.3 Estado Civil

LEGER et al., (2000) em estudo com 12.778 sujeitos e analisaram percentuais de insônia mais baixas entre os solteiros do que entre aqueles em união estável ou casamento. Avaliando exclusivamente a dificuldade de iniciar o sono, 34% dos viúvos, 24% dos divorciados e 21% dos casados, ou vivendo juntos, tinham referido esta queixa.

1.5.4 Escolaridade e Renda

O estudo canadense realizado por SUTTON et al. (2001) evidenciou que não apenas a baixa escolaridade era um fator de risco, mas igualmente uma renda mais baixa.

Outro estudo populacional realizado por XIANG et al. (2008) na China, mostrou uma associação entre ocorrência de insônia e baixo nível de escolaridade.

1.5.5 Trabalhos em turnos e outros tipos de ocupações trabalhistas

BOLGE et al. (2009) mediram através de pesquisa populacional que indivíduos insones têm 6,3% mais absenteísmo e 10,3% mais perda de produtividade no trabalho em relação àqueles sem insônia.

Outro estudo realizado no Japão, em 2005, por DOY (2000) avaliou a prevalência de insônia em 38% para os trabalhadores que desempenhavam suas atividades em turnos inversos, e 26% para aqueles que não trabalhavam dessa forma.

LINTON et al., (2000) descreveram que estar desempregado é mais importante para causar inquietação do sono do que a carga horária de trabalho.

1.6 CONSEQUÊNCIAS DO USO DE BENZODIAZEPÍNICOS

Os BZDs agem sobre sono de pacientes com insônia, com a diminuição do número e duração dos despertares, aumento do tempo total de sono, do tempo total de permanência na cama, aumento da latência do estágio NREM com redução do sono REM. Dessa forma, o paciente tem a percepção melhora na qualidade de sono se relaciona com medidas objetivas de continuidade de sono, latência, menor número de despertares, tempo acordado e domínio sobre o início e término do sono. Os BZDs melhoram as medidas polissonográfica de continuidade de sono, por isso os pacientes tem a percepção sono de melhor qualidade de sono (BELLANTUONO apud BITTERCOURT 1983).

O médico geralmente escolhe o hipnótico benzodiazepínico conforme da idade, sexo, profissão, tipo clínico da insônia do paciente, tratamentos anteriores e se há sintomas de ansiedade durante o dia. Benzodiazepínicos hipnóticos de meia-vida curta tem ação total de quatro horas, início de ação rápida, estes mais são usados para insônia inicial e causam menos efeitos residuais no dia seguinte para pacientes sem sintomas de ansiedade, porém causam mais efeito rebote quando descontinuados.

Todas as classes de benzodiazepínicos produz certos efeitos á longo prazo, como dependência, letargia, falta de concentração, acidentes ocupacionais, acidentes de trânsito, malformações fetais (fenda palatina, lábio leporino), depressão respiratória e sintomas de abstinência no neonato (BERNICK, 1999).

Dessa forma, há necessidade de explorar melhor as alternativas de tratamento sem ou com a diminuição da dose terapêutica dos BZDs.

1.7 HIGIENE DO SONO

A higiene do sono é um procedimento com finalidade em psicoeducação aplicado a grupos, com a intenção de otimizar aos integrantes uma rotina de hábitos saudáveis a fim de eliminar fatores tanto ambientais como comportamentais que interfere na qualidade do sono. É composta por orientações gerais que preserve seus relógios internos, por meio de sincronização biológico sono vigília. A higiene do sono foi criada na década de 1990, resultado de outras terapias comportamentais que já estavam sendo praticadas desde 1970.

O primeiro estudo dirigido nesta época foi direcionado a um grupo de voluntários com a terapia de intenção paradoxal, sendo observado após três semanas a efetividade do método, pois durante essas semanas de intervenção, a latência de sono desses voluntários teve uma redução significativa de 62 para 29 minutos (VIGETA et al., 2013).

Para a higiene do sono, os pacientes são aconselhados a: realizar exercícios físicos exclusivamente durante manhã ou nas primeiras horas da tarde; comer uma refeição leve acompanhada de ingestão de água limitada durante o jantar; evitar a nicotina, o álcool e as bebidas que contenham cafeína (café, infusão de erva-mate, bebidas “cola” e inclusive o guaraná); providenciar que a cama, o colchão e a temperatura do quarto sejam agradáveis; regularizar a hora de deitar e levantar; utilizar o quarto somente para dormir; e manter a atividade sexual. Terapias de conduta têm sido desenvolvidas durante os últimos anos para ajudar o paciente com insônia primária. As mesmas se dirigem a reduzir a ansiedade e a apreensão que, embora em grau reduzido, incidem marcadamente no quadro clínico (ORLANDI et al., 2012). Apesar de o álcool ser um facilitador do sono, induz a um sono de qualidade ruim e fragmentada e leva à dependência alcoólica. A terapia farmacológica dever ser suspensa, esta dessincronização pode atrapalhar (MELLO, 2007).

1.8 PSICOEDUCAÇÃO E A HIGIENE DO SONO

De acordo com a Associação Brasileira do Sono, a psicoeducação é usada para orientar o indivíduo portador de insônia sobre seus hábitos de vida e do ambiente que o cerca, influenciando sobre as condições que levam a insônia por interferir na qualidade de sono. A psicoeducação tem por objetivo, disponibilizar ferramentas para que o paciente possa ter controle sobre as situações que atrapalham seu sono, sendo autossuficiente, que ele possa

voltar a dormir quando ocorrer a insônia. Também engloba: Facilitar a compreensão da patologia e suas consequências, favorecer a aceitação, reduzir o stress, melhorar a qualidade de vida (LEBON, 1997).

Segundo o III Consenso da Associação Brasileira do Sono (2013) a psicoeducação é empregada com orientações ao indivíduo a respeito de como funciona a higiene do sono, que são as rotinas de vida e os fatores ambientais que podem intervir de caráter prático ou negativamente na insônia.

A psicoeducação pode ser vista como o estabelecimento de um fluxo de informações de terapeuta para paciente e vice-versa. A psicoeducação permite que o paciente seja capaz de compreender as diferenças entre as suas características pessoais e as características do transtorno psicológico (FIGUEIREDO et al., 2009. p.17).

Entende-se que a psicoeducação incide em munir ao paciente e/ou familiares orientações acerca de uma determinada condição com o objetivo de melhorar seu prognóstico.

De acordo com o trabalho de LEBLON (1997, p.23-25) a psicoeducação deve ter um psicoeducador com uma boa formação conforme:

A formação em psicoeducação é uma questão de saber, de saber-fazer e de saber-ser.

“O SABER refere-se primeiramente ao conhecimento”.

O SABER-FAZER refere-se às habilidades instrumentais do educador, como a observação, a avaliação diagnóstica, o planejamento, a organização, a animação, a utilização,

Após o saber e o saber-fazer, o educador deve se preocupar com o desenvolvimento do SABER-SER. A personalidade do educador é sua principal ferramenta de trabalho.

Assim sendo, compreende-se que a psicoeducação objetiva abranger e lidar com as consequências da doença, o que fundamentalmente constitui tentar perceber a relação entre sintomas, traços típicos, clima interpessoal, resultados colaterais do BZDs e permitir que o psicoeducador coopere ativamente com o médico em determinados aspectos terapêutica.

De acordo com ALMEIDA (2012) a presença do termo qualidade de vida é facilmente percebida no linguajar da sociedade contemporânea, sendo incorporado ao vocabulário popular com várias formas de conotação. Parece que existe um consenso de que é algo bom falar em qualidade de vida, mesmo sem definir exatamente do que está se falando.

Segundo BARBOSA (1998) a concepção sobre qualidade de vida, que a eleva como um objeto a ser alcançado mediante esforço do sujeito, promove uma corrida para alcançar algo que o senso comum sabe que é bom, mas não tem claros seus limites conceituais e sua abrangência semântica. É como se tratasse de um ideal da contemporaneidade, que se expressa na política, na economia, na vida pessoal. Busca-se qualidade de vida em tudo.

2. PROBLEMATIZAÇÃO

O estudo da educação voltada para a saúde, mais especificadamente a higiene do sono, a saúde e a psicoeducação, estabelecem uma abrangência global de assuntos pautados ao corpo e ao ambiente, assim sendo como de suas modificações. Desse modo, queremos fazer com que a exibição aborde fatores decisivos dos tipos de problemas existentes com sono: através de um diário do sono onde consigamos ver as extensões biológica, social e cultural. Pretende-se ainda observar e problematizar as demandas do dia-a-dia dos pacientes investigados, promovendo discussões em assuntos como: higiene do sono e psicoeducação.

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos, (BRASIL, 2001, p. 18-19) como parte efetiva da Política Nacional de Saúde, fundamentada nos princípios e diretrizes do SUS, compõe um dos dados básicos para a efetiva prática de atos capazes de gerar o progresso das classes de assistência à saúde da população. A sua finalidade principal é o de garantir a indispensável segurança, efeito e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso coerente e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

Os medicamentos são as soluções terapêuticas mais empregadas e, em decorrência, o gasto com medicamentos é, depois dos gastos com pessoal, o que oferece maior custo para o sistema de saúde e igualmente o maior gasto para as famílias. De acordo com a OMS, o gasto com medicamentos corresponde de 24 a 66% do gasto nacional em saúde nos países em desenvolvimento (WHO, 2010).

Devemos ter como estratégias de terapia como citado pelos autores BRASIL, (2009); BRASIL; (2006); CEBRID (2004) melhorar o cuidado com o paciente e a segurança em relação ao uso de medicamentos e a todas as intervenções médicas e paramédicas; melhorar a saúde pública e a segurança em relação ao uso de medicamentos; contribuir para a avaliação dos benefícios, danos, efetividade e riscos dos medicamentos, incentivando sua utilização de forma segura, racional e mais efetiva (inclui-se o uso custo-efetivo); e promover a compreensão, educação e capacitação clínica em farmacovigilância e sua comunicação efetiva ao público.

Ao tratarmos em especial sobre o grupo dos benzodiazepínicos (BZDs) o impacto na saúde de acordo com BRASIL (2009), os benzodiazepínicos com 5,6%, apresentaram menor prevalência do que a observada nos EUA (8,3%).

“Os indivíduos que abusam de benzodiazepínicos, geralmente o fazem para lidar com as reações, por exemplo, ao estresse devido ao luto, desemprego, etc. Com a expectativa de que tais medicações podem ajudá-los a resolver os seus próprios problemas, ou então, simplesmente busca do estado motivacional para a realização de suas atividades cotidianas. Quando os pacientes adquirem tolerância a algum desses efeitos tendem a procurar um médico com o objetivo de persuadi-lo a prescrever um benzodiazepínicos, ou então, compram de forma ilegal a medicação” (CASTRO e LARANJEIRA, 1999. p.185-186).

Todos os benzodiazepínicos são apropriados para moldar as estruturas no nosso cérebro que normalmente combatem tensão e ansiedade. Deste modo, devido às tensões do dia-a-dia ou por causas mais sérias, algumas áreas do nosso cérebro trabalham demais derivando um estado de ansiedade, os benzodiazepínicos desempenham um resultado oposto isto é, bloqueiam os mecanismos que eram hiperfuncionantes e a pessoa fica mais serena como que desprendida do ambiente e dos estímulos internos.

3. JUSTIFICATIVA

Escutamos a todo tempo falar em irritação, angústia, noites mal dormidas por falta de sono, aflições, estresse, uso de tranquilizantes ou álcool para dormir.

Essas afirmações em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) são diariamente relatadas e nos levam a refletir em vários episódios, mas, são de extraordinário valor para serem debatidas. Afinal, como está a sua qualidade de sono?

Assim sendo a saúde da mente após uma boa noite de sono bem dormida é tão necessária quanto a saúde física e, cada vez mais se conduz essa idéia nos meios de comunicação social. Mas, na verdade, o método de vida e a conduta das pessoas não estão seguindo a rapidez das informações.

Através desse trabalho procuraremos mostrar que o sono é uma necessidade humana básica, mas que muitas pessoas conhecem muito pouco a respeito do sono e o seu valor e arriscam-se com poucas horas de sono. O sono é indispensável para o nosso organismo e não uma alternativa.

Em estudos científicos e literaturas de grandes autores relacionados ao estudo do sono, todos são unânimes quanto à importância de um sono reparador, algumas literaturas recomendam de 7 a 9 horas outras de 6 a 8 horas, mas nos dias atuais quem consegue dormir o tempo recomendado?

Quando adormecemos, o cérebro coordena, registra lembranças, aprendizagem ocorrida durante o dia, restaura desgaste físico. Também ocorre várias transformações, excreção de hormônios, recomposição celular e tecidual, estabilização de pressão arterial, temperatura corporal e outras ,ou seja, o nosso cérebro precisa dessa repouso e em certa fase do sono esta mais ativo do que se estivesse em estado de alerta.

A justificativa referente ao presente estudo intitulado “Higiene do Sono e Psicoeducação em uma Unidade Básica de Saúde” se dá diante do fato encontrado pela dificuldade da adesão dos voluntários para o deslocamento à unidade, sendo necessário visita domiciliar conforme relato no parecer que foi aceito pelo CEP (Anexo 01), e também a divisão de grupos, pois a maioria não tinha um diagnóstico relatado e escrito por médico que tinham insônia, simplesmente tomavam os BZDs, assim se tornaria inviável fazer um grupo só de pessoas que fazem uso dos medicamentos sem ter registro em prontuário.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Explorar modalidade de tratamento/acompanhamento dos pacientes que possuem dificuldades do sono, utilizando a psicoeducação como estratégia de atendimento.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Observar a efetividade da psicoeducação como estratégia de atendimento dos pacientes com déficit do sono;
- Buscar ações de orientação da higiene do sono e a sua funcionalidade;
- Quais são as modificações observadas antes, durante e após as orientações/psicoeducação;
- Quais as dificuldades encontradas pelos pacientes antes, durante e após as orientações (interferência cultural, ocupacional, medicamentos).

5. REFERENCIAL TEÓRICO

A revisão bibliográfica foi realizada por meio de investigação nos bancos de dados eletrônicos Pubmed e Lilacs. A leitura dos artigos permitiu escolher os trabalhos mais relacionados ao presente estudo.

Os distúrbios do sono são avaliados como graves problemas à saúde individual e coletiva. O sono desajustado de um sujeito afeta um número grande de pessoas em seus efeitos diretos e indiretos.

Os hábitos de sono e a prevalência de insônia são pouco apreciados em países em desenvolvimento. O presente trabalho estabeleceu o primeiro esforço para realizar este tipo de investigação em uma cidade do interior do estado de São Paulo.

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo exploratório bibliográfico, permitindo a busca de trabalhos científicos confiáveis e de revistas respeitadas e indexadas. Sendo estes trabalhos lidos e interpretados subsidiando os dados deste levantamento. Essa pesquisa trata-se de um estudo de clínico experimental de coorte transversal que visa acompanhar pacientes com diagnóstico de insônia utilizando a estratégia de intervenção à psicoeducação.

Foi encaminhado ao CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) e aprovado CAAE nº 43406315.2.0000.5401, para início da pesquisa.

6.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

Aplicação de questionários (Apêndice 1) aos participantes da pesquisa na Unidade Básica de Saúde Maria Izabel na cidade de Assis-SP, cadastrados e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A faixa etária preconizada oscila entre 18 a 60 anos, numa totalidade de 30 participantes.

Essas pessoas acompanhadas serão divididas em um único grupo de 30 voluntários, seja ele com diagnóstico médico de insônia e indivíduos sadios.

Será também distribuído um diário do sono (Apêndice 2) para acompanhamento diário destes pessoas assistidas para coleta de informações em relação à adaptação da intervenção aplicada.

6.3 FONTE DE DADOS

Este trabalho será realizado através de consultas literárias, arquivos eletrônicos, publicações acadêmicas, protocolos, portarias do Ministério da Saúde. Todos os artigos serão coletados na íntegra e transcritos na literatura.

6.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

A partir dos dados coletados, os mesmos foram interpretados e catalogados. Os dados foram apresentados de acordo com referencial teórico atualizado.

6.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Em virtude de se tratar de dados coletados em meio eletrônico, disponíveis a toda população e de não haver nenhum tipo de identificação dos indivíduos envolvidos na pesquisa, este trabalho será analisado por um Comitê de Ética, assim sendo necessário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3).

6.5.1 Riscos

Apresenta risco mínimo relacionado a dificuldades de participar das atividades de orientação por meio da psicoeducação por parte do voluntário/participante, no qual, o mesmo submetido poderá desistir da mesma em qualquer etapa do estudo. Não haverá benefício para participante.

6.5.2 Benefícios

Não haverá benefício para o participante. Trata-se de um estudo experimental que pretende utilizar a psicoeducação como estratégia de reabilitação de indivíduos portadores de diagnóstico médico de insônia, auxiliando em sua qualidade de vida.

6.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes acima de 18 de idade de ambos os sexos, cadastrados na Unidade de Saúde Maria Isabel de Assis-SP, com diagnóstico médico de insônia e insônia não orgânica, não usuários de drogas e concordarem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) já aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa.

6.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do estudo os pacientes que atenderem os seguintes critérios:

- Deficiências visuais ou auditivas não corrigidas ou disfuncionais;
- História ou evidência clínica e/ou radiológica de acidente vascular cerebral; história ou evidência clínica de outras doenças neurológicas (doença de Parkinson, epilepsia); doenças sistêmicas ou cerebrais graves (infecções, neoplasias, doenças hepáticas, renais ou metabólicas descompensadas);
- História ou evidência clínica de outra doença psiquiátrica, como dependência de álcool ou drogas, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar;

Em qualquer etapa do estudo, o paciente terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, podendo desistir da mesma em quaisquer etapas da pesquisa.

6.8 CRONOGRAMAS DA PSICOEDUCAÇÃO

Serão um (1) encontro semanal finalizando no total de cinco encontros (5), essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa o objetivo de explorar modalidade de tratamento/acompanhamento dos pacientes que possuem dificuldades do sono, utilizando a psicoeducação como estratégia de atendimento. Os resultados contribuirão para utilizarmos para que o paciente possa compreender as diferenças entre as suas características pessoais e as orientações ofertadas quanto a higiene do sono e assim consequentemente o mesmo poderá reconhecer através de tal demonstração os resultados relacionados as dificuldades que apresenta em relação a sua falta de sono e como melhorar a sua qualidade de vida. 2- Sua forma de participação consiste em aplicação de questionários aos participantes da pesquisa na Unidade Básica de Saúde Maria Izabel na cidade de Assis-SP, com faixa etária entre 18 e 60 anos e distribuição de um diário do sono para acompanhamento diário destes voluntários assistidos. A partir dos dados coletados, os mesmos serão interpretados e catalogados, para posterior análise. Consulta de dados dos pacientes a serem submetidos à pesquisa, história clínica, história pregressa de vida e a presença de comorbidades e diagnóstico médico (CID). 3- Serão realizados 2 (dois) grupos contendo 15 (quinze) voluntários cada grupo, no qual, haverá 1 (um) encontro semanal

finalizando no total de 5 (cinco) encontros, sendo cada encontro a abordagem de 1 hora no máximo 1 hora e 30 minutos (não ultrapassando o horário estabelecido), possuindo o seguinte cronograma: -história de vida pregressa e atual e a proposta de trabalho de pesquisa, bem como a entrega do diário de sono; - Identificação das dificuldades expostas através de roda de conversa pelos participantes e a realização das primeiras intervenções de orientação de cuidado para a higiene do sono; - Identificar a eficácia e aplicabilidade da orientação proposta por intermédio da psicoeducação retomando e otimizando a intervenção ofertada; - avaliação final dos participantes (coleta de dados e coleta do diário do sono) e aplicação de questionário de avaliação final. 4- Os itens 2 e 3 representam risco mínimo para você. 5- Não haverá benefício para o participante. Não haverá benefício para o participante. Trata-se de um estudo experimental que pretende utilizar a psicoeducação como estratégia de reabilitação de indivíduos portadores de diagnóstico médico de insônia, auxiliando em sua qualidade de vida. Em qualquer etapa do estudo, o paciente terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, podendo desistir da mesma em quaisquer etapa da pesquisa. sendo em cada encontro a abordagem de uma hora (1) no máximo uma hora (1) e trinta minutos (30), não ultrapassando o horário estabelecido, seguindo respectivamente os seguintes cronogramas:

- História de vida pregressa e atual, proposta de trabalho de pesquisa, bem como a entrega do diário de sono;
- Identificação das dificuldades expostas através de roda de conversa pelos participantes e a realização das primeiras intervenções de orientação de cuidado para a higiene do sono;
- Identificar a eficácia e aplicabilidade das orientações proposta por intermédio da psicoeducação retomando e otimizando a intervenção ofertada;
- Avaliação final dos participantes (coleta de dados e coleta do diário do sono) e aplicação de questionário final.

EMENTA: *Será também distribuído um diário do sono (Apêndice 2) para acompanhamento diário destas pessoas assistidas para coleta de informações em relação à adaptação da intervenção aplicada, não permanecendo a divisão de dois grupos para a comparação. Salienta-se que durante o levantamento dos mesmos/evidências baseadas em saúde, o diagnóstico médico para a insônia não está claro e/ou prescrito, mesmo estando sendo indicado o uso da terapêutica estabelecida/prescrita conforme prescrição médica que se*

tratam de casos para tratamento/cuidado de insônia. Destaca-se que a alteração acima sugerida e descrita não alterou no andamento e execução dos objetivos estabelecidos anteriormente.

7. RESULTADOS

7.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A pesquisa transcorreu de julho a agosto de 2015. Neste período foram assistidos 30 pessoas, entre diagnóstico de insônia, uso ou não de hipnótico sedativo e, pessoas que relatavam dificuldade em manter um sono reparador.

A idade foi 18 a 60 anos, de início foi aplicado um questionário semi-estruturado com questões abertas e fechadas (Apêndice 01).

Neste questionário, abordou-se os dados pessoais, sexo, faixa etária e perguntas direcionadas à qualidade de vida do indivíduo como um ser insone.

Os parâmetros mais destacados foram acerca das dificuldades em relação do adormecer (latência), em como manter o sono durante a noite e o despertar, correlacionada com as morbidades associadas, labilidade emocional, entre outros ligados a má qualidade do sono.

A figura abaixo mostra como foi a amostragem dos voluntários quanto ao gênero.

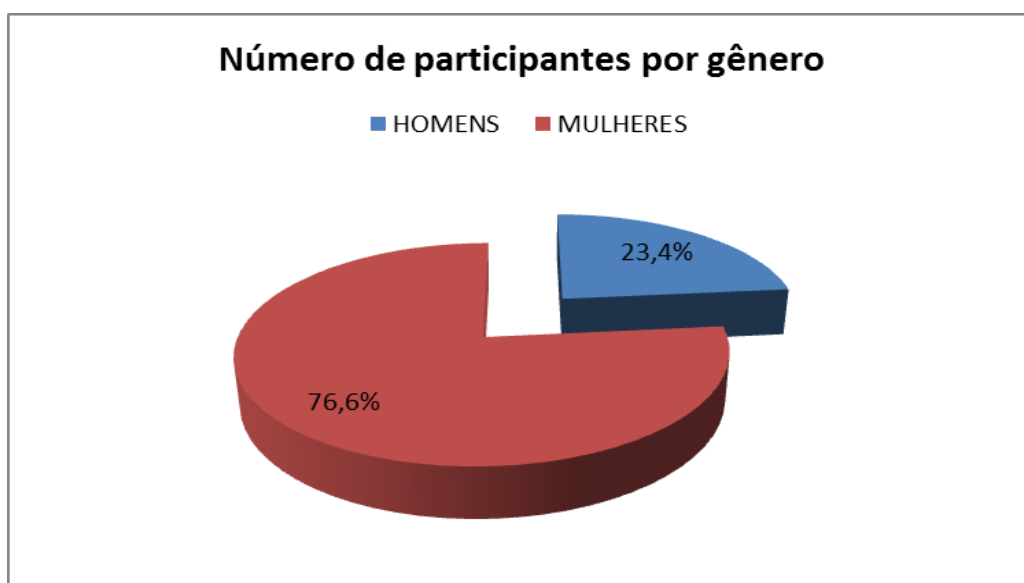


Figura 01- Descrição do gênero dos participantes envolvidos na pesquisa.

Ao analisar esta figura pode-se observar que a participação e dificuldade para adormecer entre as mulheres (76,6%), são maiores comparada ao sexo masculino (23,4%). Embora se depende da proporção e do entendimento sobre a definição do que é insônia para essas

peçoas analisadas, as mulheres ainda são as que mais apresentaram quadro de insônia, numa prevalência de duas a três vezes a mais que nos homens e seu índice aumenta conforme a idade (AMARAL, 2012).

A prevalência de insônia nas mulheres é um consenso na literatura, 2001, SUTTON apud FANTINEL 2010, relata que estas, apresentam uma probabilidade de 1,28 vezes a mais de vivenciarem insônia do que os homens e isto está ligado ao perfil epidemiológico, seja por baixa renda, trabalho, situação conjugal (as viúvas e as separadas) e grau de escolaridade.

Para uma melhor visualização e entendimento acerca dessa amostragem, fragmentou-se a relação entre o gênero com a faixa etária desses participantes.

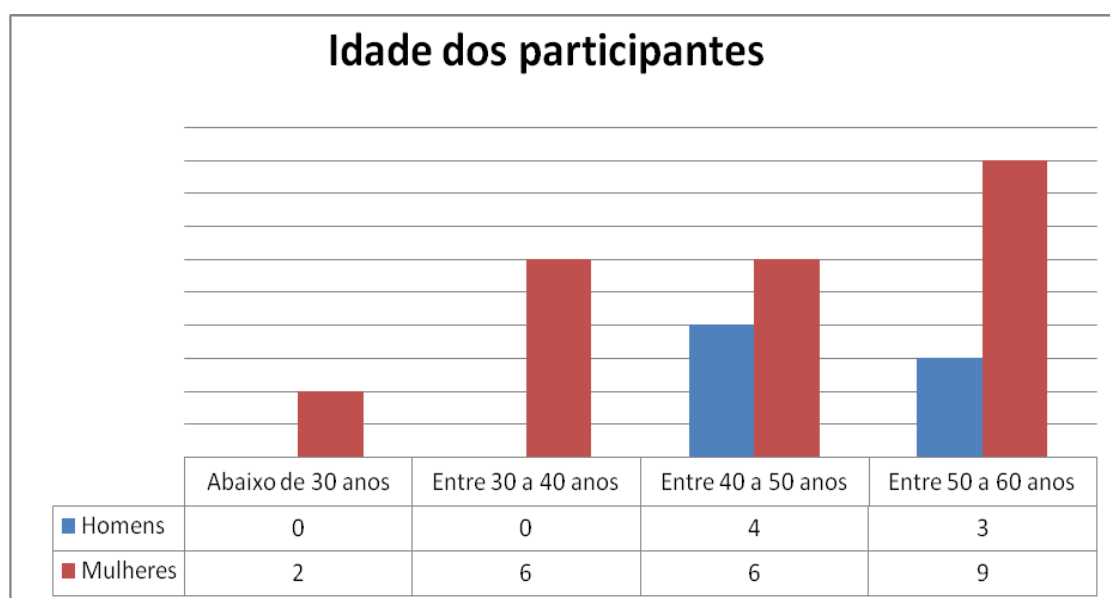


Figura 02- Caracterização dos voluntários por gênero e idade.

Chama a atenção, que a relação entre os gêneros e as faixas etárias é muito significativa, pois os voluntários do sexo masculino abaixo dos quarenta (40) anos, o percentual é zero comparado com a mesma idade das voluntárias do sexo feminino. Nota-se que mesmo nas outras faixas etárias, as mulheres insones ainda prevalece sobre o sexo oposto.

Mudanças ao longo do tempo vem acontecendo, OLIVEIRA apud FANTINEL 2010, em seu estudo, aponta uma observação importante sobre a mudança de insones por faixa etária. Tempos atrás, a insônia estava assimilado com a magnetude da idade e nos dias atuais estão se

transferindo para população jovem. Mudanças que estão ligadas com o hábito de vida em que esses indivíduos se encontram, seja por comportamentais ou por sociodemográficos.

Acerca da história pregressa, questionou-se sobre patologias de base ou morbidades associada, o gráfico nº 03 descreve as morbidades pontuadas pelos entrevistados durante a primeira entrevista.

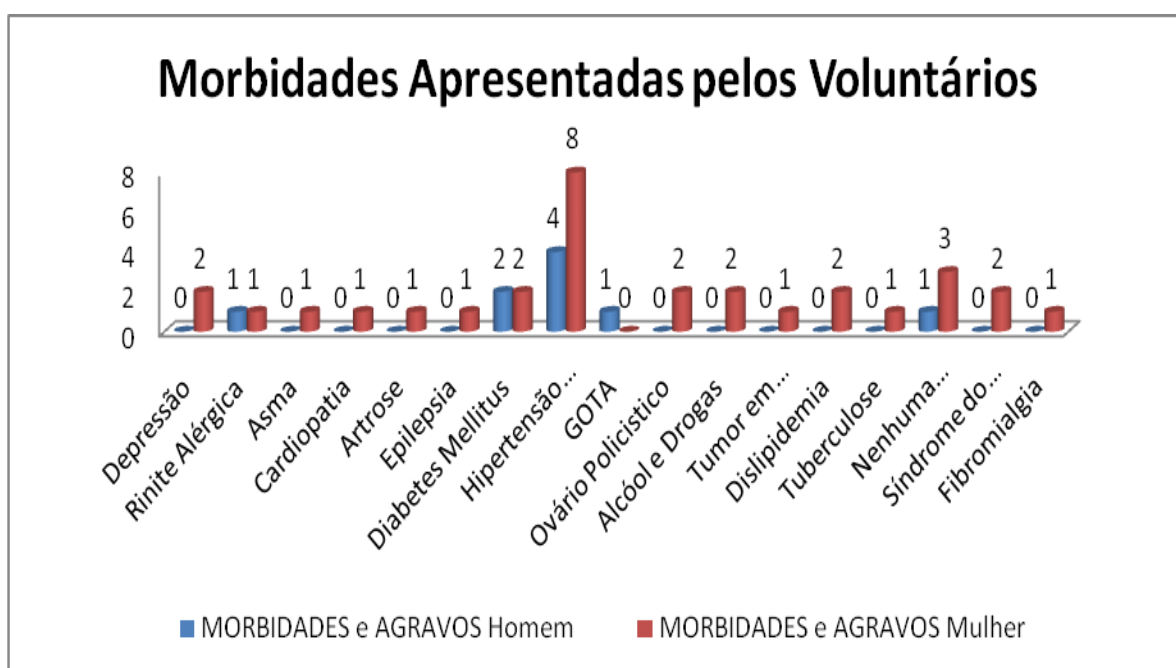


Figura 03 – Morbidades apresentadas pelos voluntários

FOLEY apud FANTINEL 2010, em seu estudo associa a dificuldade em adormecer e suscetibilidade em apresentar uma morbidade. O autor não relata que a patologia em si não desencadeia a insônia, mas enfatiza as consequências ocasionada pelas morbidades pode gerar insatisfação, levando o indivíduo a perda do sono.

Neste mesmo trabalho o autor caracteriza como morbidades mais compatíveis são Asma, rinite alérgica e hipertensão arterial.

Outra pergunta abordada foi as medicações utilizadas por esses voluntários, abaixo estão o levantamento desses fármacos utilizados para tratamento terapêutico acerca do tema abordado.

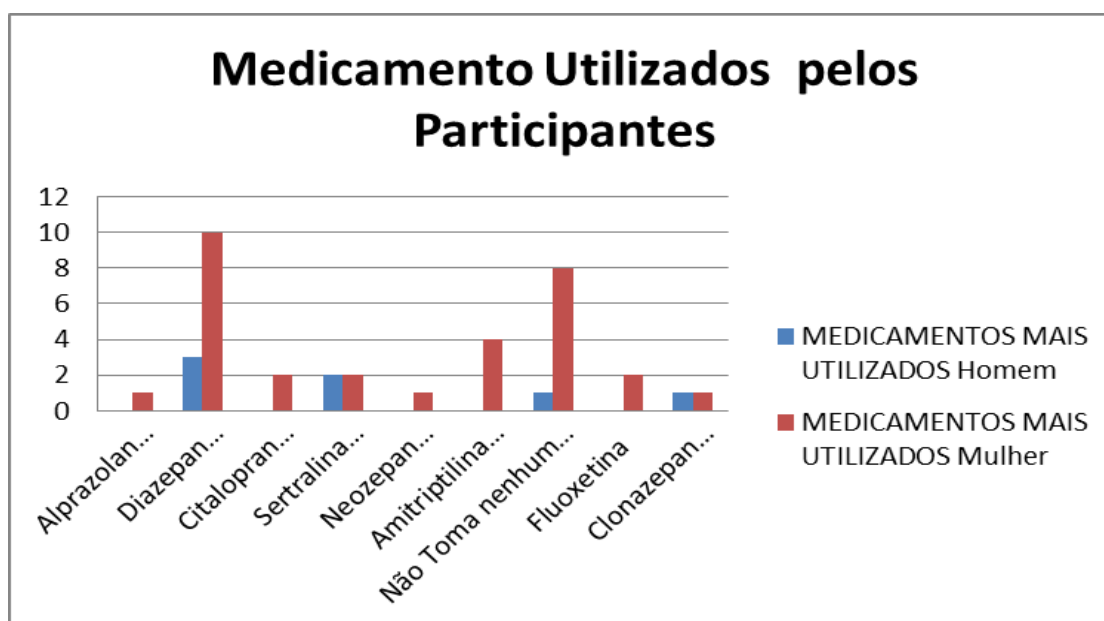


Figura 04- Relação dos fármacos utilizados pelos participantes.

Pode-se observar que as medicações são via oral, em comprimidos e o maior consumo entre esses fármacos é o diazepam 10mg.

Entre outros medicamentos referidos estão Clonazepam 2mg, Citalopran 20 mg, Alprazolam 0,25 mg e Neozepam. Entre os medicamentos indutores do sono, observa-se que algumas medicações relatadas como Fluoxetina 20 mg, Amitriptilina 0,75 mg foram acrescentadas ao gráfico por serem utilizadas com interação a esses medicamentos.

Chamou-se a atenção durante a entrevista entre as perguntas abertas, quais os fatores que interferiram no sono e que levou ao uso de medicamento.....”*Trabalho em turno alternado e quando estou em casa não consigo dormir a noite [....] J.LTomo remédio pra dormir faz 16 anos....[.....] Percebi que não conseguia pegar no sono fácil, fui ao médico e ele me receitou, Me acostomei e não consigo parar.*A.C.N.

Foram muitos relatos interessantes como*Comecei a perdê o sono depois que meu filho cresceu.....[...]* O.B.; *Foi depois que meu filho nasceu, acho que tive depressão pós parto, [...]* *Hoje meu filho está com 12 anos...Estou lutando para parar, esses dias fui ao médico e falei que não ia mais usar, ele me deu uma receita em branco e disse pra eu levar se mudasse de ideia[...]* R.A.

Foi depois que coloquei televisão a cabo, assistia até tarde, e hoje quando tento dormi cedo, desacostumei..[...] S.F., [...]Tomo remédio já faz muito tempo e meu filho de onze anos também, desde os três anos, porque ele tem Síndrome do Terror Noturno [...]

Após o questionário, individualmente foi explicado quanto a importância da participação, com ênfase de orientação em torno de medidas educativas quanto a adaptação de hábitos de rotinas de higiene do sono e emocional focando primordialmente na qualidade de vida do voluntário. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 03) foi explicado e orientado quanto aos direitos do participante e esclarecimentos .

Os apontamentos do diário do sono, foram realizado em domicílio, conforme solicitado e autorizado pelo CEP (Anexo 01), pois muitos participantes iam deixar de contribuir para a pesquisa, por indisponibilidade de deslocamento à Unidade de Saúde, seja por motivos ocupacionais, de rotinas, o que inevitavelmente levaria a sua renúncia no estudo.

Houve-se então o monitoramento domiciliar, instruções quanto à higiene do sono, esclarecimento de dúvidas conforme iam surgindo e finalização na última visita com recolhimento das anotações armazenadas no diário do sono.

É sabido que como em qualquer pesquisa de campo, há perdas e desistências. A concordância foi reavaliada por visitas com intuito de resgatar novamente os que haviam abandonado o acompanhamento.

Em contra partida, grande parte destes aceitaram a proposta, levaram para sua rotina diária as orientações recebidas, assim como se comprometiam nos registros diários que consideravam importantes para a avaliação.

O gráfico a seguir descreve de modo geral a adesão dos participantes acerca da receptividade de orientações de higiene do sono interligada com anotações periódicas no diário do sono.

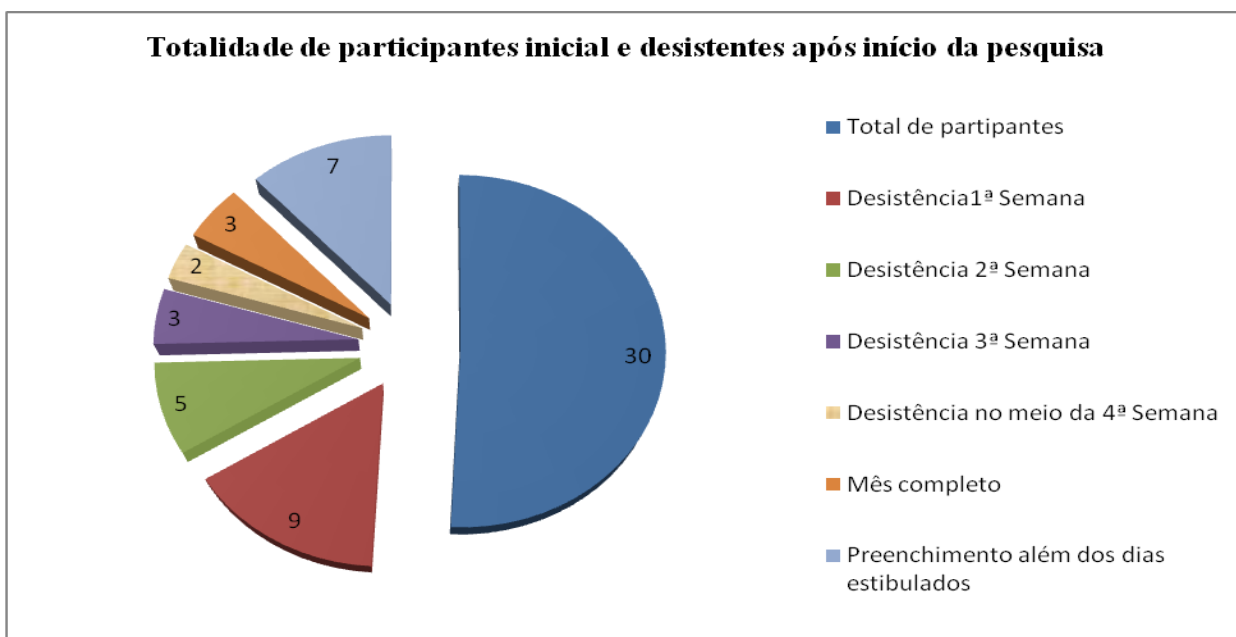


Figura 06- Caracterização da totalidade de participantes que iniciaram a pesquisa e a comparação semanal de desistentes.

7.2 ANÁLISE DOS PARÂMETROS

Ao analisarmos o trabalho em relação a insônia vemos que o mesmo se agrega freqüentemente a um acréscimo do nível de alerta fisiológico e psicológico no período da noite, unido a uma dependência negativa para dormir. A ansiedade intensa e o mal estar pautados com a impossibilidade de dormir dão espaço a um ambiente vicioso, pois quanto mais o paciente aventura-se dormir, mais frustrado e aborrecido se sente, o que acaba atrapalhando ainda mais o sono. Com freqüência, os pacientes falam que conseguem dormir melhor fora do seu quarto e do seu ambiente. A insônia pode ocasionar uma redução da percepção de bem estar durante o dia, diferenciada pela mudança do estado de ânimo e da motivação, redução da prudência, da força da concentração e ampliação da sensação de fadiga e indisposição.

O uso de substâncias estimulantes em si constitui-se em dificuldade prevalente, mas ao mesmo tempo está catalogado a outros agravos à saúde entre eles a insônia.

Uma avaliação de enfermagem compreensiva é fundamental para nortear o tratamento do paciente com insônia. Esta avaliação deve incluir: histórico do uso de substâncias e dos efeitos da substância no funcionamento cognitivo, psicológico e fisiológico do paciente no

presente e no passado do paciente; história médica geral e exame físico geral; história dos tratamentos realizados pelo paciente e a resposta terapêutica obtidas antecipadamente; história familiar e social; etc.

8 DISCUSSÃO

O conhecimento sobre o sono e os seus distúrbios levou à formação de sociedades médicas internacionais dedicadas à Medicina do Sono e à elaboração das classificações internacionais dos distúrbios do sono, a primeira das quais surgiu em 1990. A descoberta, em 1998, de peptídeos hipotalâmicos denominados hipocretinas e do seu papel no ciclo sono-vigília e na fisiopatologia da narcolepsia-cataplexia reposicionou o hipotálamo no controlo do ciclo sono-vigília, anteriormente atribuído unicamente a estruturas localizadas no tronco cerebral e tálamo (AMARAL, 2013).

8.1 A INSÔNIA

Estudar a insônia nestes grupos etários foi essencial. Os distúrbios do sono na infância e na adolescência podem ter consequências graves no imediato ou, futuramente, na idade adulta. Problemas de sono persistentes aos cinco, sete e nove anos de idade aumentam o risco de doenças, nomeadamente ansiedade, em idades avançadas e a presença de problemas de sono na infância aumenta duas vezes o risco de problemas de sono na adolescência

O sono constitui-se em um aspecto fundamental da vida do ser humano. Possui função restaurativa, de conservação de energia e de proteção. Sua privação pode determinar importante prejuízo em curto ou em longo prazo nas atividades diárias do paciente, causando adversidades sociais, somáticas, psicológicas ou cognitivas. Os sintomas relacionados aos transtornos do sono (TS) são frequentes em crianças e adultos, como insônia, sonolência excessiva diurna (SED), incapacidade de dormir no momento desejado e eventos anormais durante o sono. Esses sintomas cardinais são estudados neste artigo, assim como são revisadas as principais características do sono e suas abordagens diagnósticas e terapêuticas.

A insônia é um transtorno muito comum na nossa sociedade do excesso de estímulos, da falta de dinheiro, dos muitos gastos, das várias doenças, da cobrança por grandes e rápidos desempenhos (desumanos?). Conforme pesquisa realizada no Brasil (com 22.518 pessoas) pela “Sociedade Brasileira de Neurofisiologia”, os gaúchos são os que mais tem problema com o dormir (alimentação noturna “pesada”, muito trabalho intelectual, pouco exercício físico, falta de períodos de relaxamento poderiam ser os gerados do problema?) (SILVA, 2008).

Essa pesquisa indica que 45% dos brasileiros dormem mal, 32% demoram muito tempo para iniciar o sono e 52% das pessoas acordam cansadas. Alguns sujeitos tentam compensar essa dificuldade dormindo muitas horas durante o dia, isso, na grande maioria das vezes, não resolver o problema e acaba prejudicando a execução dos estudos, trabalhos, contatos com outras pessoas (SILVA, 2008).

Em 1990, a Classificação Internacional das Perturbações do Sono já especificava a definição de insônia como uma “queixa quase diária de sono insatisfatório ou não reparador após um período de sono habitual”. Mas a investigação epidemiológica realizada no âmbito da insônia na população em geral tem progredido ainda mais notavelmente, desde uma avaliação baseada na ausência/presença de sintomas de insônia para uma avaliação baseada na gravidade, frequência e associação a consequências no dia-a-dia (AMARAL, 2013).

8.2 ANALISANDO O DESFECHO INSÔNIA

É o transtorno do sono denominado insônia o mais frequente na população, representando um importante problema de saúde pública. Alguns dos seus fatores de risco incluem o envelhecimento, sexo feminino, comorbidades, trabalho por turnos e, provavelmente, desemprego e menor status socioeconômico. A insônia é diagnosticada pela avaliação clínica e história do sono, além de detalhada anamnese médica, uso de drogas e avaliação de transtornos psiquiátricos (NEVES et al., 2013).

As queixas de insônia são relacionadas à dificuldade de iniciar o sono, múltiplos despertares noturnos com dificuldade para voltar a dormir, despertar precoce, além de sonolência/fadiga persistente durante o dia. A insônia é definida pela ICSD-2 como uma condição debilitante caracterizada pela dificuldade em iniciar o sono ou em mantê-lo ou pela má qualidade do sono, apesar da oportunidade adequada para dormir. No entanto, o diagnóstico de insônia requer disfunção diurna associada, além da sintomatologia da insônia propriamente (NEVES et al., 2013).

Ela pode estar associada a outros transtornos do sono. Atualmente, a ICSD-2 subclassifica a insônia como primária, ou secundária a uma etiologia médica, psiquiátrica, ou induzida por medicamentos. Sintomas de insônia primária podem ser agudos e autolimitados, ou crônicos e persistentes, por mais de três meses. Esta última situação pode constituir a insônia psicofisiológica, paradoxal ou idiopática. A insônia psicofisiológica é um transtorno

comportamental em que existe aumento da preocupação sobre a incapacidade de dormir de forma adequada e suas consequências, o que também se chama de insoniofobia (NEVES et al., 2013).

Todos os médicos generalistas ou especialistas, como os neurologistas, precisam ter conhecimentos básicos para lidar com os pacientes com insônia. O passo inicial é cuidar de qualquer situação ou doença que possa colaborar para a existência da doença ou impedir a qualidade/quantidade adequada do sono. O manejo de alguns casos mais complexos necessita de recursos complementares, diagnósticos e/ou terapêuticos. Isso normalmente dependerá de qualificação médica e de abordagens mais específicas, de preferência fornecidas por especialistas do sono (NEVES et al., 2013).

8.3 O USO DOS BENZODIAZEPÍNICOS CONTRA INSÔNIA

Os benzodiazepínicos são depressores do SNC, com efeitos de intoxicação aguda semelhantes ao do álcool. O risco de depressão respiratória por intoxicação benzodiazepínica é importante. Entretanto, esse efeito, assim como hipotensão e bradicardia, é mais pronunciado quanto existe intoxicação associada a outras substâncias. Embora a ingestão excessiva de benzodiazepínicos dificilmente induza ao coma profundo e ao óbito quando feita isoladamente, o paciente pode necessitar de ventilação assistida. (AMARAL, 2010).

Os benzodiazepínicos como o mais usado na pesquisa foi o Diazepan que evidenciam níveis modificáveis de sedação, sonolência e relaxamento muscular, além de comprometimento cognitivo e do desempenho psicomotor. A intoxicação por essas substâncias é marcada pela excessiva sedação, ataxia, confusão e estupor e, em alguns casos, alterações comportamentais e agressividade. Pode ser uma síndrome semelhante à da intoxicação alcoólica e a intoxicação concomitante de ambas as substâncias aumenta o risco de alterações cardiorrespiratórias e morte.

O consumo de benzodiazepínicos está associado a alterações comportamentais, sintomas depressivos, quadros amnésicos e quadros psicóticos. Pode haver também surgimento e agravamento de transtornos do sono. Além disso, o uso destas substâncias está implicado em risco de quedas, fraturas e de acidentes em geral (RIBEIRO et al, 2006).

Não há medidas farmacológicas específicas. Algumas considerações para a retirada dos benzodiazepínicos devem ser feitas: quando a dependência não é severa, pode-se retirar

abruptamente a medicação. Entretanto, nos casos de dependência severa, preconiza-se a suspensão gradativa e a substituição por compostos de meia-vida mais longa, como o Diazepan ou o Clonazepan. Pode-se diminuir um comprimido a cada semana (após a estabilização da dose usada, retira-se o equivalente a uma unidade farmacológica da dose diária a cada semana) (RIBEIRO et al, 2006).

9. CONCLUSÃO

Tal pesquisa, foi avaliada através de um histórico, um diário e psicoeducação em higiene do sono. Acredita-se que a apresentação do caderno contribuiu para a adesão de voluntários, transparecendo um trabalho confiável, fidedigno e cativante.

Acredita-se que com a confecção do diário do sono, contribuiu para a referida pesquisa. Haja em vista que a aparência do diário do sono, que através de uma capa confeccionada de tecido e decorada artesanalmente com uma coruja em relevo, despertou a atenção dos colaboradores da pesquisa.

De início, ao serem abordadas para a referida pesquisa, notou-se uma certa resistência, porém, ao apresentar a proposta e o diário, pessoas desinteressadas se propuseram a colaborar. Entre os participantes existiam acometidos por tuberculose, relatos de afastamento de drogas e álcool, aposentados, trabalhadores de turnos alternados, afastamento ocupacionais, desempregados, pessoa colostomizada com baixa auto estima, entre outros. O fato de ter despendido tempo dos referidos diários, fez de certa forma, esses entrevistados sentirem valorizados e importantes.

Por se tratar de uma área com o perfil de baixa renda, de vulnerabilidade social, o despertar da auto-estima dos mesmos foi observada, levando em consideração que assimilavam como um presente e carinhosamente, os diários eram preenchidos.

Acredita-se que ganhou-se a empatia de algumas pessoas pelo fato de estar sendo lembrados, visitados, assistidos ou simplesmente por ter recebido um pouco de atenção as suas condições biopsicosossiais.

Percebe-se que os serviços de Saúde ainda tem muito que ser estruturado, pois para a localização deste voluntários, não existiam um controle de medicações (caderno de controle de psicotrópicos), e mostrava-se uma certa desorganização em relação receita B.

Notou-se que os canhotos preenchidos encontravam-se com letras ilegíveis e muitas das vezes destacados sem nomes, oque dificultava a localização de voluntários.

Acredita-se que uma pessoa de má fé ou que faz uso indevido de medicamentos além do recomendado, supostamente pode estar solicitando receitas exacerbadamente sem um controle mensal.

Com a pesquisa iniciada na Unidade de Saúde Básica, inciou-se também preocupações entre a equipe multidisciplinar sobre o tema abordado, psicóloga, médicos e enfermeira criaram um projeto acerca de acompanhamentos à pessoas que fazem uso de psicotrópicos, oque dará

continuidade à pesquisa, quando questionado pelos voluntários sobre o encerramento da pesquisa.

Conclusões finais sugeridas:

Sugestão de cuidados, áreas a serem investigadas, pesquisas a serem desenvolvidas:

- Embasamento sobre como esta a qualidade do sono e é necessário que haja mais orientações por parte dos profissionais
- Embasamento sobre como esta a qualidade do sono de uma determinada área da cidade de Assis-SP
- A insônia é um tema que sempre está em questionamento, muitas pessoas ainda não tem o conhecimento adequado da sua importância
- Esta pesquisa motivou a elaboração de um projeto de intervenção na Unidade de Saúde Maria Izabel
- São necessários intervenções.

Ao longo dessa pesquisa foi possível perceber que quando a pessoas são:

- Valorizadas como participante no cuidado, desenvolvendo o cuidado, desenvolvendo a sua autonomia.

REFERÊNCIAS

I CONSENSO ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO. **Insônia: do diagnóstico ao tratamento: I Consenso Brasileiro de Insônia: 2002**/ Associação Brasileira do Sono; [coordenação geral] Dalva Poyares, Sergio Tufik. Ed. Hynpos, 2002.

III CONSENSO ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO. **Insônia: do diagnóstico ao tratamento: I Consenso Brasileiro de Insônia: 2013**/ Associação Brasileira do Sono; [coordenação geral] Andrea Bacelar, Luciano Ribeiro Pinto Jr. -- 1. Ed, São Paulo: Omnifarma, 2013.

ALMEIDA, M.A.B. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa / Marcos Antonio Bettine de Almeida, Gustavo Luis Gutierrez, Renato Marques : prefácio do professor Luiz Gonzaga Godoi Trigo. – São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142p.

AMARAL, B. D. A; MACHADO K. L. **Benzodiazepínicos**: uso crônico e dependência. Unifil, Londrina, 2012.Disponível em URL: <<http://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000007/000007A8.pdf>> Acesso em 21 de janeiro de 2015.

AMARAL, M. O. P. Epidemiologia da insônia em adolescentes Do diagnóstico de situação à intervenção. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, para **Doutorado** em Saúde Pública, especialidade de Promoção da Saúde.Lisboa, 2013.

AMARAL R.A. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol 32 , Supl II, out 2010.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. **The International Classification of Sleep Disorders**, Second Edition: Diagnostic and Manual, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2005.

BARBOSA, S.R.C.S. **Qualidade de Vida e ambiente**: uma temática em construção. In: BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas (org.). A temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM. Campinas: UNICAMP, NEPAM, 1998, p. 401- 423.

BEAR, M.F; CONNORS, B.W; PARADISO, M.A. Os ritmos do encéfalo. **Neurociências**: desvendando o sistema nervoso. Porto Alegre: Artmed, 2006, 2.ed. Cap.19, p 606.

BERNIK, M.A. **Benzodiazepínicos – Quatro Décadas de Experiência**.São Paulo: Editora Eusp, 1999, 3ª.ed. Cap. 14, p 183, 185.

BITTENCOURT, P.R.M, WADE, P, SMITH, RICENS, Benzodiazepines Impair Smooth Pursuit Eye Movements, Br. J. Cli. **Pharmac.** (1983), 15, 259-262.

BLAIS FC, MORIN CM, BOISCLAIR A, GRENIER V, GUAY B. [Insomnia. Prevalence and treatment of patients in general practice]. **Can Fam Physician**. v. 47, p. 759-67. 2001.

BOLGE SC, DOAN JF, KANNAN H, BARAN RW. Association of insomnia with quality of life, work productivity, and activity impairment. **Qual Life Res**. v. 18, n.4, p. 415-22. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 14, de 27 de outubro de 2009. **Aprova os Guias de Farmacovigilância para a execução da RDC nº 4, de 10/02/2009**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 out. 2009, Seção1, p.45.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**, Brasília DF, maio 2001, p.18-19.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), **II Levantamento Domiciliar Sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil : Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País 2005**. Editora e Gráfica Ltda, São Paulo: 2006.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia/ UNIFESP, 2004.< <http://www.200.144.91.102/cebridweb/conteudo.aspx?cd=13>> Acesso em 27 de dezembro de 2014.

Classification of Sleep Disorders (ICSD), 2009 Oct;10(9):952-60. doi: 10.1016/j.sleep.2009.07.008. URL:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19748312>>. Acesso Em 23 de dezembro de 2014.

CUNHA M C B, ZANETTI M L, HASS V J. QUALIDADE DO SONO EM DIABÉTICOS DO TIPO 2; **Rev. Latino Americana de Enfermagem 2009**, setembro-outubro; 16(5)

CUNNINGTON D, JUNGE M F, FERNANDO T. **Insomnia: Prevalence, Cosequences and Effective Treatment**, Australia, Med J August 2013; 199(8):36-40. URL:< <https://www.mja.com.au/journal/2013/199/8/insomnia-prevalence-consequences-and-effective-treatment&prev=search>> Acesso em 19 de dezembro de 2014.

DOI Y. An epidemiologic review on occupational sleep research among Japanese workers. **Ind Health**. 2005 Jan;43(1):3-10. Disponível em URL:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15732297>> Acesso em 25 de Junho de 2015.

FANTINEL, E. J. **Epidemiologia da Insônia em Inquérito Populacional em Uma cidade do Sul do Brasil**. Pelotas – Rs, 2010. Disponível em: URL:< <http://www.epidemioufpel.org.br/uploads/teses/Dissert%20fantinel.pdf> > Acesso em 29 de Agosto de 2015.

FIGUEIREDO, A; L. et al. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, Campinas-SP, 2009, Vol. XI, nº 1, 15-24.

GALVIN B. **Is your lack of sleep making you fat?** Atlanta, June 12 2012. Disponível em: URL:<<http://www.myfoxatlanta.com/story/18763012/loss-of-sleep-could-lead-to-weight>> Acesso 26 de dezembro de 2014.

GUYTON, A.C; HALL, J.E. Estados de atividade cerebral: sono, ondas cerebrais, epilepsia, psicose. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006, 11.ed, cap 59, p. 739.

HOWARD M. Driving After Night Shift – **Simulation Instrumented Vehicles And The Ditch**; Sleep An Biological Rhythms 2012. Victoria, Australia, 2012.

URL:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-8425.2012.00580.x/pdf>> Acesso em: 22 de Dezembro de 2014.

LARANJEIRA, R; CASTRO, L.A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: Bernik MA, editor. **Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência**. 3ª ed. São Paulo (SP):Editora Edusp; 1999, p.185-186.

LEBON, A. Psico-educação: a ciência do "viver com" educativo e terapêutico.(**Paidéia Ribeirão Preto**), Ribeirão Preto , n. 12-13, Aug. 1997.Disponível em URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1997000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 de Janeiro de 2015.

LEGER D, GUILLEMINAULT C, DREYFUS JP, DELAHAYE C, PAILLARD M. Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. **J Sleep Res**. v. 9, n. 1, p.35-42. 2000.

LINTON SJ, BRYNGELSSON I-L. Insomnia and Its Relationship to Work and Health in a Working-Age Population. **Journal of Occupational Rehabilitation**. v. 10, n. 2, p. 169-83. 2000.

MELLO,M. T.; PASSOS,G.S.; TUFIK. S; POYARES, D.; SANTANA M.G.; Tratamento não Farmacológico para a Insônia Crônica. Associação Fundo Incentivo à Farmacologia (AFIF) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)2007, **Rev. Bras. de Psiquiatria** 2007. Disponível em: URL:< <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n3/2411.pdf>> Acesso em 22 de maio de 2015.

MENEGOTTO E M.A; KONKLIEWITZ E C. **Sono e Sonhos**. Bases Neurológicas, Função na Atividade Cerebral e Teorias Interpretativas de seu conteúdo, Tópicos de Neurociência Clínica, Dourados, MS, Editora da UFGD, 2010.

GUSTAMANN, P.C., Cronobiologia: Uma Revisão Bibliográfica. **Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis, 2012 Disponível em URL: < <https://ead.ufsc.br/biologia/files/2014/05/Pollyane-Casagrande-Gustmann.pdf>> . Acesso em 18 de fevereiro 2015.

MULLER M R, GUIMARÃES S S, Impacto dos transtornos do Sono sobre o Funcionamento diário e a Qualidade de Vida, **Estudos de Psicologia**, Campinas, vol 24, p. 519-528, outubro – dezembro 2007.

NEVES GSML et al. Transtornos do sono: visão geral. **Revista Brasileira de Neurologia** » Volume 49 » Nº 2 » abr - maio - jun, 2013.

OHAVON M M, Reynolds C F; **Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD)**, 2009 Oct;10(9):952-60. doi: 10.1016/j.sleep.2009.07.008. URL:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19748312>>. Acesso em 23 de dezembro de 2014.

ORLANDI A C, VENTURA C, GALINARO A L, COSTA R A, LAGE L V; 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. Reumatologia**. v. 52, n. 5, p. 666 -678. 2012.

PORTELLA, C.F.S. Faculdade de Saúde Pública – USP .**Qualidade de vida e insônia na perimenopausa – Meditação como estratégia de intervenção**. São Paulo, 2014. Disponível em URL: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde09042014-104755/pt-br.php> > Acesso em: 28 de novembro de 2014.

RIBEIRO M, LARANJEIRA R, DUNN J. álcool e drogas: emergência psiquiátrica. In: Botega NJ. **Prática psiquiátrica no hospital geral – Interconsulta e emergência**. 2. ed. Artmed, 2006. p.263-281.

ROCHA F, UCHOA E, GUERRA H, FIRMO J, VIDIGAL P, LIMA-COSTA M. Prevalence of sleep complaints and associated factors in community-dwelling older people in Brazil: the Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). **Sleep medicine**. v. 3, n. 3, p. 231. 2002.

SILVA L E L, OLIVEIRA M L C; INABA WK. Fatores que Interferem na qualidade do sono de pacientes internados, **Rev. Eletr. Enfermagem**. v. 13, n. 3, p. 521-528. 2011.

SCHUTTE-RODIN, S., BROCH, L., BUYASSE, D, DORSEY, C. SALEIA, M, Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults, **Journal of Sleep Medicine**, Vol. 4. N.5, 2008

SUTTON DA, MOLDOFSKY H, BADLEY EM. Insomnia and health problems in Canadians. **Sleep**. v. 24, n. 6, 665-670. 2001.

TOGEIRO S M G P, SMITH A K, Métodos diagnósticos nos distúrbios do sono, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2005: 27 (Supl I) : 8-15.

VIGETA S M G, NOVAES R, HACHUL H, TUFIK S, HAIDAR M A, O Conhecimento da Higiene do Sono na Menopausa, **Rev. APS**. v. 16, n. 3, p. 122-128. 2013.

WHO – Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde, **Financiamento Dos Sistemas De Saúde** – O caminho para a cobertura Universal, 2010. Disponível Em< http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em 03/01/2015.

SHNEERSON J. **Sleep medicine: a guide to sleep and its disorders**. 2nd ed. Oxford: Blackwell; 2005

OHAYON MM. **Epidemiology of insomnia:** what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev.* v. 6, n. 2, p. 97-111. 2002.

OHAYON MM. Severe hot flashes are associated with chronic insomnia. **Arch Intern Med.**v. 166, n. 12, p. 1262-8.2006.

XIANG Y, MA X, CAI Z, LI S, XIANG Y, GUO H, et al. The Prevalence of Insomnia, Its Sociodemographic and Clinical Correlates, and Treatment in Rural and Urban Regions of Beijing, China: A General Population-Based **Survey. Sleep.** v. 31, n. 12, p. 1655. 2008.

APÊNDICE 1

FICHA CLÍNICA/ CONSULTA DE ENFERMAGEM:

Anamnese do Sono:

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____

DN: __/__/__; Sexo: () Fem. () Masc.; Profissão: _____

PA: _____ X _____ mmHg. FC: _____ bpm;

FR: _____ rpm; Temperatura: _____ °C;

Peso: _____ Kg; Altura: _____ m _____ cm;

HISTORIA PREGRESSA:

Comorbidades: _____

Tempo: _____ Tratamento: _____

Ansiedade: () Sim () Não Depressão: () Sim () Não

Peso Nos Últimos Anos: () Diminuiu () Aumentou; Quantos kilos: _____;

Uso de Bebidas Alcoólicas: () Sim () Não Quais: _____

Fuma: () Sim () Não Tempo: _____ Quantos Cigarros por Dia: _____

Alergias:

() Sim () Não Especifique: _____

Uso de medicações: () Sim () Não

Medicações de Uso: _____

INÍCIO DA INSÔNIA:

Tempo da Queixa Principal: _____

Como Começou esse quadro: _____

Já Procurou Ajuda Profissional Alguma Vez: () Sim () Não; Onde: _____

Fez Tratamento Anterior: () sim () Não Tratamentos Realizados: _____

Antecedentes familiares com insônia: () Sim () Não Grau Parentesco _____

Uso de medicações: () sim () não

Medicações de Uso: _____

PERÍODO NOTURNO:

Horário que Vai se Deitar: _____ horas;

Consegue Dormir Logo: () Sim () Não; Quanto Tempo Demora: _____;

Costuma Ingerir Café à Noite: () Sim () Não Quantas vezes: _____;

Costuma Assistir TV Antes de Dormir: () Sim () Não Tempo: _____;

O que Assiste: _____;

Fica Enfrente ao Computador Antes de Dormir: () Sim () Não Tempo: _____;

Atividade Física 3 Horas Antes de Dormir: () Sim () Não; Quais: _____;

Dorme Com a Luz Apagada: () Sim () Não;

Levanta à Noite Para ir ao Banheiro: () Sempre () Nunca () Às vezes;

Despertares Noturnos: () Sim () Não; Quantas vezes: _____;

Fica acordado: () Sim () Não; Levanta e Anda pela Casa: () Sim () Não;

Come Durante esse Tempo sem Sono: () Sim () Não;

Ronca muito Alto: () Sim () Não; Sono Agitado: () Sim () Não

Têm Sonhos Ruins: () Sempre () Não () Às Vezes;

Têm dor à Noite: () Sempre () Não Quantas vez na semana _____;

No Último Mês com Que Frequência Tomou Remédio Por Conta Própria:

() 1 à 2 X na semana () 3 à 5 x na semana () Todos os dias;

Episódios de desorientação ou confusão durante à noite: () Sim () Não

Acordar com Falta de Ar: () Sim () Não () Às vezes

Ambiente em que dorme: _____

DESPERTAR PELA MANHÃ:

Horário que Acorda: _____ horas;

Horário que Levanta da Cama: _____ horas;

Uso Despertador () Sim () Não; Precisa ser acordado: () Sim () Não

Cansaço ao Despertar: () Sim () Não

Como se Sente ao Despertar: _____

ATIVIDADES DIURNAS:

Sonolência Diurna Excessiva: () Sim () Não; Irritabilidade: () sim () não

Alimentação equilibrada () Sim () Não

Café da Manhã: _____ horas Almoço _____ horas Jantar: _____ horas

Acorda com Dores no Corpo: () Sim () Não

Trabalha em Turnos Alternados: () Sim () Não Horários: _____

Atividade Física: () Sim () Não; Especifique: _____

Lazer Final de Semana () Nunca () Sempre () Quando tenho tempo

Quantas Vezes no mês: () 1 x no mês () 2x no mês () em todos

Relacionamento Social: () muito bom () bom () ruim () muito ruim

Relacionamento Familiar: () muito bom () bom () ruim () muito ruim Como você avaliaria a qualidade geral do seu sono?

() muito bom () bom () ruim () muito ruim Escala de Sonolência Epworth:

Atividades	Nenhuma chance de cochilar	Pequena chance de cochilar	Moderada chance de cochilar	Alta chance de cochilar
Sentado e Lendo.	0	1	2	3
Vendo TV.	0	1	2	3
Sentado em um lugar público, sem atividade (sala de espera, cinema, teatro, reunião).	0	1	2	3
Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando uma hora sem parar quando as circunstâncias permitem.	0	1	2	3
Sentado e conversando com alguém.	0	1	2	3
Sentado calmamente, após o almoço sem álcool.	0	1	2	3
Se você estiver de carro, enquanto para por alguns minutos no trânsito intenso.	0	1	2	3
TOTAL DE PONTOS:				

APÊNDICE 2:

DIÁRIO DO SONO

Obrigada por ter aceitado, sua participação é muito importante!!!!



Dicas para uma boa noite de sono...



Evite café, cigarros, bebidas
e comida pesada 4 horas antes
De dormir.

Evite ficar até tarde enfrente ao computador
e a TV, pois a luz emitida pode atrapalhar
O seu sono



Tome um banho morno antes de se
deitar isso faz com que se relaxe.



Use a cama somente para relação sexual
e para dormir.

DIÁRIO DO SONO - ____/____/2015 SEGUNDA-FEIRA

Após as 20 h, tomei chá, café, refrigerante ou outro estimulante () Sim () Não

Que horas fui dormir? __:__hs Quantas vezes acordei durante a noite? __vezes

Quanto tempo acho que demorei a pegar no sono: _____ ()mts ()hs

Dormi mais ou menos quantas horas? __hs Hoje acordei que horas? __:__hs

Como eu acordei? () Péssimo(a) () Mal () Mais ou menos () Bem () Ótimo (a)

Preparei-me para o sono como eu aprendi nas orientações? () Sim () Não

Como está a minha capacidade para dormir sem ser com remédios? () Boa () Ruim

Anotações: _____

APÊNDICE 3:

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS - FEMA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1 NOME: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : _____

SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO.....

CIDADE ESTADO

CEP:.....

TELEFONE: DDD (.....)

2.RESPONSÁVEL LEGAL

.....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....

SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO:.....CIDADE:

CEP:.....TELEFONE:DDD(.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **Alterações cognitivas, funcionalidade e qualidade de vida de sujeitos portadores de Diabetes Mellitus.**

2.PESQUISADORA: **MARIANA CAROLINA VASTAG RIBEIRO DE OLIVEIRA, ENFERMEIRA,DOCENTE UNIVERSITÁRIA FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS-FEMA, COREN-SP 0145230.**

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO (X) RISCO MÉDIO () RISCO BAIXO () RISCO MAIOR ()

4.DURAÇÃO DA PESQUISA:.....

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável _____ Rubrica do pesquisador _____

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS-FEMA

1- Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa o objetivo de avaliar a funcionalidade e as alterações cognitivas presentes em indivíduos portadores de diabetes mellitus tipo 1 e 2, bem como, comparar a outro grupo não portador da referida patologia e avaliar os parâmetros encontrados durante a coleta de informações através da aplicação de testes de avaliação cognitiva, funcionalidade, avaliação da qualidade de vida e alterações presentes nos exames clínicos/resultados que constam no prontuário do paciente já realizados anteriormente.

2- Para isso será necessário a aplicação de testes já estruturados na entrevista, para avaliar dados antropométricos e desempenho nos testes aplicados.

3- As avaliações serão realizadas em consulta individual, com duração aproximada de três horas aos casos/controles, sendo, portanto divididas em dois momentos de 1 hora e 30 minutos com intervalo aproximado de 30 minutos. As avaliações que demandarem centralização direta da atenção e da memorização serão realizadas no início da testagem por serem mais susceptíveis ao cansaço. Esta avaliação constará dos seguintes instrumentos:avaliação clínica (coleta de dados antropométricos), cognitivas e funcionais. prontuário do paciente já realizados anteriormente.

4- Os itens 2 e 3 representam risco mínimo para você.

5- Não haverá benefício para o participante. Trata-se de um estudo experimental que pretende comparar sujeitos portadores de DM e controles emparelhados para faixa etária e escolaridade do ponto de vista cognitivo, funcional e qualidade de vida.

6- Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Enfermeira Mariana Carolina Vastag Ribeiro de Oliveira, que poderá ser encontrada na Av. Getúlio Vargas, 1200 Vila Nova Santana, curso de Enfermagem, telefone: (18) 3302-1055.

7- É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição/Unidade de Saúde;

8- Direito de Confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

9- Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

10- Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

11- Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “_____”.

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS-FEMA

Eu discuti com a Enfermeira Mariana Carolina Vastag Ribeiro de Oliveira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data ____/____/____.

Assinatura da testemunha

Data ____/____/____.

Para casos de pacientes analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____.

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Psicoeducação como Estratégia de Higiene do Sono em Unidade de Saúde

Pesquisador: Mariana Carolina Vastag Ribeiro de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43406315.2.0000.5401

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.207.078

Apresentação do Projeto:

Este projeto tem finalidade de explorar modalidades de tratamento/acompanhamento dos pacientes que possuem diagnóstico médico de insônia bem como dificuldades do sono, utilizando a psicoeducação como estratégia de atendimento. Os resultados contribuirão para utilizarmos no intuito para que o paciente possa compreender as diferenças entre as suas características pessoais e as orientações ofertadas quanto a higiene do sono e assim consequentemente o mesmo poderá reconhecer através de tal demonstração os resultados relacionados as dificuldades que apresenta em relação a sua falta de sono e como melhorar a sua qualidade de vida.

Objetivo da Pesquisa:

Explorar a modalidade de tratamento/acompanhamento dos pacientes que possuem diagnóstico médico de insônia bem como, dificuldades do sono, utilizando a psicoeducação como estratégia de atendimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Explorar a modalidade de tratamento/acompanhamento dos pacientes que possuem diagnóstico

Endereço: Av. Dom Antônio, 2100
Bairro: Vila Tênis Clube
UF: SP **Município:** ASSIS **CEP:** 19.806-900
Telefone: (18)3302-5607 **Fax:** (18)3302-5804 **E-mail:** cep@assis.unesp.br

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO



Continuação do Parecer: 1.207.078

médico de insônia bem como, dificuldades do sono, utilizando a psicoeducação como estratégia de atendimento. A pesquisadora não faz consideração a benefícios aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora submete para apreciação deste CEP uma emenda pedindo alteração na metodologia da pesquisa, pois verificou que realizá-la em espaço público como havia proposto anteriormente causou desconforto para o sujeito participante da pesquisa. A alteração da metodologia proposta é a de realização da pesquisa através de visita domiciliar o que garante ao sujeito pesquisado maior conforto e segurança ao tratar de questões relativas as suas dificuldades de sono em sua própria residência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos foram apresentados corretamente.

Recomendações:

Tendo em vista a importância da pesquisa para a melhoria da qualidade de vida para os participante que receberam as orientações sobre a higiene do sono, a pesquisadora considerar os possíveis benefícios aos participantes da pesquisa, informando no Relatório Final a ser apresentado em Novembro/2015.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nihil

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê alerta que, conforme constante do Parecer Consubstanciado emitido em 16/04/2015, o pesquisador deverá apresentar Relatório Final em NOVEMBRO/2015, no qual deverá constar a devolutiva feita com os participantes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorização.jpg	19/03/2015 16:30:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Oficial.pdf	23/03/2015 09:16:38		Aceito
TCLE / Termos de	TCLE oficial.pdf	23/03/2015		Aceito

Endereço: Av. Dom Antônio, 2100
 Bairro: Vila Tênis Clube CEP: 19.806-900
 UF: SP Município: ASSIS
 Telefone: (18)3302-5607 Fax: (18)3302-5804 E-mail: cep@assis.unesp.br

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO



Continuação do Parecer: 1.207.078

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE oficial.pdf	09:18:40		Aceito
Outros	CRONOGRAMA FÍSICO.pdf	23/03/2015 09:19:41		Aceito
Outros	FICHA CLÍNICA.pdf	23/03/2015 09:20:52		Aceito
Outros	DIÁRIO DO SONO.pdf	23/03/2015 09:21:52		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto assinada.pdf	23/03/2015 11:39:52		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_484684.pdf	23/03/2015 11:50:48		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_484684.pdf	26/03/2015 22:18:59		Aceito
Outros	ementa 2015.pdf	04/08/2015 14:42:26		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_563451 E1.pdf	04/08/2015 14:43:20		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ASSIS, 31 de Agosto de 2015

Assinado por:
CLAUDIO EDWARD DOS REIS
(Coordenador)

Endereço: Av. Dom Antônio, 2100
Bairro: Vila Tênis Clube CEP: 19.806-900
UF: SP Município: ASSIS
Telefone: (18)3302-5607 Fax: (18)3302-5804 E-mail: cep@assis.unesp.br

ANEXO 02- RELATÓRIO FINAL



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Faculdade de Ciências e Letras de Assis
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



RELATÓRIO DE PESQUISA EM SERES HUMANOS (EM PORTUGUÊS)

[] PARCIAL [X] FINAL*

Relatório referente ao período de 01/07/2015 a 01/08/2015

CAAE nº 4306315.2.0000.5401

Título da Pesquisa: PSICOEDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE HIGIENE DO SONO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Responsável Principal: LUCIANA ALVES FERREIRA

Equipe de Pesquisa: LUCIANA ALVES FERREIRA; MARIANA C. VASTAG RIBEIRO DE OLIVEIRA.

ACOMPANHAMENTO DO PROJETO

1. Há solicitações do CEP a serem atendidas?

[X] SIM

[] NÃO

Se sim, apresentar as informações ou documentos solicitados anteriormente.

2. Explicitar as atividades desenvolvidas, enfatizando os procedimentos que afetem diretamente os sujeitos da pesquisa.

Foi realizada a aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas para a coleta de um histórico do voluntário, acerca das queixas principais (insônia), medicamentos em uso, lazer, turnos alternados e a entrega de um diário do sono para acompanhamento durante o tempo estabelecido sobre a adesão destes voluntários acerca de hábitos e rotinas saudáveis para uma boa noite de sono.

3. Apontar os resultados alcançados.

Por ser apenas um mês a pesquisa foi favorável, como se esperava pelo curto prazo, algumas pessoas começaram a criar hábitos de rotinas de higiene do sono e no final questionaram sobre uma possibilidade de continuidade, o que favoreceu o acompanhamento na Unidade de Saúde, que no início da pesquisa interessou em adotar a ideia e realizar acompanhamento multidisciplinar envolvendo psicóloga, clínico geral, enfermeira em uma roda de conversa com usuários de psicotrópicos.

Outra questão enfatizada foi a melhora da autoestima dessas pessoas que se sentiram valorizadas, importantes. Por ser de perfil de baixa renda, a atenção direcionada auxiliou na continuidade da pesquisa.

ANEXO 02- RELATÓRIO FINAL



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Faculdade de Ciências e Letras de Assis
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



4. Informar o número de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinados. Descrever o grupo de sujeitos que participa(ou) da pesquisa, indicando se o número inicialmente proposto, a forma de recrutamento e os critérios de inclusão/exclusão planejados foram seguidos. Indicar se haverá necessidade de recrutamento adicional de voluntários.

Os voluntários foram caracterizados por 30 participantes conforme projeto encaminhado, com faixa etária de 18 a 60ª nos. Foram seguidos os critérios de exclusão e inclusão, ressaltando que obteve dois voluntários que foram usuários de drogas e fazendo tratamento para tuberculose à três meses no início da pesquisa.

5. Indicar a ocorrência de desconfortos físicos, emocionais ou morais, imediatos ou tardios, comprometendo o indivíduo. Identificar os responsáveis pelo atendimento, acompanhamento e recebimento dos sujeitos encaminhados, quando for o caso.

Não houve

6. Explicitar a forma de retorno social da pesquisa. (Devolutiva feita ao grupo e/ou comunidade, a partir dos resultados da pesquisa)

Tal pesquisa, foi avaliada através de um histórico, um diário, pessoas com o perfil de baixa renda, de vulnerabilidade social, o despertar da auto-estima dos mesmos foi observada, levando em consideração que assimilavam como um presente e carinhosamente, os diários eram preenchidos. Com a pesquisa iniciada na Unidade de Saúde Básica, iniciou-se também preocupações entre a equipe multidisciplinar sobre o tema abordado, psicóloga, médicos e enfermeira criaram um projeto acerca de acompanhamentos à pessoas que fazem uso de psicotrópicos, o que dará continuidade à pesquisa, quando questionado pelos voluntários sobre o encerramento da pesquisa.

7. Relatar se os resultados parciais ou totais foram publicados ou apresentados em congresso, indicando: os autores, o título do trabalho, o nome, local e data do evento.

***Para apresentação do relatório final, anexar:**

1. Resumo da dissertação ou tese, quando se tratar de trabalho de pós-graduação;
2. Resumos em anais, no caso de Jornadas e Congressos;
3. Cópia da publicação ou carta de aceite da revista.

ANEXO 02-RELATÓRIO FINAL



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Faculdade de Ciências e Letras de Assis
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



8. Apontar a existência de patrocínio, EXCETO BOLSA, para a realização do projeto e o nome da agência de fomento (ou organização financiadora).

FINANCIAMENTO PRÓPRIO.

9. Houve necessidade de alteração ou adequação de algum aspecto do projeto que não tenha sido comunicado anteriormente ao CEP? Qual? Detalhar e justificar as alterações.

SIM, HOUVE NECESSIDADE DE ALTERAÇÃO, E FOI COMUNICADO AO CEP, DEVIDO A DIFICULDADE DE DESCOLAMENTO À UNIDADE OQUE FOI PROPOSTO NO INÍCIO DA PESQUISA, REALIZADO EM VISITA EM DOMICILIAR E O DESMEMBRAMENTO DE DOIS GRUPOS INICIALMENTE PROPOSTO, OQUU FOI IMPOSSIVEL, POIS A MAIORIA DE VOLUNTÁRIOS QUE FAZIAM USO DE MEDICAMENTOS PARA INSÔNIA, NÃO TINHAM UM DIAGNÓTICO EM PRONTUÁRIO.

10. Há necessidade de prorrogação do prazo para finalização do projeto ou para apresentação do relatório final? Apresentar novo cronograma.

☐ SIM ____ meses

Justifique:

☒ NÃO

SUJEITO À AVALIAÇÃO DO CEP

11. Outros dados que julgar pertinente.

Assis, 30/09/2015

Luiziana Alves Lacerda
Assinatura do Pesquisador Responsável