

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ALFREDO TAMAYO GUTIÉRREZ

**SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DO SONO EM PESSOAS
COM TRANSTORNOS MENTAIS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
BERNARDINA AUGUSTA BRAGA DE BETIM – MINAS GERAIS**

BETIM - MINAS GERAIS

2015

ALFREDO TAMAYO GUTIÉRREZ

**SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DO SONO EM PESSOAS
COM TRANSTORNOS MENTAIS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
BERNARDINA AUGUSTA BRAGA DE BETIM – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização
Estratégia Saúde da Família Universidade Federal de
Minas Gerais para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Ms.Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

BETIM - MINAS GERAIS

2015

ALFREDO TAMAYO GUTIÉRREZ

**SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DO SONO EM PESSOAS
COM TRANSTORNOS MENTAIS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
BERNARDINA AUGUSTA BRAGA DE BETIM – MINAS GERAIS**

Banca examinadora:

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 17 de maio de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos pacientes portadores de doenças mentais e que sofrem por não conseguir um bom sono.

AGRADECIMENTOS

Aos meus colegas de trabalho da equipe de Saúde Mental da Unidade Básica de Saúde Bernardina Augusta Braga.

À minha orientadora pela ajuda na realização deste trabalho.

RESUMO

A saúde mental está intimamente associada com a qualidade e a quantidade de sono, muitas doenças mentais têm qualquer distúrbio do sono e é uma causa comum de consultas nos cuidados primários de saúde, com um alto consumo de drogas psicotrópicas principalmente benzodiazepínicas. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção com vistas a melhorar a qualidade do sono, sem o consumo de drogas, em pacientes com distúrbios de saúde mental nos cuidados primários de saúde na área de abrangência da Equipe 2 da Estratégia Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde "Bernardina Augusta Braga", município de Betim em Minas Gerais. Este trabalho foi desenvolvido em três momentos: diagnóstico situacional, pesquisa bibliográfica e elaboração do plano de intervenção. O plano objetiva a aplicação de terapias psicológicas e comportamentais, individualmente e em grupos. Os tratamentos incluem intervenções cognitivas, comportamentais e educacionais destinadas a mudar comportamentos e atitudes relativos ao mal dormir e os fatores psicossociais e ambientais do transtorno, considerando as condições médicas ou psiquiátricas do paciente.

Palavras-chave: Transtornos mentais. Distúrbio do sono. Atenção primária à saúde. Psicofármacos. Terapias psicológicas e comportamentais.

ABSTRACT

Mental health is closely associated with the quality and the quantity of sleep, many mental illnesses have any sleep disorder and is a common cause of consultations in primary health care, with a high consumption of psychotropic drugs mainly benzodiazepínicas. The aim of this work was to draw up a contingency plan in order to improve the quality of sleep, without the use of drugs, in patients with mental health disorders in primary health care in the area of Team 2 of the family health strategy of basic health Unit "Bernardina Augusta Braga", municipality of Betim in Minas Gerais. This work was developed in three moments: Situational diagnosis, bibliographical research and intervention plan. The plan aims at the application of psychological and behavioral therapies, individually and in groups. Treatments include cognitive, behavioral and educational interventions designed to change behaviours and attitudes relating to bad sleep and the psychosocial and environmental factors of disorder, considering the medical or psychiatric condition of the patient.

Keywords: mental disorders. Sleep disorder. Primary attention to health. Psychiatric drugs. Psychological and behavioral therapies.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVO.....	13
4	CAMINHOS METODOLÓGICOS	14
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
5.1	Transtornos mentais na atenção primária à saúde	15
5.2	Transtornos mentais e sono	16
5.3	Terapias psicológicas e comportamentais.....	19
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	22
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
	REFERÊNCIAS.....	30
	ANEXOS	33

1 INTRODUÇÃO

O município de Betim em Minas Gerais, localizado a 27.8 km a sudoeste de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, integra a Região Metropolitana de Belo Horizonte sendo considerada a 5ª maior cidade do estado e uma das 50 maiores cidades do Brasil. A população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2013 é de 406.474 habitantes (IBGE, 2012).

A população urbana é de 375.331 habitantes e a população rural de 2.758. Betim possui 85 domicílios coletivos, sendo que destes 46 possuem morador e 39 não possuem morador; 12.207 domicílios particulares não ocupados, sendo 3.398 de uso ocasional e 8.809 vagos e 112.693 domicílios particulares ocupados. No último censo realizado pelo IBGE obteve-se entrevista realizada em 111.056 domicílios particulares ocupados; em 1.637 não se realizou entrevista (IBGE, 2012).

Em 2008 o Produto Interno Bruto (PIB) de Betim *per capita* era de R\$ 58 938,14. Segundo PNUD de 2010, o Índice de desenvolvimento humano (IDH): 0,749 alto; estima-se que a renda familiar mensal dos brasileiros é de R\$ 1.789,66. Nas áreas rurais há uma média de R\$ 873,94. Em ambas as áreas, o trabalho, que representa 62% do rendimento médio familiar nacional, é a principal fonte de renda. Na área urbana, a participação do rendimento do trabalho é de 62,7%, enquanto na área rural, esse percentual fica em 53,4%. Renda *per capita* é R\$ 556,00 (IBGE, 2012).

Abastecimento de Água Tratada: segundo o site da COPASA, Betim possui abastecimento de 99,27% de água tratada. E segundo o Ranking do Saneamento do Instituto Trata Brasil Nova Metodologia e Resultados, de 2012, são abastecidos com água tratada 99,27% da população e recolhimento de Esgoto por Rede Pública: segundo dados da COPASA são recolhidos por rede pública 85% do esgoto da cidade. Já conforme dados do Ranking do Saneamento do Instituto Trata Brasil nova Metodologia e Resultados, de 2012, são recolhidos 86,91% do esgoto através de rede pública (www.copasa.com.br; www.tratabrasil.org.br).

Atualmente o município tem 302 anos de existência; Betim no século XXI se consolida como uma das mais importantes cidades do cenário mineiro e nacional. Betim apresenta uma oferta privilegiada de infraestrutura, passando a ser um atrativo para indústrias. Nos últimos anos a indústria se diversifica obtendo um polo petroquímico através da Refinaria Gabriel Passos e polo automotivo (FIAT).

Em Betim o acesso a saúde inicia-se a partir da atenção básica que se constitui por oito Unidades Básicas com Saúde da Família (UBSFs) e 18 Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Estas unidades são o local onde o usuário recebe o primeiro atendimento, e ainda, são responsáveis pela prevenção e tratamento de doenças. Para isso, há programas direcionados à Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e gestantes, Crianças, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e Saúde Bucal. Por meio desses programas, da atuação da equipe médica, farmacêutica, de enfermagem e de assistência social e ainda pelos agentes comunitários são desenvolvidas as ações de promoção e recuperação da saúde.

A Estratégia de Saúde da Família está incluída na atenção básica e presente em 30% das unidades. A primeira unidade de Betim foi implantada em 2004, no bairro Cruzeiro do Sul. Cada equipe de saúde da família fica responsável por atender uma população de 4.000 usuários, em um território definido na cidade, diagnosticando os principais problemas de saúde das comunidades e traçando estratégias específicas para todas as regiões.

A abordagem do usuário é realizada dentro da família e da comunidade por uma equipe interdisciplinar. Anteriormente à criação da ESF no município, se deu a atuação dos agentes comunitários por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A equipe é composta por médico generalista, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e de seis a dez agentes comunitários de Saúde.

No município de Betim o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos serviços em saúde mental marcam um progresso indiscutível da política do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse avanço na resolução dos

problemas de saúde da população com transtornos mentais por meio da vinculação com equipes, e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão significa uma melhora da atenção aplicando novas estratégias de intervenção em pacientes com transtornos de saúde mental.

A Equipe 2 da Estratégia Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Bernardina Augusta Braga de Betim, onde atua o autor deste trabalho, identificou por meio do diagnóstico situacional os principais problemas de saúde da comunidade, sendo que os que mais se destacaram foram: alta taxa de pacientes com transtornos de saúde mental, alta morbidade por doenças crônicas não transmissíveis, alta taxa de pacientes com transtorno do sono, alto consumo de psicofármacos, fundamentalmente benzodiazepínicos, alta incidência de alcoolismo, alta incidência de tabagismo, comércio de drogas e entorpecentes e violência.

O problema priorizado foi à alta taxa de pacientes com transtornos de saúde mental, portanto o propósito deste trabalho é elaborar um plano de intervenção focando este problema.

2 JUSTIFICATIVA

A maioria dos pacientes com transtornos mentais, particularmente aqueles com transtornos de ansiedade e depressão, assistida pela equipe de Saúde da Família, têm dificuldade em dormir e geralmente são consumidores de algum tipo de droga para o sono, principalmente benzodiazepínicos.

A queixa mais comum dos pacientes é a dificuldade em iniciar e/ou manter o sono e pela sensação de não ter um sono reparador durante pelo menos um mês causando prejuízo significativo em áreas importantes da vida do indivíduo. Geralmente aparece no adulto jovem, é mais frequente na mulher e tem um desenvolvimento crônico.

Os transtornos mentais constituem um dos problemas prioritários em nossa área de abrangência e os transtornos depressivos têm uma alta prevalência. É conhecido que aproximadamente 80% dos pacientes depressivos apresentam queixas pertinentes a mudanças nos padrões do sono e entre as principais alterações é destacada a insônia, considerada um preditor do risco de depressão (HARVEY, 2001).

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção com vistas a melhorar a qualidade do sono, sem o consumo de drogas, em pacientes com distúrbios de saúde mental nos cuidados primários de saúde na área de abrangência da Equipe 2 da Estratégia Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde "Bernardina Augusta Braga", município de Betim – MG.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho foi desenvolvido em tres momentos: diagnóstico situacional, pesquisa bibliografica e elaboração do plano de intervenção.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas publicações da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se os seguintes descritores:

Transtornos mentais.

Distúrbio do sono.

Atenção primaria à saúde.

Psicofármacos.

Terapias psicológicas e comportamentais.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foram empregados alguns passos do Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os pressupostos contidos no módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para cumprir com os objetivos propostos será desenvolvido um questionário que aborde o diagnóstico de saúde mental do paciente, se tem problemas para dormir, e como o paciente gerencia o problema; se usa medicamento para isso ou não. Para alguma dificuldade do sono serão fornecidas instruções escritas para controle de estímulos e para higiene do sono; finalmente serão avaliadas se as instruções foram seguidas, os efeitos sobre a qualidade do sono, o consumo de drogas, resultado positivo ou não e efeito sobre a sua doença mental (Anexo 1).

Antes da aplicação deste questionário será explicado ao paciente o objetivo do mesmo, a importância do plano de intervenção e seus benefícios, solicitando-lhe o seu consentimento em respondê-lo. Explicar ao paciente que caso não concorde em responder o questionário isto não interferirá no seu atendimento pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Transtornos mentais na atenção primária à saúde

Os médicos de cuidados primários de saúde em sua prática diária enfrentam grande número de pacientes com transtornos mentais. No trabalho de Maragno *et al.* (2006), foi identificada uma ocorrência de 24,95% de transtornos mentais comuns nas populações estudadas, com maior ocorrência para as mulheres (27,99% contra 20,94%). Taxas mais elevadas foram encontradas em outros estudos: Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) identificaram a ocorrência de 37,1%, enquanto que Bandeira, Freitas e Freitas Filho (2007) identificaram uma ocorrência de 37,8% de pessoas com perfil sintomático indicativo de transtornos mentais comuns.

Em trabalho realizado com pessoas de 18 anos ou mais, Andrade *et al.* (2002, sp.) identificaram que excluindo-se o uso nocivo e dependência de substâncias, “as mulheres apresentam maior risco de apresentar qualquer transtorno mental não-psicótico”. Para os autores esses resultados confirmam “a elevada prevalência de transtornos mentais” na comunidade onde se realizou o trabalho, “similar a estudos realizados em outros países”.

O impacto da depressão está em que aproximadamente 80% dos indivíduos com tratamento antidepressivos terão um segundo episódio depressivo ao longo de suas vidas e os sintomas normalmente comprometem muito o funcionamento social dos pacientes. No entanto esta doença é subdiagnosticada e subtratada (CUNHA, 2006).

O manejo adequado pelo médico clínico é um dos maiores desafios para redução da morbidade causada por essa condição, e para reduzir hospitalizações e taxas de suicídios (BRASIL, 2006).

Os **fatores ambientais** têm efeito causal para os transtornos mentais. Polanczyk (2009, p.7) entende que estes fatores atuam por meio “de múltiplos mecanismos e níveis e usualmente estão correlacionados a uma cadeia de fatores de risco, que por sua vez podem atuar através de diversos mecanismos”. Para o autor “o foco não é dado apenas nos efeitos dos fatores de risco, mas também nas suas origens, e assim pode-se entender com mais especificidade o real mecanismo através do qual atuam”.

Fatores genéticos podem predispor à exposição a estressores ambientais.

Os genes envolvidos na suscetibilidade a transtornos psiquiátricos são constituídos por variantes alélicas comuns, que não alteram funções vitais. Esses apresentam ainda um pequeno efeito de suscetibilidade no processo causal que, na maior parte das vezes, é dimensional e encontra-se em interação com complexos processos. Ainda, os genes muitas vezes apresentam um efeito indireto, determinando sensibilidade a riscos ambientais que, por sua vez, se correlacionarão com o processo psicopatológico (POLANCZYK, 2009, p.9-10).

Fatores genéticos, geralmente, moderam o efeito de estressores ambientais. O genótipo do indivíduo, em algumas situações, “altera o efeito da exposição que um estressor ambiental provoca em relação ao desenvolvimento de transtornos mentais, ou seja, fatores genéticos atuam como moderados do efeito de eventos adversos”. Pode-se dizer nestas situações que “há interação gene-ambiente, contrapondo-se a noção tradicional de que genes e ambiente agiriam de forma aditiva, não interativa” (POLANCZYK, 2009, p.10).

5.2 Sono e transtornos mentais

O sono é um estado associado à inatividade e diminuição da capacidade de resposta a estímulos ambientais. O sono é rapidamente reversível. Além disso, o sono é um processo ativo e não uma consequência passiva do tronco cerebral e depressão metabólica cortical (HIRSHKOWITZ; SHARAFKHANEH, 2005).

Por que dormimos? Apesar de um corpo volumoso da literatura científica e clínica, a resposta definitiva a esta questão fundamental ainda não foi encontrada. Para o paciente com insônia crônica implacável, a resposta é dolorosa e visceral, óbvio. O sono impede sentimentos de sonolência e disforia durante o dia. Para o cientista e médico, no entanto, esta resposta, embora sensível aos efeitos universalmente reconhecido da perda de sono, não aborda as razões biológicas ou funcionais específicos para o sono (RECHTSCHAFFEN, 1998).

Bandeira, Freitas e Freiras Filho (2007), avaliando as características de transtornos mentais comuns não-psicóticos em usuários do Programa de Saúde da Família

encontraram 41% dos pacientes com os sintomas referentes às Subescalas de Distúrbios do Sono.

O impacto da depressão nos transtornos do sono é bem conhecido. Aproximadamente, 80% dos indivíduos com depressão queixam-se de alguma alteração, tanto na quantidade como na qualidade de seu sono. Na depressão, geralmente os transtornos de sono são considerados inerentes (CHELLAPPA; ARAÚJO, 2007).

Na prática médica a relação entre insônia e distúrbios depressivos tem sido conhecida há séculos (RIEMANN; BERGER; VODERHOLZER, 2001). É largamente reconhecido que a depressão major em até 90% dos indivíduos atingidos é acompanhada por perturbações da continuidade do sono, independentemente do subtipo de diagnóstico. Os distúrbios do sono são uma das principais marcas de episódios depressivos. Perlis *et al.* (1997), empiricamente, confirmaram que os distúrbios do sono podem ser clinicamente relevantes como indicadores prodromáticos de recorrência de episódios depressivos em pacientes com um tipo de repetição da doença.

“Uma base de dados de crescimento indica que a ocorrência de sintomas de insônia isolados por um período de mais de duas semanas em um determinado ponto do tempo é preditivo para um aumento do risco de depressão nos 1-3 anos seguintes.” (RIEMANN; VODERHOLZER, 2003, p. 257).

Segundo Monti (2000, p.31) “insônia é o transtorno de sono mais comum, nesses pacientes, por cerca de 25% das buscas em clínicas especializadas em tratamento de problemas do sono”. Cerca de metade dos pacientes com insônia também tem depressão maior (REYNOLDS *et al.*, 1997, p.433).

A insônia pode ser classificada como primária e secundária.

A insônia primária não tem associação com transtorno mental, nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica. A insônia secundária, também conhecida como insônia comórbida, está associada ao transtorno mental, condição médica, efeito de medicação ou outro distúrbio do sono (RAFIHI-FERREIRA; SOARES, 2012, p.598).

Frequentemente o paciente com diagnóstico de insônia primária apresenta dificuldade para começar a dormir e acorda seguidamente durante a noite, sendo incomum uma queixa isolada de sono não reparador e a persistência no tempo pode estar associada ao aparecimento de um novo episódio depressivo ou a pobre resposta ao manejo terapêutico (JUDD; AKISKAL; MASER, 1998).

Aproximadamente 20% dos adultos queixam-se de insônia, sendo este relato feito em sua maioria por mulheres. Em crianças e adolescentes é pouco observada. Geralmente este transtorno do sono aparece no adulto jovem a partir de 20 e 30 anos, intensificando com a idade, tornando-se frequente entre idosos (MONTI, 2000).

Transtornos mentais e psicofármacos

Com a chegada dos psicofármacos a partir da segunda metade do século passado, o tratamento dos transtornos mentais mudou radicalmente no campo da psiquiatria e da saúde mental (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004). Conhecer os medicamentos existentes é essencial para um efetivo trabalho nestas áreas, para todos os profissionais que se dedicam à prática psicoterápica.

Transtornos de ansiedade e depressão com alguma dificuldade em dormir são causas comuns de consultas na atenção primária e o uso de drogas psicotrópicas é muito comum nesses pacientes, principalmente, o uso de benzodiazepínicos (BRASIL, 2011). São muito utilizados no transtorno de ansiedade generalizada, principalmente o diazepam e o clonazepam e no transtorno do pânico, em geral associados aos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) ou aos tricíclicos (GORMAN, 2002; ROSENBAUM *et al.* 1996).

Os benzodiazepínicos também são amplamente utilizados em situações heterogêneas e mal definidas, tais como ansiedade situacional em pacientes com instabilidade emocional, nervosismo, em que não é crônica e ansiedade aguda, e que não atender a outros critérios para uma categoria de diagnóstico (MÖLLER, 1999).

Mas estes fármacos têm a desvantagem de que o seu uso prolongado gera dependência e tolerância. Ultimamente, eles vêm sendo substituídos por antidepressivos: imipramina, venlafaxina e paroxetina (DAVIDSON, 2001).

5.3 Terapias psicológicas e comportamentais

De acordo com José Ramón Fernández Hermida e Marino Pérez Álvarez, que realizaram uma avaliação à luz de pesquisas recentes naqueles anos, concluiu-se que na maioria dos transtornos mentais a psicoterapia tem se mostrado mais eficaz do que o tratamento com drogas psicotrópicas (FERNÁNDEZ; PÉREZ, 2001).

É possível melhorar a sua qualidade de sono, sem o uso de drogas aplicando terapias psicológicas e comportamentais individualmente e em grupos.

As pessoas com transtorno do sono podem se beneficiar da terapia comportamental que consiste em uma abordagem psicoterápica que tem como principal objetivo a alteração dos padrões comportamentais envolvidos em algum prejuízo à qualidade de vida das pessoas e que, portanto geram desconforto emocional, risco à vida dos pacientes e de seus familiares (MACHADO; TRINDADE; FONTES, 2008 p.45).

Os tratamentos não-farmacológicos incluem intervenções cognitivas, comportamentais e educacionais destinadas a mudar comportamentos e atitudes mal adaptativas relativas ao hábito de dormir. Destinam-se a tratar os fatores psicossociais e ambientais do transtorno. Mesmo nas condições médicas ou psiquiátricas que causam a insônia inicial, estes tratamentos são úteis em combinação com o tratamento do problema primário.

Passos *et al.* (2007, p.280) citam várias terapias não farmacológicas que podem auxiliar no tratamento da insônia, como: terapia cognitiva, terapia de controle de estímulos, terapia de restrição do sono, terapia de relaxamento, terapia de intenção paradoxal, fototerapia, higiene do sono, exercício físico.

Neste trabalho serão abordadas algumas delas.

A *terapia do controle de estímulos* é “baseada na premissa de que a insônia é uma resposta condicionada aos fatores temporais (tempo despendido na cama) e ambientais (quarto de dormir/cama) relacionados com o sono” (PASSOS *et al.*, 2007, p.280). Indivíduos com insônia podem desenvolver apreensão sobre deitar e pode associar o quarto com a frustração e emoção, em vez de dormir. A terapia de controle de estímulos, segundo Bootzin, Epstein e Wood (1991), consiste em um conjunto de instruções destinadas a reforçar a parceria entre o temporal (de dormir) e ambiental (*bed and alcova*), estímulos e inicialização para dormir e estabelecer um horário e ritmo regular circadiano sono-vigília.

Estas instruções são e podem ser vistas no Anexo II:

- Só ir para a cama quando estiver com sono.
- Sair da cama quando não conseguir dormir (por exemplo, depois de 20 minutos) ir para outro quarto da casa e voltar para a cama somente quando o sono é iminente.
- Utilizar apenas o quarto para dormir, remover ou reduzir em seu quarto todas as atividades incompatíveis com o sono (sem ler, assistir televisão, resolver problemas, entre outras).
- Levantar-se todas as manhãs, ao mesmo tempo, independentemente da quantidade de sono na noite anterior.
- Evitar cochilos durante o dia.
- É um desafio para a maioria dos pacientes obedecer estas recomendações, que são essenciais para reverter os processos de condicionamento que perpetuam a insônia. É aconselhável ser cauteloso em algumas dessas indicações, por exemplo, no caso de uma pessoa idosa que poderia estar em risco de quedas.

Higiene do Sono é uma abordagem educacional projetado para ensinar pacientes com insônia, bem como a população em geral como manter hábitos comportamentais saudáveis que promovem um sono melhor. A higiene do sono é baseada na premissa de que maus hábitos diários relacionados ao sono podem atrapalhar a qualidade do sono durante a noite e o nível de alerta durante o dia. (Anexo III). Ao fornecer informações básicas sobre como certos comportamentos afetam o sono, os indivíduos podem identificar os fatores específicos que perturbam

o seu próprio sono. Seguir as regras de higiene do sono para modificar seus comportamentos de indisciplina pode melhorar o seu sono (PASSOS *et al.*, 2007).

A integração de terapias comportamentais e educacionais que têm como alvos diferentes facetas do transtorno, componente cognitivo, baseiam-se nos princípios de reestruturação cognitiva, por exemplo, aplicados às necessidades especiais do tratamento da insônia (MORIN *et al.*, 1993).

Finalmente as *técnicas de relaxamento* e para o tratamento de transtornos como a insônia são baseadas na suposição de que pacientes com insônia são excessivamente excitados e ansiosos, e isso interfere com a sua capacidade de iniciar e ou manter o sono, as técnicas de relaxamento são projetadas simplesmente para ensinar os pacientes a relaxar e, assim, melhorar a sua capacidade de dormir (PASSOS *et al.*, 2007).

Passos *et al.* (2007, p.281), em trabalho realizado sobre o tratamento não farmacológico para insônia crônica, concluem que a intervenção não farmacológica,

[...] é efetiva para o tratamento da insônia crônica e que tais terapias podem ser utilizadas com objetivos distintos. Estes podem incluir desde a melhora da qualidade/quantidade do sono até o auxílio a terapias de redução da dose e da frequência do uso dos medicamentos.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Plano de intervenção dos problemas de saúde em na Equipe 1 do Programa Saúde da Família da Unidade de Saúde "Bernardina Augusta Braga" do bairro PTB localizado no município de Betim-MG, elaborado após planejamento Estratégico Situacional.

Identificação dos problemas

No primeiro passo foram identificados por meio de uma estimativa rápida, com envolvimento da população na identificação das suas necessidades e principais problemas da área e abrangência da equipe 1 do Programa Saúde da Família.

Em conversá-la com a equipe de saúde e depois de observar o trabalho desenvolvido na unidade de saúde, foram identificados os problemas principais:

- Alta taxa de pacientes com transtornos de saúde mental.
- Alta morbidade por doenças crônicas não transmissíveis.
- Alta incidência de alcoolismo.
- Alta incidência de tabagismo.
- Comércio de drogas e entorpecentes.
- Violência.

Priorização dos Problemas

Os problemas foram priorizados de acordo com sua relevância e a capacidade de enfrentamento da equipe de saúde.

1. Alta taxa de pacientes com transtorno de saúde mental
2. Alta morbidade por doenças crônicas não transmissíveis.
3. Alta incidência de alcoolismo.
4. Alta incidência de tabagismo.
5. Comércio de drogas e entorpecentes.
6. Violência.

Descrição do problema selecionado

Os transtornos de saúde mental constituem um dos problemas prioritários em nossa área de abrangência.

Os transtornos de saúde mental são uma condição médica que tem em geral uma evolução crônica caracterizada por episódios recorrentes, muito comuns em cuidados primários, frequentemente associado com comprometimento da saúde físico e muita utilização dos serviços de saúde.

A depressão é um problema em nossa área principalmente em mulheres e tem uma prevalência de 8% muito perto à média do país e de países com cuidados primários em saúde que é de um 10%, transtorno ansioso (7,1%), transtorno somatoforme (6%) e uso nocivo/dependência de álcool (5,5%).

Os transtornos mentais estão entre os principais motivos de consulta na unidade e os distúrbios do sono são queixas frequentes nesses pacientes, que consomem grandes quantidades de drogas psicotrópicas, principalmente benzodiazepínicos.

Seleção dos "nos críticos" é onde devemos colocar os problemas e achar soluções por meio de estratégias, por tanto selecionamos aqui alguns problemas que aumentam o risco de transtornos de saúde mental. Para que possamos desenvolver ações para melhorar a qualidade de vida da população.

Nós críticos e ações de enfrentamento

Hábitos e estilos de vida. Com grupos educativos a equipe consegue aos poucos uma boa mudança nos hábitos, incluindo atividade física e melhorando a qualidade de vida das pessoas.

Perda de prazeres da vida diária;. Deve ser realizado acompanhamento da equipe de saúde para aumentar a autoestima do paciente;

Falta de informações das doenças. Deve ser realizado trabalho educativo onde esse paciente deve ser inserido e passar para ele o que são as doenças mentais seus fatores de risco.

Uso incorreto das medicações. No acompanhamento do paciente a equipe tem que muito ser gestor do problema, pois se descuidar o paciente tem piora do quadro, ele

precisa de atenção e de alguém para orientar sempre todo momento quanto à necessidade do uso correto das medicações.

Desenho das operações

Como objetivo do plano de ação é resolver os problemas, foram elaborados os quadros 1, 2, 3 e 4, que incluem:

- As operações que vão ser realizadas e os resultados esperados.
- Identificação dos recursos críticos usados para elaborar e desenvolver as ações para solução dos problemas.
- Análise da viabilidade do plano, mostrando como organizar os responsáveis para cada operação que exige controle e muita responsabilidade para que seja possível resolver muitos problemas com o pouco recurso.

Gestão do plano

Discussão e definição do processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos: tempo para realização, tempo em face dos recursos disponíveis, análise da possibilidade de execução das atividades e verificação das dependências que infelizmente não foram cumpridas dando assim um novo prazo.

Quadro 1 - Operações sobre hábitos e estilos de vida da população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde "Bernardina Augusta Braga" do bairro PTB localizado no município Betim-MG.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida
Operação	Mais saúde
Projeto	Modificar hábitos e estilos de vida da população sobre qualidade de vida e de sono
Resultados esperados	Diminuir consumo de drogas, melhor higiene do sono
Produtos esperados	Programa na rádio local Divulgação gráfica Programa saudável
Atores sociais/ responsabilidades	Setor de comunicação social. Secretário municipal de saúde
Recursos necessários	Estrutural: Organizacionais: para organizar as atividades de grupo. Políticos: Providenciar espaço físico. Financeiros: materiais didáticos e áudio visual
Recursos críticos	Políticos: Providenciar espaço físico. Financeiros: materiais didáticos e áudio visual
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Setor de comunicação social. Secretário municipal de saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Favorável
Responsáveis:	Daniele Marzano Reis
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	Em implementação Avaliação após 6 meses do início do projeto

Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico” Perda de prazeres da vida diária da Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde "Bernardina Augusta Braga" do bairro PTB localizado no município Betim-MG.

Nó crítico 1	Perda de prazeres da vida diária
Operação	Esperança
Projeto	Aumentar a autoestima do paciente; Capacidade da equipe para autoajuda.
Resultados esperados	Diminuição do número de pessoas com depressão Autocuidado pessoal e aumento da autoestima
Produtos esperados	Campanha na rádio local Projeto de Superação e independência
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria Municipal de Saúde. Equipe de Saúde. Serviço Social
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Financeiros: folhetos de informação do tema, recursos áudio visuais.
Recursos críticos	Financeiros: folhetos de informação do tema, recursos audiovisuais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde e equipe de saúde da família Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Projeto para serviço social enviado por meio de ofício
Responsáveis:	Coordenador da Atenção Primária, Hiltom Soarez
Cronograma / Prazo	Início: quatro meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Em implementação Avaliação após 6 meses do início do projeto

Quadro 3 - Operações sobre o nó crítico “Falta de informações das doenças”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde "Bernardina Augusta Braga" do bairro PTB localizado no município Betim-MG.

Nó crítico 1	Falta de informações das doenças
Operação	Saber +
Projeto	Melhorar o nível de informação da população sobre saúde mental
Resultados esperados	População mais informada sobre saúde mental
Produtos esperados	Campanha educativa na rádio local Avaliação do nível de informações
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria municipal de Educação
Recursos necessários	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe na divulgação
Recursos críticos	Políticos: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe na divulgação
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria municipal de Saúde e equipe de saúde da família Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Favorável.
Responsáveis:	Mary Rita de Cássia
Cronograma / Prazo	Início em três meses, término em 12 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Em implementação Avaliação após 6 meses do início do projeto

Quadro 4 - Operações sobre o nó crítico Uso incorreto das medicações na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde "Bernardina Augusta Braga" do bairro PTB localizado no município Betim-MG

Nó crítico 1	Uso incorreto das medicações
Operação	Viva com prazer
Projeto	Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações.
Resultados esperados	Conscientizar o paciente mostrando que disciplina precisa fazer parte de sua vida e diminuir o uso de psicofármacos
Produtos esperados	Pacientes e familiares conscientizados sobre a importância da medicação só quando é necessário
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria Municipal de Saúde. Equipe de Saúde.
Recursos necessários	Políticos: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos.
Recursos críticos	Políticos: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria municipal de Saúde e equipe de saúde da família
Ação estratégica de motivação	Favorável
Responsáveis:	Coordenador da Atenção Primária, Hiltom Soarez
Cronograma / Prazo	Início: três meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Em implementação Avaliação após 6 meses do início do projeto

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos mentais estão entre os principais motivos de consulta em cuidados primários de saúde; os distúrbios do sono são queixas freqüentes nesses pacientes, que consomem grandes quantidades de drogas psicotrópicas, principalmente benzodiazepínicos.

O uso de estratégias para mudanças de hábitos e estilos de vida que conduzam a uma forma mais saudável e agradável de vida das pessoas é muito importante para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações. Elevando o nível de conhecimento, aumentando o nível de informação da população sobre saúde mental, melhorando a autoestima do paciente e a capacidade da equipe para auto-ajuda, isso provavelmente melhorará a qualidade de vida das pessoas.

A avaliação do paciente é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e melhorar a qualidade do sono. Isso irá depender da etiologia de base, mas em todos os casos a higiene do sono é amplamente recomendada como uma forma eficaz para a prevenção dos transtornos do sono e redução da quantidade de medicação administrada, melhorando a sintomatologia e a qualidade de vida do paciente com transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. G.; LÓLIO, C. A.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. **Epidemiology**, v.37, n.7, 2002. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo%28257%29.htm>. Acesso: 30 set. 2014.
- BANDEIRA, M.; FREITAS, L. C.; FREITAS FILHO, J. G. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n.1, p.41-47, 2007.
- BOOTZIN, R. R.; EPSTEIN, D.; WOOD, J. M. **Stimulus control instructions**. P. Hauri (Ed.), *Case Studies in Insomnia*, Plenum Press, New York (1991), pp. 19–28.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas: Universidade Federal de Campinas, 2006. 76p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf. Acesso: 30 set. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: 2011. 236 p.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p.
- CHELLAPPA, S. L.; ARAÚJO, J. F. O sono e os transtornos do sono ni depressão **Rev. Psiq. Clín**, v.34, n.6, p.285-289, 2007.
- CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.27, n.4, p.181-8, 2005.
- CUNHA, M. de F. **Adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para Depressão**. 2006. Dissertação (Mestrado). Instituto de psicologia. Universidade Federal de Uberlândia. Berlandina, 2006. 181p.
- DAVIDSON, J. R. Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. **J Crin Psychiatry**, 2001, 62 (suppl 11): 46-50.
- FERNÁNDEZ, J. R., PÉREZ, M. Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. **Psicothema** ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 2001. v. 13, n. 3, pp. 337-344.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Guía de fintes e catálogo de acervos e instituciones para pesquisas en salde mental e asistencia psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro**. Fundada Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: LAPS, 2004.

GORMAN, J.M. Treatment of generalized anxiety disorder. **J Clin Psychiatry**, 2002;63 (suppl.8):17-23.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades Minas Gerais. 2012. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topindow.htm>>. Acesso em: 18 Out. 2012.

HARVEY, A. G. Insônia: symptom or diagnosis? **Clin Psychol Rev** 21(7): 1037-1059, 2001.

HIRSHKOWITZ, M; SHARAFKHANEH, A. **The physiology of sleep**. In: C. Guilleminault (Ed.), Handbook of Clinical Neurophysiology, vol. 6. Elsevier, New York (2005), pp. 3–20

JUDD, L. L; AKISKAL, H. S; MASER, J. D. Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. **J Affect Disord**, 50: 97-108, 1998.

MACHADO, A. L.; TRINDADE, M. F.; FONTES, V. L. **Transtornos do sono, qualidade de vida e tratamento psicológico**. Monografia para obtenção do grau de bacharel em Psicologia no curso de Psicologia Faculdade de Ciências humanas e Sociais da Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares 2008.

MARAGNO, L; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D; CÉSAR, C. L. C. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo. **Cad Saúde Pública**, v.22, p.8, p.1639-48, 2006.

MÖLLER, H. J. Effectiveness and safety of benzodiazepines. **J Clin Psychopharmacology**, 1999; 19(suppl. 2):2s-11s.

MONTI, Jaime M. Insônia primária: diagnóstico diferencial e tratamento. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.22, n.1, p.31-4, 2000.

MORIN, C. M.; STONE, J.; TRINKLE, D.; MERCER, J.; S. REMSBERG, S. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints. **Psychology and Aging**, 8 (1993), pp. 463–467.

PASSOS, G. S. et al. Tratamento não farmacológico para a insônia crônica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.29, n.3, p.279-282, 2007.

PERLIS, M.L., GILES, D.E., BUYSSE D.J, TU, X., KUPFER, D.J. Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. **J. Affect. Disord.**, 42 (1997), pp. 209–212.

POLANCZYK, Guilherme V.. Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul** [online]. v.31, n.1, p.6-12, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a05.pdf>. Acesso: 30 set. 2014.

RAFIHI-FERREIRA, R. E.; SOARES, M. R. Z. Insônia em pacientes com câncer de mama. **Estud. psicol.**, v.29, n.4, p.597-607, 2012.

RECHTSCHAFFEN, A. Current perspectives on the function of sleep. **Perspect Biol Med**, 41 (1998), pp. 359–390.

REYNOLDS, C. F.; KUPFER, D. J.; BUYASSE, D.J.; COBLE, P. A.; YEAGER, A. Subtyping DSM-III-R primary insomnia: a literature review by the DSM-IV work group on sleep disorders. **Am J Psychiatry** 1991; Apr; 148:432-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2006686>

RIEMANN, D., BERGER, M., VODERHOLZER, U. Sleep in depression results from psychobiological studies. **Biol. Psychol.**, 57 (2001), pp. 67–103

RIEMANN, D., VODERHOLZER, U. Primary insomnia: a risk factor to develop depression? **Journal of Affective Disorders**. v. 76, Sep. 2003, pp 255–259.

ROSENBAUM, J. F.; POLLOCK, R. A.; JORDAN, S. K.; POLLACK, M. H. The pharmacotherapy of panic disorder. **Bull Menninger Clin** 1996;60 (2 Suppl A):54-75.

www.copasa.com.br/ acesso em: 22/09/2014.

www.tratabrasil.org.br/ranking-do-saneamento, acesso em: 20/09/2014.

ANEXO I

Questionário para os pacientes com transtornos de saúde mental na área de abrangência da Equipe 2 do Programa Saúde da Família da Unidade de Saúde "Bernardina Augusta Braga", município de Betim - MG

Paciente:

Idade:.....

O diagnóstico de saúde mental ou problema de saúde mental:

.....

Você está tendo problemas para dormir?

Sim:..... Não:.....

O problema que você tem com o sono?

.....

.....

Você toma algum medicamento para melhorar o sono?

Sim:..... Não:.....

Medicação que toma:

.....

O consumo de outros fármacos ou drogas:

Sim:..... Não:.....

Que outros:

.....

Faz alguma coisa para melhorar o sono?

Sim:..... Não:.....

Que faz?

.....

ANEXO II

Instruções Terapia de controle de estímulos para os pacientes com transtornos de saúde mental, na área de abrangência da Equipe 2 do Programa Saúde da Família da Unidade de Saúde "Bernardina Augusta Braga", município de Betim – MG

- Paciente vai para a cama somente quando estiver com sono.
- Se não dormir dentro de cerca de 10 minutos, o paciente sai da cama, e não volta para a cama até sonolento.
- Quando paciente retorna para a cama, se não dormir dentro de 15 minutos, sai da cama.
- Padrão é repetido até que paciente pode cair no sono em poucos minutos.
- Deve levantar-se, ao mesmo tempo todas as manhãs (mesmo que só dormir duas horas).
- A cama é usada apenas para dormir (não para ver televisão, ler livros interessantes, etc).
- Todos os cochilos durante o dia devem ser evitados.

ANEXO III

Instruções de higiene do sono para os pacientes com transtornos de saúde mental na área de abrangência da Equipe 1 do Programa Saúde da Família da Unidade de Saúde "Bernardina Augusta Braga", município de Betim - MG

1. Evite situações estressantes ou distúrbios emocionais antes de ir para a cama.
2. Use o quarto apenas para atividades específicas para esta finalidade. Uma vez que a pessoa está na cama, usar técnicas criativas e de relaxamento para afastar os pensamentos da mente que não permitem imagens de repouso. Evite ficar muito tempo na cama quando acordado ou deitar só por causa do tédio.
3. Certifique-se de que o quarto é um local acolhedor com ventilação, temperatura, iluminação e níveis de ruídos adequados, temperaturas quando possível não mais do que 24º C ou inferior a 12º C, durante o sono usar protetores de ouvido, ruído fraco de fundo como um ventilador, etc.
4. A TV e o computador devem estar localizados fora do quarto, caso contrário, o cérebro se acostuma com a estimulação desses dispositivos e começa a esperar quando você está nesse lugar, o que torna difícil para adormecer.
5. Tente ir para a cama e acordar mais ou menos na mesma hora todos os dias. Tem sido demonstrado que as mudanças constantes em horários de sono aumentam a probabilidade de que em algumas pessoas os problemas do sono tornam-se graves e crônicos; evitar deitar se não está com sono.
6. A cafeína é um estimulante do sistema nervoso e seu uso deve ser interrompido 4-6 horas antes de deitar (dentro desse tempo permanece no sangue, vestígios desta substância, pelo menos em algumas pessoas parecem ser mais suscetíveis, continuam a causar insônia, ansiedade, inquietação, nervosismo). Também não é aconselhável fumar porque a nicotina é um estimulante do sistema nervoso (e não, como habitualmente pensa-se que o fumo é um tranqüilizante) e deve ser evitado perto de deitar e despertares noturnos. Também faz com que o vício (dependência física) aumente.
7. O exercício físico, especialmente aeróbico regularmente, à noite faz o sono noturno mais facilmente reconciliado e geralmente, mais profundo e repousante, mas não é recomendado 2 a 3 horas antes de deitar. O sexo pode ser um indutor natural do sono para algumas pessoas.
8. Faça um lanche leve antes de dormir. Alimentos como leite morno ou fruta contêm um indutor natural do sono chamado L-triptofano. Uma refeição pesada em um tempo muito próximo do sono pode torná-lo menos profundo, e não é recomendado ir para a cama com fome.
9. Relaxamento pela leitura, tomar um banho ou ouvir música suave antes de ir para a cama.