

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

BRUNO RATIER SACONI DE ALMEIDA

**A RELEVÂNCIA DO SONO COMO NECESSIDADE HUMANA BÁSICA NO CENÁRIO
DE PACIENTE CRÍTICO**

BRASÍLIA – DF

2015

BRUNO RATIER SACONI DE ALMEIDA

**A RELEVÂNCIA DO SONO COMO NECESSIDADE HUMANA BÁSICA NO CENÁRIO
DE PACIENTE CRÍTICO**

Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem 2, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marcia Cristina da Silva Magro

BRASÍLIA – DF

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Almeida, Bruno Ratier Saconi de

A relevância do sono como necessidade humana básica no cenário de paciente crítico. Brasília: [s.n], 2015.

65p.: il.

Monografia (Graduação). Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem. 2015.

Orientação: Marcia Cristina da Silva Magro

1. Sono 2. Unidade de Terapia Intensiva 3. Enfermagem

I. Almeida, Bruno Ratier Saconi de II. Título: A relevância do sono como necessidade humana básica no cenário de paciente crítico.

ALMEIDA, Bruno Ratier Saconi de

A relevância do sono como necessidade humana básica no cenário de paciente crítico

Monografia apresentada à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília como requisito de obtenção do título de enfermeiro.

Aprovado em: _____/_____/_____

Comissão Julgadora

Prof^a. Dr^a : Marcia Cristina da Silva Magro
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Prof^a. Dr^a : Paula Regina de Souza Hermann
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Enf^a. Msc^a : Nayara da Silva Lisboa
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

À Priscila Dias pelo seu exemplo de força, dedicação e perseverança. Sou grato à Deus por ter te conhecido. Você é uma vitoriosa!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, “pois nEle vivemos, nos movemos e existimos” (Atos 17:28). Sem Ti eu NADA poderia fazer Senhor. Cada conquista e cada alegria vem de Suas mãos. Nas minhas muitas dificuldades ao longo desses anos de estudo, o Senhor me deu a força e a perseverança necessária para lutar e vencer. “A Ele seja a glória para sempre! Amém” (Romanos 11:36).

Aos meus pais Neide & Daniel que SEMPRE sonharam e lutaram por mim. Vocês me proporcionaram esse sonho de estudar e me graduar na Universidade de Brasília. Não fosse por vocês, eu JAMAIS estaria aqui. Vocês foram meu exemplo de luta, companheirismo e dedicação! **ESSA CONQUISTA É NOSSA!**

A minha irmã Daniela e ao meu cunhado Eric, que foram essenciais durante toda essa caminhada. Muito obrigado por me ampararem nos momentos em que mais precisei. Essa é nossa vitória!

A Kelly Paranhos por toda a paciência e por todo cuidado que teve comigo nessa fase final.

As minhas amigas da UnB que durante todos esses anos de estudo foram sempre pacientes comigo. Sonhamos juntos, lutamos juntos e vencemos juntos! O céu é o limite!

A todo o corpo docente da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, que se compromete com o ensino de qualidade e formação de profissionais qualificados. Em especial, à Marcia Cristina da Silva Magro por sua espetacular orientação neste trabalho, bem como por contribuir em minha formação com seu notório saber científico e prático.

Por fim, a TODOS que, apesar de não citados aqui, de algum modo – da mais “simples” carona no dia em que estava cansado ou atrasado – contribuíram para minha formação e compartilharam essa caminhada comigo. Reconheço que não cheguei aqui sozinho. O meu **MUITO OBRIGADO** a todos.

*“Mas devo me lembrar que o troféu não
Vem de minhas mãos, de Deus eu o recebo
Doador da vida, aquele que é a essência do real
Sem ele eu entendo, entendo o que sou...”*

*Sou apenas um sonhador
Sozinho nada posso, só ao Teu lado eu poderei
vencer
Cada conquista, cada alegria vem de Tuas mãos,
Eu só quero que o meu sonho seja o Teu”*

Pedro Valença de Almeida

ALMEIDA, B.R.S. de. A relevância do sono como necessidade humana básica no cenário de paciente crítico. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia. Distrito Federal, 2015. 65 p.

Introdução: Estudos epidemiológicos apontam que o sono de má qualidade ou sono com tempo reduzido está associado com resultados negativos no cenário da saúde. **Objetivo geral:** Descrever a percepção dos profissionais de enfermagem a respeito do impacto dos fatores ambientais, sobre a qualidade do sono de pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva de três hospitais do Distrito Federal. **Método:** Estudo transversal, quantitativo e descritivo, desenvolvido na UTI geral de adulto de três hospitais públicos do Distrito Federal. Foi realizado durante doze meses. A casuística foi composta por 51 enfermeiros e técnicos de enfermagem com tempo de atuação superior a 6 meses. Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionários, também utilizou-se a versão brasileira do “*Environmental Stress Questionnaire*”. Para descrição dos resultados foram calculadas as frequências relativas e absolutas, média, desvio padrão e mediana (percentil 25 e 75). **Resultados:** Na perspectiva dos profissionais os itens mais estressantes foram: “Sentir medo de morrer”, seguido por “sentir dor” e “não conseguir dormir”. Embora todos os participantes consideram o sono como um componente importante, apenas 41,2% acreditam que este seja de importância máxima para os pacientes internados em UTI, e 98% afirmaram não existir protocolo específico de promoção da saúde do sono para esses pacientes. **Concluiu-se** que na perspectiva dos profissionais de enfermagem o sentimento de medo da morte, dor e de não conseguir dormir afetam mais intensamente a qualidade de sono dos pacientes. Também constatou-se uma limitada oferta de conteúdo científico sobre a temática “sono” durante a formação de um profissional de enfermagem.

Descritores: Sono, Unidades de Terapia Intensiva, Enfermagem

ALMEIDA, B.R.S. de. The relevance of sleep as a basic human need in the critical care setting. Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia. Distrito Federal, 2015. 65 p.

Introduction: Surely, it is during the period of sleep that our body has the opportunity to restore chemical reserves, organize learning processes and form memories. Epidemiological studies also point out that poor sleep quality and curtailed sleep are associated with negative health outcomes.

Objective: To describe, from the nursing staff's perspective, the impact of environmental stressors on the sleep quality of patients hospitalized in the Intensive Care Unit of three hospitals in the *Distrito Federal*.

Method: This was a cross-sectional, quantitative, descriptive study. It was developed in the Intensive Care Unit of three public hospitals in the *Distrito Federal*. The study lasted 12 months. The casuistry consisted of 51 nurses and nursing who had an ICU working experience greater than 6 months. Questionnaires were used to collect the data; the Brazilian version for the "Environmental Stress Questionnaire" was also used. Data were expressed as absolute frequency (n) and relative frequency (%), mean, standard deviation and median (25 and 75 percentile). **Results:** "The nursing staff member does not introduce himself/herself by the name" was considered the least stressful item (37th position). The most stressful items were: "being afraid of dying" (1st position), followed by "feeling pain" and "not being able to sleep". **Conclusion:** In the nursing staff's perspective, the fear of death, pain and being unable to sleep were the environmental stressors that most affected the sleep quality of the patients. Also, a limited offering of scientific content on the subject of sleep was found during the educational process of the nursing team.

Keywords: Sleep, Intensive Care Unit, Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1.** Etiologia e potenciais resultados da interrupção do sono em unidades de terapia intensiva. Adaptado de KAMDAR B.B.; NEEDHAM D.M.; COLLOP N.A, 2012a20
- Figura 2** – Distribuição da importância do sono para os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de acordo com os profissionais de Enfermagem. Distrito Federal, 201531
- Figura 3** – Distribuição do tempo ideal de sono (horas) para pacientes adultos internados na Unidade de Terapia Intensiva de acordo com os profissionais de Enfermagem. Distrito Federal, 201532
- Quadro 1** – Distribuição das respostas dos profissionais de enfermagem sobre o que fazer para proporcionar o sono. Distrito Federal, 201537
- Quadro 2** – Distribuição das respostas dos profissionais de enfermagem sobre o que mudar para proporcionar o sono. Distrito Federal, 201538
- Quadro 3** – Quadro de respostas dos profissionais de enfermagem sobre as possibilidades de itens a serem acrescentados na escala de avaliação dos estressores. Distrito Federal, 201539

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Drogas comumente usadas na UTI e seus efeitos nos padrões de sono. Adaptada de BOURNE; MILLS, 2004	23
Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de enfermagem de acordo com as características sociodemográficas. Distrito Federal, 2015.....	29
Tabela 3 – Distribuição dos profissionais de Enfermagem por hospital de acordo com o tempo de formação e experiência em Unidade de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2015	30
Tabela 4 – Distribuição de Estressores segundo os profissionais de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2015	33
Tabela 5 – Distribuição dos fatores intervenientes do sono citados pelos profissionais de Enfermagem, segundo a escala de avaliação de estressores, para os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2015	34
Tabela 6 – Distribuição das questões mais estressantes relacionadas pelo profissional de enfermagem, segundo a escala de avaliação de estressores, para os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2015	36

LISTA DE ABREVIATURAS

BIS – Índice Bispectral

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

ECG – Eletrocardiograma

ESQ – *Environmental Stress Questionnaire* (Questionário de Estressores Ambientais)

FEPECS - Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

HRC – Hospital Regional de Ceilândia

HUB – Hospital Universitário de Brasília

HRT – Hospital Regional de Taguatinga

ICUESS – *Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale*

NREM – *Non-rapid Eye Moviment* (Movimento não-rápido dos Olhos)

PSG – Polissonografia

RCSQ – *Richards-Campbell Sleep Questionnaire* (Questionário do Sono de Richards-Campbell)

REM - *Rapid Eye Moviment* (Movimento Rápido dos olhos)

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TTS – Tempo Total de Sono

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	144
2. OBJETIVOS.....	Erro! Indicador não definido. 16
2.1 Geral.....	16
2.2 Específicos	Erro! Indicador não definido. 16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1. O sono	17
3.2. O sono na Unidade de Terapia Intensiva	17
3.3. Tempo ideal de sono na UTI.....	18
3.4. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes na UTI	19
3.5. Registros do sono de pacientes na UTI.....	21
3.6. Medicamentos que podem interferir na qualidade do sono	22
3.7. Avaliação do sono dos pacientes na UTI.....	23
3.8. Uso de protocolos como ferramentas úteis na promoção da saúde do sono.....	25
4. MÉTODO E CASUÍSTICA.....	266
4.1 Tipo de estudo.....	26
4.2. Local de desenvolvimento do estudo.....	26
4.3. Período de coleta de dados.....	26
4.4. Casuística	26
4.4.1. Critérios de inclusão	26
4.4.2. Critérios de exclusão: Foram excluídos os pacientes:	26
4.5. Considerações éticas:.....	27
4.6. Operacionalização da coleta de dados	27
4.7. Definições	28
4.8. Tratamento estatístico	28
5. RESULTADOS	29
6. DISCUSSÃO.....	40
7. CONCLUSÃO	45
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
9 APÊNDICE.....	Erro! Indicador não definido. 53
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	53

10. ANEXOS.....	Erro! Indicador não definido.	9
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....		60
ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA (EMENDA)...	Erro! Indicador não definido.	61
ANEXO C – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		64

1. INTRODUÇÃO

Vivemos num mundo agitado, sob a demanda constante de atividades que consomem o nosso tempo, e o dinamismo imposto pela realização desse variado conjunto de ações, provoca o desarranjo no equilíbrio das necessidades humanas básicas, sendo o sono uma das mais afetadas.

O sono, assim como a água, o alimento e o oxigênio, é uma necessidade básica fundamental à sobrevivência humana. Juntamente com a prática do exercício físico e uma alimentação balanceada, o sono configura-se como essencial para a homeostasia das funções orgânicas desempenhando papel fundamental na regulação do sistema imunológico, cognitivo e musculoesquelético (HONKUS, 2003).

Os seres humanos passam cerca de um terço de suas vidas dormindo. Diante de tal cenário argumenta-se: “O que é o sono?”. O dicionário médico Mosby (2013), define “sono” como:

“Estado marcado pela consciência reduzida, diminuição da atividade dos músculos esqueléticos e metabolismo deprimido.” (MOSBY, 2013, p. 1652).

Seguramente, é durante o período de sono que o nosso organismo tem a oportunidade de restaurar reservas químicas, organizar os processos de aprendizado e formar memórias (AKERSTEDT; NILSSON, 2003).

Salas e Gamaldo (2008), afirmam que o hospital não é um ambiente propício ao sono. Pacientes, frequentemente, relatam problemas relacionados à qualidade do sono durante o período de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) (FRANK, et al. 2011). Um crescente número de estudos apontam que pacientes internados em UTI's apresentam o período de sono normal ou reduzido e com intensa fragmentação (ELLIOT; MCKINLEY; CISTULLI, 2011; BOYKO; ORDING; JENNUM, 2012). A perturbação dos padrões de sono resultam em consequências indesejadas, tais como sonolência diurna excessiva, letargia, irritabilidade, confusão e problemas de memória à curto prazo (SALAS, R.E.; GAMALDO, C.E., 2008).

Estudos epidemiológicos também apontam que o sono de má qualidade ou sono com tempo reduzido está associado com resultados negativos no cenário da saúde (CAPPUCCIO, et al. 2011). A privação do sono exerce efeitos deletérios nos diferentes sistemas, levando a

alterações significativas nas vias metabólicas, endócrinas e imunológicas (AKERSTEDT; NILSSON, 2003; MILLER; CAPPuccio, et al 2007; SPIEGEL, et al 2009). O sono de período reduzido ou excessivo também está associado com algumas patologias, com destaque para diabetes tipo 2, hipertensão, desordens respiratórias e obesidade em crianças e adultos (CAPPuccio, et al. 2010; GANGWISCH, et al. 2006; BALDWIN; QUAN, 2003; CAPPuccio, et al. 2008).

Diferentes fatores contribuem para o comprometimento da qualidade do sono de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva. Dentre os fatores ambientais destacam-se: os ruídos, a luz ambiente, os medicamentos, o emprego de ventilação mecânica, as intervenções da equipe médica, etc. E dentre os intrínsecos as condições crônicas pré-existentes impostas pelo próprio ritmo cotidiano intenso, os hábitos de vida diária e os fatores relacionados à própria gravidade da doença subjacente (SALAS; GAMALDO, 2008; TEMBO; PARKER, 2009). Por outro lado, conhecer os diferentes significados dos fatores que interferem na qualidade do sono como necessidade humana básica sob a avaliação da equipe de enfermagem pode contribuir para a construção de novas estratégias de abordagem dos pacientes no cenário do paciente crítico e de risco.

Diante da perspectiva apresentada, esse estudo justifica-se pelo fato de que há uma premente necessidade da melhoria da qualidade do sono de pacientes hospitalizados em UTI's, os quais frequentemente têm um sono de má qualidade, e portanto necessitam do estabelecimento das propriedades restaurativas do sono. Nesse contexto, o enfermeiro, como líder na equipe multiprofissional, exerce papel fundamental na identificação e controle de fatores ambientais que podem interferir no sono desses pacientes. Assim, esse profissional torna-se elemento protagonista na promoção e prevenção de complicações resultantes da má qualidade do sono.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Descrever a percepção dos profissionais de enfermagem a respeito do impacto dos fatores ambientais, sobre a qualidade do sono de pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva de três hospitais do Distrito Federal: Hospital Regional de Ceilândia (HRC), Hospital Regional de Taguatinga (HRT) e Hospital Universitário de Brasília (HUB).

2.2 Específicos

- Identificar os fatores que influenciam na qualidade do sono, como necessidade humana básica, de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva sob a visão de técnicos de enfermagem e enfermeiros de hospitais públicos do Distrito Federal;
- Verificar a percepção dos profissionais de enfermagem, que trabalham em unidades de terapia intensiva, a respeito da importância do sono para os pacientes em unidades de terapia intensiva;
- Identificar se os profissionais de enfermagem obtiveram conhecimentos sobre o sono durante seu processo de formação;
- Identificar os potenciais fatores contribuintes para o comprometimento do sono restaurador na UTI, segundo os técnicos de enfermagem e enfermeiros;
- Identificar as medidas já utilizadas pelos profissionais de enfermagem para proporcionar o sono do paciente em regime de internação na UTI, e o que eles mudariam na prática para favorecer o sono adequado.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 – O sono

Os seres humanos gastam cerca de um terço de suas vidas dormindo. Algumas teorias incluem o papel do sono na sobrevivência, na restauração das funções corporais, na conservação de energia e na consolidação de informações (PISANI, 2015). Os indicadores de um sono restaurativo incluem acordar sentindo-se revigorado, e a ausência de sonolência diurna após períodos de sono noturnos.

O sono é um processo com organização e controle requintados. Quanto a sua arquitetura, identificam-se dois estados, cada um com características únicas e com atividades reguladas por centros neurais distintos. O primeiro estado, caracterizado por intensa atividade cerebral, atonia de músculos esqueléticos e variável atividade autonômica é denominado sono REM (do inglês *Rapid Eye Movement*) e um segundo período com atividades cerebrais mais lentas é chamado de sono não REM (ou NREM). O sono NREM apresenta três estágios, classificados de acordo com a progressão da sua profundidade, a saber: N1, N2 e N3. Uma noite típica envolve de 4 à 6 ciclos repetidos de sono NREM e REM, cada um durando aproximadamente entre 90 e 110 minutos (LUYSTER, et al. 2012; SILBER, et al. 2007).

O principal fator influenciador à distribuição do sono nas fases REM e NREM é a idade (CARSKADON; DEMENT, 2011). De um modo geral, o sono REM ocupa cerca de 25% do tempo total de sono (TTS) e o sono NREM os demais 75%. Os níveis de sono REM declinam lentamente com o envelhecimento, passando de 25% no início da fase adulta para 16 a 18% aos 85 anos de idade (ELLIOT; MCKINLEY; CISTULLI, 2011).

Um dos desafios de se avaliar o sono na UTI é a carência de ferramentas para medir de forma confiável o sono em um grupo heterogêneo de pacientes criticamente doentes, recebendo medicamentos que podem alterar o sono (PISANI, 2015).

3.2 – O sono na Unidade de Terapia Intensiva

A privação do sono tem representado uma possível causa para aumentar a atividade simpática e afetar negativamente diferentes funções endócrinas, além do sistema imunológico e

as funções cognitivas (BANKS; DINGES, 2011). Todas essas funções podem ser importantes para a recuperação dos pacientes em uma unidade de terapia intensiva (KAMDAR B.B.; NEEDHAM D.M.; COLLOP N.A, 2012a). A falta de sono também pode ser um fator de risco para delírio durante o atendimento na UTI (WEINHOUSE et al, 2009).

Estudo prospectivo Friese et al. (2007) observou, após a análise polissonográfica (PSG) de 16 pacientes internados em UTI's, uma significativa redução nos estágios 3 e 4 (ou fase N3) e REM, as fases profundas e restaurativas do sono. Boyko, Ording & Jennun (2012) ratificam esses dados durante sua revisão sistemática da literatura, e descrevem o sono de pacientes em UTI's sendo marcado por ritmos circadianos anormais e fragmentação do sono com altos índices de despertamento e sono restaurativo diminuído ou ausente. Sua conclusão geral foi de que a arquitetura do sono é alterada nesses pacientes.

A percepção dos pacientes à respeito de seu período de internação na unidade de terapia intensiva também pode ser utilizada como indicador na caracterização do perfil de sono. Frank, et al. (2011) avaliou a memória dos pacientes à respeito de distúrbios do sono durante a internação na UTI e também a qualidade do sono reportada por esses pacientes após a internação. Dos 53 pacientes que responderam ao questionário, 47% lembraram ter o sono perturbado na UTI. Dentre esses pacientes com sono perturbado, 43% declararam um declínio na qualidade do sono a longo prazo. Somando-se à esses dados, 30% dos pacientes em estudo reportaram uma piora na qualidade do sono após a permanência na UTI, quando comparado a fase prévia à admissão.

Indiscutivelmente, pacientes em unidades de atendimento crítico necessitam com premência de um sono ininterrupto e de qualidade, entretanto são esses mesmos pacientes que estão em alto risco de perderem o sono e/ou apresentarem um sono com pouca qualidade.

3.3 – Tempo ideal de sono na UTI

Não há um consenso quanto ao tempo ideal de sono em um indivíduo adulto. Entretanto, estudos apontam que uma média estimada entre 7 a 8 horas de tempo total de sono a cada 24h, preferencialmente durante a noite, corresponde ao período adequado para se prevenir agravos à saúde associados ao aumento da taxa de mortalidade (GRANDNER, et al. 2010; YOUNGSTEDT, S.D.; KRIPKE, D.F. 2004).

Kaneita, et al. (2008) afirma que a duração do sono habitual está fortemente associado com o controle dos níveis lipídicos e de lipoproteínas séricas. Outros estudos reforçam a associação entre dislipidemias e duração do sono, e clarificam a relação entre hábitos de sono e distúrbios cardiovasculares e metabólicos (WILLIAMS, et al. 2007). Eguchi, et al. (2008) demonstraram que o sono de curta duração (<7,5 horas) está associado com o risco de incidentes por doenças cardiovasculares, e ainda recomenda que profissionais de saúde perguntem sobre a duração do sono na avaliação de risco dos pacientes hipertensos. O sono de duração habitual acima ou abaixo da média, entre 7 e 8 horas por noite, está associado com o aumento na prevalência de hipertensão, particularmente no extremo inferior a 6 horas por noite (GOTTLIEB, et al. 2006).

De modo geral, a duração do sono está associada com índices de mortalidade num modelo de curva em U. Esse modelo representa a relação não-linear entre duas variáveis, uma dependente e outra independente. Nesse exemplo, o eixo das ordenadas representa o índice de mortalidade e o das abscissas, a duração do sono em horas. No estudo do sono, os índices de mortalidade mais baixos são encontrados entre os grupos que reportam um sono com duração entre 7 a 8 horas. O risco de mortalidade eleva-se com desvios entre a faixa de 7 a 8 horas, quase uniformemente (GRANDER, et al. 2010).

3.4 – Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes na UTI

As unidades de terapia intensiva (UTI) são responsáveis por proporcionar o cuidado a pacientes em situação crítica e de risco. Nesse cenário, o tratamento e a monitorização envolvem o uso de ferramentas de suporte incômodas e invasivas, tais como vias aéreas artificiais e cateteres intravasculares. Tal contexto, associado aos sintomas das doenças individuais e a outros fatores ambientais como luz e ruídos podem promover uma sensação de desconforto geral, incluindo a incapacidade de dormir (ELLIOT; MCKINLEY; CISTULLI, 2011).

Os fatores associados a privação do sono em unidades de cuidados críticos estão bem documentados (Figura 1). Distúrbios de sono subjacentes, condições médicas individuais e problemas psicológicos tem sido reconhecidos como algumas das causas comuns do sono interrompido (KAMDAR B.B.; NEEDHAM D.M.; COLLOP N.A, 2012a). Além disso, Kamdar (2012a) também identifica o uso de ventiladores mecânicos e a severidade da doença como

barreiras para o sono. Outros componentes modificáveis tem sido identificados na literatura. Fatores ambientais como luz, ruídos e medicamentos também contribuem para o sono insuficiente (TEMBO; PARKER, 2009). O ruído ambiental, conhecidamente, é resultante de uma variedade de causas que incluem: telefones tocando, conversas entre os profissionais, sons de equipamentos tais como aparelhos de sucção e ventiladores mecânicos. Os alarmes dos monitores cardíacos e oxímetros de pulso também contribuem para a poluição auditiva nesses ambientes (YAZDANNIK, et al 2014).

Os ruídos iniciam uma sequência de eventos fisiológicos similares aos vistos em reações de estresse generalizado, incluindo a vasoconstrição, elevação da pressão arterial, dilatação das pupilas e tensão muscular. Tudo isso ocorre devido à liberação de adrenalina pelo sistema nervoso simpático, impedindo assim, o paciente de relaxar e adormecer (HONKUS, 2003).

Outro fator é a interação constante entre profissionais e pacientes nessas unidades. Em estudo retrospectivo, Tamburri et al. (2004) analisou o prontuário de 50 pacientes, no período de 19 horas às 7 horas em 4 unidades de atendimento crítico (total de 147 noites), demonstrando uma média de 42,6 interações por noite. A alta frequência de interações no período noturno impôs aos pacientes poucos momentos ininterruptos para dormir.

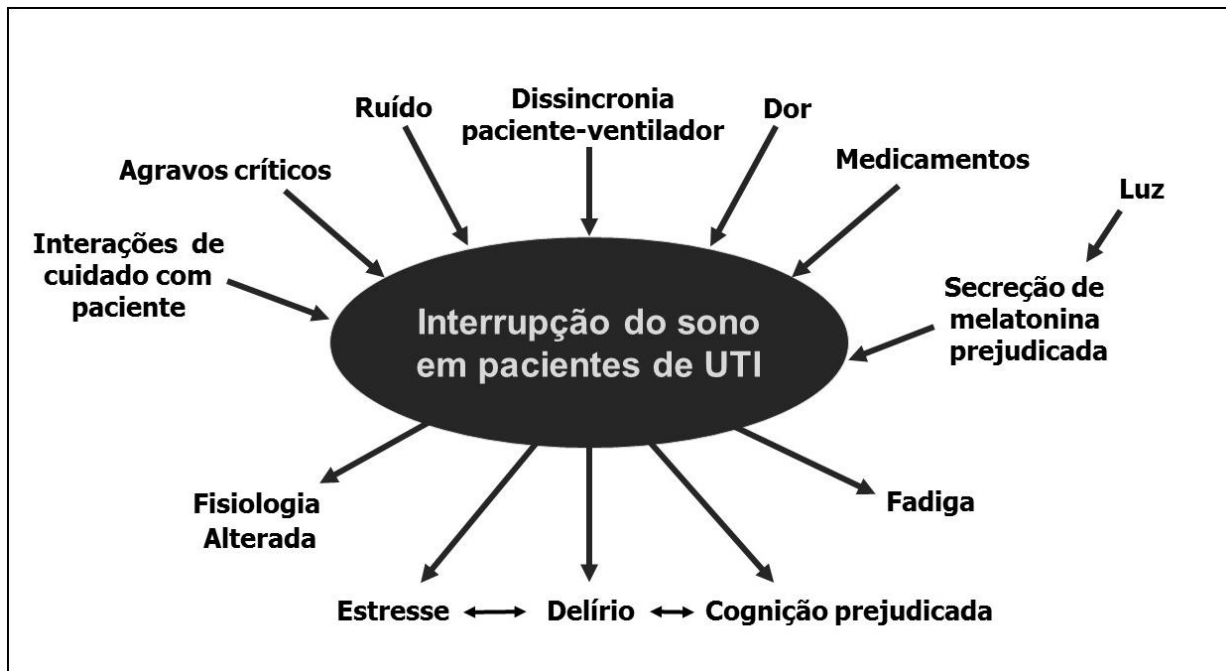


Figura 1. Etiologia e potenciais resultados da interrupção do sono em unidades de terapia intensiva. Adaptado de KAMDAR B.B.; NEEDHAM D.M.; COLLOP N.A, 2012a.

O desconhecimento da importância e da necessidade de promover o sono dos pacientes por parte dos profissionais que realizam o cuidado, também é apontado como potencial barreira para promoção do sono (HOPPER; TERRI; PISANI, 2015).

A percepção desses estressores variam entre pacientes e profissionais de saúde. Em estudo que explorou a percepção de pacientes e enfermeiros à respeito dos estressores presentes numa UTI em Hong Kong, “não ser capaz de dormir” ocupou o 3º lugar no *rank* dos pacientes, e 10º no *rank* dos estressores apontados pelos enfermeiros (SO; CHAN, 2004).

3.5 – Registro do sono de pacientes de UTI

Devido à relevância da temática do sono e de seu impacto na promoção e manutenção da qualidade de vida dos indivíduos, todos os profissionais de saúde, a despeito das configurações do seu ambiente de trabalho, deveriam perguntar aos pacientes sobre o seu perfil do sono e vigília durante a avaliação de rotina da saúde. Contudo, Ward (2011) afirma que profissionais de saúde, inclusive enfermeiros, frequentemente falham em perguntar aos pacientes sobre seu sono. Sabe-se que a atual rotina de prática clínica não inclui uma avaliação padrão do sono dos pacientes. (HOEY; FULBROOK; DOUGLAS, 2014).

Uma das barreiras para a implementação de tal prática, está na falta de uma compreensão ampla da importância do sono e de intervenções necessárias à sua promoção por parte dos enfermeiros que trabalham em UTI's (NESBITT; GOODE, 2014). Em estudo realizado para avaliar o conhecimento de estudantes de enfermagem a respeito da promoção do sono em hospitais, foi verificado que falta aos estudantes um conhecimento completo sobre a fisiologia básica do sono. Os autores também identificaram que os programas de formação em enfermagem não preparam seus alunos com o conhecimento básico necessário à respeito dessa temática (MCINTOSH; MCMILLAN, 2009).

No contexto da equipe multidisciplinar em saúde, por atuarem como os principais provedores de cuidado para o paciente, os enfermeiros ocupam posição estratégica para a promoção e saúde do sono. Para cumprir tal propósito, as ações de enfermagem devem ser embasadas em métodos efetivos de avaliação do sono dos pacientes. Dentre as ferramentas propostas para avaliação do sono, Hoey, Fulbrook & Douglas (2014) apontam o “Questionário do Sono de Richard Campbell” como a ferramenta com maior potencial para o uso em configurações

hospitalares de cuidado crítico. Essa ferramenta é composta por uma escala visual análoga de 5 itens, que avalia a percepção do sono de pacientes em estado crítico. A escala avalia a percepção da profundidade do sono, latência de início do sono, número de despertares, tempo gasto acordado e qualidade geral do sono (RICHARDS, K.C.; O’SULLIVAN, P.S.; PHILIPS, R.L. 2000). Esse instrumento é considerado breve, fácil de ser usado e compreendido e tem demonstrado confiabilidade e validade em capturar os domínios do sono e prover uma avaliação global do sono (HOEY; FULBROOK; DOUGLAS. 2014).

3.6. – Medicamentos que podem interferir na qualidade do sono

Pacientes internados em UTI’s frequentemente recebem medicamentos para manutenção e suporte da pressão arterial, otimização do débito cardíaco e/ou urinário, ou da distribuição geral de oxigênio (MATTHEWS, 2011). Esses agentes farmacológicos atuam através de uma variedade de neurotransmissores, receptores e moduladores que podem adversamente afetar os padrões de sono e vigília (KAMDAR, B.B.; NEEDHAM, D.M.; COLLOP, N.A. 2012a).

A combinação de sedativos e analgésicos, frequentemente usados para facilitar a ventilação mecânica, é um dos principais exemplos de drogas que afetam negativamente o sono (BOURNE; MILLS, 2004). Um exemplo dessa combinação é a associação benzodiazepínico com um opióide. Sabe-se que benzodiazepínicos alteram a arquitetura normal do sono por prolongar inicialmente o estágio N2, causando um aumento no tempo total de sono, mas reduzindo a duração do sono nas fases N3 e REM (BOYKO, Y; ORDING, H; JENNUN, P. 2012). Trompeo et al. (2011) também demonstrou que uma dose diária de lorazepam é um fator independentemente associado à redução severa de sono REM. Opióides como o citrato de fentalina (Fentanil®) e morfina promovem o início do sono em adultos saudáveis, mas inibem o sono REM e suprimem profundamente o estágio N3, provocam ainda despertares noturnos e podem precipitar apneias centrais (KAMDAR, B.B.; NEEDHAM, D.M.; COLLOP, N.A. 2012a).

O uso de beta-bloqueadores e amiodarona está associado ao surgimento de pesadelos, enquanto que norepinefrina/epinefrina e dopamina podem provocar efeitos adversos como insônia, diminuição do período de ondas lentas (N3) e sono REM (BOURNE; MILLS, 2004). Outros medicamentos utilizados em unidades de atenção crítica, como drogas vasoativas (norepinefrina/epinefrina, clonidina) e agentes inotrópicos (dopamina), amiodarona,

corticosteroides, são bem conhecidos por causarem distúrbios do sono (BOYKO, Y; ORDING, H; JENNUN, P. 2012). Tal ocorrência pode ser verificada na tabela 1, abaixo:

Tabela 1. Drogas comumente usadas em UTI's e seus efeitos nos padrões de sono.

Classes de Drogas ou Drogas Individuais	Desordens do Sono Induzidas ou Reportadas	Possíveis Mecanismos
Benzodiazepínicos	↓ REM, ↓ SWS	Estimulação dos receptores GABA do tipo A
Opióides	↓ REM, ↓ SWS	Estimulação dos receptores μ
Clonidina	↓ REM	Estimulação dos receptores α_2
Drogas anti-inflamatórias não esteroidais	↓ TTS, ↓ ES	Inibição da Síntese de Prostaglandinas
Norepinefrina / Epinefrina	Insônia, ↓ REM, ↓ SWS	Estimulação dos receptores α_1
Dopamina	Insônia, ↓ REM, ↓ SWS	Estimulação dos receptores D_2 / estimulação do receptor α_1
β -Bloqueadores	Insônia, ↓ REM, ↓ SWS	Bloqueio dos receptores β no SNS por agentes lipofílicos
Amiodarona	Pesadelos	Mecanismo desconhecido
Corticosteroides	Insônia, ↓ REM, ↓ SWS	Redução na secreção de melatonina
Aminofilina	Insônia, ↓ REM, ↓ SWS, ↓ TTS, ↓ ES	Antagonismo do receptor de adenosina
Quinilonas	Insônia	Inibição do receptores GABA do tipo A
Antidepressivos Tricíclicos	↓ REM	Atividade antimuscarínica e estimulação dos receptores α_1
Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina	↓ REM, ↓ TTS, ↓ ES	Aumento na atividade serotoninérgica
Fenitoína	↑ Fragmentação do Sono	Inibição do influxo de cálcio neuronal
Fenobarbital	↓ REM	Aumento na atividade dos receptores GABA do tipo A
Carbamazepina	↓ REM	Estimulação dos receptores de adenosina e/ou atividade serotoninérgica

REM = *Rapid Eye Moviment*, ou Sono de “Movimento Rápido dos Olhos”; SWS = *Slow Wave Sleep*, ou Sono de ondas lentas (fases N1, N2 e N3); TTS, tempo total de sono; ES, Eficiência do sono; SNS, Sistema Nervoso Central; GABA, Ácido Gama Aminobutírico. Adaptado de BOURNE, R.S.; MILLS, G.H. 2004.

Logo, as medicações utilizadas nas UTI's que provocam distúrbios do sono, devem ser descontinuadas assim que possível. E na impossibilidade, sua administração deve ocorrer na menor dose possível capaz de obter o efeito terapêutico (MATTHEWS, 2011).

3.7 – Avaliação do sono dos pacientes na UTI

Diferentes ferramentas tem sido utilizadas para se avaliar e caracterizar o sono de pacientes em unidades de atendimento crítico, e estas são classificadas em objetivas, comportamentais e subjetivas (MATTHEWS, 2011).

A polissonografia (PSG) é um método objetivo, e é considerada o padrão ouro para avaliação do sono, pois registra simultaneamente múltiplas variáveis fisiológicas como: atividade cerebral; fluxo de ar; esforço respiratório; saturação de oxigênio; eletrocardiograma (ECG); movimento ocular, muscular da perna e da mandíbula. Entretanto, sua realização em ambientes como UTI's é limitado, pois, é um equipamento grande, além de demandar tempo, pessoal altamente qualificado e apresentar custo elevado (WATSON, 2007). O índice Bispectral (BIS) é um método alternativo que têm sido utilizado para se avaliar o sono em UTI's (NICHOLSON; PATEL; SLEIGH, 2001).

Uma opção de método comportamental é actigrafia, que consiste em uma pulseira contendo um acelerômetro, semelhante à um relógio, capaz de registrar a atividade motora grossa e o descanso por longos períodos (TELLES, et al. 2010). Desse modo, a partir dos resultados da actigrafia é possível traçar um gráfico dos períodos de sono e vigília do indivíduo. A monitorização por actigrafia contínua foi sugerida como importante ferramenta clínica para guiar a utilização de drogas sedativas e para facilitar o reconhecimento precoce e a gestão da agitação (MISTRALETTI, et al. 2009). Entretanto, o uso dessa ferramenta encontra limitações nos pacientes da UTI devido à menor intensidade de movimentos decorrentes da sedação, restrição e fraqueza.

Métodos de avaliação subjetiva (por meio da observação direta pelo profissional e auto-relato dos pacientes), podem oferecer um modo mais prático para a avaliação da qualidade e eficácia de intervenções relacionadas ao sono (MATTHEWS, 2011). Entretanto, esse método pode estar sujeito à um viés do observador e a fadiga. Dentre esses instrumentos, destaca-se o Questionário do Sono de Richards-Campbell (RCSQ), como instrumento contendo 5 questões usadas para avaliar a profundidade percebida do sono, a latência do sono (período para adormecer), número de despertares, eficácia e qualidade do sono (KAMDAR, et al. 2012b). O RCSQ pode vir a ser uma opção factível para medição do sono percebida em toda a UTI, em grande escala, como parte dos esforços de melhoria da qualidade e da rotina clínica (KAMDAR, B.B.; NEEDHAM, D.M.; COLLOP, N.A. 2012a).

3.8 – Uso de protocolos/*guidelines* como ferramentas úteis na promoção da saúde do sono

Friese (2008) é enfática ao afirmar que é chegada a hora para os provedores de cuidados “acordarem” e focarem no sono. Assim, com a finalidade de promover o sono de forma efetiva nas unidades de terapia intensiva e cuidados críticos, é necessário que haja uma mudança de paradigma em todos os níveis de atenção à saúde. Os profissionais que trabalham nesses setores devem desenvolver e colocar em prática protocolos que visem a promoção do sono de qualidade. Membros das equipes de enfermagem e das demais equipes de cuidado devem seguir cuidadosamente esses protocolos.

Pisani (2015) considera o sono como um componente-chave frequentemente rejeitado para a restauração da saúde. Após a análise profunda dessa temática, a autora também conclui que já é chegada a hora de trabalhar de modo resolutivo na implementação de mudanças práticas nas UTI's que permitam a redução de ruídos, níveis de luz adequados aos ciclos biológicos de sono e vigília, e cuidado em *cluster* (realizado num momento único) para permitir períodos de sono ininterruptos. Ainda segundo a autora, o objetivo de todos os enfermeiros, médicos e administradores de UTI's deveria ser o desenvolvimento de protocolos assistenciais dinâmicos e flexíveis que possam ser adaptados às variações de tamanho e constituição de diferentes UTI's.

Tais protocolos ou *guidelines* (do inglês) são ferramentas frequentemente usadas em unidades configuradas ao atendimento de problemas agudos de saúde, tais como unidades de terapia intensiva, para auxiliar no processo de tomada de decisões e facilitar a prática profissional baseada em evidências (ELLIOTT, R.; MCKINLEY, S.; CISTULLI, P. 2011). Protocolos para prática clínica são particularmente úteis quando intervenções complexas são requeridas para cuidar e tratar pacientes mais efetivamente (CRAIG, et al. 2008).

4. MÉTODO E CASUÍSTICA

4.1 Delineamento do estudo: Estudo transversal, quantitativo e descritivo.

4.2 Local de desenvolvimento do estudo: Foi desenvolvido na UTI geral de adulto de três hospitais do Distrito Federal: Hospital Regional de Ceilândia (HRC); Hospital Regional de Taguatinga (HRT) e Hospital Universitário de Brasília (HUB).

O Hospital Regional da Ceilândia (HRC) é um hospital público da região administrativa de Ceilândia, localizado no Distrito Federal. Este possui um número total de 330 leitos, sendo 10 da Unidade de Terapia Intensiva.

O Hospital Regional de Taguatinga (HRT) é um hospital público da região administrativa de Taguatinga, localizado no Distrito Federal. Atualmente o hospital conta com 6 leitos operantes na Unidade de Terapia Intensiva.

O Hospital Universitário de Brasília (HUB) é um hospital escola, vinculado à Universidade de Brasília, localizado no Distrito Federal. Atualmente o hospital possui 8 leitos operantes na UTI.

4.3 Período de coleta de dados: Foi desenvolvido durante o período de três meses, compreendido de agosto à outubro de 2015.

4.4 Casuística: Foi constituída por 51 enfermeiros e técnicos de enfermagem da UTI dos respectivos hospitais mencionados.

4.4.1 Critérios de inclusão: Foram incluídos os enfermeiros e técnicos de enfermagem:

- Registrados no Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (COREN-DF);
- Com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4.4.2 Critérios de exclusão: Foram excluídos os enfermeiros e técnicos de enfermagem:

- Com tempo de atuação na UTI inferior a 6 meses;
- Substitutos;

- Gozando de férias ou alguma modalidade de licença.

4.5 Considerações éticas: Este projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS e da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília sob CAAE: 45131915.7.0000.5553. Todos os sujeitos da pesquisa incluídos assinaram a aquiescência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A liberdade do consentimento foi particularmente garantida para todos os participantes da pesquisa, assim como o sigilo e anonimato, assegurando a privacidade a estes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Obedecidos os critérios éticos, por se tratar de pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução 466/12, os prejuízos físicos ou psicológicos sobre os participantes foram mínimos. Os pacientes poderão ser beneficiados pela possibilidade de desenvolvimento e aperfeiçoamento das medidas que possibilitem o sono adequado daqueles sob regime de internação na unidade de terapia intensiva. Para os profissionais foi relevante pelo fato do estudo propor aspectos de melhora na avaliação do paciente internado com prejuízo do sono.

Todos os participantes convidados, ou responsáveis legais concordaram em participar de maneira voluntária, assinando o TCLE.

4.6 Operacionalização da coleta de dados:

A coleta de dados ocorreu em uma única fase, a seguir:

Fase única: A coleta de dados ocorreu a partir da aplicação de um questionário aos enfermeiros e técnicos de enfermagem, respeitando a escala de serviço.

Foi combinado previamente com cada um desses profissionais o horário e local adequado para que pudesse responder aos questionamentos referentes ao estudo. O instrumento de coleta de dados foi composto de duas etapas. A primeira referente aos dados demográficos dos enfermeiros e técnicos de enfermagem (idade, sexo, tempo de formação, local de formação). A segunda etapa constou de dados referentes ao conhecimento sobre a temática de sono na UTI, dificuldades para

sono e descanso dos pacientes na UTI, estratégias adotadas para assegurar a qualidade do sono na UTI e a percepção do enfermeiro e técnico de enfermagem quanto aos fatores intervenientes do sono. A fim de avaliar a percepção do profissional em relação aos fatores intervenientes foi aplicada a “Escala de Avaliação de Estressores em Unidades de Terapia Intensiva” (versão brasileira, desenvolvida por Rosa, et al (2010), correspondente a “*Environmental Stress Questionnaire - ESQ*” (CORNOCK, et al. 1998). Pediu-se aos profissionais que avaliassem os itens da escala (ESQ) de acordo com o que acreditavam que o paciente em regime de internação na UTI, responderia.

4.7 Definições:

Sono ideal: Refere-se a um período de descanso, preferencialmente durante a noite, com média estimada entre 7 a 8 horas de tempo total de sono (TTS) a cada 24h, que possui a finalidade de promover o restabelecimento das funções orgânicas, manutenção da funcionalidade ideal dos indivíduos e prevenção de agravos à saúde associados ao aumento da taxa de mortalidade (GRANDNER, et al. 2010; YOUNGSTEDT, S.D.; KRIPKE, D.F. 2004).

4.8 Tratamento estatístico: Para a realização do estudo, foi construído um banco de dados no programa Epi Info. Para descrição dos resultados foram calculadas as frequências relativas e absolutas, média e desvio padrão e mediana (percentil 25 e 75).

5. RESULTADOS

Neste estudo foi avaliada a percepção de 51 profissionais de enfermagem (técnicos e enfermeiros) de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), distribuídos entre os hospitais, a saber: 16 (31,4%) participantes do Hospital Regional de Ceilândia – HRC; 14 (27,5%) participantes do Hospital Regional de Taguatinga – HRT; e 21 (41,2%) do Hospital Universitário de Brasília – HUB.

Na amostra houve predominância do sexo feminino (74,5%), com idade média de 35 ± 9 anos. O período médio de formação dentre os profissionais foi de 108 meses e o tempo médio de experiência em UTI correspondeu a 72 meses. A maior parte (64,7%) dos entrevistados graduou-se no Distrito Federal, seguido de Goiás (15,7%). Embora todos (100%) considerem o sono como um componente importante para os pacientes de UTI, apenas 36,7% afirmaram ter adquirido conhecimento sobre o sono durante o processo de formação básica (graduação/curso técnico) e um menor percentual (13,7%), afirma ter obtido tal conhecimento em cursos de pós-graduação.

A maioria dos profissionais de enfermagem apontou 8 horas como tempo ideal de sono para um indivíduo saudável, entretanto 17,9% apontaram 7 horas e 7,8% apontaram 6 horas.

Do total de profissionais entrevistados, 98% responderam que não existe nenhum protocolo específico de promoção da saúde do sono para os pacientes hospitalizados na UTI onde trabalham (ver Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de enfermagem de acordo com as características sociodemográficas. Distrito Federal, 2015.

Características (n = 51)	
Idade (anos) ^a	35 ± 9
Sexo feminino ^b	38 (74,5 %)
Hospital ^b	
Hospital Regional de Ceilândia - HRC	16 (31,4 %)
Hospital Universitário de Brasília - HUB	21 (41,2 %)
Hospital Regional de Taguatinga - HRT	14 (27,5 %)

Tempo de formação (meses) ^c	108 (60 - 180)
Tempo de experiência em UTI (meses) ^c	72 (24 - 120)
Local de formação ^b	
Distrito Federal - DF	33 (64,7 %)
Goiás - GO	8 (15,7 %)
Maranhão - MA	3 (5,9 %)
Minas Gerais - MG	1 (2,0 %)
Pará - PA	1 (2,0 %)
Rio de Janeiro - RJ	2 (3,9 %)
São Paulo - SP	1 (2,0 %)
Tocantins - TO	2 (3,9 %)
Adquiriu conhecimento sobre sono na formação	20 (36,7 %)
Adquiriu conhecimento sobre sono na pós-graduação	7 (13,7 %)
O sono é importante para pacientes em UTI	51 (100,0 %)
Tempo ideal de sono para indivíduos saudáveis	
6 horas	4 (7,8 %)
7 horas	9 (17,7 %)
8 horas	33 (64,7 %)
9 horas	2 (3,9 %)
10 horas	1 (2,0 %)
> 5 horas	1 (2,0 %)
> 8 horas	1 (2,0 %)
Existência de protocolo específico de sono na UTI	
Sim	1 (2,0 %)
Não	50 (98,0 %)

UTI – Unidade de Terapia Intensiva, ^amédia ± desvio padrão, ^bn (%), ^cmediana (25% - 75%)

A tabela 3 mostra que a média do tempo de formação dos profissionais entrevistados fora maior entre os colaboradores do Hospital Regional de Taguatinga (174 meses), seguido pelo Hospital Universitário de Brasília (96 meses) e Hospital Regional de Ceilândia (84 meses). No que diz respeito ao tempo de experiência em UTI, os colaboradores do HUB e HRT apresentaram a mesma média (72 meses), seguido pelo HRC (54 meses).

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais de Enfermagem por hospital de acordo com o tempo de formação e experiência em Unidade de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2015.

Tempo de formação profissionais Enfermagem (meses)		
HRC (n=16)	HUB (n=21)	HRT (n=14)

84 (60-180)	96 (72-144)	174 (60-252)
Tempo experiência em Unidade de Terapia Intensiva (meses)		
HRC (n=16)	HUB (n=21)	HRT (n=14)
54 (24-120)	72 (24-108)	72 (6-240)

HRC: Hospital Regional de Ceilândia; HUB: Hospital Universitário de Brasília; HRT: Hospital Regional de Taguatinga

Considerando o contexto/ambiente da Unidade de Terapia Intensiva, em uma escala de 0 à 10, sendo 0 nenhuma importância e 10 importância máxima, questionou-se aos participantes o quão importante eles consideravam o sono para a recuperação do quadro geral do paciente internado na UTI. Constatou-se que 41,2% dos profissionais acreditam que o sono seja de importância máxima (10 pontos) para esses pacientes, seguido por 37,3% que atribuíram 8 pontos, enquanto 11,8% atribuíram o valor 7 em uma escala de importância de 0 à 10.

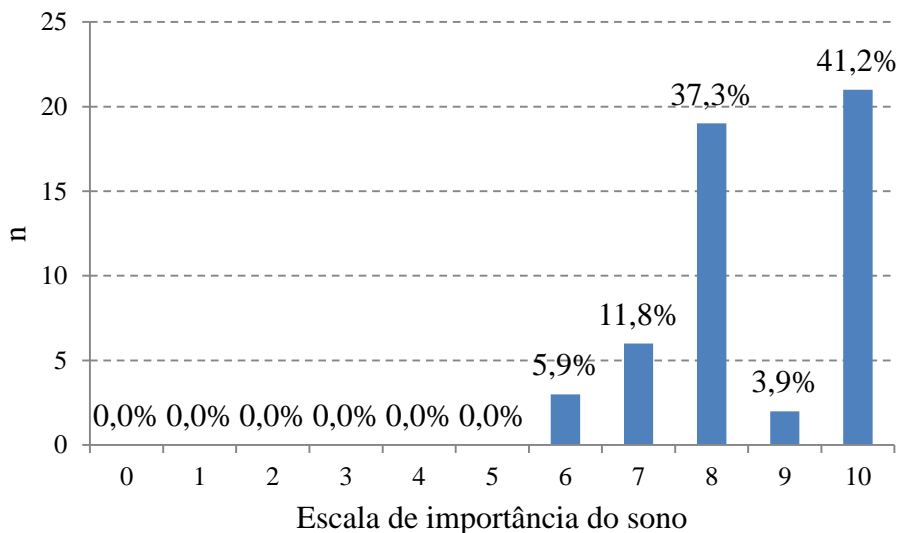


Figura 2 – Distribuição da importância do sono para os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de acordo com os profissionais de Enfermagem. Distrito Federal, 2015.

Questionados quanto ao tempo ideal de sono (em horas) para um paciente adulto em recuperação numa Unidade de Terapia Intensiva (Figura 3), observou-se uma ampla distribuição nas respostas. Do total de entrevistados, 27,5% responderam que 8 horas seria o tempo ideal, outros 15,7% acreditam que 6 horas seja apropriado. As demais respostas apresentaram uma

variação de 4 à 14 horas de sono, além de incluir respostas como o “máximo possível” e “depende do paciente”.

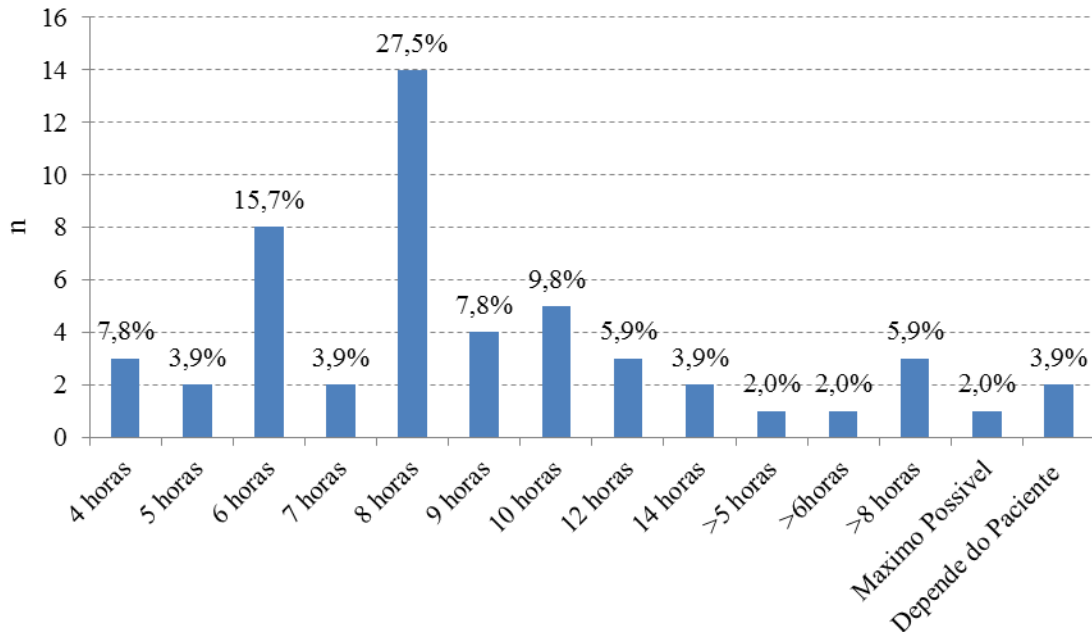


Figura 3 – Distribuição do tempo ideal de sono (horas) para pacientes adultos internados na Unidade de Terapia Intensiva de acordo com os profissionais de Enfermagem. Distrito Federal, 2015.

Em resposta a Escala de Avaliação de Estressores em Unidades de Terapia Intensiva (ROSA, et al. 2010 – VER APÊNDICE “B”), instrumento que avalia 50 itens, pode-se observar a distribuição dos estressores, segundo os profissionais, em 5 categorias: extremamente estressante; muito estressante; moderadamente estressante; não se aplica. Constatou-se que 90,2% dos entrevistados consideraram o item 32 “Sentir dor” como extremamente estressante, e apenas 2% avaliaram o item 2 “membro da equipe de enfermagem não se apresentar pelo nome” na mesma categoria.

Tabela 4 – Distribuição de Estressores segundo os profissionais de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2015.

Questão	Extremamente estressante	Muito estressante	Moderadamente estressante	Não estressante	Não se aplica
1	34 (66,7 %)	15 (24,4 %)	2 (3,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
2	1 (2,0 %)	7 (13,7 %)	28 (54,9 %)	14 (27,4 %)	1 (2,0 %)
3	9 (17,7 %)	20 (39,2 %)	20 (39,2 %)	1 (2,0 %)	1 (2,0 %)
4	27 (52,9 %)	21 (41,2 %)	3 (5,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
5	13 (25,5 %)	16 (31,4 %)	20 (39,2 %)	2 (3,9 %)	0 (0,0 %)
6	17 (33,3 %)	26 (51,0 %)	7 (13,7 %)	1 (2,0 %)	0 (0,0 %)
7	3 (5,9 %)	20 (39,2 %)	19 (37,3 %)	7 (13,7 %)	2 (3,9 %)
8	11 (21,6 %)	24 (47,0 %)	14 (27,5 %)	2 (3,9 %)	0 (0,0 %)
9	19 (37,3 %)	12 (23,5 %)	15 (29,4 %)	3 (5,9 %)	2 (3,9 %)
10	10 (19,6 %)	23 (45,1 %)	15 (29,4 %)	3 (5,9 %)	0 (0,0 %)
11	26 (51,0 %)	21 (41,2 %)	4 (7,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12	23 (45,1 %)	23 (45,1 %)	5 (9,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
13	2 (3,9 %)	20 (39,2 %)	20 (39,2 %)	9 (17,7 %)	0 (0,0 %)
14	24 (47,0 %)	19 (37,3 %)	8 (15,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
15	22 (43,2 %)	23 (45,1 %)	4 (7,8 %)	2 (3,9 %)	0 (0,0 %)
16	20 (39,2 %)	26 (51,0 %)	5 (9,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17	6 (11,8 %)	17 (33,3 %)	23 (45,1 %)	5 (9,8 %)	0 (0,0 %)
18	36 (70,6 %)	12 (23,5 %)	3 (5,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
19	9 (17,7 %)	17 (33,3 %)	17 (33,3 %)	7 (13,7 %)	1 (2,0 %)
20	12 (23,5 %)	24 (47,0 %)	14 (27,5 %)	0 (0,0 %)	1 (2,0 %)
21	7 (13,7 %)	17 (33,3 %)	17 (33,3 %)	2 (3,9 %)	8 (15,7 %)
22	9 (17,7 %)	26 (51,0 %)	13 (25,5 %)	2 (3,9 %)	1 (2,0 %)
23	9 (17,7 %)	24 (47,0 %)	12 (23,5 %)	5 (9,8 %)	1 (2,0 %)
24	11 (21,6 %)	25 (49,0 %)	13 (25,5 %)	2 (3,9 %)	0 (0,0 %)
25	8 (15,7 %)	28 (54,9 %)	13 (25,5 %)	2 (3,9 %)	0 (0,0 %)
26	10 (19,6 %)	19 (37,3 %)	15 (29,4 %)	5 (9,8 %)	2 (3,9 %)
27	17 (33,3 %)	13 (25,5 %)	17 (33,3 %)	3 (5,9 %)	1 (2,0 %)
28	35 (68,6 %)	16 (31,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
29	24 (47,1 %)	19 (37,3 %)	8 (15,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
30	3 (5,9 %)	26 (51,0 %)	16 (31,4 %)	6 (11,8 %)	0 (0,0 %)
31	22 (43,2 %)	17 (33,3 %)	12 (23,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
32	46 (90,2 %)	5 (9,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
33	3 (5,9 %)	15 (29,4 %)	23 (45,1 %)	10 (19,6 %)	0 (0,0 %)

34	26 (51,0 %)	21 (41,2 %)	4 (7,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
35	20 (39,2 %)	24 (47,1 %)	6 (11,8 %)	1 (2,0 %)	0 (0,0 %)
36	8 (15,7 %)	22 (43,2 %)	17 (33,3 %)	3 (5,9 %)	1 (2,0 %)
37	31 (60,8 %)	18 (35,3 %)	2 (3,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
38	12 (23,5 %)	20 (39,2 %)	17 (33,3 %)	2 (3,9 %)	0 (0,0 %)
39	14 (27,4 %)	26 (51,0 %)	10 (19,6 %)	1 (2,0 %)	0 (0,0 %)
40	21 (41,2 %)	26 (51,0 %)	4 (7,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
41	8 (15,7 %)	20 (39,2 %)	15 (29,4 %)	8 (15,7 %)	0 (0,0 %)
42	21 (41,2 %)	20 (39,2 %)	10 (19,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
43	8 (15,7 %)	26 (51,0 %)	14 (27,4 %)	2 (3,9 %)	1 (2,0 %)
44	32 (62,8 %)	18 (35,3 %)	1 (2,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
45	47 (92,2 %)	4 (7,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
46	15 (29,4 %)	23 (45,1 %)	13 (25,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
47	26 (51,0 %)	18 (35,3 %)	7 (13,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
48	19 (37,3 %)	26 (51,0 %)	5 (9,8 %)	1 (2,0 %)	0 (0,0 %)
49	23 (45,1 %)	16 (31,4 %)	7 (13,7 %)	1 (2,0 %)	4 (7,8 %)
50	19 (37,3 %)	30 (58,8 %)	1 (2,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,0 %)

1 (Extremamente estressante); 2 (Muito estressante); 3 (Moderadamente estressante); 4 (Não estressante); 5 (Não se aplica)

Após o cálculo da média ponderada a partir dos resultados obtidos na Escala de Avaliação de Estressores em Unidades de Terapia Intensiva (ROSA, et al. 2010), foi possível obter uma nota para cada um dos itens e, assim, classificá-los quanto à sua posição (*rank* de 0 a 37). Observou-se que, na perspectiva dos profissionais de enfermagem, os itens menos estressantes foram: item 2 “membro da equipe de enfermagem não se apresentar pelo nome”, ocupando a 37ª posição, e o item 33 “ver bolsas de soro penduradas sobre a cabeça” na 36ª posição.

Tabela 5 – Distribuição dos fatores intervenientes do sono citados pelos profissionais de Enfermagem, segundo a escala de avaliação de estressores, para os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2015.

Questão	Nota (média)	Posição
1	1,37	5
2	3,04	37

continua

3	2,22	28
	1,53	8
5	2,22	28
6	1,84	20
7	2,51	33
8	2,14	25
9	1,96	21
10	2,22	28
11	1,57	9
12	1,65	12
13	2,71	35
14	1,69	14
15	1,73	16
16	1,71	15
17	2,53	34
18	1,35	4
19	2,39	30
20	2,00	22
21	1,96	21
22	2,12	24
23	2,22	28
24	2,12	24
25	2,18	27
26	2,22	28
27	2,08	23
28	1,31	3
29	1,69	14
30	2,49	32
31	1,80	19
32	1,10	2
33	2,78	36
34	1,57	9
35	1,76	17
36	2,25	29
37	1,43	7

continua

38	2,18	27
39	1,96	21
40	1,67	13
41	2,45	31
42	1,78	18
43	2,16	26
44	1,39	6
45	1,08	1
46	1,96	21
47	1,63	11
48	1,76	17
49	1,57	9
50	1,61	10

Os itens mais estressantes foram evidenciados na Tabela 6. “Sentir medo de morrer – item 45” ocupou o primeiro lugar, seguido por “sentir dor” e “não conseguir dormir”.

Tabela 6 – Distribuição das condições mais estressantes relacionadas pelo profissional de enfermagem, segundo a escala de avaliação de estressores, para os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2015.

Questão	Nota (média)	Posição
Sentir medo de morrer (45)	1,08	1
Sentir dor (32)	1,10	2
Não conseguir dormir (28)	1,31	3
Ficar com tubos/sondas no nariz e/ou na boca (18)	1,35	4
Estar preso por tubos e drenos (1)	1,37	5
Não conseguir se comunicar (44)	1,39	6
Não ter controle sobre si mesmo (37)	1,43	7

A partir dos resultados referentes a pergunta “o que você faz para proporcionar o sono do paciente?” Foi realizado a análise do conteúdo e classificado em diferentes respostas (14). 24,4% dos participantes afirmaram à prática de reduzir a luminosidade e/ou apagar as luzes do leito do paciente durante o período noturno, como medida de promoção do sono. 17,1% dos entrevistados também alegaram buscar manter um ambiente tranquilo (livre de ruídos) e promover o conforto geral do paciente, com medidas como a frequente mudança de decúbito do mesmo. Dentre os itens com menor frequência na resposta dos participantes, está a organização dos horários de procedimentos (0,8%).

Quadro 1 – Distribuição das respostas dos profissionais de enfermagem sobre o que fazem para proporcionar o sono. Distrito Federal, 2015.

Respostas	n	n(%)
Nada (Não faço nada, não há o que fazer)	4	3,25
Ambiente tranquilo (sem ruídos)	21	17,1
Iluminação (apagar/reduzir intensidade das luzes no leito do paciente)	30	24,4
Orientando (Orientando os profissionais quanto ao tom de voz)	2	1,6
Não falar alto/fazer silencio	14	11,4
Conforto (frequente mudança de decúbito; conforto)	21	17,1
Temperatura Ambiente (temperatura agradável, nem muito fria e nem muito quente)	7	5,7
Higiene do Paciente (troca de fraldas, banho frequentes)	6	4,9
Realizar Procedimentos Necessários (medicação para dormir e para dor, aspiração)	9	7,3
Atenção aos pacientes (atenção as queixas, conversar com o paciente, avisar o paciente sobre procedimentos)	3	2,4
Redução de desconforto por aparelhos	1	0,8
Evitar procedimentos desnecessários	3	2,4
Higiene do sono (estabelecimento de medidas protetoras para o sono adequado)	1	0,8
Organizar horários de procedimentos	1	0,8

*Mais de uma resposta por participante.

A mesma metodologia de análise e classificação de conteúdo foi utilizada para a pergunta “o que você mudaria na prática clínica para promover o sono adequado do paciente?”. 26,25% dos participantes evidenciaram em suas respostas que eles reduziriam o barulho no ambiente da

UTI. Outros 12,5% alegaram que buscariam padronizar o horário da realização de procedimentos junto ao paciente, evitando quando possível, a realização de exames, banhos e medicações no período noturno. Uma pequena parcela das respostas (1,25%) incluiu itens como: mudança da cor da parede e alterações da planta física das unidades.

Quadro 2 – Distribuição das respostas dos profissionais de enfermagem sobre o que mudar para proporcionar o sono. Distrito Federal, 2015.

Respostas	n	n (%)
Nada (não tem o que fazer, não tem o que mudar)	8	10
Reduzir acesso (número de pessoas)	2	2,5
Reduzir manipulação do paciente (quantidade, manipulação a noite)	5	6,25
Orientação da equipe (conscientização, tornar mais silencioso, treinamento)	3	3,75
Padronização de horário de procedimentos (evitar exames a noite, internação a noite, banho no leito a noite, medicação a noite)	10	12,5
Barulho (reduzir ruídos, reduzir o uso de aparelhos sonoros, reduzir conversas)	24	30
Iluminação (luzes)	9	11,25
Temperatura Ambiente (maior controle)	3	3,75
Cor de Parede	1	1,25
Planta física	1	1,25
Retirar televisão da UTI	1	1,25
Acrescentar protocolos de análise clínica	1	1,25
Uso de medicamentos (para ajudar o sono)	2	2,5
Conforto no leito (decúbito, local individualizado)	6	7,5
Humanização do cuidado	1	1,25
Conversar com o paciente sobre o sono	1	1,25
Reduzir o uso de medicamentos desnecessários	2	2,5

*Mais de uma resposta por participante.

Após a aplicação da Escala de Avaliação de Estressores em Unidades de Terapia Intensiva (ROSA, et al. 2010), e quando questionados se eles gostariam de sugerir/acrescentar

algum item como potencial estressor no ambiente de UTI, 63% dos entrevistados afirmaram que “não”, pois todos já haviam sido inclusos. Entretanto, mesmo em menor frequência, itens importantes como “tempo entre uma higienização e outra/ ficar sujo” (6,5%), “não poder ir ao banheiro” (4,3%), “vergonha da nudez” (4,3%) e “não poder comer” (2,2%) foram apontados como potenciais estressores.

Quadro 3 – Quadro de respostas dos profissionais de enfermagem sobre as possibilidades de itens a serem acrescentados na escala de avaliação dos estressores. Distrito Federal, 2015.

Respostas	n	n (%)
Demora para dar alta, quando já é possível	1	2,2
Não (não precisa incluir mais, já tem todos incluso)	29	63,0
Vergonha da Nudez	2	4,3
Não chamar pelo nome	2	4,3
Não poder comer	1	2,2
Ter que esperar para ser atendido	1	2,2
Usar máscara de NVI	1	2,2
Não poder ir no banheiro	2	4,3
Tempo entre uma higienização e outra/ ficar sujo	3	6,5
Qualidade do colchão	1	2,2
Ter que fazer hemodiálise	1	2,2
Usar Cateter Venoso Central (CVC)	1	2,2
Usar fralda	1	2,2

6. DISCUSSÃO

A integralidade pode ser percebida como um conjunto de noções voltadas a uma assistência livre de reducionismo (PINHO, I.C.; SIQUEIRA, J.C.B.A.; PINHO, L.M.O. 2006). Todo paciente tem direito à uma assistência global, e para tal, o enfermeiro deve ter uma visão holística. Nessa perspectiva, o cuidar conquista uma dimensão maior e mais abrangente, voltado a atender o indivíduo em suas necessidades biológicas, emocionais, psicológicas, sociais e espirituais (LEMOS, et al. 2010). Tal abordagem humanística do ser humano é alvo recorrente nas teorias de enfermagem (LOPES NETO; NÓBREGA, 1999).

O conceito de necessidades é essencial para o trabalho de enfermagem (OLIVEIRA, 2012). No Brasil, na década de 70, Wanda Horta desenvolveu sua teoria das Necessidades Humanas Básicas para sistematizar e dar suporte científico à prática da enfermagem. Fundamentando-se na Teoria da Motivação Humana, seguiu os pressupostos teóricos do psicólogo americano Abraham Maslow, que considerava que os seres humanos têm necessidades comuns que motivam seu comportamento (LOPES NETO; NÓBREGA, 1999). Com base nesses princípios, Maslow propôs uma hierarquia das necessidades que influenciam o comportamento humano, organizando-as sob a forma de uma pirâmide em cinco níveis de prioridade. O nível mais básico inclui as necessidades fisiológicas, seguida pelas de segurança, amor/relacionamento, estima e realização própria (RODRIGUES, et al. 2007). De acordo com essa teoria, certas necessidades são mais elementares que outras, e, portanto, devem ser atendidas prioritariamente (NEVES, 2006). Na base dessa pirâmide está a eminente necessidade de ter um sono saudável. Entretanto, o reconhecimento da relevância do sono e sua valorização como elemento essencial para recuperação de pacientes em unidades de cuidados críticos ainda não é uma realidade, fato que motivou a realização desse estudo.

Neste estudo foram avaliados os dados de 51 profissionais de enfermagem (técnicos e enfermeiros) atuantes em Unidades de Terapia Intensiva visando compreender sua percepção sobre os fatores que comprometem o sono dos pacientes, assim como avaliar o nível de priorização que esses profissionais oferecem ao sono como Necessidade Humana Básica no contexto de cuidado ao paciente crítico. Sabe-se que a UTI é um ambiente bastante ativo e dinâmico, onde mudanças no quadro clínico e nas demandas impostas por cada paciente

acontecem a todo momento. Chlan et al. (2009) reconhece essas limitações ao desenvolvimento de pesquisas em UTI's e aponta medidas que visam superar esses desafios. Segundo a autora, é essencial que o pesquisador seja flexível e proativo frente às mudanças de rotina sobre as quais ele não têm domínio algum; ter um contato dentro de cada sítio de pesquisa também é apontado como uma excelente estratégia. Durante o desenvolvimento dessa pesquisa, ratificando as medidas propostas por Chlan et al (2009), foi muito útil ter uma pessoa de referência dentro das unidades. Esse contato atuou como um facilitador, mediando a interlocução com os demais membros da equipe.

É durante o período de formação profissional que os indivíduos são expostos à conhecimentos essenciais para sua atuação. Em pesquisa que explorou o conhecimento e experiência educacional de estudantes de enfermagem à respeito do sono e sua promoção em ambientes hospitalares, McIntosh e MacMillan (2009) identificaram que esses alunos não possuíam um conhecimento completo da fisiologia básica do sono. Embora os estudantes tivessem uma visão positiva quanto à promoção do sono, eles reportaram que seus programas de formação não os preparam à esse respeito. Acredita-se que essa também seja uma realidade na formação dos profissionais de enfermagem no Brasil.

Desde 2004, Lee et al. já apontavam a falta de um currículo estabelecido para o estudo do sono em programas de graduação e pós-graduação em enfermagem. Redeker (2011) reconhece que as contribuições da enfermagem para a ciência do sono têm crescido, entretanto afirmam que a aplicação dessa ciência à prática e ao ensino em enfermagem estão aquém do progresso científico, como verificado nesse estudo. A fim de preencher essas lacunas, as autoras apontaram a necessidade de abordagens de ensino estruturadas, à longo-prazo, abrangendo todos os níveis do currículo de enfermagem; além de proporem educação permanente aos profissionais que estão no mercado e o emprego de protocolos de promoção do sono no cenário clínico.

Protocolos clínicos fazem recomendações quanto ao tratamento e cuidado apropriado de pessoas com doenças e condições específicas, a despeito de tal fato encontrou-se uma carência de protocolos validados nessa temática do sono. Tal realidade pode ser um reflexo da não valorização do sono como necessidade humana básica no ambiente de cuidados críticos. Seguramente, um bom protocolo clínico auxilia na tomada de decisões durante o processo de cuidado e favorece melhores resultados para o paciente, além de assegurar o uso eficiente dos

recursos de saúde e a minimizar as variações atuais da prática (ROBERTSON, 2007). O presente trabalho identificou que 98% dos profissionais afirmaram não haver protocolo clínico voltado à promoção da saúde do sono dos pacientes hospitalizados nas unidades de terapia intensiva estudadas.

De acordo com Nesbitt e Goode (2014), enfermeiros que trabalham em UTI's não possuem um completo entendimento da importância do sono e das intervenções necessárias para promovê-lo. Em sua revisão de literatura, as autoras demonstram que a negligência ao treinamento adequado e a inexistência de protocolos estruturados dentro da prática, tornam impossível a provisão do sono para pacientes em unidades de terapia intensiva. Tal negligência à relevância do sono é consoante aos achados do presente estudo, pois, embora todos os enfermeiros tenham considerado o sono importante para pacientes em UTI, apenas 41,2% dos entrevistados pontuaram 10 (importância máxima) quando questionados o quão importante eles consideravam o sono para a recuperação do paciente internado na UTI.

Inúmeros avanços tecnológicos e científicos ocorreram no contexto de cuidados críticos nas últimas décadas (VICENT, 2013). Estes avanços têm se refletido na mudança do papel do enfermeiro de cuidados intensivos, que passa a enfatizar o gerenciamento de intervenções mecânicas e farmacológicas complexas. Diante da constante ênfase na especialização, associada à necessidade de administrar uma extensa carga horária de trabalho e a falta de pessoal, já dentro de um contexto financeiro restrito, não é de estranhar que o foco da enfermagem e do cuidado tenham se desviado dentro da ênfase biomédica (DOWN, 2002).

Pacientes em unidades de atendimento crítico necessitam com premência de um sono ininterrupto e de qualidade, entretanto são esses mesmos pacientes que estão em alto risco de perderem o sono e/ou apresentarem um sono com pouca qualidade. Apesar da recomendação de 7 a 8 horas de tempo total de sono (TTS) a cada 24h, preferencialmente a noite, como o período ideal de sono em um indivíduo adulto (GRANDNER, et al. 2010; YOUNGSTEDT, S.D.; KRIPKE, D.F. 2004), estudos apontam que pacientes obtêm cada vez menos sono de qualidade e duração apropriada nesse ambiente (ELLIOT; MCKINLEY; CISTULLI, 2011; BOYKO; ORDING; JENNUM, 2012). É importante ressaltar que, embora os resultados deste estudo evidenciem variações na recomendação dos profissionais quanto ao número ideal de horas

necessárias para pacientes saudáveis e aqueles hospitalizados em UTIs, na prática clínica a recomendação é a mesma.

A promoção do sono de qualidade é um desafio no ambiente de UTI. Fatores variados contribuem para o comprometimento da duração e qualidade do sono desses pacientes (KAMDAR B.B.; NEEDHAM D.M.; COLLOP N.A, 2012a). Dentre estes, estão os fatores ambientais também chamados de “estressores ambientais”. Em estudo que explorou a percepção de 50 pacientes e 92 enfermeiros à respeito dos estressores presentes numa UTI em Hong Kong, por meio do instrumento *Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale (ICUESS)* contendo 42 itens, “estar preso por tubos e drenos” assumiu o primeiro lugar nos grupos. Entretanto, “não ter controle sobre si mesmo” ocupou o 2º lugar no *rank* dos pacientes, e o 9º no *rank* dos estressores apontados pelos enfermeiros (SO; CHAN, 2004). Achados de outros estudos confirmam que a percepção desses estressores variam entre pacientes e profissionais de saúde (YAVA et al. 2011; COCHRAN; GANONG, 1989).

Outra evidência científica descritiva realizada na Turquia, com 155 pacientes de UTI's e 152 enfermeiros que trabalhavam nessas unidades, buscou avaliar a percepção de pacientes e enfermeiros dos estressores presentes na UTI (YAVA, et al. 2011). Em resposta à versão modificada do instrumento *ICUESS* por Cochran e Ganong (1989) contendo 50 itens, os autores identificaram “sentir medo de morrer” como principal estressor para ambos os grupos. Em segundo e terceiro lugar, na perspectiva dos enfermeiros, foram elegíveis “sentir dor” e “estar preso por tubos e drenos”. Esses dados confirmam o achado do presente estudo o qual evidenciou que na perspectiva dos profissionais, os itens mais estressantes foram “sentir medo de morrer”, seguido por “sentir dor” e “não conseguir dormir”. Yava et al. (2011) também identificou “membro da equipe de enfermagem não se apresentar pelo nome” (em 50º lugar) como o item menos estressor na visão dos profissionais. Entretanto, o mesmo item ocupou a 35º posição na visão dos pacientes.

A identificação dos estressores provê a base para o desenvolvimento de medidas voltadas à promoção do sono. Dentre as atividades mais frequentes desenvolvidas por profissionais para tal finalidade inclui-se a manipulação de fatores considerados modificáveis no cenário clínico (KAMDAR, 2014). Evidências revelam que atividades de cuidado ao paciente estão entre os principais fatores que contribuem para a perturbação do sono durante a noite no ambiente da UTI

(LE, et al. 2012). Tais achados evidenciam o mecanicismo vivenciado em muitas unidades de terapia intensiva, assim como a ausência de reflexão por parte dos profissionais sobre as interferências no contínuo das 24 horas, e seu impacto sobre o paciente. É sugerido que o cuidado em *cluster* seja incluído em protocolos de promoção do sono noturno nessas unidades (UGRAS, et al. 2015). Portanto, é imprescindível que as sugestões de “padronizar os horários de procedimentos” apesar de apontadas no presente trabalho por apenas 12,5% dos participantes sejam implementadas.

6.1 Limitações

Uma limitação à esse estudo foi o acesso aos profissionais de enfermagem. Sobretudo, ressalta-se a dificuldade de contatar a equipe durante o seu período de trabalho.

7. CONCLUSÃO

Para os profissionais de enfermagem os fatores mais estressantes para os pacientes em regime de internação na UTI são o sentimento de medo da morte, dor e não conseguir dormir. Enquanto, os menos estressantes são a falta de identificação do profissional durante a prestação de um cuidado e a visualização de medicamentos instalados;

Constatou-se uma limitada oferta de conteúdo científico sobre a temática “sono” durante a formação de um profissional de enfermagem;

Não há protocolos clínicos voltados à promoção da qualidade do sono de pacientes críticos nas unidades estudadas, segundo os profissionais de enfermagem;

Não houve consenso entre a equipe de enfermagem quanto ao número de horas de sono ideal para pacientes internados em UTI;

A redução do barulho e padronização de horário para prestação de cuidados foram elencados pela equipe de enfermagem, como fatores que podem contribuir para um qualidade do sono;

Apenas uma pequena parcela de profissionais de enfermagem acredita que o sono seja de importância máxima para os pacientes internados em UTI.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERSTEDT, T.; NILSSON, P. M. Sleep as restitution: an introduction. **J Intern Med**, 2003.

BALDWIN, C.M.; QUAN, S.F. Sleep-disordered breathing. **Nurs Clin No Am**, 2003.

BANKS, S.; DINGES, D.F. Chronic sleep deprivation. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, (eds), **Principles and Practice of Sleep Medicine**. Elsevier Saunders: St. Louis. 2011.

BOURNE, R.S.; MILLS, G.H. Sleep disruption in critically ill patients – pharmacological considerations. **Anesthesia**, 2004.

BOYKO, Y; ORDING, H; JENNUN, P. Sleep disturbances in critically ill patients in ICU: how much do we know? **Acta Anaesthesiol Scand**, 2012.

CAPPUCCIO, F.P. et al. Gender-specific associations of short sleep duration with prevalent and incident hypertension. The Whitehall II Study. **Hypertension**, 2007.

CAPPUCCIO, F.P et al. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children, adolescents and adults. **Sleep**, 2008.

CAPPUCCIO, F.P et al. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. **Diabetes Care**, 2010.

CAPPUCCIO, F.P et al. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. **Eur Heart J**, 2011.

CARSKADON, M.A.; DEMENTE, W.C. Monitoring and staging human sleep. In M.H. Kryger, T. Roth, & W.C.Demend (Eds.). **Principles and practice of sleep medicine**, 5th edition, (pp 16-26). St Louis: Elsevier Saunders. 2011.

CHLAN, L. et al. Strategies for overcoming site and recruitment challenges in research studies based in intensive care units. **Am. J. Crit. Care.** 2009.

COCHRAN, J.; GANONG, L.H. A comparison of nurses' and patient' perceptions of intensive care unit stressors. **J. Adv. Nurs.** 1989.

CORNOCK, M.A. Stress and the intensive care patient: perceptions of the patients and nurses. **Journal of Advanced Nursing.** 1998.

DOWN, J. Therapeutic nursing and technology: Clinical supervision and reflective practice in a critical care setting. In D. Freshwater (Ed.), **Therapeutic nursing: Improving patient care through self-awareness and reflection.** (pp. 39-58). London: SAGE Publications Ltd. 2002.

CRAIG, P. et al. Developing and evaluating complex interventions. **Medical Research Council.** 2008.

EGUCHI, K. et al. Short sleep duration is an independent predictor of cardiovascular events in Japanese hypertension patients. **Arch Intern Med.** November 10; 168(20): 2008.

ELLIOTT, R.; MCKINLEY, S.; CISTULLI, P. The quality and duration of sleep in the intensive care setting: an integrated review. **International Journal of Nursing Studies,** 2011.

FRANK, L et al. How did you sleep in the ICU? **Critical Care,** 2011.

FRIESE, R.S. et al. Quantity and quality pf sleep in the surgical intensive care unit: are our patients sleeping? **The Journal of TRAUMA, Injury, Infection and Critical Care.** December, 2007.

FRIESE, R.S. Good night, sleep tight: the time is ripe for critical care providers to wake up and focus on sleep. **Critical Care.** Vol. 12, No. 3. 2008.

GANGWISCH, J.E et al. Short sleep duration as a risk factor for hypertension: analyses of the first National Health and Nutrition Examination Survey. **Hypertension,** 2006.

GOTTLIEB, D.J et al. Association of usual sleep duration with hypertension: the sleep heart health study. **Sleep**. Aug 1, 2006.

GRANDNER, M.A. et al. Mortality associated with short sleep duration: the evidence, the possible mechanisms, and the future. **Sleep Medicine Reviews**, 2010.

HOEY, L.M.; FULBROOK, P.; DOUGLAS, J.A. Sleep assessment of hospitalized patients: A literature review. **International Journal of Nursing Studies**. 2014.

HONKUS, V. L. Sleep deprivation in critical care units. **Critical Care Nursing**. Vol. 26, No. 3, pp. 179-189., Lippincott Williams & Wikins, Inc. 2003.

HOPPER, K.; FRIED, T.R.; PISANI, M.A. Health care workers attitudes and identified barriers to patient sleep in the medical intensive care unit. **Heart & Lung**. 2015.

KAMDAR, B.B.; NEEDHAM, D.M.; COLLOP, N.A. Sleep deprivation in critical illness: its role in physical and psychological recovery. **Journal of Intensive Care Medicine**; 27: 97–111. Match, (2012a).

KAMDAR, B.B et al. Patient-nurse interaction reliability and agreement of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire. **American Journal of Critical-Care Nursing**. Volume 21, No. 4, July, (2012b).

KAMDAR, B.B. et al. Developing, Implementing, and Evaluating a Multifaceted Quality Improvement Intervention to Promote Sleep in an ICI. **American Journal of Critical-Care Nursing**. Volume 29, 2014.

KANEITA, Y. et al. Associations of usual sleep duration with serum lipid and lipoprotein levels. **Sleep**, Vol. 31, No. 5, 2008.

NESBITT, L.; GOODE, D. Nurses perceptions of sleep on the intensive care unit environment: A literature review. **Intensive and Critical Care Nursing**. 2014.

LE, A. et al. Sleep disruptions and nocturnal nursing interactions in the intensive care unit. **J. Surg. Res.** 2012.

LEMOS, R.C.A. et al. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010.

LOPES NETO, D.; NOBREGA, M.M.L. de. Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 52, n. 2, p. 233-242, June 1999.

LUYSTER, F.S et al. Sleep: a health imperative. **Sleep**, Vol. 35, No. 6, 2012.

MATTHEWS, E.E. Sleep disturbances and fatigue in critically ill patients. **AACN Adv Crit Care.** 2011.

MCINTOSH, A.E.; MACMILLAN, M. The knowledge and education experiences of student nurses regarding sleep promotion in hospitals. **Nurse Education Today.** 2009.

MILLER, M.A.; CAPPUCCIO, F.P. Inflammation, sleep, obesity and cardiovascular disease. **Curr Vasc Pharmacol**, 2007.

MISTRALETTI, G. et al. Actigraphic monitoring in critically ill patients: preliminary results toward an “observation-guided sedation”. **Journal of Critical Care.** 2009.

Mosby’s dictionary of medicine, nursing & health professions. 9th ed. Elsevier Inc, Canada. 2013.

NESBITT, L.; GOODE, D. Nurses perceptions of sleep in the intensive care unit environment: A literature review. **Intensive and Critical Care Nursing.** Vol. 30. August, 2014.

NEVES, Rinaldo de Souza. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de horta. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. 4, p. 556-559, Aug. 2006.

NICHOLSON, T.; PATEL, J.; SLEIGH, J.W. Sleep patterns in intensive care unit patients: a study using the Bispectral Index. **Critical care and resuscitation**. 2001.

OLIVEIRA, M.A.C. (Re)significando os projetos cuidadosos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. **Rev Bras Enferm**, Brasília - 2012.

PINHO, I.C.; SIQUEIRA, J.C.B.A.; PINHO, L.M.O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2006.

PISANI, M. Sleep in the intensive care unit: An oft-neglected key to health restoration. **Heart Lung**, 2015.

REDEKER, N.S. (2011). The Nature of Sleep Disorders and Their Impact. In N.S. Redeker, G. Philips McEnany (Eds). **Sleep Disorders and Sleep Promotion in Nursing Practice**. (pp. 43-52). New York: Springer.

RICHARDS, K.C.; O'SULLIVAN, P.S.; PHILIPS, R.L. Measurement of sleep in critically ill patients. **Journal of Nursing Measurement**. 2000.

ROBERTSON, J. Guide to the development of clinical guidelines for nurse practitioners. **Office of the chief nursing officer**. June, 2007.

RODRIGUES, P. et al. Proposta para a sistematização da assistência de enfermagem em UTI: o caminho percorrido. **REME – Rev. Min. Enf.** 2007

ROSA, B.A. et al. Stressors at the intensive care unit: the Brazilian version of the Environmental Stressor Questionnaire. **Rev Esc Enferm USP**. 2010.

SALAS, R.E.; GAMALDO, C.E. Adverse effects of sleep deprivation in the ICU. **Crit Care Clin**, 2008.

SILBER, M.H. et al. The visual scoring of sleep in adults. **Journal of Clinical Sleep Medicine**. Vol. 3, No. 2, 2007.

SPIEGEL, K et al. Effects of poor and short sleep on glucose metabolism and obesity risk. **Nat Rev Endocrinol**, 2009.

SO, H.M.; CHAN, D.S.K. Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. **International Journal of Nursing Studies**. 2004.

TAMBURRI, L.M. et al. Nocturnal care interactions with patients in critical care units. **American Journal of Critical Care**. Volume 13, No. 2, March 2004.

TELLES, S.C.L. et al. Significado Clínico da Actigrafia. **Rev Neurocienc**. 2010.

TEMBO, A.C.; PARKER, V. Factors that impact on sleep in intensive care patients. **Intensive and Critical Care Nursing**, 2009.

TROMPEO, A.C. et al. Sleep disturbances in the critically ill patients: role of delirium and sedative agents. **Minerva Anestesiologica**. June, 2011.

UGRAS, G.A. et al. The effect of nocturnal patient care interventions on sleep and satisfaction with nursing care in neurosurgery intensive care unit. **J. Neurosci. Nurs**. 2015.

VICENT, J.L. Critical care – where have we been and where are we going? **Critical Care**, 2013.

WARD, T.M. Conducting a Sleep Assessment. In: REDEKER; MCENAN. **Sleep Disorders and Sleep Promotion in Nursing Practice**. New York: Springer, 2011.

WATSON, P.L. Measuring sleep in critically ill patients: beware the pitfalls. **Critical Care**. Vol. 11, No. 4, 2007.

WEINHOUSE, G.L et al. Bench-to-bedside review: delirium in ICU patients - importance of sleep deprivation. **Critical Care**; 13: 234. 2009.

WILLIAMS, C.J. et al. Sleep duration and snoring in relation to biomarkers of cardiovascular disease risk among women with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, Volume 30, number 5, May 2007.

YAZDANNIK, et al. The effect of earplugs and eye mask on patients' perceived sleep quality in intensive care unit. **Iran J Nurs Midwifery Res**, v. 19, 2014.

YAVA, A. et al. Patient and nurse perceptions of stressors in the intensive care unit. **Stress and Health**, 2014.

YOUNGSTEDT, S.D.; KRIPKE, D.F. Long sleep and mortality: rationale for sleep restriction. **Sleep Medicine Reviews**. Vol. 8, Issue 3, Pages 159-174. 2004.

9. APÊNDICE

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO ENFERMEIRO E DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Idade: _____ Sexo: Feminino () Masculino ()

Tempo de formação: _____ Local de formação: _____

Tempo de experiência em UTI: _____

2. O SONO

a) Adquiriu conhecimentos específicos à respeito do sono durante a graduação?

- () SIM
() NÃO

b) Adquiriu conhecimentos à respeito do sono através de cursos específicos / pós-graduação?

- () SIM
() NÃO

c) O sono é algo importante para o paciente que está internado na Unidade de Terapia Intensiva?

- () SIM
() NÃO

d) Caso tenha respondido afirmativamente ao item anterior; Considerando o contexto/ambiente da Unidade de Terapia Intensiva. Numa escala de 0 à 10, sendo 0 nenhuma importância e 10 importância máxima, quão importante você considera o sono para a recuperação do quadro clínico geral do paciente internado na UTI?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

e) Em sua opinião, qual é o tempo ideal de sono (em horas) para um indivíduo adulto saudável?

f) Em sua opinião, qual é o tempo ideal de sono (em horas) para um paciente adulto em recuperação numa Unidade de Terapia Intensiva?

g) Existe um protocolo específico voltado à promoção da saúde do sono dos pacientes internados na Unidade de Atendimento Intensivo?

SIM

NÃO

h) O que você faz para proporcionar o sono do paciente?

i) O que mudaria na prática clínica para promover o sono adequado do paciente?

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE ESTRESSORES AMBIENTAIS

Escala de Avaliação de Estressores em Unidades de Terapia Intensiva (ROSA, et al. 2010)					
	Extremamente Estressante	Muito Estressante	Moderadamente Estressante	Não Estressante	Não se aplica
1. Estar preso por tubos e drenos					
2. Membro da equipe de enfermagem não se apresentar pelo nome					
3. Sentir que a enfermagem está muito apressada					
4. Ter sede					
5. Ter que medir a pressão arterial várias vezes ao dia					
6. Ter uma cama e/ou travesseiros desconfortáveis					
7. Escutar o telefone tocar					
8. Ser frequentemente examinado pela equipe médica e de enfermagem					
9. Ter máquinas estranhas ao seu redor					
10. Sentir que a enfermagem está mais atenta aos aparelhos do que a você					
11. Escutar o barulho e os alarmes dos aparelhos					
12. Enfermagem e médicos falando muito alto					
13. Ter que usar oxigênio					

	Extremamente Estressante	Muito Estressante	Moderadamente Estressante	Não Estressante	Não se aplica
14. Sentir falta do marido, esposa, ou companheiro (a)					
15. Não receber explicações sobre o tratamento					
16. Escutar o alarme do seu monitor cardíaco disparar					
17. Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do seu leito					
18. Ficar com tubos/sondas no nariz e/ou na boca					
19. Não saber que horas são					
20. Escutar o gemido de outros pacientes					
21. Ter homens e mulheres no mesmo quarto					
22. Ver a família e os amigos apenas alguns minutos por dia					
23. Não saber quando vão ser feitos os procedimentos em você					
24. Ser acordado pela enfermagem					
25. Escutar sons e ruídos desconhecidos					
26. Observar tratamentos que estão sendo dados a outros pacientes.					
27. Ter que ficar olhando para os detalhes do teto					

	Extremamente Estressante	Muito Estressante	Moderadamente Estressante	Não Estressante	Não se aplica
28. Não conseguir dormir					
29. Não conseguir mexer as mãos ou braços devido ao soro ou medicação na veia					
30. Sentir cheiros estranhos ao seu redor					
31. Ter luzes acesas constantemente					
32. Sentir dor					
33. Ver bolsas de soro penduradas sobre a cabeça					
34. Ser furado por agulhas					
35. Não ter a noção de onde você está					
36. Escutar a equipe de enfermagem falar termos que eu não entendo					
37. Não ter controle sobre si mesmo					
38. Não saber que dia é hoje					
39. Estar aborrecido					
40. Não ter privacidade					
41. Receber cuidados de médicos que não conheço					
42. Estar em um quarto muito quente ou muito frio					

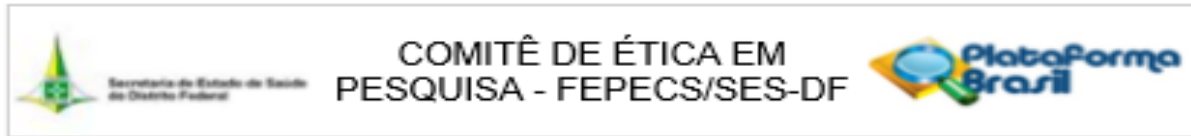
	Extremamente Estressante	Muito Estressante	Moderadamente Estressante	Não Estressante	Não se aplica
43. Ouvir pessoas falando sobre você					
44. Não conseguir se comunicar					
45. Sentir medo de morrer					
46. Desconhecer o tempo de permanência na UTI					
47. Estar incapacitado para exercer o seu papel na família					
48. Ter preocupações financeiras					
49. Ter medo de pegar AIDS					
50. Sentir-se pressionado a concordar com o tratamento					

Qualquer item adicional que você sente que deveria ser incluído:

Qualquer comentário que você deseja fazer:

10. ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CON SUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores intervenientes no sono do paciente em regime de internação na Unidade de Terapia Intensiva

Pesquisador: Marcia Cristina da Silva Magro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45131915.7.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.107.462

Data da Relatoria: 15/06/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto que visa analisar a associação entre os fatores ambientais e intrínsecos que influenciam a qualidade do sono de pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Ceilândia/Distrito Federal a partir da avaliação dos enfermeiros.

Objetivo da Pesquisa:

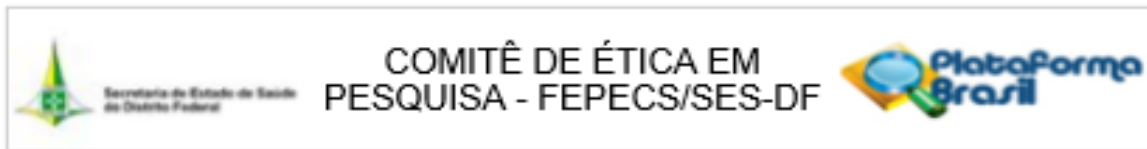
Verificar a percepção dos profissionais enfermeiros, que trabalham em unidades de terapia intensiva, a respeito da importância do sono e descanso adequado para os pacientes em unidades de terapia intensiva; identificando os potenciais fatores contribuintes para o comprometimento do sono restaurador na UTI. Identificar as interrupções do sono dos pacientes internados em UTI consequente às intervenções assistenciais; Construir um protocolo de orientações com medidas protetivas que vise a promoção e qualidade do sono em pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por riscos, menciona a pesquisa que e acordo com a Resolução 466/12, os prejuízos físicos ou psicológicos sobre os participantes serão mínimos.

Os pacientes poderão ser beneficiados pela possibilidade de desenvolvimento e aperfeiçoamento das medidas que possibilitem um sono adequado daqueles sob regime de internação na unidade

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.107.462

de terapia intensiva. Para os profissionais será relevante pelo fato do estudo propor aspectos de melhora na avaliação do paciente internado com prejuízo do sono.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo transversal e quantitativo. Será desenvolvido na UTI geral de adulto do Hospital Regional de Ceilândia (HRC). A amostra será constituída pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem e pacientes hospitalizados na UTI do Hospital Regional de Ceilândia. Será desenvolvido durante dezoito meses. Serão incluídos os enfermeiros e técnicos de enfermagem registrados pelo COREN-DF e excluídos aqueles com tempo de atuação na UTI inferior a 6 meses, que ocupam o cargo de substituto, em período de férias ou alguma modalidade de licença. Para os pacientes os critérios de inclusão inclui aqueles com idade acima de 18 anos, com pontuação igual a 15 na escala de coma de Glasgow, com tempo de internação acima de 24 horas na UTI. Os dados serão coletados por meio da aplicação de questionários adotando como fonte os enfermeiros e técnicos de enfermagem, os pacientes e o próprio prontuário eletrônico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou satisfatoriamente: Folha de rosto; termo de concordância da unidade envolvida; TCLE com o fone do CEP, os critérios de exclusão e inclusão foram mencionados dentro da metodologia proposta; riscos mínimos foram reportados e os benefícios foram citados de forma abrangente; cronograma; planilha de custos; curriculum; bibliografia; questionário padrão do serviço.

Recomendações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, e somente poderá se iniciar após a aprovação do CEP. O pesquisador deverá encaminhar relatório final, após a pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa atendeu a recomendação do CEP

Situação do Parecer:

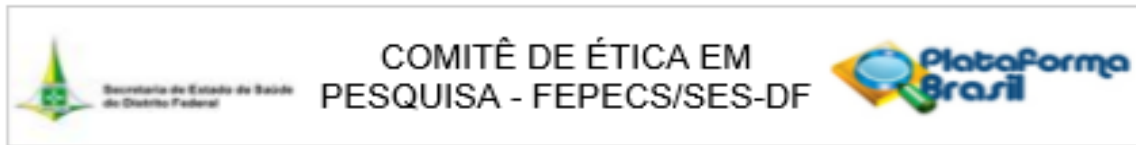
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA (EMENDA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores intervenientes no sono do paciente em regime de internação na Unidade de Terapia Intensiva

Pesquisador: Marcia Cristina da Silva Magro

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 45131915.7.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.228.505

Apresentação do Projeto:

Conforme o Parecer 1.107.462

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o Parecer 1.107.462

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o Parecer 1.107.462

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme o Parecer 1.107.462

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme o Parecer 1.107.462

Recomendações:

Conforme o Parecer 1.107.462

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda. Projeto aprovado pelo CEP/FEPECS

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

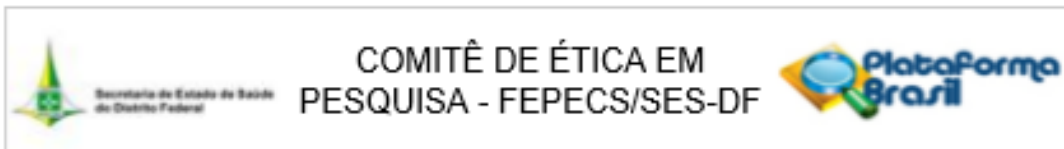
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.226.505

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC 1 - 3(versaoFEPECS).docx	23/04/2015 08:38:39		Aceito
Outros	lattesMarcia.pdf	07/05/2015 21:11:07		Aceito
Outros	lattesBruno.pdf	07/05/2015 21:11:30		Aceito
Folha de Rosto	Folharosto (2).pdf	07/05/2015 21:09:41		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpaciente.docx	08/05/2015 08:17:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEProfissionais enf.docx	08/05/2015 08:18:20		Aceito
Outros	Termoconcordanciafinal.pdf	10/05/2015 19:29:50		Aceito
Outros	questionário clinico demografico_ padrão do serviço.xlsx	26/05/2015 15:40:47		Aceito
Outros	HRT.pdf	28/08/2015 20:57:19	Marcia Cristina da Silva Magro	Aceito
Outros	EmendaHUB.pdf	28/08/2015 21:04:55	Marcia Cristina da Silva Magro	Aceito
Outros	HUB1.pdf	28/08/2015 21:05:47	Marcia Cristina da Silva Magro	Aceito
Outros	HUB2.pdf	28/08/2015 21:06:46	Marcia Cristina da Silva Magro	Aceito
Outros	emendasHRT.pdf	28/08/2015 21:07:30	Marcia Cristina da Silva Magro	Aceito
Outros	aprovacaoCOMITEETICA.pdf	31/08/2015 19:11:20	Marcia Cristina da Silva Magro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_559088 E1.pdf	31/08/2015 19:20:21		Aceito

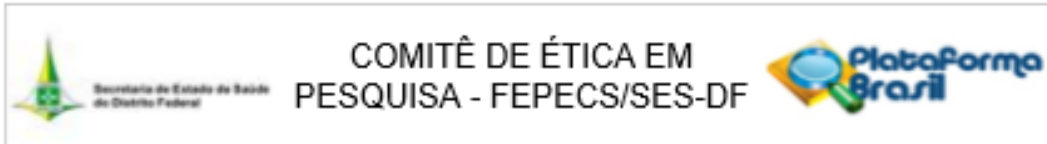
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA - FEPECS/SES-DF

Continuação do Parecer: 1.226.505

BRASILIA, 14 de Setembro de 2015

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Equipe de Enfermagem-Enfermeiro/Técnico de Enfermagem)

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: Fatores intervenientes no sono do paciente em regime de internação na Unidade de Terapia Intensiva.

O nosso objetivo é analisar a associação entre os fatores ambientais e intrínsecos que influenciam a qualidade do sono de pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Ceilândia/ Distrito Federal a partir da avaliação dos enfermeiros.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder em área específica no setor de Unidade de Terapia Intensiva na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de: trinta minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a). Será de responsabilidade do pesquisador o ressarcimento de potenciais danos decorrentes do estudo. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa serão mínimos por tratar-se de um estudo com seres humanos. Entretanto, os benefícios esperados estão relacionados tanto aos pacientes que poderão ser beneficiados a longo prazo pela possibilidade de desenvolvimento e aperfeiçoamento das medidas que possibilitem um sono adequado daqueles sob regime de internação na unidade de terapia intensiva. Para os profissionais será relevante pelo fato do estudo propor aspectos de melhora na avaliação do paciente internado com prejuízo do sono.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui na Unidade de Terapia Intensiva e na Instituição (Hospital Regional de Ceilândia) podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Prof(a).Dr^a Marcia Cristina da Silva Magro, na Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia telefone (61) 3377-0615, ou celular (61) 8269-0888 no horário de 8 às 16 horas.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o participante da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____