



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

JULIANA VIEIRA DO NASCIMENTO

**TRANSTORNOS DO SONO EM PACIENTES INTERNADOS NA UTI:
uma revisão integrativa**

**CAMPINA GRANDE
2016**

JULIANA VIEIRA DO NASCIMENTO

**TRANSTORNOS DO SONO EM PACIENTES INTERNOS NA UTI: uma revisão
integrativa**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado a Universidade Estadual
da Paraíba como parte dos requisitos
necessários para obtenção de Grau em
Bacharel em Enfermagem.**

CAMPINA GRANDE

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

N244t Nascimento, Juliana Vieira do.

Transtornos do sono em pacientes internados na UTI
[manuscrito] : uma revisão integrativa / Juliana Vieira do
Nascimento. - 2016.

36 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de
Almeida, Departamento de Enfermagem".

1. Sono. 2. Distúrbios do sono. 3. Circadiano. 4.
Estressores. 5. Unidade de Terapia Intensiva - UTI. I. Título.

21. ed. CDD 616.849 8

JULIANA VIEIRA DO NASCIMENTO

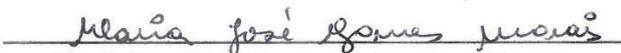
**TRANSTORNOS DO SONO EM PACIENTES INTERNADOS NA
UTI: uma revisão integrativa**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Universidade
Estadual da Paraíba como parte dos
requisitos necessários para a
obtenção do Grau de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovado em 27 / 10 / 2016

Banca examinadora


Prof. Esp. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida.
Orientadora


Prof. Esp. Maria José Gomes Morais
Membro avaliador


Enf. Maiary Andrade Pontes
Membro avaliador

CAMPINA GRANDE

2016

AGRADECIMENTOS

À Deus que me nutriu com fé e perseverança ao longo dos anos de graduação, não me deixando abater pelas resistências impostas a esta conquista.

Aos meus amados pais Joel e Socorro, por todos os anos de trabalho, dedicação e sacrifícios para que eu pudesse realizar este sonho.

À minha orientadora Sueli, pessoa de caráter inspirador e profissional exemplar, a quem serei eternamente grata pela paciência e ensinamentos.

A professora Deinha, agradeço pelo conhecimento e experiência transmitidos como professora e por estar sempre acessível e disposta a auxiliar todos os alunos.

Às amigas Jéssyka, Layse e Monalisa; com quem sempre pude dividir minhas alegrias e angustias. Agradeço profundamente pelas mais puras e sinceras manifestações de amizade e altruísmo, as quais fizeram de mim um ser humano melhor.

Aos colegas do curso, que dividiram comigo por quase cinco anos o mesmo objetivo. Em especial a Brunna, Emanuely, Jennifer Thalita, Larissa, Maiary e Marcia, que compartilharam seus conhecimentos e vidas comigo. Em ênfase a Thalita, Maiary e Emmanuely que além de colegas foram amigas e confidentes, em quem pude encontrar apoio e sincera afeição.

À todos os professores, que me transmitiram conhecimento, estimularam o meu pensamento reflexivo e foram grandes exemplos de profissionais e seres humanos, sendo, por vezes, até amigos. Em destaque a Alexandre, Ana Luzia, Antônio Patativa, Célia Regina, Denise, Eloíde, Eliane, Fátima, Lannuzya, Juraci, Josemar, Thiago Rosário, Thaíse e Raquel; meu muito obrigada, e que vocês possam continuar fazendo o diferencial na vida de outras pessoas.

“A distância e o futuro são muito parecidos: um todo imenso, nevoento, espraia-se diante de nossa alma, nosso coração e nossos olhos aí mergulham, e experimentamos o ardente desejo de nos entregarmos por completo, de deixar-nos invadir pela felicidade de um único, grande e sublime sentimento. Mas, aí, quando chegamos lá, quando o que estava distante se torna próximo; percebemos que nada mudou, permanecemos pobres e limitados, e nossa alma busca sequiosa o bálsamo que lhe fugiu.”

(GOETHE. **Os sofrimentos do jovem Werther**. Editora Martins Fontes. 3ª ed. 2007. p 37.)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

AVE- ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

BDI – BOMBA DE INFUSÃO

NREM – NON RAPID EYES MOVEMENT

REM – RAPID EYES MOVEMENT

TS - TRANSTORNOS DO SONO

TTS – TEMPO TOTAL DE SONO

UTI - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

TRANSTORNOS DO SONO EM PACIENTES INTERNADOS NA UTI: uma revisão integrativa

NASCIMENTO, Juliana Vieira do ¹

RESUMO

Introdução: A UTI é um local destinado à recuperação de pacientes graves, porém, sua estrutura física, equipamento tecnológico e hábitos da equipe mostram-se, desfavoráveis ao sono restaurador, este sendo imprescindível no processo de restabelecimento da saúde. Uma vez interno no setor, o paciente tem os sistemas fótico e endógeno de temporalização - os quais regulam predominantemente o sono dessincronizado, devido a mudança nos estímulos sociais, de iluminação, temperatura e barulho impostos pelo novo ambiente. A privação de sono durante a recuperação pode acarretar em aumento da fadiga, sensibilidade à dor, resistência à insulina, aumento da pressão arterial, diminuição da temperatura corporal e comprometimento imunológico, resultando em prejuízo físico ao indivíduo e financeiro a instituição. **Objetivo:** Analisar a relação entre estressores ambientais e a manifestação dos distúrbios do sono na UTI. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, sendo utilizado como fonte de pesquisa artigos dos seguintes bancos de dados: Publisher Medline (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde (LILACS), MedScape e CAPES, no período de 2011 a 2016. Foram encontrados vinte e oito artigos que compreendiam o tema, nos quais apenas onze atenderam aos critérios de inclusão. **Resultados:** Foi identificada a privação de sono como agente estressor na UTI, intervenções e condutas da equipe de enfermagem como mais estressores que os estímulos provenientes da estrutura, estes como iluminação excessiva e barulho de aparelhos; e um número alto de enfermeiros que não tiveram, sequer um contato básico na formação acadêmica sobre a importância do sono fisiologicamente e que não utilizam protocolos que favoreçam o sono do paciente. **Conclusão:** Faz-se necessária a reestruturação física da UTI, a sensibilização dos profissionais de enfermagem sobre a importância do sono na recuperação dos pacientes, a fim de proporcionar um ambiente confortável, que atenda o indivíduo de maneira integral, favorecendo assim o sono restaurador.

Palavras-chave: “Sono”; “Distúrbios do sono”; “Circadiano”; “Estressores”; “UTI”.

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba e estudante da Pós-graduação em UTI pela Especializa cursos - Campina Grande, PB. E-mail: vdn.juliana@gmail.com.

SLEEP DISORDERS IN PATIENTS ADMITTED IN THE ICU: a integrative review

NASCIMENTO, Juliana Vieira do ¹

ABSTRACT

Introduction: The ICU is a place for recovery of critically patients, but your physical structure, technological equipment and staff habits show up contrary to restorative sleep, what is imperative in the health recovery process. Once admitted, the patient has the photic and endogenous systems of temporality - which predominantly regulate sleep - out of sync, because of changes in social stimulus, lighting, temperature and noise imposed by the new environment. Sleep deprivation during recovery may result in increased fatigue, pain, sensitivity, reduction of insulin resistance, increased of blood pressure, decreased body temperature and immunological impairment, resulting in physical harm to the individual and the financial institution. **Objective:** To analyze the relationship between environmental stressors and the manifestation of sleep disorders in the ICU. **Methodology:** This integrative review, used as a source of research articles the ensuing databases: Publisher Medline (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American Literature Health Sciences (LILACS), MedScape and CAPES published between 2011 - 2016. Was found twenty-eight articles which included the subject, but only eleven attend the inclusion criteria. **Results:** Was identified sleep deprivation as a stressor in the ICU, interventions and nursing staff behaviors as more stressors that stimulus of environment, like excessive lighting and noises; was found a high number of nurses who didn't even had a basic contact in college about the importance of sleep physiologically and do not use protocols that promote sleep of the patient. **Conclusion:** It's necessary physical restructuring of ICU, and education of nursing professionals about the importance of sleep in the recovery of patients, to provide a comfortable environment to patient, promoting a sleep restorer.

Keywords: Sleep; Sleep Disorders; Circadian; Stressors; ICU.

¹ Nursing student of the State University of Paraiba and Post-graduate student in the ICU Especializa cursos. Email: vdn.juliana@gmail.com.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 13 |
| 2.1 | O AMBIENTE DA UTI | 13 |
| 2.2 | ESTRESSORES NA UTI..... | 14 |
| 2.3 | O PACIENTE INTERNADO NA UTI, MUDANÇAS NO SEU RITMO DIÁRIO .. | 15 |
| 2.4 | O SONO..... | 16 |
| 2.5 | TRANSTORNOS DO SONO | 18 |
| 3 | REFERENCIAL METODOLÓGICO..... | 19 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES | 20 |
| 5 | CONCLUSÃO | 29 |
| | REFERENCIAS..... | 31 |

1 INTRODUÇÃO

O ser humano passa um terço da vida dormindo e tem seu sono regulado por fatores endógenos e exógenos, os quais coincidem em um período que possui aproximadamente 24h de duração e chamamos de ciclo circadiano. Essa ritmicidade interliga hábitos as funções fisiológicas, uma vez que um sofre alteração o outro também fica suscetível a mudanças (FERREIRA, 2011; FINIMUNDI, 2012; ROCHA, 2011).

De acordo com Marcos (2012) o sono é controlado pelo núcleo supraquiasmático presente no hipotálamo, o ciclo circadiano necessita de uma boa comunicação celular entre tecidos e órgãos para sua orientação e bom funcionamento. Os estímulos de luz são exemplo de fatores ambientes importantes na sua regulação, estes chamados de *input*, ao atingirem seu núcleo são processados e em seguida retransmitidos as células, estas novas informações são chamadas de *output*. Essa troca de mensagens permite que o indivíduo administre suas necessidades primárias de acordo com as atividades que precisa desenvolver, após recebê-las, o cérebro decide se as cessa ou não.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) possui organização, estrutura e rotina distintas dos demais setores do hospital, é um local destinado aos pacientes críticos que necessitam de assistência e monitoramento constantes, estes oferecidos através de uma equipe multidisciplinar especializada e equipamentos de alta tecnologia (BERSTEN, 2013; SOARES, 2014).

A UTI deve se encontrar em um local estratégico, que seja de fácil acesso, mas que tenha pouca circulação, próxima ao centro cirúrgico e sala de recuperação pós-anestésica. Sua assistência é constituída através do monitoramento tecnológico e humano ininterruptos, no qual o paciente está ligado todo o tempo a aparelhos de monitoração e suporte de vida; além de realizar exames e avaliação clínica frequentes. A estrutura física deve ser planejada para atender as necessidades do paciente e facilitar o trabalho da equipe, compreendendo observação, espaço, segurança, assistência e bem-estar do paciente (LOPES, et al., 2015).

Quando afastado de suas atividades habituais ou sujeito a enfermidades, o indivíduo tem o seu ciclo circadiano alterado (MARTYNHAK, 2012). O qual uma vez quebrado conseqüentemente, provocará um padrão ineficaz de sono, que por conseguinte pode causar tensão, intensificação das dores e retardo no processo de cicatrização (COSTA e. CEOLIM, 2013).

“O sono exerce papel importante na homeostasia, cujo desequilíbrio favorece o aparecimento de transtornos mentais, diminuição da competência imunológica, prejuízo no desempenho físico e dificuldades adaptativas, causando aumento da vulnerabilidade do organismo” (QUINHONES, 2011, p.02).

A eficiência do sono, de acordo com Mansano-Schlosse (2012), pode ser mensurada através do produto da divisão do tempo de horas de sono estimado pelo sujeito, pelo número de horas despedido no leito e, está diretamente ligada à sensação de repouso durante o dia, a qual quando baixa, prejudica a qualidade da vigília.

Segundo Gellerstedt et al. (2013), um considerável número de pesquisas vem demonstrando que são frequentes os casos de Transtornos do Sono (TS) em pacientes hospitalizados.

Ao perceber o ambiente hospitalar como duplamente perturbador ao paciente que se encontra afastado drasticamente de sua rotina diária, e exposto a fatores estressores relacionados à sua enfermidade e de natureza externa, como excesso de luminosidade, sons, trânsito constante de profissionais e até mesmo a realização e frequência com que os procedimentos são realizados, a equipe de saúde poderá compreender melhor como tais fatores influenciam a evolução e tempo de estadia do paciente, adequando a partir de então o ambiente e as condutas de assistência, de forma a colaborar com um repouso adequado.

Por considerar o hospital como local de rotina constante durante 24 horas, e por entender a dinâmica do serviço com relação à movimentação dos profissionais, as conversas frequentes, a necessidade de um ambiente iluminado para realização das mais diversas técnicas, surgiu o questionamento em relação a como o paciente consegue dormir de forma regular neste ambiente atípico a seu convívio e muitas vezes estressante para o mesmo?

Com lógica nestas reflexões, surgiu o desejo de maiores leituras relacionadas ao tema, e à construção deste no sentido de fundamentar as mesmas. Este estudo tem como objetivo apresentar uma síntese da produção científica divulgada em mídia eletrônica, acerca dos fatores estressores que levem ao sono insatisfatório de pacientes internados na UTI.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O AMBIENTE DA UTI

Toda UTI independentemente do número de leitos (que devem ser constituídos, ao menos, por 10% do número de leitos gerais do hospital) possui características semelhantes a fim de otimizar a assistência, definidas pela resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 do Ministério da Saúde. Uma delas é a localização, que deve ser próxima de áreas como o centro cirúrgico e aparelhos de suporte e setores de exames, como centro cardiológico, de imagem e laboratórios, por exemplo, dos quais o paciente crítico faz uso constante (BESTERN, 2014).

Apesar de ser um local destinado à restauração da saúde, o estigma de hostilidade e morte ainda é frequente em relação ao setor.

A transformação que levou a ideia de hospital no formato atual teve início, de fato, nos séculos XIX e XX, onde a medicina passou a ter maior destaque social. Antes a prática médica não possuía identidade visual tão intrinsecamente ligada ao ambiente hospitalar como hoje, esse desvinculo aconteceu de maneira gradual – com início ainda em séculos anteriores - trazendo a ideia de doença e morte dos consultórios e casas para o hospital. O hospital passa a ser visto como local de referência a doentes, morte, e prática médica; e se o hospital de forma geral já era associado à morte, a criação das UTI's nos anos 50 e a ideia de ser interno em uma, aterrorizou - e aterroriza até hoje - inúmeros pacientes (MONTEIRO, 2015).

A percepção prévia dos pacientes sobre a UTI, segundo Proença (2011), é de insegurança e medo, existindo uma angústia constante provocada pela

ideia de morte e estranheza ao local. E apesar de ser um fator positivo, a ideia de ter a disposição recursos humanos e tecnológicos de alto nível, se não acompanhada de informações, resulta ainda assim em desconforto. O que mostra a importância da relação entre profissional e paciente, uma vez que este se encontra em uma situação de estresse extremo e vê, muitas vezes, a equipe como uma extensão da família, o que se trabalhado de maneira proveitosa pode vir a diminuir a experiência estressante de estadia no local.

O estresse da hospitalização desestabiliza emocionalmente pacientes e familiares, principalmente ao tratar-se da UTI, sendo imprescindível acolher e informar o mesmo e seus familiares, a fim de habituá-los as rotinas do local e construir um relacionamento baseado na humanização (BARBOSA, 2014).

2.2 ESTRESSORES NA UTI

De acordo com Proença (2011) a hospitalização é vista primeiramente como um processo doloroso, ao invés de um meio necessário para o restabelecimento da saúde. A percepção sobre a internação em UTI é ainda mais negativa, apesar de consistir em um espaço ocupado por recursos humanos e tecnológicos de alto nível, destinado ao tratamento de pacientes graves, com potencial risco de morte, a UTI continua sendo um local relacionado à dor, impotência, solidão, aflição e perda. Uma mudança de olhares e experiência faz-se necessária para o fim da associação desse ambiente a eventos de sofrimento, e através do suporte oferecido pela equipe de saúde isso pode ser alcançado.

Utida, (2015) apud Gois, (2004), caracteriza o estresse como estímulo de natureza física ou psicológica, que pode vir a comprometer o bem-estar de um indivíduo, exigindo uma atitude em resposta, a qual varia de acordo com a natureza e intensidade do estímulo.

“O sono durante a hospitalização pode não ser repousante nem restaurador e as razões para tal podem ser categorizadas em três grupos de fatores: os ambientais (ruídos altos e iluminação excessiva); fisiológicos ou

orgânicos (dor e náuseas) e psicológicos (ansiedade e angústia)” (COSTA e CEOLIM, 2013, p.02).

“Cada paciente tem sua particularidade, ou se encontra em níveis de consciência diferente, assim se vê a necessidade de aplicar a cada indivíduo uma escala de avaliação conforme sua capacidade de responder ao estímulo que se espera (NASCIMENTO, 2014, p6)”.

A falta de privacidade, disposição e barulho dos aparelhos, assim como falta de um horário destinado ao lazer e espaço agradável para descanso ou deambulação foram relatados por Veiga (2013) como estressores característicos da unidade.

Andrade (2014) refere em estudo realizado no mesmo ano, em uma UTI de um hospital escola o “não conseguir dormir”, como principal queixa dos pacientes avaliados, seguido de fatores de ordem psicológica (isolamento social, falta de controle sobre si, sensação de vulnerabilidade, entre outros) como prováveis origens do sintoma.

O estresse é um fator inerente ao processo de doença e hospitalização na UTI, sendo responsável por inúmeras alterações fisiológicas e a elevação dos custos da assistência. Identificar os agentes estressores durante a internação na UTI é oferecer uma experiência e recuperação mais rápidas ao paciente (BENTO, 2012).

2.3 O PACIENTE INTERNADO NA UTI, MUDANÇAS DE SEU RITMO DIÁRIO

A rotina da UTI é complexa, seu ambiente hostil e predominantemente tecnicista. Protocolos de sistematização da assistência são comuns em todas as instituições, eles facilitam o atendimento, mas desviam a equipe da preocupação de um cuidado humanizado, uma vez que não há protocolos para tal (FARIAS, 2013).

Em uma pesquisa realizada por Costa (2013) em um hospital universitário do interior de São Paulo, entre setembro de 2009 a fevereiro de 2010, com 117 indivíduos, foi identificado que 55,6% dos pacientes queixaram-

se de mais de 5 episódios em que tiveram que acordar no hospital mais cedo do que em suas casas; 52,1% relataram mais de 5 episódios de sono interrompido; e 34,2% de situações em que a iluminação excessiva interferiu no sono durante a noite.

A internação na UTI resulta no isolamento temporal do paciente, onde o sujeito não é afastado apenas de suas atividades diárias, mas também submetido a mudanças ambientais, de temperatura, e exposição à luz. Uma vez em um ambiente sem variações de temperatura e sujeito a uma iluminação contínua, há o desligamento dos ritmos de atividade, temperatura e produção de melatonina humanas, o ambiente deixa de ser cíclico e nosso ritmo circadiano passa a ser predominantemente endógeno, o qual pode apresentar variações de 13 a 65h (MARTYNHAK, 2012).

2.4 O SONO

Estudos sobre o sono vêm ganhando cada vez mais espaço no meio científico, e demonstrado como esse estado é importante para o indivíduo, influenciando, por exemplo, seu desempenho em atividades cognitivas e bem-estar. À medida que as pesquisas crescem o apoio para estudos futuros recebem incentivos, para novas pesquisas em busca de novos tratamentos (JUNIOR, 2011).

Por muito tempo acreditou-se que o período de sono/vigília tivesse como único regulador o ciclo claro/escuro, até que em 1972, Marian ao observar que as folhas da *Mimosa pudica* mesmo sem receber luz eram capazes de manter o ritmo de abertura e fechamento de suas folhas, sugeriu a possível existência de reguladores endógenos (PEREIRA, 2012; BUENO, 2012).

O ciclo circadiano humano é definido como o período de tempo em que uma pessoa passa pela expressão de um ritmo de 24h, sem que seja submetida a *inputs*, encontrando-se, portanto em livre-curso, no qual o ritmo expressa-se graças ao processo chamado de sincronização. Nessas circunstâncias apenas o período intrínseco manifesta-se, o qual se aproxima

quase sempre de 24h; e é devido a essa vicinalidade que são chamados de circadianos. Quando o indivíduo não se encontra em livre-curso e se faz necessária a avaliação de seu ciclo, ele é submetido ao que é chamado de dessincronização forçada, onde é submetido a ciclos de 20 ou 28h com ou sem luz, que resultam na desarmonização do sistema hormonal e de temperatura, viabilizando a mensuração de seu real período endógeno (MARTYNHAK, 2012; TACHINARDI, 2012).

Em condições fisiológicas normais, nosso sistema endógeno de temporalização associa-se ao sincronizador fótico (período claro/escuro), compondo nosso ciclo de sono/vigília. Contudo, esses não são os únicos fatores que o compõem. Horários de estudo, trabalho e alimentação, por exemplo, chamados de sincronizadores sociais ou “social *zeitgebers*”, também exercem influência (PEREIRA, 2012).

A necessidade de horas de sono por noite de um indivíduo varia de acordo com a idade. O sistema que regula o sono, segundo Bueno (2012), tem início ainda na vida intrauterina, sendo então um padrão polifásico composto por frequências ultradianas, as quais duram cerca de 20h, que evolui para um padrão monofásico, com duração de 24h aproximadamente, denominado ciclo circadiano; que pode sofrer outras mudanças provenientes da idade e estímulos socioambientais.

De acordo com a Fundação Nacional do Sono – EUA, a recomendação de horas de sono de acordo com a idade de cada indivíduo é: Recém-nascidos menores de três meses de 14-17h por noite; 12-15h para infantes de três a onze meses de vida; 11-14h para crianças de um a dois anos; 10-13h para os que possuem de três a cinco anos de idade; 9-11h para crianças de entre seis e treze anos; 8-10h adolescentes entre quatorze e dezessete anos; 7-9h para jovens e adultos entre dezoito e sessenta e quatro anos; e de 7-8h para idosos maiores de sessenta e cinco anos.

O resultado da relação entre os reguladores endógenos e os *zeitgebers* sociais e de luz, seria então o ritmo biológico humano.

Em condições normais o sono é constituído por duas fases: *no rapid eyes movement* (NREM) e *rapid eyes movement* (REM). Tem início no NREM, que se subdivide em superficial (estágios 1 e 2) e profundo (estágios 3 e 4) e é

seguido pelo REM, formando ciclos com duração de 60 a 100 minutos que podem ocorrer de 4 a 6 vezes durante o sono (STEVENS, 2014).

De acordo com Almeida (2015), os dados de polissonografias de pacientes internos em unidades de terapia intensiva, apresentados por Friese (2007), mostraram uma expressiva diminuição dos estágios 3, 4 e do sono REM, onde ocorrem o processo de restauração física, evidenciando a baixa qualidade do sono dos pacientes na unidade.

2.5 TRANSTORNOS DO SONO

O sono provocou ao longo dos anos fascínio devido a sua complexidade, e é citado no decorrer da história da medicina como fator significativo para harmonia do corpo humano (KRYGER e BERRY, 2015). No entanto, pouco se é estudado sobre o mesmo na enfermagem, implicando na descaracterização da sua importância na recuperação dos pacientes, o que pode ser observado no estudo de Almeida (2015) “A relevância do sono como necessidade humana básica no cenário de paciente crítico” onde apenas 36,7% dos profissionais de uma equipe de 51 enfermeiros e técnicos afirmam terem recebido conhecimento sobre o sono durante suas formações.

Os TS segundo Dikeos (2011), vêm sendo encontrados com uma frequência cada vez maior na clínica médica. Estando correlacionados ao bem-estar do indivíduo, segurança e saúde. E também apontados como fator relevante no aumento do tempo de hospitalização dos pacientes.

A privação do sono tem como consequências físicas e cognitivas, a diminuição da capacidade de consolidação da memória, cansaço, perda de concentração, fadiga, aumento da sensibilidade à dor, resistência à insulina, ganho de peso, ansiedade, perda de apetite, obesidade, constipação, aumento da pressão arterial, diminuição da temperatura corporal, e comprometimento na função do sistema imunológico, além de ser um fator de risco para acidente vascular encefálico (AVE) e provocar diminuição da produção do hormônio do crescimento em jovens (MENZ, 2013; STEVENS, 2015, KIM, 2016, COSTA, 2013).

Os sintomas relacionados aos TS são frequentes em crianças e adultos (NEVES, 2013). Souza et al. (2005) apud Lima, (2012) referem os fatores externos como responsáveis por grande parte dos distúrbios do sono na UTI, destacando também os fatores psicológicos como: tensão, irritabilidade e falta de suporte social.

Estes estão dispostos, de acordo com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (2014), em seis grandes grupos: 1) Insônia; 2) Distúrbios relacionados ao sistema respiratório; 3) Distúrbios de hipersonolência; 4) Distúrbios do ciclo vigília-sono; 5) Parassonias e 6) Perturbações relacionadas ao movimento durante o sono, todas divididas em subgrupos.

Hábitos e histórico pessoal também podem alterar a qualidade e quantidade final de horas de sono; mas são nas parassonias (modificações de ordem física ou comportamental que ocorrem em diferentes estágios do sono) que pode ser encontrado o maior número de manifestações de distúrbios na UTI (MARTYNHAK, 2012; ICSD, 2014).

Insônia, padrão de sono perturbado, privação de sono, termorregulação ineficaz, atividades de recreação deficientes, tristeza crônica e padrão respiratório ineficaz, são alguns dos diagnósticos de enfermagem que podem ser encontrados como relação a internação em UTI e TS, é preciso, no entanto, diferir desordens primárias (ou primários, que não foram causados por um processo de doença prévio) de sintomas para que possam ser realizadas as intervenções adequadas, alcançando assim os resultados esperados (DOEGENES, 2011).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Este trabalho foi conduzido através dos métodos que fundamentam a revisão de literatura de natureza integrativa.

A revisão integrativa da literatura é um dos métodos utilizados na Prática Baseada em Evidências (PBE), o qual permite a incorporação das evidências na prática clínica. Apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico. Este método

tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do tema investigado (MENDES, 2008; SOUZA, et al., 2010).

Na busca dos trabalhos científicos foram utilizados os seguintes descritores: “Sono”, “Sleep”, “Distúrbios do sono”, “Sleep disorders”, “Circadiano”, “Estressores”, “UTI”, “Hospitalização” e “Percepção paciente”. A partir de tais descritores foi realizada uma busca avançada através dos seguintes bancos de dados: Publisher Medline (PubMed), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde (LILACS), MedScape e CAPES.

Os critérios utilizados no processo de seleção das publicações foram: estarem escritos em língua portuguesa ou inglesa, com um corte temporal que abrangesse os últimos cinco anos, disponíveis de forma integral e que respondessem ao objetivo da pesquisa.

Foram encontrados vinte e oito artigos que atendiam ao período de tempo de publicação estabelecido de cinco anos (2011 a 2016), sendo dezessete excluídos após leitura e análise dos mesmos, por não apresentar dados relevantes a esta revisão, sendo analisados e aqui apresentados 11 artigos.

Foi elaborada uma tabela sintetizando o conteúdo dos artigos (autor, ano de publicação, título, objetivo, resultados e conclusão), após o levantamento de dados foram discutidos de forma que atendessem aos objetivos desta revisão integrativa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta revisão integrativa foram analisados onze artigos científicos, os quais atenderam aos critérios prévios do processo de seleção.

Entre seus autores principais, seis são Enfermeiros, dois Médicos, um Psicólogo, um Fisioterapeuta e um Fonoaudiólogo.

Sendo sete publicações em Revistas de Enfermagem, um em revista geral sobre ciência e saúde, uma publicação em revista de pneumologia, uma publicação em uma revista de medicina do sono, e uma publicação retirada de uma biblioteca eletrônica de instituição superior.

Das pesquisas, nove foram desenvolvidas em hospitais e duas são revisão de literatura. Quanto ao tipo das amostras, oito foram ensaios clínicos randomizados, um não randomizado e duas revisões integrativas.

Na tabela a baixo, encontra-se a síntese dos artigos examinados.

Tabela 1

| Autor e Artigo | Ano de publicação | Objetivo | Resultados | Conclusões |
|---|--------------------------|---|---|---|
| HAMZE, F.L.; SOUZA, C.C.; CHIANCA, T.C.M. Influência das intervenções assistenciais na continuidade do sono de pacientes em unidade de terapia intensiva. | 2015 | Determinar quais intervenções da enfermagem causam a descontinuidade e do sono de pacientes internos na UTI | A assistência prestada pela enfermagem foi identificada como fator relacionado ao diagnóstico de “padrão do sono prejudicado”. | As intervenções assistenciais podem prejudicar o sono do paciente. Foi sugerido que aconteça reflexões sobre a temática com o intuito de estimular uma maior atenção sobre o assunto e uma possível mudança na rotina das unidades que priorize as necessidades dos clientes. |
| ALMEIDA, B.R.S; A relevância do sono como necessidade humana básica no cenário de paciente crítico | 2015 | Avaliar a percepção da equipe de enfermagem quanto a importância do sono restaurador nos pacientes internos na UTI. | 51 profissionais de enfermagem foram consultados em 3 instituições diferentes. 98% afirmaram a não utilização de protocolos que priorizem a necessidade de sono do paciente | Poucos profissionais tiveram contato com o assunto durante a graduação e um número ainda menor acredita que o sono tenha substancial importância para os pacientes na UTI, incorrendo na negligência da temática. |

| | | | | |
|--|-------------|---|---|--|
| <p>BELTRAMI, F.G.et al. Sono na unidade de terapia intensiva</p> | <p>2015</p> | <p>Analisar a qualidade do sono na UTI</p> | <p>A revisão demonstrou déficit quanti e qualitativo do sono na UTI, e a percepção dos pacientes sobre o mesmo como inferior ao seus domicílios, além de nenhuma alteração positiva nos últimos 10 anos.</p> | <p>A fragmentação do sono, aparentemente provocada pelos fatores intrínsecos a UTI, dificulta que o indivíduo chegue e/ou mantenha-se dormindo em fases reparadoras, causando prejuízo a sua recuperação</p> |
| <p>ANDRADE, R.Z.; RESENDE, M.C. Avaliação dos estressores e da resiliência em pacientes internados na unidade de terapia intensiva</p> | <p>2014</p> | <p>Estabelecer agentes que provoquem estresse e interfiram na resiliência durante a estadia na UTI.</p> | <p>A soma obtida através dos questionários respondidos pelos pacientes foi de 2,03 (DP: 0,6), indicando que a UTI como ambiente pouco estressor. Os fatores de estresse mais indicados foram: Não conseguir dormir, afastamento da família, dor e falta de controle sobre si mesmo.</p> | <p>Quanto maior a resiliência menor o estresse.</p> |
| <p>FONSECA, G. G. P; et al. Agentes estressores em unidade de tratamento intensivo coronariana e o cuidado humanizado de enfermagem</p> | <p>2013</p> | <p>Identificar a presença do cuidado humanizado na UTI ante os agentes estressores do ambiente.</p> | <p>Os dados foram classificados em 3 categorias: Dificuldades enfrentadas na UCOR (inerentes ao ambiente como luz excessiva e barulho de alarmes).; Significado do cuidado humanizado (receber atendimento atencioso) e Características</p> | <p>O bem-estar do sujeito está ligado ao ambiente, e para isso a equipe deve oferecer medidas de cuidado menos tecnicistas (estar acessível., demonstrar segurança e comprometimento ao trabalho) que ofereçam conforto ao paciente interno e promovam seu repouso facilitando assim sua</p> |

| | | | | |
|---|------|---|---|--|
| | | | necessárias a equipe de ECOR (profissionais que favoreçam dialogo para o auxílio do enfrentamento da doença). | recuperação. |
| VEIGA, E. P; et al. Fatores estressores em UTI: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. | 2013 | Determinar estressores na UTI que podem retardar o processo de restauração da saúde dos pacientes internos. | Foi estabelecida uma relação entre os estressores e o uso de psicotrópicos. Foram relatados como estressores: estranheza as máquinas, pressa da equipe, exames constantes, ser acordado, não ter explicações sobre seu estado de saúde. | A humanização acontecerá ao passo que a relação entre paciente e equipe ofereça segurança emocional ao primeiro. |
| COSTA, S. V.C; CEOLIM, M.F. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. | 2013 | Identificar fatores através de relatos dos pacientes que prejudiquem o sono satisfatório durante a hospitalização | Não foram estabelecidos valores significativos entre as classes de fatores analisadas ($p > 0,5$). Iluminação excessiva(34,2%), cuidados recebidos pela enfermagem(33,3%), dor e fadiga(26,5%) foram os fatores mais mencionados | Implementação de um protocolo na unidade que atenda as reclamações dos pacientes, a fim de proporcionar-lhes um sono livre de perturbações. |
| DUARTE, S.T. et al. Praticando o silêncio: intervenção educativa para a redução do ruído em Unidade de Terapia Intensiva | 2012 | Avaliar os níveis de ruído na UTI e o estresse causado por eles aos pacientes | Foi observado por Matos que a origem do maior número de ruídos encontrados, vinha da própria equipe de enfermagem ao invés dos | A educação continuada é de grande importância junto à equipe, e demonstrou no estudo resultados ligados a diminuição do nível de pressão sonora, |

| | | | | |
|---|------|---|--|--|
| | | | aparelhos de monitoramento. | sugerindo que esta prática a longo prazo, promoveria um ambiente mais saudável ao paciente crítico, o que incluiria a redução de alterações do sono fisiológico. |
| SILVEIRA, D.; BOCK, L. F.; SILVA, E. F. Quality of sleep in intensive care units: a literature review | 2012 | Revisão de literatura dos últimos 10 anos, sobre a qualidade do sono de adultos na UTI e fatores que o interferem. | Os dados analisados proporcionaram a distinção dos fatores que interagem negativamente com o sono em categorias como, fatores que interferem, e consequências dos distúrbios. | Os distúrbios do sono ainda não possuem a devida importância, na avaliação clínica e tratamento dos pacientes, sendo negligenciados principalmente pela equipe de enfermagem. |
| BIHARI, S.B. et al. Factors Affecting Sleep Quality of Patients in Intensive Care Unit | 2012 | Avaliar o sono do paciente na UTI e investigar fatores intrínsecos e extrínsecos, que interfiram de maneira isolada e/ou em conjunto, na sua qualidade. | Barulho, luzes e frequência das intervenções de enfermagem foram os fatores mais citados pelos 100 pacientes avaliados (50 homens e 50 mulheres). Não houve relação entre a diminuição da qualidade do sono e aumento da idade entre homens, no entanto, há uma queda relativa do mesmo no feminino, cerca de 95% do total no intervalo de confiança. Pacientes em uso de hipnóticos e psicotrópicos | A queda na qualidade do sono é um problema comum aos pacientes internos na UTI, que não se limita estritamente a fatores ambientais ou fisiológicos. Podendo ter como causa fatores de ambas as naturezas. |

| | | | | |
|--|------|--|---|--|
| | | | sofrem maiores riscos de obter sono de má qualidade uma vez na UTI. | |
| PROENÇA, M. O; AGNOLO, C.M. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos pacientes | 2011 | Caracterizar a experiência do adulto durante a internação na UTI | Foram reconhecidos e agrupados em 4 grupos as queixas dos entrevistados: Percepção prévia da UTI: insegurança e medo, resultados do estigma criado sobre o local; Diferença entre o atendimento na UTI e as unidades clínicas; Acesso a tecnologia e assistência especializada; e alterações ambientais e de comportamento, provocadas pelo ambiente da UTI ser causador de estresse. | As UNI são ambientes estigmatizados, e a mudança de olhar sobre o local, deve ter início na equipe multidisciplinar. Uma vez estabelecida uma relação de confiança e melhoramento da comunicação, o conhecimento dos fatores gerados de estresse pessoais permitirão um ambiente mais humanizado e conseqüentemente favorável ao sono. |

No que diz respeito ao ano de publicação dos artigos selecionados, houveram três publicações do ano de 2015, uma do ano de 2014, três do ano de 2013, três do ano de 2012 e uma publicação do ano de 2011.

Em três dos artigos analisados (Veiga, 2013; Proença, 2011 e Andrade, 2014) a privação do sono foi citada como agente gerador de estresse, e apontado por Andrade (2014) como a mais frequente queixa dos pacientes, seguida de saudade dos familiares e dor. Esta que por sua vez, apesar das discussões acerca de ser incluída como o 5º sinal vital, é um dos estressores e sintomas mais encontrados - e também subestimado - durante a internação na UTI (NASCIMENTO, 2014),

Beltrami (2015) em sua revisão encontrou no estudo realizado por Elliot, MCKinley, Cistulli e Fien (2013) em uma UTI adulta na Austrália, onde foram avaliados 57 pacientes, um número significativo de indivíduos internos (90%), não atingia fases reparadoras do sono (NREM 3 e REM), devido a muitos despertares noturnos, permanecendo grande parte do tempo em fases superficiais, como NREM 1 e 2, o que pode vir a implicar, por exemplo, de acordo com Costa (2013), em estresse, retardo na cicatrização de feridas e aumento da dor.

Costa (2013) avaliou 117 indivíduos internos em um hospital escola do interior de São Paulo, entre setembro de 2009 a fevereiro de 2010 e observou que a maioria dos agentes estressores citados era de natureza ambiental, atribuídos à prestação da assistência de enfermagem (92%), seguidos do barulho de aparelhos e ruídos provocados por outros pacientes (44%) e luz excessiva (52%), sugerindo assim, que a equipe adapte o cuidado e o ambiente de forma que a os agentes estressores sejam minimizados e o ciclo circadiano dos pacientes sofra o mínimo de alterações possíveis quando internos.

Duarte et al. (2012) realizou em um período de 7 dias, entre setembro a outubro de 2010, uma análise dos níveis de pressão sonora dentro de uma UTI geral, de um hospital universitário em Cascavel, Paraná; analisando os horários que correspondiam a visita dos familiares (11h às 11h29), passagem de plantão (12h45 às 13h14) e um suposto momento tranquilo (23h às 23h29). Obtendo níveis mais altos durante o horário de troca de plantão. E números que variaram de 48 a 59 Decibéis dB(A), provocados por equipamentos próximos aos leitos dos pacientes, contra níveis de 61 a 77 dB(A) provocados por ações da equipe. Sugerindo assim uma reeducação e conscientização dos profissionais sobre as condutas que poderiam minimizar os ruídos no setor e melhorar a qualidade do sono dos pacientes.

Silveira (2012) analisou 10 artigos relacionados a fatores que interferem no sono de pacientes admitidos na UTI, e chegou a conclusão que a maioria dos TS neste setor é composto por fatores ambientais e intrínsecos ao paciente, como sua doença, medicação, procedimentos realizados pela equipe de enfermagem e ventilação mecânica, que são inerentes a estrutura física da

UTI, muitos até presentes em todo o hospital, mas não de forma tão intensa, causando a fragmentação do sono do indivíduo. Ela ainda sugere o replanejamento da assistência e estrutura do local, e a implementação de mudanças simples como a utilização de tampões de ouvido pelos pacientes.

Bihari (2012) entrevistou 148 pacientes, entre março de 2009 a dezembro de 2010, que estavam até 2 dias recém extubados na UTI, sobre a qualidade de seus sonos, internados no Hospital Escola Flinders Medical Centre (FMC), através do questionário de Freedman modificado, e identificou que os TS na UTI não possuem uma única origem, podendo ser frutos de dificuldades para dormir previamente existentes, particularidades da doença e uso de drogas além de ter como causa a estrutura a UTI.

Hamze (2015) durante o período de 24h, registrou 28 tipos de intervenções de enfermagem que totalizaram 529 ações da equipe, na UTI de um hospital público de Belo Horizonte, com capacidade para 30 leitos, entre junho e novembro de 2014, tendo as seguintes características: 6 sido executadas em todos os pacientes: aferição de sinais vitais; avaliação dos pacientes; administração de medicamentos; teste de glicemia capilar; coleta de sangue e banho. Em que 21(4,0%) das 529 acarretaram na interrupção do sono e 12 (42,8%) causaram despertar. Constatando um possível descaso dos profissionais em relação à importância da manutenção do sono de seus pacientes.

O diagnóstico de “distúrbio no padrão do sono” tem sido um dos mais comuns em pacientes internados em UTI, caracterizado pelo “relato de dificuldades para dormir”, provocado pelo barulho dos monitores, iluminação excessiva e ininterrupta, realização frequente de procedimentos e avaliações, atividades desenvolvidas ao redor, conexão com equipos e tubos que provocam a sensação de “amarração” ao leito e prejudicam a mobilidade, e não ter explicações sobre o tratamento são os fatores ambientais mais referidos (HAMZE, et al, 2015; FONSECA et al, 2013; BENTO et al, 2012). Corroboram também fatores de origem psicológica como ansiedade, insegurança, medo, isolamento social e falta de controle sobre si (SANTOS, 2013).

Almeida (2015) desenvolveu uma pesquisa na UTI geral de adulto de três hospitais do Distrito Federal, no período de agosto a outubro de 2015, com

51 profissionais em três instituições diferentes, todos consideraram o sono como fator importante, 36,7% afirmaram ter tido acesso a informações básicas sobre o sono em sua formação, 13,7% só terem tido contato em sua pós-graduação. 98% alegaram não utilizar protocolos que favoreçam o sono de seus pacientes.

Os TS tornaram-se um problema recorrente, que produz ônus a saúde dos pacientes e até mesmo prejuízo financeiro as instituições, uma vez que retarda o restabelecimento físico do indivíduo, prolongando o tempo de permanência dele na UTI. Faz-se necessária uma reflexão sobre a temática que objetive mudanças, as quais tenham início ainda na formação dos Enfermeiros, de modo que a questão não seja mais negligenciada, aconteça uma reestruturação do ambiente e implementação de protocolos que facilitem uma rotina propícia para início e manutenção do sono, priorizando assim de forma integral as necessidades do paciente.

4 CONCLUSÃO

O sono é uma necessidade básica humana, se falho, há o comprometimento de todas as funções orgânicas, por haver maior gasto de energia ao passar mais tempo acordado, forçando o cérebro e o corpo a trabalharem mais.

Esta revisão integrativa teve como objetivo identificar os fatores de estresse mais citados por pacientes e enfermeiros na UTI, que provocam transtornos do sono, assim como abordagens para a reformulação e melhoramento do atendimento, que venham a amenizar a percepção negativa dos pacientes sobre a internação em UTI, agravos e retardos no restabelecimento da saúde do mesmo.

Constatou-se na presente revisão, a necessidade da reformulação da assistência de enfermagem nas unidades de terapia intensiva, afim de que seja prestada uma assistência focada no bem estar integral do paciente, devendo o profissional estar atento a todas as especificidades do ambiente, para favorecer o repouso necessário para o restabelecimento deste.

Apesar de apresentar uma imagem extremamente estigmatizada, a UTI ainda continua promovendo um atendimento que prioriza quase que exclusivamente a assistência física, onde na maioria das vezes o profissional não observa as necessidades básicas do paciente, as quais são quase sempre despercebidos ou não valorizadas pelos mesmo. É importante que haja a sensibilização da equipe principalmente quanto ao respeito em relação à necessidade do descanso e do sono deste paciente, que é forçado a permanecer em um ambiente totalmente diferente de seu convívio.

As consequências da exposição a esse ambiente, não devem ser controladas em longo prazo através de terapia medicamentosa, o uso prolongado dessas drogas não seria apenas oneroso mas também extremamente prejudicial ao organismo.

A adoção de protocolos que promovam o sono na UTI permitirá que a equipe possa acompanhar a evolução tecnológica, associada à implementação de cuidados básicos que favorecerão o breve restabelecimento do paciente,

quando possível, minimizando os agravos relacionados aos fatores peculiares a esse ambiente.

É importante a participação da equipe em relação às atividades de capacitação em serviço, e no empenho da instituição em relação à qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B.R.S de. **A relevância do sono como necessidade humana básica no cenário de paciente crítico.** Brasília. 2015.

AMARAL, T.P.C.; et al. **Fisiologia do sono: características de um sono normal.** *Rev de Odontologia da UNESP.* Araraquara, v. 41, n. especial, jul. 2012, p. 39.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. **International Classification of Sleep Disorders.** 3ª edição. Chicago: Illinois. American Academy of Sleep Medicine. 2014. p. 14-15.

ANDRADE, R.Z.; RESENDE, M.C. **Avaliação dos agentes estressores e da resiliência em pacientes internados na unidade de terapia intensiva.** *Revista Perspectivas em Psicologia, Uberlândia,* v. 18, n.1, jan. 2014, p. 194-213.

BARBOSA, F.A.O. et al. **O Cliente, a Família e a Uti: a Partilha de Informação no Processo de Humanização.** In: **Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde.** p. 375, Blucher Medical Proceedings, v.1, n.2, São Paulo: Blucher, 2014.

BENBADIS, S.R.; RIELO,D. **Normal sleep EEG.** Disponível em:<<
<http://emedicine.medscape.com/article/1140322-overview>>> Acessado em: 05 jun de 2016 às 01h13.

BENTO, D. da C.P.; PRADO, A.P.O.; GARDENGHI, G. **Estudo dos níveis de estresse dos pacientes submetidos a angioplastia durante internação na unidade de terapia intensiva.** *Revista Eletrônica Saúde e Ciência, Goiânia,* v. 2, n.1, 2012, p. 21-27.

BELTRAMI, F.B.; et al. **Sono na unidade de terapia intensiva.** *Jornal Brasileiro Pneumologia, Porto Alegre,* v.41, n.6, 25. ago. 2015, p. 539-546.

BERSTEN, A.D.; SONI, N. **Intensive Care Manual**. Elsevier Health Sciences. Seventh edition. 2013.

BIHARI, S.; et al. **Factors Affecting Sleep Quality of Patients in Intensive Care Unit**. Journal of Clinic Sleep Medicine. Vol. 8, No. 3, 2012, p. 301-307.

BUENO, C. WEY, D. **Gênese e ontogênese do ritmo de sono/vigília em humanos**. Rev. da Biologia, São Paulo, v.9, n.3, dez. 2012, p 62-67.

COSTA, S.V. da; CEOLIM, M.F. **Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados**. Revista Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto, v. 47, n 1, maio 2013, p. 46-52.

DOEGENES, M.E.; MOORHOUSE, M.F.; MURR, A.C.. **Diagnósticos de Enfermagem**. Ed. Guanabara Koogan, 12ª edição, Rio de Janeiro, 2011.

DIKEOS, D; GEORGANTOPOULOS, G. **Medical Comorbity of sleep disorders**. Curr Opin Psychiatry. v.24, n4, 2011, p. 346-354.

DUARTE, S.T. et al. **Praticando o silêncio: intervenção educativa para a redução do ruído em Unidade de Terapia Intensiva**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 65, n.2, mar./abr. 2012, p. 90-285.

FARIAS, F.B.B; et al. **Cuidado humanizado em uti: desafios na visão dos profissionais de saúde**. Journal of Research Fundamental Care Online. São Luís, Maranhão, v. 5, n. 4, out./dez. 2013, p. 635-642.

FERREIRA, M.O. **Ritmos circadianos: Qual o papel nas perturbações psiquiátricas?** Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Lisboa, 2011.

FONSECA, G.G.P.; M.K.P. ZAMBERLAN, C. **Agentes estressores em unidade de tratamento coronariana e o cuidado humanizado de enfermagem**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, Santa Maria, v.3, n.2, maio/ago. 2013, p. 654-661.

FININMUNDI, M. et al. **Validação da escala do ritmo circadiano – ciclo vigília/sono para adolescentes.** Rev. Paulista de Pediatria, São Paulo , v. 30, n.3, Set. 2012, p. 409-414.

FURUYA, R.K. et al. **A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva.** Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan./mar. 2011, p. 158-162.

GELLERSTEDT, L.; MEDIN, J.; KARLSSON, M.R. **Patients' experiences of sleep in hospital: a qualitative interview study.** Journal of Research in Nursing. v. 19, n. 3, 2014, p. 176–188.

HAMZE, F.L.; SOUZA, C.C.; CHIANCA, T.C.M. **Influência das intervenções assistenciais na continuidade do sono de pacientes em unidade de terapia intensiva.** Revista Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 23, n.5, set-out. 2015, p. 96-789.

LOPES et al. **Conhecendo as UTI's de Curitiba: UTI geral.** Revista do curso de Enfermagem. Revista do Curso de Enfermagem. Faculdade de Santa Cruz, v.4, 2015.

LIMA, A.P.; CARDOSO, F.B. **A importância do exercício físico voltado para indivíduos que apresentam distúrbios do sono.** Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, São Paulo, v.6, n.35, Set./Out. 2012, p.478-485.

MANSANO-SCHLOSER, T.C.; CEOLIM, M.F. **Fatores associados a qualidade do sono em idosos submetidos a quimioterapia.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 20, n.6, nov./dez. 2012.

MARTYNHAK, B, J; BACK, F.A.; LOUZADA, F. **O valor biológico do período circadiano.** Revista da Biologia, São Paulo, v.9, n.3, dez. 2012, p. 61-58.

MARCOS, A.F.S. **O ciclo circadiano na suscetibilidade para patologias oncológicas e na sua terapêutica.** 2012. 72 f. Dissertação (Mestrado em ciências farmacêuticas) Universidade do Algarve, Faro, Portugal. 2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, out./dez. 2008, p. 758-764.

MENZ, M.M. et al. **The role of sleep and slepp deprivation in consolidating fears memories.** Neuroimage Journal. 15 jul. de 2013, p. 87-96.

MONTEIRO, M.C. **No palco da vida, a morte em cena: as repercussões da terminalidade para a família e para a equipe médica.** 2015, 201f. Tese (Doutorado em Psicologia) Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, Pontíficia Universidade do Rio de Janeiro, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

NASCIMENTO, J.C.C.; SILVA, L.C.S.; **Avaliação da dor em pacientes sob cuidados em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão de literatura.** Revista Movimenta, v. 7, n.2, Goiania, 2014, p. 711-720.

NEVES, G.S.M.L. **Transtornos do sono: visão geral.** Revista Brasileira de Neurologia. Rio de Janeiro, RJ. v.49. n. 2, abr./maio/jun. 2013, p.57-71.

PEREIRA, E. F., ANACLETO, T.S; LOUZADA, F.M. **Interação entre sincronizadores fóticos e sociais: repercussões para a saúde humana.** Revista da Biologia, São Paulo, v. 9, n.3, dez. 2012, p. 68-73.

PROENÇA, M.O.; DELL AGNOLLO, C.M.; **Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 32, n. 2, jun. 2011, p. 279-286.

QUINHONES, M.S.; GOMES, M. da Mota. **Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos.** Revista Brasileira de Neurologia, Rio de Janeiro, v. 47, n1, 2011, p. 31-42.

ROCHA, A.S.C. et al. **Ritmo circadiano em óbitos hospitalares: comparação entre tratamento intensivo e unidade de tratamento não intensivo.** Rev. Associação Med. Brasileira, Rio de Janeiro, v.57, n.5, 2011, p. 529-533.

RINALDI, N.F. et al. **Influência dos níveis de ansiedade, depressão e dor na qualidade de vida de pacientes em UCO em um hospital.** In: Encontro de Ensino, pesquisa e extensão, Presidente Prudente, Colloquium Vitae, v. 5, n. especial, 2013, p. 202-208.

SANTOS, M.C.; RENNÓ, C.S.N. **Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura.** Revista de Administração em Saúde, Poços de Caldas: Minas Gerais, v. 15, n.58, jan./mar. 2013, p. 27-36.

SILVEIRA, D. da, BACK, L. F.; SILVA, E.F. **Qualidade do sono em unidades de terapia intensiva: Uma revisão de literatura.** Revista de Enfermagem UFPE, v.6, n.4, abril 2012, p. 898-905.

SILVA, V.P da; MAIA, M.Z.B; **Humanização em unidade de terapia intensiva: a importância de estressores para pacientes internados. Revisão de literatura.** Revista Amazônia Science & Health, v.3, n.4, out-dez 2015, p. 32-35.

SOARES, L.G.; REIS, M.R.; SOARES, L.G. **Humanização na uti: dificuldades encontradas para sua implementação uma revisão integrativa.** Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade de Guairacá. v.6, v.1, jun.2014.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D. da; CARVALHO, R. de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – FEHIAE, São Paulo, SP, v. 8, n. 1, 2010, p.102-106.

STEVES, M.S; BENDADIS, S.R. **Normal sleep, sleep physiology, and slepp deprivation.** Disponível em <<
<http://emedicine.medscape.com/article/1188226-overview> >>

TACHINARDI, P. **Efeitos das variações de temperature ambiental em ritmos circadianos.** Revista da Biologia, São Paulo, v. 9, n. 3, dez. 2012, p. 13-18.

TAMANNA, S. GERACI, S.A. **Major Sleep Disorders Among Woman.** South Medicine Journal, v. 106, n. 8, 2013, p. 470-478.

UTIDA, L.R da S. **Os efeitos da musicoterapia nos níveis de ansiedade e de estresse em portadores de válvula cardíaca.** 2015. 86 f. Dissertação (Mestrado em música). Escola de Música e Artes Cénicas- Universidade Federal de Goiás. Goiânia. 2015.

VEIGA, E.P.; GOMES, L.; MELO, G.F. **Fatores estressores em Unidade de Terapia intensiva: Percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca.** Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v.16, n.3, jun. 2013, p. 65-77.

WEY, D. **Novo instrumento de aferição do ritmo de temperatura periférica em humanos: um estudo de caso.** Revista da Biologia, São Paulo, v.9, n.3, dez. 2012, p. 80-84