



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**  
Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Mental e Psiquiatria

**PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE SONO, ANSIEDADE,  
DEPRESSÃO E STRESS EM UTENTES INTERNADOS NUMA  
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Rui Ricardo Domingues da Silva

Coimbra, dezembro de 2021



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**  
**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Mental e Psiquiatria**

**PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE SONO, ANSIEDADE,  
DEPRESSÃO E STRESS EM UTENTES INTERNADOS NUMA  
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Rui Ricardo Domingues da Silva

Orientador: Professor Doutor José Carlos Santos, Coordenador na  
**Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para a  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Coimbra, dezembro de 2021

*“Não há dor que o sono não consiga vencer.”*

**Honoré de Balzac**

## **AGRADECIMENTOS**

A execução desta etapa da minha formação pessoal e académica só foi possível com o contributo de diversas pessoas que foram as âncoras desta caminhada, encorajando-me neste percurso e apoiando-me nos momentos em que parecia ter perdido a rota. A todas essas pessoas quero prestar aqui o meu profundo agradecimento.

À Teresa Ribeiro, minha esposa, porque foi/é ela que esteve sempre presente ao meu lado a encorajar-me a continuar o caminho inicialmente traçado e que esteve sempre disponível nos momentos difíceis.

Às minhas filhas, Matilde e Beatriz, porque são a força que me guia dia após dia.

Ao Professor Doutor José Carlos Santos por toda a disponibilidade, paciência e todo o conhecimento que me transmitiu. Sem ele este caminho teria “*bastante mais pedras*”.

Aos doentes participantes nesta investigação, pela preciosa colaboração e pelo tempo despendido.

Às chefias do Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital de Santo António, pela autorização e incentivo à realização deste estudo sobre o sono em doentes aqui internados, reconhecendo a pertinência desta temática.

Ao meu “*mestre*”, Abílio Teixeira. Só tu sabes o quanto foste importante nesta caminhada.

E por fim, a toda a minha família e amigos que estiveram presentes nesta fase da minha vida.

## RESUMO

**Contextualização:** Os distúrbios do sono são comuns nos utentes internados nas unidades de cuidados intensivos, devido a fatores intrínsecos ou extrínsecos aos mesmos. As características destes serviços são hostis, podendo potenciar distúrbios do sono, ansiedade e stress. Embora a evidência aponte a necessidade de esforços para promoção do sono, reduzindo os efeitos adversos da sua ausência, ainda se assiste a atitudes não congruentes com a melhor evidência, resultando em distúrbios do sono.

**Finalidade e objetivos:** Com este estudo pretende-se descrever a perceção da qualidade de sono, ansiedade, depressão e stress em utentes internados numa unidade de cuidados intensivos, de forma a possibilitar a elaboração de planos de intervenção, baseados na melhor evidência. Pretende-se também descrever a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e clínicas dos utentes internados na unidade de cuidados intensivos, e a perceção do seu sono, ansiedade, depressão e stress; descrever a perceção dos utentes internados nas unidades de cuidados intensivos relativamente à sua qualidade do sono, níveis de ansiedade, depressão e stress; descrever a relação existente entre a perceção da qualidade de sono e os níveis de ansiedade, depressão e stress; e descrever os fatores identificados, pelos participantes do estudo, como perturbadores do seu sono durante o internamento.

**Métodos:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, transversal, com recurso a uma amostragem não probabilística consecutiva, onde foi aplicado o instrumento de recolha de dados a todos aqueles que tinham mais de 72 horas de internamento na unidade de cuidados intensivos do Hospital de Santo António, Centro Hospitalar e Universitário do Porto. O instrumento de colheita de dados pretendia a caracterização sociodemográfica e clínica dos utentes, a aplicação do Richard Campbell Sleep Questionnaire (versão validada para Portugal), do questionário de Avaliação da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), assim como identificar fatores capazes de influenciar o sono.

**Resultados principais:** Este estudo foi composto por uma amostra de 52 participantes, com uma média de idades de 64 anos, sendo a maioria masculino (61.5%), com uma média de dias de internamento de 6 dias. Aproximadamente 19% tinha antecedentes psiquiátricos. A perceção da qualidade do sono é pior nas mulheres do que no homens, sendo a diferença estatisticamente significativa [ $t(50) = 2.147$ ,  $p = 0.037$ ]; a perceção da qualidade do sono é pior nos sujeitos com problemas psiquiátricos, embora a diferença não seja estatisticamente significativa [ $t(50) = -0.777$ ,  $p = 0.441$ ]; aqueles com alterações do sono antes do internamento, têm pior perceção do sono. Aqueles com antecedentes

psiquiátricos apresentam valores significativamente mais elevados de depressão (7.50 vs 3.26) e stress (9.50 vs 5.80).

Conclusões: sendo a percepção da qualidade do sono pior nas mulheres, naqueles com problemas psiquiátricos, naqueles com alterações do sono antes do internamento, importa o desenvolvimento de programas de intervenção direcionados a estes grupos. E, estando identificadas algumas características que poderão estar relacionadas com distúrbios do sono, importa que esses programas de intervenção sejam capazes de minimizar esses fatores, iniciando-se, o mais precocemente possível, intervenções promotoras do sono.

**Palavras-chave:** Sono; Ansiedade; Depressão; Stress; Unidades de cuidados intensivos; Cuidados de Enfermagem; Doente crítico.

## **ABSTRACT**

**Background:** Sleep disturbances are common in users admitted in intensive care units, due to intrinsic or extrinsic factors. The characteristics of these services are hostile, which can enhance sleep disorders, anxiety and stress. Although the evidence indicates the needed of efforts to promote sleep, reducing the adverse effects of its absence, there are still attitudes that are not congruent with the best evidence, resulting in sleep disturbances.

**Purpose and objectives:** The aim of this study is describing the perception of sleep quality, anxiety, depression and stress in patients admitted in an intensive care unit, in order to enable the development intervention plans, based on the best evidence. It is also intended to describe the relationship between the sociodemographic and clinical variables of users admitted to the intensive care unit, and the perception of their sleep, anxiety, depression and stress; describe the perception of users admitted to intensive care units regarding their sleep quality, levels of anxiety, depression and stress; describe the relationship between the perception of sleep quality and levels of anxiety, depression and stress; and describe the factors identified by study participant as disturbing their sleep during hospitalization.

**Methods:** This is a quantitative, descriptive-correlational, cross-sectional study, using consecutive non-probabilistic sampling, in which the data collection instrument was applied to all those who had been hospitalized for more than 72 hours in the intensive care unit of Hospital de Santo António, Hospital and University Center of Porto. The data collection instrument aimed at the sociodemographic and clinical characterization of the users, the application of the Richard Campbell Sleep Questionnaire (version validated for Portugal), the Anxiety, Depression and Stress Assessment Questionnaire (EADS-21), as well as the identification of capable factors to influence sleep.

**Main results:** This study consisted of a sample of 52 participants, with an average age of 64 years, most males (61.5%), with an average of 6 days in the hospital. Approximately 19% had a psychiatric history. The perception of sleep quality is worse in women than in men, with a statistically significant difference [ $t(50) = 2,147$ ,  $p = 0.037$ ]; the perception of sleep quality is worse in subjects with psychiatric problems, although the difference is not statistically significant [ $t(50) = -0.777$ ,  $p = 0.441$ ]; those with sleep disorders before hospitalization have a worse perception of sleep. Those with a psychiatric history have significantly higher values for depression (7.50 vs 3.26) and stress (9.50 vs 5.80).

**Conclusions:** The perception of sleep quality is worse in women, in those with psychiatric problems, in those with sleep disorders before hospitalization, it is important to develop

intervention programs aimed at these groups. And, having identified some characteristics that may be related as sleep disorders, it is important that these intervention programs are able to minimize these factors, starting sleep-promoting interventions as early as possible.

**Keywords:** Sleep; Anxiety; Depression; Stress; intensive care units; Nursing care; Critically ill.

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1: Pontuação e gravidade obtida com a DASS-21 .....	27
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica e clínica (N = 52) .....	32
Tabela 3: Caracterização do motivo de internamento (N = 52) .....	33
Tabela 4: Consistência Interna .....	33
Tabela 5: Estatísticas descritivas.....	34
Tabela 6: Correlações entre ansiedade, depressão e stress e a qualidade do sono...	34
Tabela 7: Relação entre género e qualidade do sono.....	35
Tabela 8: Relação entre problemas psiquiátricos e qualidade do sono.....	35
Tabela 9: Relação entre alterações do sono e qualidade do sono .....	36
Tabela 10: Comparação com alterações do sono prévias.....	36
Tabela 11: Comparação com antecedentes psiquiátricos .....	37

## SUMÁRIO

Introdução.....	11
Capítulo I	
1. O ambiente e o utente em UCI.....	14
2. Sono .....	16
3. Ansiedade, stress e depressão .....	20
4. Teoria das transições .....	21
Capítulo II	
Percurso metodológico .....	24
1. Questão de investigação e tipo de estudo.....	25
2. Objetivos .....	25
3. Instrumento de colheita de dados.....	26
4. População e amostra .....	28
5. Colheita de dados .....	28
6. Considerações éticas .....	29
7. Análise estatística .....	29
Capítulo III	
Apresentação e discussão dos dados .....	31
1. Apresentação de resultados.....	32
2. Hipóteses em estudo.....	35
H1: as mulheres têm pior perceção do sono do que os homens .....	35
H2: os indivíduos com problemas psiquiátricos, têm pior perceção do sono .....	35
H4: os indivíduos com alterações do sono prévias, apresentam alterações no stress, depressão e/ou ansiedade .....	36
H5: os indivíduos com antecedentes de doença psiquiátrica, apresentam alterações no stress, depressão e/ou ansiedade.....	36
3. Discussão de resultados .....	38
3.1 Implicações clínicas .....	42
3.2 Limitações .....	43
3.3 Sugestões .....	44
Capítulo IV	
Conclusão .....	45

Referências bibliográficas..... 48

Anexos ..... 60

- Instrumentos de colheita de dados
- Autorização para utilização do Richards-Campbell Sleep Questionnaire, validado para Portugal
- Autorização para utilização da Escala de Avaliação da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS), validado para Portugal
- Autorização para realização do estudo
- Informação fornecida aos possíveis participantes no estudo

## INTRODUÇÃO

Os distúrbios do sono são comuns nos utentes internados nas unidades de cuidados intensivos (UCI), em grande parte, devido ao ruído e à interação entre o enfermeiro e o utente. Ainda, devido às características destas unidades, o utente experiencia dificuldades em distinguir noite e dia, o que concorre para o surgimento de distúrbios do sono, ansiedade e stress.

A alteração no sono nesta realidade, tem sido frequentemente discutida, porém mantém-se o debate sobre este tema, realçando-se a necessidade de ser aprofundadamente, investigado. A privação de sono pode afetar, negativamente, a função imunológica, a mecânica pulmonar e os músculos respiratórios, as funções cognitivas (nomeadamente o delirium), a deterioração da saúde mental (aparecimento/aumento de ansiedade, depressão e stress), perda de atenção, fadiga, perda de vigor e, conseqüentemente, menor colaboração (Beltrami et al., 2015; Medrzycka-Dabrowska et al., 2018; Pulak & Jensen, 2016).

Assim, depreende-se, que distúrbios do sono têm uma influência negativa, atrasando a recuperação, aumentando o tempo de internamento e a mortalidade, reduzindo a qualidade de vida e aumentando os custos associados aos cuidados de saúde e à integração deste indivíduo na sociedade.

As ações dos Enfermeiros têm implicações nos resultados do utente, tanto ao nível da prevenção como do tratamento. Os cuidados de saúde devem ser baseados na evidência, o que pode ser um desafio para a organização dos cuidados, nomeadamente para o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Com este estudo correlacional transversal e descritivo, pretende-se responder à pergunta: “Qual a perceção da qualidade de sono, ansiedade, depressão e stress em utentes internados numa unidade de cuidados intensivos?”. De forma a auxiliar na resposta a esta questão, propõe-se redarguir ao seguinte:

- Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas do utente internado na UCI e a perceção de sono do utente?
- Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas do utente internado na UCI e a ansiedade, depressão e stress? Qual a perceção dos utentes internados em UCI relativamente à sua qualidade do sono?
- Quais níveis de ansiedade, depressão e stress nos utentes internados em UCI?

- Qual a relação existente entre a perceção da qualidade de sono e os níveis de ansiedade, depressão e stress nos utentes internados em UCI?
- Que fatores são identificados, pelos utentes internados em UCI, como perturbadores do seu sono durante o internamento na UCI?

Para tal, inserindo-se num paradigma quantitativo de investigação, o instrumento de recolha de dados contempla uma caracterização sociodemográfica e clínica, o *Richard Campbell Sleep Questionnaire* (versão validada para Portugal), o questionário de Avaliação da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) e questões sobre fatores capazes de influenciar o sono. Este foi aplicado a utentes internados numa UCI, num período consecutivo de quatro meses e que tiveram mais de 72 horas de internamento na UCI.

Assim, com a identificação dos fatores perturbadores do sono do utente internado numa UCI e o conhecimento da perceção do sono, é possível elaborar planos de intervenção baseados na evidência, com recurso a diferentes estratégias como a formação e monitorização das intervenções, melhorando assim, toda a sintomatologia psiquiátrica que está associada às alterações do sono.

Este estudo apresenta um interesse pessoal, académico e profissional, pretendendo, por um lado, consolidar conhecimentos adquiridos ao longo do atual percurso académico e, por outro, ir de encontro a um dos maiores desafios sentidos pelo utente e pelos profissionais de saúde em UCI.

O presente relatório está, estruturalmente, dividido em quatro capítulos: (1) contextualização: fundamentação teórica sobre o tema em estudo e conceitos chave: ambiente em UCI; sono; ansiedade, stress e depressão; teoria das transições; (2) conceptualização da investigação: descrição da problemática e das opções metodológicas; (3) análise dos dados; (4) discussão dos resultados. Após estes capítulos, encontram-se a conclusão e as sugestões.

## **CAPÍTULO I:**

### Contextualização

## 1. O ambiente e o utente em UCI

Associa-se a Florence Nightingale a criação das primeiras UCI's, durante a Guerra da Crimeia, em 1854: criação de uma área onde os soldados gravemente feridos tinham uma maior vigilância. Até meados da década de 1950, os cuidados intensivos eram, essencialmente, cuidados intensivos de Enfermagem (Marshall et al., 2017). Porém, como consequência da epidemia de poliomielite e o uso generalizado de ventilação mecânica invasiva, houve um enorme desenvolvimento das UCI's (Rua, 2020; Wenham & Pittard, 2009). Inúmeros avanços surgiram desde então nos recursos humanos, tecnológicos e materiais. No entanto, a UCI continua a ser um ambiente potencialmente, hostil para o utente grave. O ambiente físico, numa UCI, poderá condicionar aspetos fisiológicos e psicossociais de quem o experimenta (Thompson et al., 2012).

A UCI é um sistema organizado de prestação de cuidados a utentes com falência ou iminência de falência de um ou mais órgãos e/ou funções vitais que podem ser ameaçadores da vida (Valentin et al., 2011) prestando cuidados de saúde especializados, com uma capacidade de monitorização reforçada e múltiplas modalidades de suporte a sistemas fisiológicos para sustentar a vida durante um período de insuficiência fisiológica (Marshall et al., 2017). Pode ser dividida em três níveis funcionais:

Nível 1 – capaz de fornecer oxigénio, monitorização não invasiva e cuidados de enfermagem mais intensivos do que numa enfermaria;

Nível 2 - pode fornecer monitorização invasiva e suporte básico de vida por um curto período de tempo;

Nível 3 - fornece um espectro completo de tecnologias de monitorização e suporte de vida (por exemplo, suporte hemodinâmico, assistência respiratória, terapêutica de substituição renal), podendo acolher utentes com falência multiorgânica, e pode desempenhar um papel ativo no desenvolvimento da especialidade dos cuidados intensivos através da investigação e educação (Marshall et al., 2017; Valentin et al., 2011).

Pressupõe-se que numa UCI, com os crescentes avanços científicos, se reduza a mortalidade e com foco na qualidade de vida se desenvolvam esforços para impedir ou minimizar o impacto a curto e a longo prazo de limitações decorrentes do internamento (Kamdar et al., 2016). Assim, preconizam-se cuidados de saúde centrados no utente em detrimento de cuidados centrados em aspetos clínicos e/ou doença, associados à presença de melhores resultados (Davidson et al., 2007).

O Enfermeiro deverá avaliar e monitorizar, continuamente, as funções vitais; implementar, avaliar e rever o plano de cuidados; administrar, simultaneamente, diferentes fármacos; antecipar, prevenir e reconhecer situações que possam afetar negativamente o utente, mantendo o foco no utente (Teixeira & Vieira, 2020). Porém, toda a tecnologia e formação necessárias para cuidar destes utentes é potencialmente limitadora da participação da família na tomada de decisão, sendo negligenciadas algumas das necessidades psicossociais dos utentes (Davidson et al., 2007). Tal facto, aliado à hostilidade do ambiente, podem ser perturbadores do padrão de sono, considerado normal.

O utente admitido em UCI, para além do stress físico da doença, dor, intervenções e ventilação mecânica, é influenciado por fatores psicológicos e psicossociais indutores de stress e ansiedade (Wenham & Pittard, 2009).

Se, relativamente a alguns destes fatores intrínsecos o Enfermeiro não poderá intervir diretamente, relativamente aos fatores extrínsecos poderá haver diferentes atitudes, nomeadamente no controlo dos fatores ambientais. Recomenda-se que as UCI's incluam, entre outros, materiais e equipamentos que reduzam os níveis de ruído, minimizem o brilho e sejam promotores do conforto, nomeadamente térmico; mobiliário e decoração redutora do stress, com incorporação da luz natural (Thompson et al., 2012).

O ruído é dos fatores mais amplamente associados a alterações do sono (Simons et al., 2018). Ruído, pode ser definido como qualquer som, indesejado, contínuo, flutuante ou intermitente, subjetivamente irritante e fisiologicamente e psicologicamente indutor de stress (Yuliya Boyko et al., 2017; Wenham & Pittard, 2009). Diferentes estudos referem níveis médios de ruído superiores aos recomendados pela Organização Mundial de Saúde, sem redução noturna significativa (Wenham & Pittard, 2009), provocados pelos comportamentos e pelos equipamentos.

O ruído pode advir de fontes organizacionais (gerados pelo pessoal ou pelo equipamento) ou estruturais (gerados pelo edifício) (Krueger et al., 2007), nomeadamente: conversas entre os profissionais de saúde e entre os profissionais de saúde e visitas/outros utentes, alarmes associados aos cuidados de saúde, atividades clínicas (lavagem das mãos, abertura de pacotes de equipamento descartáveis e gavetas e portas de armário), telefones, televisões e rádio/ música, fechar as portas e cair objetos (Konkani & Oakley, 2012; Simons et al., 2018).

A perceção do ambiente em UCI é a de um ambiente ruidoso, nomeadamente à noite, com potencial para interferir no sono, nomeadamente pelo fluxo de trabalho imprevisível,

pelos equipamento (ruído e luz), pelos comportamentos dos profissionais de saúde e com a administração de medicação comum em UCI, como as benzodiazepinas e opióides (Ding et al., 2015; Kamdar et al., 2016; Medrzycka-Dabrowska et al., 2018; Tembo & Parker, 2009).

Ainda a presença/ausência de luz natural poderá condicionar o ritmo circadiano, influenciando o padrão de sono. O utente interage continuamente com o seu ambiente circundante, pelo que é importante obter luz brilhante na manhã e durante o dia, minimizando o impacto no ritmo circadiano: supressão da melatonina e aumento do cortisol (Engwall et al., 2015).

## 2. Sono

Já em 1993 (Dement & Mitler, 1993) reportaram que grande parte dos indivíduos com distúrbios do sono estão a ser ignorados pois isto não é reportado ou questionado pelos profissionais de saúde. O sono de boa qualidade é fundamental para uma boa saúde e para a qualidade de vida. É uma função biológica essencial, importante na conservação de energia e sobrevivência e desenvolvimento neural, aprendizagem, memória, regulação emocional, função cardiovascular, metabólica, e remoção de toxinas celulares (Mukherjee et al., 2015). Neste documento, é salientado que, apesar disto, ainda existem poucas recomendações sobre a saúde do sono, havendo falta de educação e formação dos profissionais de saúde para este tema.

Em média, a duração do sono noturno, num adulto saudável, é de sete a oito horas, sendo difícil estimar qual a exigência biológica (Medrzycka-Dabrowska et al., 2018). Este é influenciado pelo ritmo circadiano e pode ser dividido em ciclos, com a duração de 90-110 minutos por ciclo. Cada ciclo consiste em duas fases: *Rapid Eye Movement* (movimentos oculares rápidos, atonia muscular e sonhos) e *Non Rapid Eye Movement*. (dividida em três estágios: N1 – sono mais leve, transição do despertar para o sono; N2 – caracterizado pelo sono leve; N3 – sono profundo e o mais difícil de interromper) (Pulak & Jensen, 2016).

O ritmo circadiano, regulado pelo hipotálamo, é influenciado por fatores ambientais externos, nomeadamente pelas mudanças cíclicas na presença e ausência de luz e outros fatores (padrões de comer e beber, temperatura ambiente e interação social) por período de 24 horas. Isto permite otimizar o seu estado, sendo o ritmo circadiano responsável por inúmeros processos fisiológicos, bioquímicos e comportamentais (Chan et al., 2014)

Diferentes estudos, com recurso a polissonografia, têm demonstrado que os utentes críticos experienciam uma diminuição do tempo total de sono e aumento dos períodos de sono diurno (alteração do ritmo circadiano), com anormal arquitetura do sono, nomeadamente com redução ou ausência da fase Rapid Eye Movement (Kamdar et al., 2016). Como tal, devido a estas alterações no sono e no ritmo circadiano, apresentam um sono curto e de má qualidade, com frequentes despertares no sono noturno (Ding et al., 2015; Thille et al., 2018). Estes dados são corroborados com recurso a polissonografia: obtém-se sono mensurável, mas a qualidade é anormal, com reduções significativas nas fases 3 e 4 e REM (Frieese et al., 2007).

Aliado aos fatores ambientais, descritos anteriormente, existem fatores intrínsecos, inerentes à situação clínica, como a gravidade da doença, ventilação mecânica, dor, ansiedade que podem contribuir para perturbações do sono (Kamdar et al., 2016; Medrzycka-Dabrowska et al., 2018), conduzindo a stress e ansiedade e, são um potencial precursor, modificável, de delirium (Kamdar et al., 2016). Concomitantemente, os utentes referem que a existência de dispositivos médicos, inerentes à situação clínica, podem ser limitadores do sono (Stewart et al., 2017). Ainda, ser mulher poderá influenciar a percepção de sono, tal como demonstrado por (Simons et al., 2018). Paralelamente, estes distúrbios, desempenham um importante papel em diferentes processos fisiológicos, nomeadamente no processo respiratório com prolongamento do tempo de desmame ventilatório, músculo-esquelético (compromisso na mobilização precoce), hemodinâmico, imunológico, metabólico e endócrino, resultando num aumento da mortalidade a um ano (Elías et al., 2019; Fitzpatrick et al., 2014; Kamdar et al., 2016; Pulak & Jensen, 2016; Thille et al., 2018).

O delirium, comum em UCI, é fortemente influenciado pelos distúrbios de sono, associando-se alguns fatores de risco, nomeadamente a idade avançada, distúrbios cognitivos prévios, alcoolismo, gravidade da doença, tempo de internamento na UCI, alterações da oxigenação e administração de sedação e/ou analgesia (Satomi et al., 2016; Thille et al., 2018).

O delirium é caracterizado por alterações, transitórias e tempo-dependente, da consciência e da cognição. É um fator de risco preditivo e independente da mortalidade a seis meses e do aumento do tempo de internamento hospitalar, assim como do aumento do tempo de internamento hospitalar após alta da UCI, causando maior incidência de alterações cognitivas após alta (Ely et al., 2004; Moskowitz et al., 2017).

A sua incidência varia entre 4 e 55%, com uma média de 29% (desvio padrão de 14%) (Oldroyd et al., 2017; Rood et al., 2018), podendo a prevalência chegar aos 70% e a

incidência aos 89% (Satomi et al., 2016). Assim, é importante a identificação do risco e a adequação de medidas preventivas do delirium para reduzir as complicações daqui decorrentes (Wassenaar et al., 2017), nomeadamente naqueles com risco acrescido.

Comummente à promoção do sono, a incidência do delirium sofre influência de aspetos organizacionais sendo afetado pelo plano de tratamento, dado que uma gestão oportuna é essencial para reduzir a duração e gravidade do delirium; pelos métodos de avaliação e monitorização e sua periodicidade; e pelas estratégias usadas para educação dos profissionais de saúde (Rood et al., 2018)

Intervenções promotoras do sono têm, assim, um impacto positivo, melhorando a quantidade e qualidade do sono no utente crítico, tal como demonstrado por (Poongkunran et al., 2015; Pulak & Jensen, 2016). Os distúrbios do sono no utente internado em UCI têm sido reportados há mais de 30 anos (Medrzycka-Dabrowska et al., 2018). Apesar da importância assumida, tal não é visível na prática clínica. A documentação produzida pelos enfermeiros sobre o sono dos utentes com UCI não é consistente, fornecendo uma visão parcial do foco e/ou intervenções. Esta deve incluir as atividades de diagnóstico, as intervenções implementadas, a avaliação do sono e dos efeitos das intervenções e, eventualmente, incluir a perspetiva dos utentes, promovendo assim, cuidados centrados no utente (Ritkala-Castren et al., 2017).

Atualmente, existe evidência, síntese de evidência e recomendações sobre a importância da promoção do sono e estratégias mas, parece não existirem dados relativos à sua implementação (Kamdar et al., 2016).

Uma das barreiras à implementação da evidência são as crenças e valores dos profissionais de saúde. Apesar de grande parte dos profissionais de saúde que trabalham em UCI reconhecer a importância do sono no utente crítico e das suas implicações (Kamdar et al., 2016), um número reduzido implementa medidas promotoras (Kamdar et al., 2016; Medrzycka-Dabrowska et al., 2018). No entanto, ressalva-se que em alguns contextos, os enfermeiros consideram o delirium (influenciado pelo sono e prevenção similar) uma questão de baixa prioridade, demonstrando baixa confiança na sua avaliação e abordagem, apesar de manifestarem a disponibilidade para promover cuidados preventivos de alta qualidade (Zamoscik et al., 2017).

Se por um lado, importa gerir, adequadamente o ambiente de forma a garantir um sono adequado, por outro, é importante avaliar o sono. A polissonografia é o método de eleição para esta avaliação, possibilitando caracterizar determinadas fases do sono e a sua duração (Medrzycka-Dabrowska et al., 2018). Contudo, a sua utilização em UCI,

poderá ser dificultada, pela presença de outros sensores que têm como objetivo avaliar algumas funções vitais. Técnicas alternativas poderão ser a actigrafia (mede o nível de atividade no punho, discernindo entre o movimento – período desperto; e, ausência de movimento – período de sono) e o índice bispectral (Pulak & Jensen, 2016). Comumente, são também usados métodos subjetivos para a avaliação. Um desses métodos é o Richards-Campbell Sleep Questionnaire. Este, consiste numa escala de cinco itens que avalia a perceção do paciente do seu sono - a profundidade do sono, latência do sono, duração do sono, latência do início do sono após o despertar, e qualidade geral do sono. Este questionário não se pode aplicar a utentes sedados ou incapazes de responder adequadamente (Medrzycka-Dabrowska et al., 2018; Pulak & Jensen, 2016; Younis et al., 2019), isto é, apenas pode ser aplicado a utentes orientados auto e halopsiquicamente.

No utente crítico, a arquitetura do sono está profundamente alterada e fragmentada, sendo a grande maioria do sono superficial (fases 1 e 2 de Non Rapid Eye Movement). As restantes fases são pouco profundas ou insuficientemente reparadoras (Pulak & Jensen, 2016). Aliás, distúrbios de sono são reportados por um período de 6 a 12 meses após a alta da UCI (Sareli & Schwab, 2008).

Considera-se que as iniciativas educacionais, adequadas à população-alvo, são importantes para promover o sono, prevenindo as inúmeras complicações, nomeadamente sobre as estratégias não farmacológicas. Estas estratégias devem ser alargadas às famílias, promovendo efetivos cuidados centrados no utente e no seu meio circundante (Zamoscik et al., 2017). No entanto, recomenda-se o desenvolvimento de estudos para avaliar os efeitos das intervenções físicas e cognitivas (Engwall et al., 2015), nomeadamente na prevenção e tratamento de perturbações de sono e de delirium (Herling et al., 2018).

Alguma evidência, sobre estratégias não farmacológicas para promoção do sono, foca-se na redução do ruído sonoro (redução do volume e adequação dos alarmes, uso de tampões auditivos ou som-máscara) e luminoso (redução da luminosidade noturna, uso de máscaras), adequação das atividades dos profissionais de saúde (limitação das atividades no período noturno, com agrupamento das mesmas, aumentando o intervalo entre procedimento num mesmo utente), adequação das medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlo da dor e promoção do conforto, massagem, terapêutica com música e terapêutica com melatonina (Y. Boyko et al., 2012; Gao & Knauert, 2019; Hu et al., 2015; Litton et al., 2016; Locihová et al., 2018; Pulak & Jensen, 2016; Ritmala-Castren et al., 2017; Younis et al., 2019).

### 3. Ansiedade, stress e depressão

Existe evidência que sustenta a relação entre os distúrbios de sono e distúrbios psiquiátricos, nomeadamente no aumento do risco de suicídio, talvez potenciado pelos défices neurocognitivos induzidos pela privação do sono, alterações nos ritmos circadianos e sentimentos negativos (Porras-Segovia et al., 2019).

O aumento dos níveis de ansiedade tem sido amplamente reconhecido como uma das consequências mais importantes dos distúrbios do sono (Pires et al., 2016). Assume-se uma relação bidirecional entre os distúrbios de sono e a ansiedade, apesar da evidência produzida sobre estas relações ser, quantitativamente, diferente.

Distúrbios do sono são sintomas comuns, consequências ou comorbilidades de perturbações de ansiedade, incluindo perturbação generalizada da ansiedade, transtorno de stress pós-traumático, transtorno de pânico e desordem obsessivo-compulsiva (Martín-Merino et al., 2009; Mellman, 2006; Papadimitriou & Linkowski, 2005). Por outro lado, distúrbios do sono poderão ser considerados como fator promotor da ansiedade (Pires et al., 2016); as queixas de alterações no sono são geralmente consideradas como critérios de diagnóstico para perturbações de ansiedade (Belleville et al., 2010).

As taxas de prevalência a um ano de distúrbios de ansiedade variaram de 4,2% a 17,2%, provavelmente com diferenças relativas aos instrumentos usados para a sua avaliação; as taxas de prevalência ao longo da vida variaram de 9,2% a 28,7% (Martín-Merino et al., 2009; Somers et al., 2006), parecendo a taxa de prevalência a 1 ano e ao longo da vida serem maiores nas mulheres em comparação com os homens (Somers et al., 2006), assim como uma taxa de prevalência maior em jovens adultos (Martín-Merino et al., 2009).

A ansiedade parece ser mais frequente entre os fumadores atuais comparativamente com aqueles que nunca tinham fumado; naqueles com consumo excessivo de bebidas alcoólicas em comparação com aqueles que não bebiam álcool; naqueles com IMC baixo em comparação com indivíduos com um IMC normal; naqueles com um estatuto socioeconómico mais baixo (Martín-Merino et al., 2009); assim como naqueles que consomem substâncias tóxicas e ilícitas (Lai et al., 2015). Concomitantemente, a pandemia por COVID19 parece também ter uma relação significativa com a prevalência de stress, ansiedade e depressão (Salari et al., 2020). Ainda, os eventos de vida poderão prever a sintomatologia depressiva e ansiedade (Phillips et al., 2015), nomeadamente a admissão em UCI (Chahraoui et al., 2015; Colville et al., 2017).

Em vítimas de traumatismo crânio-encefálico, a depressão, ansiedade e stress é comum, devendo ser antecipado nos utentes críticos (Wiseman et al., 2015). O diagnóstico precoce, eventualmente em consulta de acompanhamento após a alta da UCI parece ser fundamental para o sucesso das intervenções. Num estudo realizado na Austrália, com vítimas de traumatismo crânio-encefálico, os autores reportam, na linha de base, que 58,7% apresentavam sintomas de ansiedade acima do intervalo normal e 54,3% apresentavam sintomas de stress acima do intervalo normal, ressaltando-se 15,9% com pontuações extremamente severas na subescala da depressão, 22,4% na ansiedade e 17,9% no stress: Estes valores tendem a decrescer ao longo do tempo, aos três e aos seis meses após o acontecimento traumático (Wiseman et al., 2015). Ainda no mesmo estudo é reportado que a média de idade dos participantes que reportam níveis moderados de depressão, ansiedade e stress na linha de base, a três ou a seis meses manteve-se semelhante (entre os 48 e os 50 anos), sem que uma faixa etária particular reporte um aumento significativo ou diminuição da ansiedade da depressão ou pontuação do stress em qualquer momento; os participantes admitidos na UCI tinham maior probabilidade de reportar níveis moderados e acima do nível de depressão, ansiedade e stress a três e a seis do que aqueles que não foram admitidos.

Embora a terapêutica medicamentosa seja essencial e uma base para o sucesso de tratamento destas perturbações, intervenções cognitivas e psicossociais adjuvantes também podem ser úteis, não só perante a agudização, como também no tratamento de manutenção (Bandelow et al., 2017; Yatham et al., 2018). Existem evidências positivas sobre a psicoeducação, terapia cognitiva comportamental, terapia focada na família (FFT), e apoio por pares na fase de manutenção, carecendo estudos sobre terapia cognitiva por mindfulness (Yatham et al., 2018).

Modelos psicoeducacionais permitem ensinar para o desenvolvimento de habilidades na detecção e gestão de síndromes de depressão e mania, gestão do stress, resolução de problemas, permitindo otimizar a adesão aos medicamentos e estilos de vida saudáveis (Yatham et al., 2018).

#### **4. Teoria das transições**

O objeto de estudo da enfermagem são as respostas humanas envolvidas nas transições, motivadas por processos de desenvolvimento ou eventos significativos que exijam reajuste, nomeadamente na doença. Assim, o enfermeiro é um elemento, potencialmente facilitador de transições positivas (Schumacher & Meleis, 1994).

Neste âmbito, uma transição provocada por uma alteração no estado de saúde implica a aquisição de novo conhecimento que irá permitir a adoção de comportamento e a alteração do seu conceito, seja por vulnerabilidade, compromisso ou diminuição das capacidades prévias (Meleis et al., 2000; Schumacher & Meleis, 1994).

Para vivenciar este processo que envolve a passagem de uma fase da vida, acontecimentos, condição, ou status, a pessoa sofre diferentes condicionantes que poderão facilitar ou dificultar este processo: condições pessoais (significados, crenças culturais e atitudes, estatuto socioeconómico, e conhecimento), condições fornecidas pela comunidade e pela sociedade (existência de apoio familiar ou social, recursos instrumentais e representação social e de estereótipos). Estas condicionantes poderão condicionar o processo de transição, dada a situação de vulnerabilidade. A compreensão e descoberta destas condições permite auxiliar no vivenciar positivo deste processo (Meleis et al., 2000).

A transição envolve um processo que pode ser definido como o período de tempo que medeia a antecipação de necessidade de mudar (quando possível) e a estabilidade da nova condição, devendo ter significado para quem a experiencia, implicando a rutura e a necessidade de acesso a diferentes recursos para a sua satisfação (Meleis et al., 2000).

A mudança deverá ser consciencializada pela pessoa, na presença de eventos críticos, reconhecendo a experiência de transição e envolvendo-se na mesma; a sua ausência poderá significar que a pessoa pode ainda não ter iniciado esta experiência de transição. As terapêuticas de Enfermagem poderão auxiliar neste processo como promotoras, preventivas ou interventivas (Meleis et al., 2000). Ações interventivas e contínuas, no decorrer do processo de transição têm como objetivo proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que vivenciam este processo, de forma a obter, do indivíduo, família ou comunidade, respostas positivas relativamente às transições (Santos et al., 2016).

Está dependente do grau de envolvimento dos indivíduos no processo de transição, sendo monitorizada por indicadores de resultado: medem a diferença entre o esperado e a situação alcançada; numa transição saudável existe a percepção de conforto na nova condição / identidade.

Aplicando ao utente crítico, quanto ao tipo de transição, estamos perante uma transição saúde/doença estando associada a uma mudança no desempenho de papel que resulta de alteração súbita da condição de saúde ou o agravamento desse estado. Assim, o indivíduo necessita de consciencializar-se da alteração e mudança de papel de forma a

conseguir adquirir novo conhecimento e competência que permitam lidar eficazmente com a alteração da identidade e papéis.

Numa primeira fase, este utente pode estar com alteração da consciência e/ou cognição, devido à doença ou à terapêutica direcionada para a sua resolução. Daqui se pode depreender que este processo é extremamente complexo, estando relacionado com diversos sintomas que afetam o desempenho do papel.

Assim, as intervenções de enfermagem, deverão ser direcionadas para a prevenção do fenómeno em estudo, visando a aquisição de ferramentas e/ ou conhecimentos que possibilitem lidar positivamente com a situação. Se os distúrbios de sono já estão instalados, as intervenções de enfermagem devem ter como propósito a adoção de práticas interventivas que permitam melhorar a situação.

## **CAPÍTULO II:**

### **PERCURSO METODOLÓGICO**

Pretende-se com a investigação em Enfermagem a resposta a perguntas com interesse clínico para a disciplina, exequíveis, potenciando o aumento do corpo próprio de conhecimentos. Desta forma produz-se evidência que poderá fornecer de suporte para a tomada de decisão, devidamente fundamentada.

Neste sentido, ao longo deste percurso profissional, com o desempenhando de funções numa UCI tem-se verificado que, apesar dos distúrbios de sono serem uma problemática que suscita cada vez maior reflexão, ainda se assistem a práticas díspares, muitas vezes baseadas na tradição. De igual forma, as UCI são serviços com um perfil hostil, invasivo, com inúmeras práticas e procedimentos realizados rotineiramente e outros que derivam da especificidade dos utentes internados (nomeadamente situações de urgência e/ ou emergência) que podem, potencialmente, interferir no sono.

Ainda, no serviço onde este estudo foi realizado, não são usados instrumentos, de forma consistente, que permitam a avaliação do sono, quer de forma quantitativa, quer qualitativa.

## **1. Questão de investigação e tipo de estudo**

Para dar resposta à questão de investigação: **“Qual a perceção da qualidade de sono, ansiedade, depressão e stress em utentes internados numa unidade de cuidados intensivos?”**, desenhamos um estudo de natureza quantitativa, transversal, descritivo-correlacional.

Pretendemos descrever e caracterizar a qualidade do sono do utente crítico e prever eventuais correlações com a ansiedade, depressão e stress, nesta população.

## **2. Objetivos**

Para auxiliar no fornecimento de resposta à questão central de investigação, elencamos os seguintes objetivos:

- Descrever a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas do utente internado na UCI e a perceção de sono do utente;
- Descrever a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas do utente internado na UCI e a ansiedade, depressão e stress;

- Descrever a perceção dos utentes internados em UCI relativamente à sua qualidade do sono;
- Descrever os níveis de ansiedade, depressão e stress nos utentes internados em UCI;
- Descrever a relação existente entre a perceção da qualidade de sono e os níveis de ansiedade, depressão e stress nos utentes internados em UCI;
- Descrever os fatores identificados, pelos utentes internados em UCI, como perturbadores do seu sono durante o internamento na UCI.

### 3. Instrumento de colheita de dados

Inserindo-se num paradigma quantitativo de investigação, o instrumento de recolha de dados contempla uma caracterização sociodemográfica e clínica, o *Richard Campbell Sleep Questionnaire* (versão validada para Portugal) (Marques, 2016), a Escala de Avaliação da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (Pais-Ribeiro et al., 2004) e questões sobre fatores capazes de influenciar o sono (Anexo I).

O *Richard Campbell Sleep Questionnaire* é utilizado para avaliar a qualidade do sono em utentes internados em UCI, sendo recomendado para orientação na prática clínica (Devlin et al., 2018).

Após a seleção do instrumento foi contactada, através de mensagem por correio eletrónico a autora responsável pela validação do mesmo para Portugal, com o objetivo de obter autorização para a sua utilização, tendo esta sido concedida (Anexo II).

Este instrumento contempla seis itens (profundidade do sono, adormecimento, despertares, retorno ao sono e qualidade do sono e um item adicional sobre o nível de ruído) e utiliza uma escala visual analógica. A pontuação em cada item varia de 0 (indicando o pior sono possível) a 100 (indicando o melhor sono). Uma pontuação total de sono é obtida para cada utente, somando as pontuações individuais nos cinco itens de sono e dividindo por cinco (0-100). Aqueles que estão dentro do quartil mais baixo (pontuação de 0 a 25) são considerados com pior sono e aqueles que estão dentro do quartil mais alto (76-100) são considerados com sono muito bom.

Este instrumento demonstrou validade de conteúdo, validade de critério comparativamente com a polissonografia e confiabilidade da consistência interna com o alfa de Cronbach de 0,90 (Richards et al., 2000), tendo sido usado em inúmeros estudos (Richards et al., 2020).

Embora tenha sido criado como ferramenta de autoavaliação, alguns estudos têm explorado a concordância entre a avaliação do utente e do enfermeiro, observando-se uma correlação baixa a moderada. A versão traduzida e adaptada para português, por Marques (2016) evidencia boa fiabilidade, com valores de alfa de Cronbach de 0.89 (para os utentes) e de 0.94 (para os Enfermeiros).

A Escala de Avaliação da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) foi desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995) visando a conceção de instrumentos que cobrissem todos os sintomas centrais de depressão e ansiedade, visando diferenciar entre as duas síndromes. Esta é baseada no modelo tripartido de ansiedade e depressão, pressupondo que esta desordem é um contínuo entre depressão, ansiedade e stress.

Após a seleção do instrumento EADS, foi contactado através de mensagem por correio eletrónico, o autor responsável pela validação do mesmo para Portugal, com o objetivo de obter autorização para a sua utilização (Anexo III).

A escala EADS consiste em 42 itens distribuídos, uniformemente, pelas subescalas de Depressão, Ansiedade e Stresse (Lovibond & Lovibond, 1995). De acesso livre, tem sido amplamente usada, conjuntamente com a versão reduzida (21 itens). É uma escala de autopreenchimento, cuja pontuação das diferentes escalas (com sete itens, cada uma) é realizada com uma escala de Likert, de quatro pontos, variando de 0 (“discordo fortemente”) a 3 (“concordo totalmente”). O resultado final é obtido somando as pontuações dos itens em cada subescala. Os pontos de corte, indicativos da gravidade, estão descritos na tabela 1.

**Tabela 1: pontuação e gravidade obtida com a DASS-21**

	Percentil	Depressão	Ansiedade	Stress
Normal	0-78	0-4	0-3	0-7
Ligeira	78-87	5-6	4-5	8-9
Moderado	87-95	7-10	6-7	10-12
Grave	95-98	11-13	8-9	13-16
Extremamente Grave	98-100	> 14	> 10	>17

A versão reduzida demonstrou validade de conteúdo e possui excelentes valores de alfa de Cronbach de 0.85, 0.83 e 0,81 para as subescalas de depressão, ansiedade e stress, respetivamente (Vincent et al., 2018; Pais-ribeiro et al., 2004); valores similares a outros

estudos (Claudia et al., 2014; Coker et al., 2018; Dreyer et al., 2019; Park et al., 2020; Tran et al., 2013).

#### **4. População e amostra**

Num processo de amostragem não probabilística consecutiva (dado que pretendemos recrutar todos os participantes de uma população acessível, que satisfaçam os critérios de elegibilidade durante um intervalo de tempo específico), aplicamos o instrumento em 52 utentes internados numa UCI, de junho a setembro e que tinham mais de 72 horas de internamento na UCI.

Foram selecionados todos os utentes que se encontravam dentro dos seguintes critérios de inclusão: utentes do SCI/UCIMC que tenham mais de 72h de internamento, que aceitaram participar no estudo, que sejam capazes de preencher o questionário ou indicar a resposta e que estejam orientados auto e alopsiquicamente.

Foram excluídos todos os utentes que tiveram os seguintes critérios de exclusão: menores de 18 anos; tempo de internamento no serviço inferior a 72 horas; estados confusionais (desorientação alopsíquica e autopsíquica); tenham sido sujeitos a administração de medicação que altere os padrões do sono (p.e. sedativos, ansiolíticos e analgésicos); diagnóstico de delirium e todos os que recusaram participar no estudo.

Foi o investigador o responsável verificar o cumprimento dos critérios de admissibilidade acima descritos.

#### **5. Colheita de dados**

Este estudo foi realizado num serviço de cuidados intensivos polivalente, com três unidades distintas: Unidade de Cuidados Intensivos, com capacidade para 12 unidades de internamento de nível III e duas Unidades de Cuidados Intermédios Médico-cirúrgicos, com capacidade máxima de 24 unidades de internamento de nível II.

Antes de se iniciar a recolha de dados, foi apresentado o estudo à equipa, após as passagens de turno, tentando alcançar o maior número de profissionais. Foi apresentado o estudo, quais os objetivos e finalidade, quais os métodos de colheita de dados e em que consistia.

O estudo foi apresentado aos utentes, unicamente, pelo investigador e foi este a solicitar a colaboração e obter o consentimento. Nos utentes que se enquadrem dentro dos

critérios de inclusão no estudo, mas que não podem assinar foi solicitada a autorização através da impressão digital (preferencialmente o indicador da mão dominante).

Para preenchimento do instrumento de colheita de dados foi questionado ao utente se o quer fazer de forma autónoma. Sempre que o utente demonstrou incapacidade ou preferência para tal, foi o investigador a preencher o questionário, de acordo com as indicações/respostas do utente, tendo realizado uma revalidação das mesmas.

O questionário foi realizado a todos os utentes que se integrem dentro dos critérios de inclusão, durante o período de recolha de dados.

## **6. Considerações éticas**

Na presente investigação estão subjacentes os princípios do respeito pelo consentimento informado, livre e esclarecido, o respeito pela privacidade e pela confidencialidade das informações pessoais e o respeito pela justiça e equidade.

A colheita de dados iniciou-se com o pedido de autorização, por parte do investigador, dirigido ao Conselho de Administração, sendo apreciado pela Comissão de Ética, Comissão de Investigação e Direção, tendo sido obtido um parecer favorável (Anexo IV).

Foi fornecida, pelo investigador, informação sobre os princípios éticos, nomeadamente o anonimato e confidencialidade, assim como a possibilidade de abandonar o estudo em qualquer altura, sem sofrer qualquer represália (Anexo V).

Não foram recolhidos quaisquer dados pessoais adicionais, com exceção da caracterização sociodemográfica; os dados recolhidos foram armazenados numa base de dados online, em que só o investigador principal e o orientador terão acesso; estes dados servirão, única e exclusivamente, para os propósitos científicos que norteiam este projeto.

## **7. Análise estatística**

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $\alpha \leq .05$ . Utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação de Pearson, o teste t de Student para amostras independentes e o teste Anova. A normalidade de

distribuição foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade de variâncias com o teste de Levene.

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 27 para Windows.

## **CAPÍTULO III:**

### APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

## 1. Apresentação de resultados

Os dados referem-se a um total de 52 utentes (tabela 2). A média de idades foi de 64 anos, variando entre um mínimo de 20 e um máximo de 84 anos. A maioria era do género masculino (61.5%) e casada (62.7%). A média dos dias de internamento era de 6 dias, variando entre um mínimo de 3 e um máximo de 290 dias. Cerca de 19% tinha antecedentes psiquiátricos.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica e clínica (n = 52)

	N	%
<i>Idade (M; DP)</i>	64.0	14.6
Género		
Feminino	20	38,5
Masculino	32	61,5
Estado civil		
Solteiro	8	15,7
Casado	32	62,7
Divorciado	5	9,8
Viúvo	6	11,8
Unidade		
Unidade Nível 3	7	13,5
Unidade Nível 2	45	86,5
Turno		
Manhã	19	36,5
Tarde	33	63,5
Dias de internamento	6,00	3,64
<i>Antecedentes Psiq</i>		
Não	42	80,8
Sim	10	19,2
<i>Alterações Sono Antes</i>		
Não	21	40,4
Sim	31	59,6
<i>Medicação Sono</i>		
Não	11	21,2
Sim	41	78,8
<i>Medicação Sono Internamento (excluindo sedação e analgesia contínua)</i>		
Não	11	22,9
Sim	37	77,1

Os motivos para o internamento foram vários (tabela 3), variando entre 26.97% dos utentes um compromisso do processo gastrointestinal e 1.92% com compromisso do processo do sistema nervoso.

**Tabela 3: Caracterização do motivo de internamento (n = 52)**

<b>Causa de internamento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Processo do sistema gastrointestinal	14	26,92
Processo do sistema imunitário	10	19,23
Processo vascular	9	17,31
Processo do sistema circulatório	5	9,62
Politraumatismo	4	7,69
Processo do sistema respiratório	3	5,77
Processo do sistema endócrino	2	3,85
Processo do sistema musculoesquelético	2	3,85
Processo do sistema urinário	2	3,85
Processo do sistema nervoso	1	1,92

Os valores de consistência interna das dimensões teóricas (tabela 4), avaliada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, variaram entre um mínimo de 0.647 (fraco, mas aceitável) na dimensão Ansiedade a um máximo de 0.871 (bom) na dimensão Depressão. A categorização dos valores de Alfa tem como referência Hill (2014).

**Tabela 4: Consistência Interna**

	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Nrº de itens</b>
Richard Campbell Sleep Questionaire	0,837	6
<b>Questionário de Avaliação da Ansiedade, Depressão e Stress</b>		
Depressão	0.871	7
Ansiedade	0.647	7
Stress	0.756	7

As estatísticas descritivas das variáveis usadas no presente estudo podem ser apreciadas na tabela 5. Nela indicamos os valores mínimo e máximo, médias e respetivos desvios padrão.

**Tabela 5: Estatísticas descritivas**

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Questionário do sono	0,33	10,00	4,32	2,28
Depressão	0,00	20,00	4,07	4,60
Ansiedade	0,00	14,00	5,00	3,52
Stress	1,00	18,00	6,51	3,87

A correlação entre os valores de ansiedade, depressão e stress e a qualidade do sono é estatisticamente significativa, positiva e moderada (tabela 6). Assim, quanto mais elevados são os valores de ansiedade, depressão e stress pior é a perceção da qualidade do sono.

**Tabela 6: Correlações entre ansiedade, depressão e stress e a qualidade do sono**

	Depressão	Ansiedade	Stress
Depressão			
Ansiedade	0,626***		
Stress	0,682***	0,608***	
RCSQ total	0,452**	0,355**	0,324*

Legenda: \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

## 2. Hipóteses em estudo

Com este estudo, pretendemos confirmar as seguintes hipóteses:

H1: as mulheres têm pior perceção do sono do que os homens;

H2: os indivíduos com problemas psiquiátricos, têm pior perceção do sono;

H3: os indivíduos com alterações do sono antes do internamento, têm pior perceção do sono;

H4: os indivíduos com alterações do sono prévias, apresentam alterações no stress, depressão e/ou ansiedade;

H5: os indivíduos com antecedentes de doença psiquiátrica, apresentam alterações no stress, depressão e/ou ansiedade;

### H1: as mulheres têm pior perceção do sono do que os homens

A perceção da qualidade do sono é pior nas mulheres do que no homens (tabela 7), sendo a diferença estatisticamente significativa,  $t(50) = 2,147$ ;  $p = 0,037$ .

Tabela 7: Relação entre género e qualidade do sono

	Feminino		Masculino		Sig.
	M	DP	M	DP	
Qualidade do sono	5,16	2,33	3,81	2,13	0.037*

Legenda: \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$  M – Média DP – Desvio padrão

### H2: os indivíduos com problemas psiquiátricos, têm pior perceção do sono

A perceção da qualidade do sono é pior nos sujeitos com problemas psiquiátricos (tabela 8), embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $t(50) = -0,777$ ;  $p = 0,441$ .

Tabela 8: Relação entre problemas psiquiátricos e qualidade do sono

	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
Qualidade do sono	4,20	2,11	4,83	2,96	0,441

Legenda: M – Média DP – Desvio padrão

### H3: os indivíduos com alterações do sono antes do internamento, têm pior perceção do sono

A perceção da qualidade do sono é pior nos sujeitos com perturbações do sono antes do internamento (tabela 9), apesar da diferença não ser estaticamente significativa,  $t(50) = 1,831$ ,  $p = 0,073$ .

Tabela 9: Relação entre alterações do sono e qualidade do sono

	Sim		Não		Sig.
	M	DP	M	DP	
Qualidade do sono	5,01	2,39	3,86	2,12	0,073

Legenda: M – Média DP – Desvio padrão

### H4: os indivíduos com alterações do sono prévias, apresentam alterações no stress, depressão e/ou ansiedade

O teste multivariado da Anova indica que as diferenças nos valores do stress, depressão ou ansiedade em função das alterações do sono prévias não são estatisticamente significativas (tabela 10),  $\Lambda = 0,904$ ,  $F(3,48) = 1,708$ ,  $p = 0,178$ .

Tabela 10: Comparação com alterações do sono prévias

	Sim		Não		Sig.
	M	DP	M	DP	
Depressão	3,95	4,56	4,16	4,70	0,874
Ansiedade	5,95	4,11	4,35	2,96	0,110
Stress	6,61	4,66	6,45	3,32	0,880

### H5: os indivíduos com antecedentes de doença psiquiátrica, apresentam alterações no stress, depressão e/ou ansiedade

O teste multivariado da Manova indica que as diferenças nos valores do stress, depressão ou ansiedade em função dos antecedentes de doença psiquiátrica são estatisticamente significativas (tabela 11):  $\Lambda = 0,820$ ,  $F(3,48) = 3,523$ ,  $p = 0,022$ . Os

sujeitos com antecedentes psiquiátricos apresentam valores significativamente mais elevados de depressão (7,50 vs 3,26) e stress (9,50 vs 5,80)

Tabela 11: Comparação com antecedentes psiquiátricos

	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
Depressão	3,26	4,14	7,50	5,06	0,008**
Ansiedade	4,69	3,11	6,30	4,90	0,197
Stress	5,80	3,35	9,50	4,67	0,006**

Legenda: \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$  M – Média DP – Desvio padrão

### 3. Discussão de resultados

Na UCI existem inúmeros estímulos que podem interferir com a qualidade do sono e, conseqüentemente, com os resultados dos utentes internados (Harrison & Horne, 2000). Nestes serviços, por diversas razões, alguns destes estímulos, nomeadamente o ruído, estão aumentados. Por outro lado, outros estímulos benéficos estão, em dadas alturas aumentados ou reduzidos, como a luz natural (Harrison & Horne, 2000; Hu et al., 2015).

O sono é considerado fundamental para uma boa saúde e para a qualidade de vida. Sendo uma função biológica essencial, tem importantes funções: modulação do sistema imunitário, remoção de toxinas celulares e controlo da temperatura corporal, da pressão sanguínea, do pulso, da produção hormonal, entre outros (Mukherjee et al., 2015; Pulak & Jensen, 2016).

O utente internado em UCI, apresenta distúrbios de sono, de gravidade variável, relacionados com fatores intrínsecos e extrínsecos. A redução dos fatores extrínsecos depende muito das atitudes dos profissionais, podendo minimizar eventuais eventos adversos.

Com esta investigação pretendemos conhecer a qualidade do sono destes utentes e, ir um pouco mais além, relacionar a mesma com alguns fatores intrínsecos, podendo permitir a identificação precoce de alguns utentes com maior risco.

Relativamente à metodologia adotada, optou-se por um aumento do tempo de colheita, pois o momento previamente definido, coincidiu com a primeira vaga da pandemia por COVID-19. Assim, ocorreu uma reorganização do serviço, com reconversão de duas áreas, anteriormente nível II e nível III, em áreas destinadas a utentes com diagnóstico de COVID-19. Esta reorganização reduziu significativamente o número possível de utentes a participar no estudo.

Relativamente à amostra, verifica-se que a média de idades (64 anos) é ligeiramente superior a outros estudos (Marques, 2016), apesar da variação entre o mínimo e o máximo ser similar. Previsivelmente, nestes utentes, o sono é de pior qualidade, dado existir uma relação inversamente proporcional entre a qualidade do sono e a idade.

Apurou-se, que 59.6% dos utentes reportaram distúrbios de sono prévios e 78% dos utentes estavam previamente medicados com medicação indutora ou promotora do sono. Durante o internamento 77.1% dos utentes estavam medicados com este tipo de fármacos.

Os motivos de internamento são diversos, dado se tratar de uma UCI Polivalente. Utentes com sépsis/ choque séptico correspondem a 19.23% e utentes com compromisso no sistema gastrointestinal correspondem a 26.92%.

Paralelamente, é reforçado que, independentemente da causa de internamento, a doença crítica provoca distúrbios fisiológicos e emocionais que afetam a qualidade do sono. Neste estudo, a média de perceção de uma boa qualidade de sono é inferior a 50%, podendo isso significar alterações significativas. No entanto, a perceção do sono pode ainda estar relacionada com fatores extrínsecos, não avaliados neste estudo: ambiente, ruído, luminosidade, temperatura, entre outros (Ding et al., 2015; Knauert et al., 2015; Medrzycka-Dabrowska et al., 2018). Tendo em conta que a média dos dias de internamento era de 6 dias, mas varia entre 3 e 290 dias, a influência dos fatores extrínsecos poderá ser mais notória.

Os utentes internados em UCI avaliam a sua qualidade do sono como baixa (Hu et al., 2015; Medrzycka-Dabrowska et al., 2018), corroborando os dados desta investigação (valor médio de 4.32). Nestes, o sono é caracterizado por uma elevada proporção dos estadio 1 e 2, fragmentado, com alterações do ritmo circadiano, podendo o estadio 3 do sono e o período REM estarem muito diminuídos ou mesmo omissos (Cabello et al., 2008; Cooper et al., 2000; Freedman et al., 2001; Gabor et al., 2003; Parthasarathy & Tobin, 2002).

Esta alteração poderá aumentar o tempo de internamento por condicionar o desmame ventilatório, aumentando o tempo necessário para o mesmo (Thille et al., 2018); aumentar a incidência de delirium e, conseqüentemente, resultados negativos (Delaney et al., 2015; Mistraletti et al., 2008). Aumentando o tempo de internamento e aumentando a suscetibilidade à infeção, existe um maior risco de surgimento de infeção associada aos cuidados de saúde (Delaney et al., 2015; Pisani et al., 2015).

As intervenções para a promoção do sono que envolvem intervenções farmacológicas (que podem condicionar alterações da função cognitiva, risco acrescido de tolerância e de dependência, depressão ventilatória e alteração adversa do padrão de sono) e não farmacológicas, como intervenções psicológicas cognitivas ou comportamentais, exercícios respiratórios, a musicoterapia, aromaterapia, massagem, imaginação guiada, acupuntura, intervenções ambientais (por exemplo, sincronização das atividades da UCI com luz diurna, redução de ruído), intervenções sociais (por exemplo, apoio familiar) e modificação de equipamentos (Hu et al., 2015; Pulak & Jensen, 2016). É importante realçar que as intervenções devem ser fáceis de implementar e não devem prejudicar

ou diminuir a segurança do utente (por exemplo, com o risco inerente à alteração ou supressão do volume dos diferentes alarmes).

A evidência produzida sobre o recurso a intervenções farmacológicas, como a administração de propofol em doses adequadas para a promoção do sono é inconsistente e diversa (estudo heterogéneos, com metodologias divergentes e critérios de inclusão e exclusão), demonstrando, na generalidade, interrupção do período REM usual. Não existe evidencia no que se refere à qualidade do sono (Lewis et al., 2018).

No entanto, o recurso a estas estratégias poderá não influenciar os níveis de ansiedade e stress no utente que, por seu lado, poderá influenciar o sono (Papadimitriou & Linkowski, 2005). Aliás, o utente em UCI apresenta níveis anormalmente altos de ansiedade e depressão (Lewis et al., 2018).

Indivíduos que apresentam distúrbios do sono, nomeadamente insónia e/ou problemas em iniciar e manter o sono, muitos apresentam como diagnóstico primário, o transtorno de ansiedade generalizada (Papadimitriou & Linkowski, 2005).

O stress pós-traumático, surge com uma prevalência assinalável naqueles utentes que tiveram internamentos em UCI (Davydow et al., 2008; Griffiths et al., 2007; Ratzler et al., 2014), contribuindo para distúrbios do sono, despertares noturnos ou pesadelos (Papadimitriou & Linkowski, 2005).

Depressão, ansiedade e patologia de stress pós-traumático são as principais doenças mentais que compreendem o síndrome pós-internamento em UCI para os quais são adotadas diferentes estratégias preventivas, não melhorando significativamente os resultados (Inoue et al., 2019). Os fatores de risco para a síndrome pós-internamento em UCI incluem o sexo feminino, a idade do utente, administração de benzodiazepinas, experiências assustadoras, antecedentes de ansiedade, depressão e doença mental grave (Davydow et al., 2008; Inoue et al., 2019).

Os participantes deste estudo, apresentam pontuação normal para depressão e stress (valores inferiores a 4 e 7, respetivamente) e gravidade ligeira para ansiedade. O utente internado em UCI está sujeito a inúmeros fatores de stress, sendo os mais prevalentes: ter sede, ter dispositivos invasivos no nariz e na boca, não ser capaz de comunicar, apresentar diminuição da capacidade de se mobilizar devido a dispositivos invasivos e não invasivos, não ser capaz de dormir ou não ser capaz de ter controlo sobre si. Do mesmo modo, existem algumas atitudes e intervenções que, quando precocemente adotadas, poderão minimizar a incidência deste fenómeno, como: monitorização e avaliação adequada da medicação, mobilização precoce, promoção do sono e

tratamento da dor, assim como minimizar os fatores indutores de stress (Warlan & Howland, 2015).

Ainda, a prevalência de sintomas substanciais de stress pós-traumático após a alta da UCI é alta e parece persistir ao longo do tempo (Davydow et al., 2008), podendo a incidência variar de 9 a 27% (Davydiow et al., 2008). Aliás, os sobreviventes de episódios de doença crítica apresentaram alteração na saúde mental, com sintomatologia de depressão, ansiedade e stress (McKinley et al., 2012). De acordo com o mesmo estudo, a ansiedade persistiu (em 25% dos participantes) entre 8 a 26 semanas, assim como a depressão (20% dos participantes) e stress (10% dos participantes).

Igualmente, em UCI os níveis de ruído são superiores aos recomendados pela OMS, existindo uma correlação significativa entre este fator, o sono e o nível de ansiedade (Aydın Sayılan et al., 2021). Os dados deste estudo vão ao encontro do apontado pelos autores atrás referidos: quando mais elevados são os valores de ansiedade, stress e depressão, pior é a perceção do sono.

No presente estudo, a perceção de sono é pior nas mulheres. Num estudo realizado no Canadá, com adultos saudáveis, verifica-se que 55% das mulheres reportam problemas em adormecer, sendo o valor percentual nos homens, com esta alteração, inferior (Carrier et al., 2017). Estes dados são divergentes de outros estudos (Carrier et al., 2017); num estudo com participantes saudáveis, em comparação com os homens, as mulheres apresentaram percentual significativamente maior de tempo de sono, menor percentual do estadio 1 e maior percentual de sono de ondas lentas (Bixler et al., 2009). Ainda de acordo com estes autores, mulheres sem queixas de sono dormem objetivamente melhor em qualquer idade do que os homens e o sono de mulheres jovens é mais resistente a fatores externos.

Alguns estudos apontam que alterações na duração e qualidade do sono foram associadas ao aumento dos distúrbios da saúde mental, incluindo depressão e ansiedade (Chen et al., 2018). Contrariamente, os dados do presente estudo mostram não existir relação entre alterações prévias do sono e o stress, depressão e/ou ansiedade, podendo existir outros fatores preditivos de maior importância.

Similarmente, pessoas com alterações relacionadas com a saúde mental eram muito mais propensas a ter uma duração e qualidade de sono menor (Chen et al., 2018), tal como acontece neste estudo: a perceção da qualidade do sono é pior nos sujeitos com problemas psiquiátricos. Neste estudo, verificámos que 80% destes utentes não tem antecedentes psiquiátricos. Verificamos, ainda, que os participantes com antecedentes

psiquiátricos apresentam valores significativamente mais elevados de depressão e stress. Tal parece ser congruente com outros estudos (Almeida et al., 2012; L. Shi et al., 2020), nomeadamente em utentes com traumatismo craneo-encefálico (Scholten et al., 2016), em utentes no pós acidente vascular cerebral (Y. Shi et al., 2017), em utentes com doença oncológica (Caruso et al., 2017; Wen et al., 2019), em utentes com doença cardiovascular (Cohen et al., 2015; Ossola et al., 2015; Pogosova et al., 2017), na gravidez (Martini et al., 2015; Shakeel et al., 2015) e no pós-parto (Johansen et al., 2020; Martini et al., 2015).

### 3.1 Implicações clínicas

A evidência aponta inúmeras implicações de alterações do sono a nível físico e mental. As alterações do sono estão associadas ao prolongamento da ventilação mecânica, aumento do risco de desenvolvimento de delirium, aumento do tempo de internamento, entre outros. Apesar desta relevância, por vezes a prática não é congruente com a evidência. Os resultados obtidos com este estudo, em consonância e em complementaridade com outros, reforçam a necessidade de se desempenharem cuidados diferenciados ao utente crítico, no que ao sono concerne.

Embora as UCI's pretendam salvar vidas, muitos dos seus sobreviventes sofrem, a curto e médio prazo, efeitos do internamento. Usualmente, são administrados, com fins terapêuticos, sedativos e analgésicos, em especial previamente a intervenções que causam dor e desconforto. Pese embora o objetivo principal seja a promoção do conforto, poderão agravar o sono, condicionando alterações capazes de provocar danos.

Assim, é importante aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do sono. Neste sentido, sendo esta uma área que necessita de melhoria, o Enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde mental poderá contribuir a nível formativo e educacional e clínico, com a formulação de planos de cuidados diferenciados, avaliando a situação clínica na sua globalidade e implementando as intervenções promotoras do sono ou capazes de minimizar os eventos adversos.

Estas intervenções poderão ser direcionadas para a prevenção dos distúrbios do sono, potenciando a aquisição de conhecimentos e estratégias que possibilitem lidar positivamente com a situação ou uma prática interventiva, partilhando informação e estratégias para mitigar os efeitos negativos dos distúrbios de sono.

A monitorização e avaliação do sono é prioritária, com recurso às ferramentas usadas (ou outras, devidamente validadas). Apesar disto, a implementação da evidência na prática clínica ainda é um desafio. É evidente que existem muitos desafios para promover o sono na UCI, apesar de, atualmente, a tendência é de manter o utente crítico mais acordado (ou menos sedado). Assim, é essencial que Enfermeiro em UCI use ferramentas de alta qualidade e validadas para atingir esse objetivo, assim como intervenções combinadas baseadas na evidência capazes de produzir os resultados esperados.

O Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica poderá contribuir para minimizar algumas das barreiras à prática baseada na evidência e, assim, questionar a prática, pesquisar, avaliar a evidência, sintetizá-la, implementá-la e monitorizar os resultados. Neste sentido, auxiliará o doente a vivenciar esta condição, compreendendo o que poderá condicionar e facilitar, em consonância com o proposto por (Meleis et al., 2000). O Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental auxiliará a atingir recursos que permitam a consciencialização e reconhecimento do processo, promovam o envolvimento e a satisfação. Para tal, é necessário monitorizar o resultado: de que forma o programa de intervenção foi eficaz no cumprimento do objetivo proposto e nos ganhos em saúde, perspetivando-se uma transição saudável.

### **3.2 Limitações**

Os resultados deste estudo devem ser interpretados com precaução, dado algumas limitações. Este estudo desenvolveu-se entre a primeira e a segunda vaga da pandemia por COVID-19, não sendo possível a sua realização durante a primeira vaga, por reformulação do serviço onde o estudo estava a ser realizado. Posto isto, o número de participantes deste estudo foi condicionado pelo agravamento da situação epidemiológica que levou a uma reorganização do serviço onde foram colhidos os dados. Assim, a lotação habitual de 36 camas (12 de nível II e 24 nível III), passou para 21 (12 de nível II e 9 de nível III). É importante referir que apesar de a lotação habitual da unidade ter sido reduzida de forma substancial (21 unidades), o serviço raramente se encontrou lotado. Provavelmente, este facto terá ocorrido, não só por diminuição substancial da atividade cirúrgica programada, como também pela drástica diminuição da afluência da população aos cuidados de saúde. Assim, os resultados obtidos poderão refletir esta limitação.

Consideramos também que não foram estudadas outras variáveis que possam condicionar a perceção individual do sono, nomeadamente fatores externos, como o

ruído, luminosidade, atividades de enfermagem, entre outros. O recurso a instrumentos de autopreenchimento, apesar da congruência destes com outros instrumentos de medida, refletem a perceção individual do participante sobre o seu sono, com todos os seus condicionalismos pois, sendo o sono multidimensional, englobando não só o tempo total de sono, como também o despertar, as expectativas, a perceção global, os despertares noturnos, o cansaço após acordar, a energia no dia-a-dia e outras diferentes funções, estes instrumentos poderão ser limitativos e não fornecer uma perspetiva global, já que diferentes ferramentas avaliam diferentes dimensões.

### **3.3 Sugestões**

Recomenda-se a realização de maior produção de investigação sobre esta temática.

Existem tópicos cuja evidência é particularmente escassa e de reduzida qualidade, como a influência da ventilação invasiva e modos ventilatório no sono do utente ou a ação dos fármacos inotrópicos ou com ação cardiovascular, comumente utilizados na UCI, na privação do sono e estratégias para, caso exista, minorar o efeito.

Estudos futuros poderão examinar os efeitos da relação entre gravidade da doença, idade, medicamentos e tempo de internamento na UCI com os padrões de sono-vigília na UCI, com recurso a diferentes ferramentas.

Propõe-se a realização de estudos quase-experimentais e/ou experimentais, multicêntricos, testando intervenções e/ou estratégias capazes de promover o sono.

## **CAPÍTULO IV:**

### **CONCLUSÃO**

## CONCLUSÃO

Este relatório é o culminar de um percurso de intensa aprendizagem e aquisição de conhecimentos, habilidades e competências em Enfermagem de saúde mental. Concretamente, este trabalho permitiu refletir sobre a prática especializada do Enfermeiro de saúde mental em ambientes de prestação de cuidados diferenciados, como é o caso da UCI.

Considera-se que os objetivos propostos foram atingidos, assim como conseguiu-se responder as questões orientadoras deste trabalho.

O utente internado em UCI é admitido por falência ou iminência de falência de um ou mais órgãos. Paradoxalmente, os profissionais das UCI, que pretendem salvar vidas, adotam intervenções, que têm efeitos adversos na saúde e no bem-estar seus utentes quer a curto, quer a médio prazo. Dentro dos fatores transtornantes, temos alguns que influenciam negativamente o sono.

A identificação dos fatores perturbadores do sono nos utentes internados numa UCI e monitorizando e avaliando qualitativa e quantitativamente o sono dos mesmos, torna-se possível elaborar planos de intervenção, baseados na evidência, com recurso a diferentes estratégias, melhorando conseqüentemente a sintomatologia psiquiátrica associada a alterações do sono.

A evidência aponta que neste ambiente tão específico, existem diversos fatores que poderão ser interferir com o sono dos utentes. Alguns desses fatores poderão ser minimizados (ruído, temperatura, luminosidade), e outros, que não sendo controláveis (idade, patologia psiquiátrica prévia), permitem ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria estar alerta, dado que poderão ser preditivos de possíveis alterações no sono durante e após o internamento.

Este estudo, apontou que a percepção da qualidade do sono, é pior: nas mulheres, naqueles que tinham patologia psiquiátricos prévia e naqueles com alterações do sono antes do internamento. Concluiu ainda, que aqueles com alterações do sono prévias, apresentam maiores níveis de stress, depressão e/ou ansiedade; e que aqueles com antecedentes de doença psiquiátrica, apresentam alterações no stress, depressão e/ou ansiedade.

Certo que todos os utentes internados em UCI poderão ter, em grau variável, possibilidade de apresentar alterações do sono, na realidade em análise, identificaram-se algumas características que poderão estar mais relacionadas com distúrbios do sono. Desta forma torna-se imperioso o estabelecimento, o mais precoce possível, de

intervenções promotoras do sono, assim como de intervenções que minimizem as variáveis que influenciam negativamente o mesmo.

Por fim, consideramos ter contribuído para uma melhor compreensão da pertinência do sono no utente internado em UCI, sugerindo-se a aplicação, por rotina, das escalas usadas neste estudo. Sugere-se, ainda, a formação da equipa de saúde sobre a promoção do sono e sua avaliação, dando a conhecer algumas das ferramentas usadas para rastreá-lo.

Deverá haver um enfoque na formação dos profissionais sobre a arquitetura do sono, sobre as implicações da alteração do sono e sobre os fatores intrínsecos e extrínsecos que podem contribuir para as mesmas.

A promoção do sono e do conforto é importante, sugerindo-se, apesar das limitações arquitetónicas das atuais UCI's, a individualização das unidades dos utentes de modo a promover uma diminuição do ruído em UCI.

Do nosso conhecimento, dada a escassez de estudos sobre a temática, em Portugal, o presente estudo é importante, podendo funcionar como alavanca para futuros estudos. Considera-se que deve haver mais investigação sobre as ferramentas adequadas e eficazes para monitorizar e avaliar a qualidade do sono no utente crítico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, O. P., Draper, B., Pirkis, J., Snowdon, J., Lautenschlager, N. T., Byrne, G., Sim, M., Stocks, N., Kerse, N., Flicker, L., & Pfaff, J. J. (2012). Anxiety, depression, and comorbid anxiety and depression: Risk factors and outcome over two years. *International Psychogeriatrics*, 24(10), 1622–1632. <https://doi.org/10.1017/S104161021200107X>
- Aydın Sayılan, A., Kulakaç, N., & Sayılan, S. (2021). The effects of noise levels on pain, anxiety, and sleep in patients. *Nursing in Critical Care*, 26(2), 79–85. <https://doi.org/10.1111/nicc.12525>
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 19(2), 93–107.
- Belleville, G., Cousineau, H., Levrier, K., St-Pierre-Delorme, M. E., & Marchand, A. (2010). The impact of cognitive-behavior therapy for anxiety disorders on concomitant sleep disturbances: a meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(4), 379–386. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.02.010>
- Beltrami, F. G., Nguyen, X. L., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., & Fagondes, S. (2015). Sono na unidade de terapia intensiva. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41(6), 539–546. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000056>
- Bixler, E. O., Papaliaga, M. N., Vgontzas, A. N., Lin, H. M., Pejovic, S., Karataraki, M., Vela-Bueno, A., & Chrousos, G. P. (2009). Women sleep objectively better than men and the sleep of young women is more resilient to external stressors: Effects of age and menopause. *Journal of Sleep Research*, 18(2), 221–228. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00713.x>
- Boyko, Y., Ørding, H., & Jennun, P. (2012). Sleep disturbances in critically ill patients in ICU: how much do we know? *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56(8), 1–9. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2012.02672.x>
- Boyko, Yuliya, Jennun, P., Nikolic, M., Holst, R., Oerding, H., & Toft, P. (2017). Sleep in intensive care unit: The role of environment. *Journal of Critical Care*, 37, 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.09.005>
- Cabello, B., Thille, A. W., Drouot, X., Galia, F., Master, B. E., Mancebo, J., & Brochard, L. (2008). Sleep quality in mechanically ventilated patients: Comparison of three ventilatory modes. *Critical Care Medicine*, 36(6), 1749–1755. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181743f41>

- Carrier, J., Semba, K., Deurveilher, S., Drogos, L., Cyr-Cronier, J., Lord, C., & Sekerovick, Z. (2017). Sex differences in age-related changes in the sleep-wake cycle. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 47, 66–85. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.07.004>
- Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M., Sabato, S., Mitchell, A. J., Croce, E., & Grassi, L. (2017). Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factors and screening for depression: a critical review. *Acta Oncologica*, 56(2), 146–155. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1266090>
- Chahraoui, K., Laurent, A., Bioy, A., & Quenot, J. P. (2015). Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study. *Journal of Critical Care*, 30(3), 599–605. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.02.016>
- Chan, M., Spieth, P. M., Quinn, K., & Parotto, M. (2014). *Circadian rhythms : From basic mechanisms to the intensive care unit*. 40(1), 246–253. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31822f0abe.Circadian>
- Chen, Y., Kartsonaki, C., Clarke, R., Guo, Y., Yu, C., Bian, Z., Jiang, Q., Li, S., Chen, J., Li, L., & Chen, Z. (2018). Characteristics and correlates of sleep duration, daytime napping, snoring and insomnia symptoms among 0.5 million Chinese men and women. In *Sleep Medicine* (Vol. 44, pp. 67–75). <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.11.1131>
- Claudia, R., Vignola, B., & Marcassa, A. (2014). Adaptation and validation of the depression , anxiety and stress scale ( DASS ) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Cohen, B. E., Edmondson, D., & Kronish, I. M. (2015). State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *American Journal of Hypertension*, 28(11), 1295–1302. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv047>
- Coker, A. O., Coker, O. O., & Sanni, D. (2018). Psychometric Properties of the 21-item Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). *African Research Review*, 12(2), 135–142.
- Colville, G. A., Smith, J. G., Brierley, J., Citron, K., Nguru, N. M., Shaunak, P. D., Tam, O., & Perkins-Porras, L. (2017). Coping with Staff Burnout and Work-Related Posttraumatic Stress in Intensive Care. *Pediatric Critical Care Medicine*, 18(7), e267–e273. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001179>
- Cooper, A. B., Thornley, K. S., Young, G. B., Slutsky, A. S., Stewart, T. E., & Hanly, P.

- J. (2000). Sleep in Critically Ill Patients Requiring Mechanical Ventilation \*. *CHEST*, 117(3), 809–818. <https://doi.org/10.1378/chest.117.3.809>
- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., Spuhler, V., Todres, I. D., Levy, M., Barr, J., Ghandi, R., Hirsch, G., & Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605–622. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB>
- Davydow, D. S., D, M., Gifford, J. M., D, M., Desai, S. V, D, M., Needham, D. M., Ph, D., Biennu, O. J., & Ph, D. (2008). *Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review* ☆. 30, 421–434. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.05.006>
- Delaney, L. J., Van Haren, F., & Lopez, V. (2015). Sleeping on a problem: the impact of sleep disturbance on intensive care patient - a clinical review. *Annals of Intensive Care*, 5(3).
- Dement, W., & Mitler, M. (1993). It's Time to Wake Up to the of Sleep Disorders. *JAMA*, 269(12), 1548–1550.
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Vice-chair, F., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., Joffe, A. M., Kho, M. E., Kress, J. P., Lanphere, J. A., ... Kiedrowski, K. (2018). *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain , Agitation / Sedation , Delirium , Immobility , and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU*. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Ding, Q., Redeker, N., Pisani, M., Yaggi, H., & Knauert, M. (2015). Factors influencing patients' sleep in the intensive care unit: perceptions of patients and clinical staff. *American Journal of Critical Care*, 24(800), 474–479.
- Dreyer, Z., Henn, C., Hill, C., Henn, C., & Hill, C. (2019). *Validation of the Depression Anxiety Stress Scale-21 ( DASS-21 ) in a non-clinical sample of South African working adults*. 0237. <https://doi.org/10.1080/14330237.2019.1647499>
- Elías, M. N., Munro, C. L., Liang, Z., Calero, K., & Ji, M. (2019). Sleep and Intensive Care Unit-Acquired Weakness in Critically Ill Older Adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38(1), 20–28. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000335>
- Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell, F. E., Inouye, S.

- K., Bernard, G. R., & Dittus, R. S. (2004). Delirium as a Predictor of Mortality in Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. *Journal of the American Medical Association*, 291(14), 1753–1762. <https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1753>
- Engwall, M., Fridh, I., Johansson, L., Bergbom, I., & Lindahl, B. (2015). Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(6), 325–335. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.001>
- Fitzpatrick, J. J., Campo, T. M., & Gacki-Smith, J. (2014). Emergency Care Nurses: Certification, Empowerment, and Work-Related Variables. *Journal of Emergency Nursing*, 40(2), e37–e43. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2013.01.021>
- Freedman, N. S., Gazendam, J., Levan, L., Pack, A. I., & Schwab, R. J. (2001). *Abnormal Sleep / Wake Cycles and the Effect of Environmental Noise on Sleep Disruption in the Intensive Care Unit*. 163, 451–457.
- Friese, R. S., Diaz-Arrastia, R., McBride, D., Frankel, H., & Gentilello, L. M. (2007). Quantity and quality of sleep in the surgical intensive care unit: Are our patients sleeping? *Journal of Trauma*, 63(6), 1210–1214. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e31815b83d7>
- Gabor, J. Y., Cooper, A. B., Crombach, S. A., Lee, B., Kadikar, N., Bettger, H. E., & Hanly, P. J. (2003). Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 167(5), 708–715. <https://doi.org/10.1164/rccm.2201090>
- Gao, C. A., & Knauert, M. P. (2019). Circadian Biology and Its Importance to Intensive Care Unit Care and Outcomes. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 40(5), 629–637. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1698394>
- Griffiths, J., Fortune, G., Barber, V., & Young, J. D. (2007). The prevalence of post traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 33. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0730-z>
- Harrison, Y., & Horne, J. A. (2000). The impact of sleep deprivation on decision making: A review. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 6(3), 236–249. <https://doi.org/10.1037//1076-898x.6.3.236>
- Herling, S. F., Greve, I. E., Vasilevskis, E. E., Egerod, I., Bekker Mortensen, C., Møller, A. M., Svenningsen, H., & Thomsen, T. (2018). Interventions for preventing intensive care unit delirium in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,

- 2018(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009783.pub2>
- Hu, R., Jiang, X., Chen, J., Chen, X., Li, Y., Huinning, X., & Evans, D. (2015). Nonpharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008808.pub2>
- Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., Taito, S., Nakamura, K., Unoki, T., Kawai, Y., Kenmotsu, Y., Saito, M., Yamakawa, K., & Nishida, O. (2019). Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Medicine & Surgery*, 6(3), 233–246. <https://doi.org/10.1002/ams2.415>
- Johansen, S. L., Stenhaug, B. A., Robakis, T. K., Williams, K. E., & Cullen, M. R. (2020). Past psychiatric conditions as risk factors for postpartum depression: A nationwide cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(1), E1–E9. <https://doi.org/10.4088/JCP.19m12929>
- Kamdar, B. B., Knauert, M. P., Jones, S. F., Parsons, E. C., Parthasarathy, S., Pisani, M. A., Chlan, L. L., Collop, N. A., D'Ambrosio, C., Drouot, X., Friese, R., Gehlbach, B. K., Krupski, T., Malik, V., Owens, R. L., Redeker, N. S., Richards, K., Schwab, R., Shaikh, H., ... Weinhouse, G. L. (2016). Perceptions and practices regarding sleep in the intensive care unit a survey of 1,223 critical care providers. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(8), 1370–1377. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201601-087OC>
- Knauert, M. P., Haspel, J. A., & Pisani, M. A. (2015). Sleep Loss and Circadian Rhythm Disruption in the Intensive Care Unit. *Clinics in Chest Medicine*, 36(3), 419–429. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2015.05.008>
- Konkani, A., & Oakley, B. (2012). Noise in hospital intensive care units — a critical review of a critical topic. *Journal of Critical Care*, 27(5), 522.e1-522.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2011.09.003>
- Krueger, C., Schue, S., & Parker, L. (2007). Neonatal intensive care unit sound levels before and after structural reconstruction. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(6), 358–362. <https://doi.org/10.1097/01.NMC.0000298131.55032.76>
- Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1–13.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>

- Lewis, S., Schofield-Robinson, O., Alderson, P., & Smith, A. (2018). Propofol for the promotion of sleep in adults in the intensive care unit (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012454.pub2>.
- Litton, E., Carnegie, V., Elliott, R., & Webb, S. A. R. (2016). The efficacy of earplugs as a sleep hygiene strategy for reducing delirium in the ICU: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 44(5), 992–999. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001557>
- Locihová, H., Axmann, K., Padyšáková, H., & Fejfar, J. (2018). Effect of the use of earplugs and eye mask on the quality of sleep in intensive care patients: a systematic review. *Journal of Sleep Research*, 27(3). <https://doi.org/10.1111/jsr.12607>
- Marques, M. A. (2016). *A intervenção de enfermagem na promoção do sono: a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
- Martín-Merino, E., Ruigómez, A., Wallander, M. A., Johansson, S., & García-Rodríguez, L. A. (2009). Prevalence, incidence, morbidity and treatment patterns in a cohort of patients diagnosed with anxiety in UK primary care. *Family Practice*, 27(1), 9–16. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp071>
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., & Wittchen, H. U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 385–395. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.012>
- McKinley, S., Aitken, L. M., Alison, J. A., King, M., Leslie, G., Burmeister, E., & Elliott, D. (2012). Sleep and other factors associated with mental health and psychological distress after intensive care for critical illness. *Intensive Care Medicine*, 38(4), 627–633. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2477-4>
- Medrzycka-Dabrowska, W., Lewandowska, K., Kwiecień-Jagus, K., & Czyz-Szypenbajl, K. (2018). Sleep deprivation in Intensive Care Unit-systematic review. *Open*

- Medicine (Poland)*, 13(1), 384–393. <https://doi.org/10.1515/med-2018-0057>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mellman, T. A. (2006). Sleep and Anxiety Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(4), 1047–1058. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2006.08.005>
- Mistraletti, G., Zambrelli, E., Elia, G., & Destrebecq, A. (2008). *Sleep and delirium in the Intensive Care Unit. May 2014.*
- Moskowitz, E. E., Overbey, D. M., Jones, T. S., Jones, E. L., Arcomano, T. R., Moore, J. T., & Robinson, T. N. (2017). Post-operative delirium is associated with increased 5-year mortality. *American Journal of Surgery*, 214(6), 1036–1038. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.08.034>
- Mukherjee, S., Patel, S. R., Kales, S. N., Ayas, N. T., Strohl, K. P., Gozal, D., & Malhotra, A. (2015). An official American Thoracic Society statement: The importance of healthy sleep: Recommendations and future priorities. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 191(12), 1450–1458. <https://doi.org/10.1164/rccm.201504-0767ST>
- Oldroyd, C., Scholz, A. F. M., Hinchliffe, R. J., McCarthy, K., Hewitt, J., & Quinn, T. J. (2017). A systematic review and meta-analysis of factors for delirium in vascular surgical patients. *Journal of Vascular Surgery*, 66(4), 1269-1279.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2017.04.077>
- Ossola, P., Paglia, F., Pelosi, A., De Panfilis, C., Conte, G., Tonna, M., Ardissino, D., & Marchesi, C. (2015). Risk factors for incident depression in patients at first acute coronary syndrome. *Psychiatry Research*, 228(3), 448–453. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.063>
- Pais-ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). *CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DAS ESCALAS DE ANSIEDADE , DEPRESSÃO E STRESS ( EADS ) DE 21 ITENS DE LOVIBOND E LOVIBOND Ao longo dos tempos as relações entre as dimensões afectivas negativas , ansiedade e depressão , têm sido consider.* 5(2), 229–239.
- Papadimitriou, G. N., & Linkowski, P. (2005). Sleep disturbance in anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 17(4), 229–236. <https://doi.org/10.1080/09540260500104524>

- Park, S. H., Song, Y. J. C., Demetriou, E. A., Pepper, K. L., Thomas, E. E., Hickie, I. B., & Guastella, A. J. (2020). Validation of the 21-Item Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21) in individuals with Autism Spectrum Disorder. *Psychiatry Research*, 113300. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113300>
- Parthasarathy, S., & Tobin, M. J. (2002). *Effect of Ventilator Mode on Sleep Quality in Critically Ill Patients*. 100 ml. <https://doi.org/10.1164/rccm.200209-999OC>
- Phillips, A. C., Carroll, D., & Der, G. (2015). Negative life events and symptoms of depression and anxiety: stress causation and/or stress generation. *Anxiety, Stress and Coping*, 28(4), 357–371. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1005078>
- Pires, G. N., Bezerra, A. G., Tufik, S., & Andersen, M. L. (2016). Effects of acute sleep deprivation on state anxiety levels: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 24, 109–118. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.07.019>
- Pisani, M. A., Friese, R. S., Gehlbach, B. K., Schwab, R. J., Weinhouse, G. L., & Jones, S. F. (2015). Sleep in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 191(7), 731–738. <https://doi.org/10.1164/rccm.201411-2099CI>
- Pogosova, N., Kotseva, K., De Bacquer, D., Von Känel, R., De Smedt, D., Bruthans, J., & Dolzhenko, M. (2017). Psychosocial risk factors in relation to other cardiovascular risk factors in coronary heart disease: Results from the EUROASPIRE IV survey. A registry from the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(13), 1371–1380. <https://doi.org/10.1177/2047487317711334>
- Poongkunran, C., John, S., Kannan, A., Shetty, S., Bime, C., & Parthasarathy, S. (2015). A Meta-Analysis Of Sleep-Promoting Interventions During Critical Illness. *American Journal of Medicine*, 128(10), 1126–1137. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.05.026.A>
- Porras-Segovia, A., Pérez-Rodríguez, M. M., López-Esteban, P., Courtet, P., Barrigón M, M. L., López-Castromán, J., Cervilla, J. A., & Baca-García, E. (2019). Contribution of sleep deprivation to suicidal behaviour: A systematic review. In *Sleep Medicine Reviews* (Vol. 44). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2018.12.005>
- Pulak, L. M., & Jensen, L. (2016). Sleep in the Intensive Care Unit: A Review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 31(1), 14–23. <https://doi.org/10.1177/0885066614538749>
- Ratzer, M., Romano, E., & Elklit, A. (2014). *Trauma & Treatment Posttraumatic Stress Disorder in Patients Following Intensive Care Unit Treatment : A Review of Studies*

- Regarding Prevalence and Risk Factors*. 3(2). <https://doi.org/10.4172/2167-1222.1000190>
- Richards, K., O'Sullivan, P., & Phillips, R. (2000). Measurement of Sleep in Critically Ill Patients. *Journal of Nursing Measurement*, 8(2). <https://doi.org/10.1891/1061-3749.8.2.131>
- Richards, K., Wang, Y., Jun, J., & Ye, L. (2020). A Systematic Review of Sleep Measurement in Critically Ill Patients. *Frontiers in Neurology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.542529>
- Ritmala-Castren, M., Axelin, A., Kiljunen, K., Sainio, C., & Leino-Kilpi, H. (2017). Sleep in the intensive care unit – nurses' documentation and patients' perspectives. *Nursing in Critical Care*, 22(4), 238–246. <https://doi.org/10.1111/nicc.12102>
- Rood, P., Huisman - de Waal, G., Vermeulen, H., Schoonhoven, L., Pickkers, P., & van den Boogaard, M. (2018). Effect of organisational factors on the variation in incidence of delirium in intensive care unit patients: A systematic review and meta-regression analysis. *Australian Critical Care*, 31(3), 180–187. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.002>
- Rua, F. (2020). Cuidados Intensivos: do passado ao futuro. In J. A. Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1st ed., pp. 3–6). LIDEL.
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2016). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 0(49), 153–171.
- Sareli, A. E., & Schwab, R. J. (2008). *The Sleep-Friendly ICU*. 24, 613–626. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2008.02.007>
- Satomi, M., Takeda, J. R. T., Carrara, F. S. A., Cohrs, C. R., Zanei, S., & Whitaker, I. Y. (2016). Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 50(4), 587–593. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500014>

- Scholten, A. C., Haagsma, J. A., Crossen, M. C., Olff, M., Van Beeck, E. F., & Polinder, S. (2016). Prevalence of and Risk Factors for Anxiety and Depressive Disorders after Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *Journal of Neurotrauma*, *33*(22), 1969–1994. <https://doi.org/10.1089/neu.2015.4252>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, *26*(2), 119–127.
- Shakeel, N., Eberhard-Gran, M., Sletner, L., Slinning, K., Martinsen, E. W., Holme, I., & Jenum, A. K. (2015). A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *15*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0420-0>
- Shi, L., Lu, Z.-A., Que, J.-Y., Huang, X.-L., Liu, L., Ran, M.-S., Gong, Y.-M., Yuan, K., Yan, W., Sun, Y.-K., Shi, J., Bao, Y.-P., & Lu, L. (2020). Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Network Open*, *3*(7), e2014053. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.14053>
- Shi, Y., Yang, D., Zeng, Y., & Wu, W. (2017). Risk Factors for Post-stroke Depression: A Meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00218>
- Simons, K. S., Verweij, E., Lemmens, P. M. C., Jelfs, S., Park, M., Spronk, P. E., Sonneveld, J. P. C., Feijen, H. M., Van Der Steen, M. S., Kohlrausch, A. G., Van Den Boogaard, M., & De Jager, C. P. C. (2018). Noise in the intensive care unit and its influence on sleep quality: A multicenter observational study in Dutch intensive care units. *Critical Care*, *22*(1), 4–11. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2182-y>
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, *51*(2), 100–113. <https://doi.org/10.1177/070674370605100206>
- Stewart, J. A., Green, C., Stewart, J., & Tiruvoipati, R. (2017). Factors influencing quality of sleep among non-mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit. *Australian Critical Care*, *30*(2), 85–90. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.02.002>
- Teixeira, A. C., & Vieira, F. (2020). O Perfil do Enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos. In J. A. Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1st ed., pp. 21–24). LIDEL.
- Tembo, A. C., & Parker, V. (2009). Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, *25*(6), 314–322.

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.07.002>

- Thille, A. W., Reynaud, F., Marie, D., Barrau, S., Rousseau, L., Rault, C., Diaz, V., Meurice, J. C., Coudroy, R., Frat, J. P., Robert, R., & Drouot, X. (2018). Impact of sleep alterations on weaning duration in mechanically ventilated patients: A prospective study. *European Respiratory Journal*, 51(4). <https://doi.org/10.1183/13993003.02465-2017>
- Thompson, D. R., Hamilton, D. K., Cadenhead, C. D., Swoboda, S. M., Schwindel, S. M., Anderson, D. C., Schmitz, E. V., St. Andre, A. C., Axon, D. C., Harrell, J. W., Harvey, M. A., Howard, A., Kaufman, D. C., & Petersen, C. (2012). Guidelines for intensive care unit design. *Critical Care Medicine*, 40(5), 1586–1600. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182413bb2>
- Tran, T., Tran, T., & Fischer, J. (2013). Validation of the depression anxiety stress scales(DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*, 13.
- Valentin, A., Ferdinande, P., Group, E. W., & Improvement, on Q. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: Structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- Vincent, J. L., Lefrant, J. Y., Kotfis, K., Nanchal, R., Martin-Loeches, I., Wittebole, X., Sakka, S. G., Pickkers, P., Moreno, R., Sakr, Y., Pavlik, P., Manak, J., Kieslichova, E., Turek, R., Fischer, M., Valkova, R., Dadak, L., Dostal, P., Malaska, J., ... Williams, D. (2018). Comparison of European ICU patients in 2012 (ICON) versus 2002 (SOAP). *Intensive Care Medicine*, 44(3), 337–344. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-5043-2>
- Warlan, H., & Howland, L. (2015). Posttraumatic stress syndrome associated with stays in the intensive care unit: Importance of nurses' involvement. *Critical Care Nurse*, 35(3), 44–52. <https://doi.org/10.4037/ccn2015758>
- Wassenaar, A., Van Den Boogaard, M., Schoonhoven, L., Donders, R., & Pickkers, P. (2017). Delirium prediction in the intensive care unit: Head to head comparison of two delirium prediction models. *Intensive Care Medicine Experimental*, 5(2), 1–9. <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L619043579%0Ahttp://dx.doi.org/10.1186/s40635-017-0151-4%0Ahttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=2197425X&id=doi:10.1186%2Fs40635-017-0151-4&atitle=Delirium+prediction+in+>

- Wen, S., Xiao, H., & Yang, Y. (2019). The risk factors for depression in cancer patients undergoing chemotherapy: a systematic review. In *Supportive Care in Cancer* (Vol. 27, Issue 1, pp. 57–67). <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4466-9>
- Wenham, T., & Pittard, A. (2009). Intensive care unit environment. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 9(6), 178–183.
- Wiseman, T. A., Curtis, K., Lam, M., & Foster, K. (2015). Incidence of depression, anxiety and stress following traumatic injury: A longitudinal study. In *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* (Vol. 23, Issue 1). <https://doi.org/10.1186/s13049-015-0109-z>
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B. I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R. V., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R. W., Vazquez, G., Kapczinski, F., ... Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20(2), 97–170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>
- Younis, M. B., Hayajneh, F., & Batiha, A. M. (2019). Measurement and nonpharmacologic management of sleep disturbance in the intensive care units: A literature review. *Critical Care Nursing Quarterly*, 42(1), 75–80. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000240>
- Zamoscik, K., Godbold, R., & Freeman, P. (2017). Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40, 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.003>

## **ANEXOS**

## **Anexo I - Instrumentos de Colheita de dados**

Parte 1: Dados Biográficos

Parte 2: Richards-Campbell Sleep Questionnaire

Parte 3: Fatores que perturbaram o Sono

Parte 4: Escala de Avaliação da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Nº

Questionário		
Unidade de Internamento: Intensivos    Intermédios <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Data:    /    /2020
Dias de Internamento:	Turno:	
<b>Parte 1: Dados Biográficos</b>		
Nº		
Idade:	Genero:	Estado Civil:
Diagnóstico de admissão:		
Escala de Coma de Glasgow:		
Orientação:		
Comunicação: Verbal    Não-verbal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Antecedentes:		
Antecedentes Psiquiátricos:		
Tinha alterações do sono antes de ser internado: Sim    Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Medicação indutora do sono <b>antes</b> do internamento: Sim    Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Benzodiazepinas <input type="checkbox"/> Outra: _____		
Medicação indutora do sono <b>durante</b> do internamento: Sim    Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Benzodiazepinas <input type="checkbox"/>		
Outra: _____		
Outros fármacos que possam interferir no sono <b>durante</b> o internamento:		
Opiáceos <input type="checkbox"/>	Drogas sedativas (como propofol) <input type="checkbox"/>	
Adrenalina <input type="checkbox"/>	Corticosteróides <input type="checkbox"/>	
Outra <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	

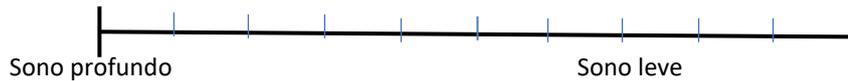
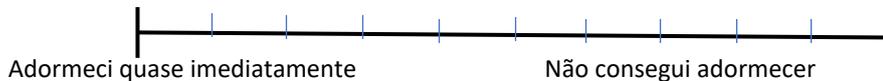
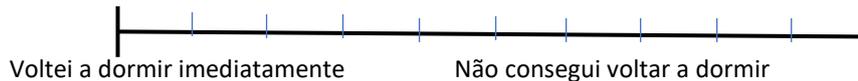
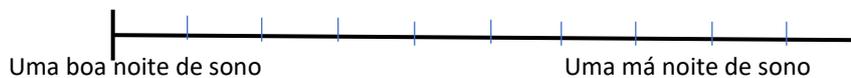
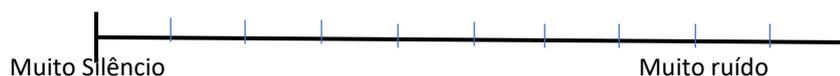
**Parte 2: Richards-Campbell Sleep Questionnaire**

(Richard ET AL. , 2005).

Validado para português por Marques (2016).

O questionário abaixo pretende avaliar o seu sono quer em termos de qualidade como de quantidade na noite passada.

Cada uma das questões abaixo é respondida pela colocação de um "X" na linha da resposta. Coloque o seu "X" no lugar da linha que melhor descreva o que sente em relação ao seu sono na noite passada.

**1 – O meu sono na noite passada foi:****2 – Na noite passada, a primeira vez que tentei dormir eu:****3 – Na noite passada eu estive:****4 – Na noite passada, quando acordei ou fui acordado, eu:****5 – Descreveria o meu sono na noite passada, como:****6 – Descreveria o nível de ruído da noite passada como:****Parte 3: Fatores que perturbaram o Sono**

**Assinale 3 fatores que perturbaram o seu sono na noite passada. Enumere-os por ordem decrescente, sendo o 3 o que mais interferiu.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ruído do equipamento       | <input type="checkbox"/> Ruído de outros utentes    |
| <input type="checkbox"/> Conversa dos profissionais | <input type="checkbox"/> Administração de medicação |
| <input type="checkbox"/> Procedimentos efetuados    | <input type="checkbox"/> Posicionamentos            |
| <input type="checkbox"/> Iluminação                 | <input type="checkbox"/> Nenhum. Dormi Bem.         |
| <input type="checkbox"/> Dores                      |   |
| <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____       |   |

<b>Parte 4: EADS-21</b> (Lovibond e Lovibond, 1995) Validado para português por Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004).					
Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <b>durante a semana passada</b> . Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.					
<i>A classificação é a seguinte:</i> 0- não se aplicou nada a mim 1- aplicou-se a mim algumas vezes 2- aplicou-se a mim de muitas vezes 3- aplicou-se a mim a maior arte das vezes					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3
<b>OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO</b>					

**Anexo II - Autorização para utilização do *Richards-Campbell*  
*Sleep Questionnaire*, validado para Portugal**

---

**From:** Marisa Alexandra Marques <mary\_xanita@hotmail.com>  
**Sent:** Tuesday, February 18, 2020 11:10:16 PM  
**To:** rui silva <ruirdsilva@hotmail.com>; mary-xanita@hotmail.com <mary-xanita@hotmail.com>  
**Subject:** Re: Pedido de autorização para utilização de questionário sobre o sono nas UCI

Boa noite Sr. Enfermeiro Rui Silva.

É com muito gosto que visualizo alguém que queira investir numa área pouco falada no nosso país, e que com a qual me identifico bastante.  
Neste sentido, autorizo a aplicação do Richard Campbell Sleep Questionnaire (versão validada para Portugal), sob duas condições:

- que seja feita a devida referência à dissertação;
- que os autores originais da escala sejam informados da utilização.

Os melhores cumprimentos,  
Marisa Marques

Obter o [Outlook para iOS](#)

---

**De:** rui silva <ruirdsilva@hotmail.com>  
**Enviado:** Tuesday, February 18, 2020 10:45:24 PM  
**Para:** mary\_xanita@hotmail.com <mary\_xanita@hotmail.com>; mary-xanita@hotmail.com <mary-xanita@hotmail.com>  
**Assunto:** Pedido de autorização para utilização de questionário sobre o sono nas UCI

Bom dia, Sra. Enfermeira Marisa Alexandra Marques.

Sou enfermeiro no Serviço de Cuidados Intensivos/ Cuidados Intermédios, no Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António e aluno do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e no âmbito do mestrado pretendo estudar a percepção que os doentes da minha unidade têm sobre o seu sono.

Assim, gostaria de ter a sua autorização para aplicação do Richard Campbell Sleep Questionnaire (versão validada para Portugal).

Os melhores cumprimentos,  
Rui Ricardo Domingues Silva  
(Tlmv: [912 453 537](tel:912453537))

**Anexo III - Autorização para utilização da Escala de  
Avaliação da Ansiedade, Depressão e Stress  
(EADS), validado para Portugal**

Data: 19-02-2020 [18:40:01 WET]  
De: rui silva <ruirdsilva@hotmail.com>  
Para: u10101@chporto.min-saude.pt  
Assunto: Fwd: Pedido de autorização para utilização de questionário EADS

Obter o [Outlook para Android](#)

---

**De:** José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>  
**Enviado:** quarta-feira, 19 de fevereiro de 2020, 09:47  
**Para:** rui silva  
**Assunto:** RE: Pedido de autorização para utilização de questionário EADS

Cara colega

Não nos opomos ao uso da versão da EADS que traduzimos e estudámos para uso com a população portuguesa.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro  
[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)  
mobile phone: (351) 965045590  
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>  
ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)  
Publons- <https://publons.com/researcher/1653344/jose-luis-pais-ribeiro/>

---

**De:** rui silva [ruirdsilva@hotmail.com]  
**Enviado:** terça-feira, 18 de Fevereiro de 2020 22:57  
**Para:** José Luis Pais Ribeiro; José Luis Pais Ribeiro  
**Assunto:** Pedido de autorização para utilização de questionário EADS

Bom dia, Sr. Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro.

Sou enfermeiro no Serviço de Cuidados Intensivos/ Cuidados Intermédios, no Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António e aluno do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e no âmbito do mestrado pretendo estudar não só a percepção que os doentes da minha unidade têm sobre a qualidade do seu sono, como também, qual a relação existente entre a percepção da qualidade do sono com a ansiedade, depressão e Stress.

Assim, gostaria de ter a sua autorização para aplicação do Questionário EADS.

Os melhores cumprimentos,  
Rui Ricardo Domingues Silva

**Anexo IV- Autorização para realização do estudo**

Exmo. Sr. Enf. Rui Silva

Serviço de Cuidados Intensivos/Intermédios

**ASSUNTO:** Trabalho Académico -Mestrado - “Avaliação da percepção da qualidade de sono, ansiedade e depressão em doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos” – N/ REF.ª 2020.053(043-DEFI/045-CE)

O Conselho de Administração do CHUP autoriza a realização do estudo acima mencionado, a realizar no Serviço de Cuidados Intensivos desta Instituição e tendo como Investigador Principal o Enf. Rui Silva.

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética do CHUP|ICBAS, pelo Serviço de Investigação Clínica, pela Direção do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHUP, pela Direção de Enfermagem e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido parecer favorável.

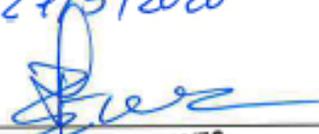
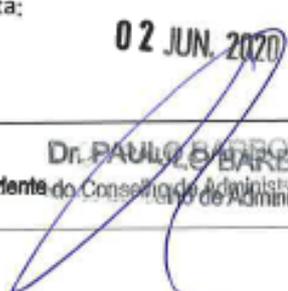
Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
03/06/2020

Dr. PAULO BARBOSA	Dr.ª ÉLIA GOMES
Presidente	Vogal Executiva
Prof. Doutor JOSÉ BARROS	Dr.ª RITA MOREIRA
Director Clínico	Vogal Executiva
Enf.ª EDUARDO ALVES	
Enfermeiro Divul.	

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - MESTRADO

Título: "Avaliação da percepção da qualidade de sono, ansiedade e depressão em doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos"	Ref.º: 2020.053(043-DEFI/045-CE)
	Investigador: Enf. Rui Silva Serviço de Cuidados Intensivos/Intermédios

<b>DIREÇÃO DE ENFERMAGEM:</b>  <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL  <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL  Data: 27/5/2020   EDUARDO ALVES Enfermeiro Diretor	<b>PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO:</b>  <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL  <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL  Data: 02 JUN. 2020   Dr. PAULO B. BARBOSA Presidente do Conselho de Administração do CHUP
---	---

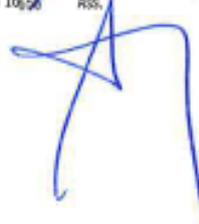
PARECER FAVORÁVEL

02 JUN. 2020

Dr. SEVERO TORRES  
Assessor do Presidente do Conselho de Administração

Em conformidade. Pode ser autorizado

CHP - ~~043-DEFI~~ DEFI  
ANTÓNIO MANUEL SILVA <sup>12.30</sup>  
Enf. Supervisor 21.01.2024  
Nº Ordem 1850 Ass.



COMISSÃO DE ÉTICA CHUP / ICBAS

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 20/05/2020	Órgão: Reunião Plenária
Título: "Avaliação da perceção da qualidade de sono, ansiedade e depressão em doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos"		Ref.º: 2020.053(043-DEFI/045-CE)
Protocolo/Versão: TA-MESTRADO	Promotor: o(a) próprio(a)	Investigador / Local: Rui Silva Serviço de UCI - CHUP

A Comissão de Ética CHUP / ICBAS, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de Outubro, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do **TA-MESTRADO** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética CHUP / ICBAS presentes:

Presidente Interina: Dr.ª Paulina Aguiar

Prof.ª Doutora Carla Teixeira, Dr.ª Cármen de Carvalho, Dr.ª ~~Fernanda Manuela Gosta~~, Dr. Gonçalo Senra, Prof. Doutor João Nuno Melo Beirão, Prof. Doutor José António Pinho, Dr.ª ~~Helena Ramos~~, Prof.ª Doutora Maria Strecht, Prof.ª Doutora Paula Cristina Pereira, Prof. Doutor Paulo Costa.

Resultado da votação:

**PARECER FAVORÁVEL**

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior,

Data 20/05/2020

A Presidente Interina da Comissão de Ética CHUP / ICBAS

Dr.ª Paulina Aguiar

30/03/2020

2020-053 (043-DEFI/045-CES) " AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE SONO ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM D...

Data: 30-03-2020 [14:42:05 WEST]  
De: f00559@chporto.min-saude.pt  
Para: ruidsilva@hotmail.com  
Cc: diretora.defi@chporto.min-saude.pt, Isabel Fonseca - <ifonseca.defi@chporto.min-saude.pt>, apmiller.uigo@chporto.min-saude.pt  
Assunto: 2020-053 (043-DEFI/045-CES) " AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE SONO ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM DOENTES INTERNADOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS",

Exmo. Estudante Rui Ricardo Domingues da Silva,

O Gabinete Coordenador da Investigação apreciou o Trabalho Académico de Investigação: 2020-053 (043-DEFI/045-CES) " AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE SONO ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM DOENTES INTERNADOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS", tendo emitido o parecer que segue em anexo.

Informa-se o investigador que o processo segue para a Comissão de Ética para análise dos aspectos éticos.

O investigador deve aguardar a comunicação de autorização institucional para iniciar o estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Paulo Pinto

Secretariado do Gabinete Coordenador da Investigação

Centro Hospitalar e Universitário do Porto, EPE

Telf: 22 2077500 Ext: 4387

Email:gabinete.investigacao.defi@hgsa.min-saude.pt

**Anexo V- Informação fornecida aos possíveis participantes no  
estudo**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **Avaliação da percepção da qualidade de sono, ansiedade, depressão e stress em utentes internados numa unidade de cuidados intensivos.**

Eu, \_\_\_\_\_:

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a avaliar a qualidade de sono durante o internamento no serviço de Cuidados Intensivos/ Cuidados Intermédios e a relação deste (o sono) com sintomas de ansiedade, depressão e stress.

Sei que neste estudo está prevista a realização de questionários sobre o sono, ansiedade depressão e stress tendo-me sido explicado em que consistem e qual a finalidade.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a autorizar a participação ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Participante no estudo \_\_\_\_\_

Data

\_\_/\_\_/\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

Nome do Investigador Responsável: **Rui Ricardo Domingues da Silva**

Data

\_\_/\_\_/\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

# Esclarecimento sobre o estudo

Caro participante:

Eu, Rui Ricardo Domingues da Silva, enfermeiro no Serviço de Cuidados Intensivos/ Cuidados Intermédios Médico-Cirúrgicos (serviço onde se encontra), encontro-me a frequentar o Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Neste âmbito pretendo desenvolver um estudo que se designa por:

**“Avaliação da perceção da qualidade de sono, ansiedade, depressão e stress em utentes internados numa unidade de cuidados intensivos.”**

Para esse efeito, venho por este meio solicitar a sua participação, para responder a um questionário que permitirá avaliar a forma como dormiu durante a noite.

Informo que:

- Os dados recolhidos serão anónimos e terão uso exclusivo para este trabalho;
- Pode recusar a participação ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto;
- A participação neste estudo não prevê qualquer interferência no seu tratamento quer médico, quer de Enfermagem;
- Sempre que necessitar pode fazer perguntas e esclarecer qualquer dúvida.
- Pode ter acesso aos resultados/conclusões deste estudo através do contacto, via email: ruidsilva@hotmail.com

Agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração na resposta ao questionário em questão.

Participante:

---

Investigador:

---

Data: \_\_/\_\_/\_\_

