

PROMOÇÃO DA HIGIENE DO SONO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO CONTEXTO DA TERAPIA INTENSIVA

PROMOTION OF SLEEP HYGIENE IN PATIENTS WITH HEART FAILURE IN THE INTENSIVE CARE SETTING

PROMOCIÓN DE LA HIGIENE DEL SUEÑO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL CONTEXTO DE LA TERAPIA INTENSIVA

Marcelo Rodrigues da Silva¹
Geisyani Francisca Gomes Prudente²
Nahieny Gomes Prudente³
Sannara das Graças Freitas de Moraes Alcântara⁴
Luís Rafael da Silva Bezerra⁵
Kallyne Rose da Silva Rodrigues⁶
Hortência Christina de Oliveira Sousa⁷

RESUMO: Esse artigo buscou relatar a experiência de promoção da higiene do sono em pacientes com insuficiência cardíaca internados em unidades de terapia intensiva, destacando a importância dessa prática no cuidado multiprofissional. Trata-se de um estudo descritivo, narrativo e reflexivo, construído a partir de vivências assistenciais no campo da cardiologia, ocorridas no ano de 2025, registradas em diário de campo, sistematizadas em vinhetas clínicas e interpretadas por meio da análise temática. As experiências apresentadas envolveram dois pacientes, Luís e Inácio, cujas dificuldades para dormir revelaram aspectos clínicos, emocionais, medicamentosos, corporais e institucionais relacionados à internação em UTI. Os principais resultados evidenciaram que a insônia, quando escutada para além da queixa imediata, pode funcionar como sinal de sofrimento e abrir caminhos para intervenções integradas pela equipe multiprofissional de assistência. Conclui-se que a higiene do sono deve ser reconhecida como parte do cuidado integral ao paciente crítico com insuficiência cardíaca, pois contribui para a recuperação clínica, a saúde mental, a adesão ao tratamento e a qualidade da assistência em terapia intensiva.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca. Unidade de Terapia Intensiva. Equipe de Saúde Multidisciplinar. Higiene do Sono. Psicoeducação.

¹Psicólogo hospitalar, especialista em Cuidado Cardiopulmonar e residente em Terapia Intensiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

²Fisioterapeuta. Mestre em Ciências Médico-Cirúrgicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

³Psicóloga e pedagoga. Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

⁴Psicóloga. Pós-graduanda em Psicologia Existencial Humanista e Fenomenológica pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI).

⁵Psicólogo pela Universidade Christus (Unichristus).

⁶Psicóloga hospitalar, residente em Terapia Intensiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

⁷Enfermeira e Psicóloga hospitalar, mestranda no Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

ABSTRACT: This article aimed to report the experience of promoting sleep hygiene in patients with heart failure admitted to intensive care units, highlighting the importance of this practice in multiprofessional care. This is a descriptive, narrative, and reflective study, developed from care experiences in the field of cardiology that occurred in 2025, recorded in a field diary, systematized into clinical vignettes, and interpreted through thematic analysis. The experiences presented involved two patients, Luís and Inácio, whose difficulties sleeping revealed clinical, emotional, medication-related, bodily, and institutional aspects associated with ICU hospitalization. The main results showed that insomnia, when listened to beyond the immediate complaint, can function as a sign of suffering and open pathways for integrated interventions by the multiprofessional care team. It is concluded that sleep hygiene should be recognized as part of comprehensive care for critically ill patients with heart failure, as it contributes to clinical recovery, mental health, treatment adherence, and the quality of care in intensive care.

Keywords: Heart Failure. Intensive Care Unit. Multidisciplinary Health Team. Sleep Hygiene. Psychoeducation.

RESUMEN: Este artículo buscó relatar la experiencia de promoción de la higiene del sueño en pacientes con insuficiencia cardíaca internados en unidades de terapia intensiva, destacando la importancia de esta práctica en el cuidado multiprofesional. Se trata de un estudio descriptivo, narrativo y reflexivo, construido a partir de vivencias asistenciales en el campo de la cardiología, ocurridas en el año 2025, registradas en diario de campo, sistematizadas en viñetas clínicas e interpretadas por medio del análisis temático. Las experiencias presentadas involucraron a dos pacientes, Luís e Inácio, cuyas dificultades para dormir revelaron aspectos clínicos, emocionales, medicamentosos, corporales e institucionales relacionados con la internación en UTI. Los principales resultados evidenciaron que el insomnio, cuando es escuchado más allá de la queja inmediata, puede funcionar como señal de sufrimiento y abrir caminos para intervenciones integradas por el equipo multiprofesional de asistencia. Se concluye que la higiene del sueño debe ser reconocida como parte del cuidado integral al paciente crítico con insuficiencia cardíaca, pues contribuye a la recuperación clínica, la salud mental, la adhesión al tratamiento y la calidad de la asistencia en terapia intensiva.

Palabras clave: Insuficiencia Cardíaca. Unidad de Terapia Intensiva. Equipo Multidisciplinario de Salud. Higiene del Sueño. Psicoeducación.

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, caracterizada pela incapacidade do coração de bombear sangue em quantidade suficiente para atender às demandas metabólicas do organismo. Essa condição pode decorrer de alterações estruturais ou funcionais do músculo cardíaco e costuma comprometer significativamente a capacidade funcional, a qualidade de vida e o prognóstico dos pacientes. Por sua elevada prevalência, risco de hospitalizações recorrentes e relação com altos índices de morbimortalidade, a IC é considerada um importante problema de saúde pública (Muñoz; Angel, 2025).

O diagnóstico da insuficiência cardíaca deve ser realizado a partir de avaliação clínica ampla, contemplando anamnese, exame físico e exames complementares, como ecocardiografia

e dosagem de biomarcadores cardíacos. Nesse contexto, destacam-se o BNP e o NT-proBNP, associados à distensão da parede ventricular em situações de sobrecarga de pressão ou volume. Níveis elevados desses biomarcadores podem reforçar a suspeita diagnóstica, sobretudo quando associados a manifestações como dispneia, fadiga e edema periférico (Muñoz; Angel, 2025). O tratamento, por sua vez, envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas, incluindo uso de medicamentos específicos, mudanças no estilo de vida, educação em saúde, reabilitação cardíaca e acompanhamento multiprofissional.

No Brasil, a insuficiência cardíaca apresenta expressiva relevância epidemiológica e assistencial. Entre 2014 e 2024, foram registradas mais de 2 milhões de internações por IC, com predominância na Região Sudeste, seguida pelo Nordeste. O perfil sociodemográfico evidencia maior incidência entre homens e idosos, especialmente na faixa etária entre 70 e 79 anos, o que reforça a associação entre envelhecimento populacional, doenças cardiovasculares e comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (Paiva *et al.*, 2025; Fonseca *et al.*, 2020).

Além do elevado número de internações, observa-se quantidade significativa de atendimentos de urgência, sugerindo fragilidades no diagnóstico precoce, na adesão terapêutica e no acompanhamento ambulatorial contínuo. Grande parte dos pacientes chega ao hospital em descompensação clínica, o que evidencia a necessidade de fortalecimento da atenção primária, de estratégias preventivas e de ações voltadas ao manejo longitudinal da doença (Gonçalves *et al.*, 2026; Fonseca *et al.*, 2020). O impacto econômico também é relevante: entre 2015 e 2024, os gastos hospitalares relacionados à IC ultrapassaram R\$ 3,7 bilhões, com aumento de 37,8% no período, impondo significativa sobrecarga financeira ao Sistema Único de Saúde (Gonçalves *et al.*, 2026).

Nesse cenário, a insuficiência cardíaca deve ser compreendida como uma condição clínica complexa, que exige cuidado contínuo, acompanhamento multiprofissional e atenção a dimensões frequentemente secundarizadas, como a qualidade do sono durante a internação. O sono constitui uma necessidade cronobiológica fundamental para o equilíbrio do organismo humano, pois participa da manutenção das funções fisiológicas, da regulação emocional, da cognição, da memória e da qualidade de vida. A regulação entre sono e vigília depende da interação entre fatores endógenos e exógenos, sendo influenciada por elementos como idade, luminosidade, hábitos de vida, condições clínicas e contexto ambiental (Inocente, 2023; Dantas; Costa; Feitosa, 2024).

Em pacientes com insuficiência cardíaca, a qualidade do sono constitui elemento relevante do cuidado, pois se relaciona à saúde cardiovascular, à disposição física, à regulação emocional e à adesão terapêutica. Estudos apontam elevada frequência de maus dormidores e baixa média de horas dormidas nessa população, especialmente entre indivíduos com maior comprometimento funcional da doença. Fatores sociais e clínicos, como baixa renda familiar e classe funcional sintomática, podem intensificar os prejuízos relacionados ao sono (Souza *et al.*, 2024).

No ambiente hospitalar, especialmente nas unidades de terapia intensiva, a preservação do sono torna-se ainda mais desafiadora. A internação em UTI pode comprometer o repouso dos pacientes adultos em razão do monitoramento contínuo, do uso de tecnologias, da administração de medicamentos e das intervenções frequentes realizadas pela equipe de saúde. Soma-se a isso a desorganização dos marcadores circadianos, como exposição inadequada à luz, alterações nos horários de sono, alimentação, mobilidade e interação social, fatores que podem prejudicar o ciclo sono-vigília e dificultar o processo de recuperação do paciente internado (Silva; Freitas; Rodrigues, 2021; Mansour; Knauert, 2022).

Embora muitas intervenções assistenciais noturnas sejam necessárias, sua realização fragmentada pode representar importante fonte de interrupção do sono, sobretudo quando associada à dor, ansiedade, ruídos, iluminação excessiva, desconforto físico e insegurança. Por essa razão, a reorganização e o agrupamento dos cuidados durante a noite devem ser considerados sempre que possível, a fim de reduzir estímulos desnecessários e favorecer o repouso. Do mesmo modo, o uso de medicamentos para induzir o sono em pacientes hospitalizados exige cautela, pois determinados fármacos podem alterar a arquitetura do sono e ampliar riscos como delirium, condição aguda, transitória e geralmente reversível, caracterizada por alterações flutuantes da atenção, da cognição e do nível de consciência, além de quedas, sonolência diurna e prejuízos cognitivos (Mansour; Knauert, 2022).

A partir desses desafios, a higiene do sono assume relevância como estratégia de cuidado voltada à organização de condições mais favoráveis ao repouso. Para Guedes *et al.* (2024), ela corresponde a um conjunto de práticas e comportamentos destinados à promoção de um sono de qualidade e à adequada regulação dos ritmos circadianos, incluindo a manutenção de horários regulares para dormir e acordar, a organização de um ambiente adequado, a adoção de rotinas relaxantes antes de dormir e a limitação de estímulos no período noturno. Para que essas práticas sejam efetivamente incorporadas ao cuidado, a psicoeducação torna-se necessária, pois

permite que o paciente compreenda os fatores que interferem em seu sono e participe de forma mais ativa do próprio processo de cuidado. Por meio de orientações acessíveis e contextualizadas, essa estratégia favorece a autonomia, a corresponsabilização e possíveis mudanças de comportamento relacionadas ao cuidado em saúde (Pereira *et al.*, 2019).

Considerando essa multiplicidade de fatores, os distúrbios do sono assumem relevância como problema de saúde pública, uma vez que podem decorrer de aspectos biológicos, emocionais, sociais e ambientais. Em resposta a essas alterações, observa-se o uso recorrente de fármacos indutores do sono, especialmente benzodiazepínicos, cuja utilização apresenta índices expressivos entre a população brasileira. Embora existam medidas não farmacológicas voltadas à melhoria do sono, sua adoção ainda é limitada, em grande parte, pelo desconhecimento acerca dessas práticas e de sua importância para a promoção do repouso adequado (Araújo *et al.*, 2022; Dantas; Costa; Feitosa, 2024).

Nesse contexto, a atuação multiprofissional torna-se essencial para a promoção da qualidade do sono em pacientes críticos, especialmente naqueles com doenças cardiovasculares, como a insuficiência cardíaca. Medidas como higiene do sono, redução de ruídos e luminosidade, adequação dos horários de procedimentos não urgentes, organização do ambiente assistencial e escuta qualificada contribuem para a construção de condições mais favoráveis ao repouso. Além disso, a articulação entre diferentes núcleos profissionais permite incorporar ao cuidado o vínculo, o diálogo, a corresponsabilização do paciente e a psicoeducação, recurso de grande valia nesse contexto, fortalecendo uma assistência pautada na educação em saúde e na autonomia do sujeito (Silva *et al.*, 2025).

Assim, a promoção da higiene do sono deve ser compreendida como uma prática relevante no cuidado a pacientes com insuficiência cardíaca internados em UTI. Mais do que uma medida ambiental, trata-se de uma estratégia clínica, multiprofissional e psicoeducativa, que envolve ambiência, educação em saúde, manejo medicamentoso, organização dos cuidados, escuta das necessidades subjetivas e valorização do repouso como parte do tratamento. Em ambientes de alta complexidade, essa abordagem pode contribuir para a melhora do descanso, da recuperação clínica, da estabilidade emocional e da qualidade da assistência prestada.

Diante do exposto, este trabalho justifica-se pela necessidade de discutir a promoção da higiene do sono como prática relevante no cuidado a pacientes com insuficiência cardíaca internados em UTI. As experiências partilhadas decorrem da atuação do autor em um hospital

de referência em Cardiopneumologia do SUS, ao qual esteve vinculado por meio da Residência Multiprofissional em Cuidado Cardiopulmonar.

O objetivo geral deste estudo é relatar a experiência de promoção da higiene do sono em pacientes com insuficiência cardíaca no contexto da terapia intensiva, destacando estratégias desenvolvidas pela equipe multiprofissional. Especificamente, busca-se descrever as principais dificuldades relacionadas ao sono desses pacientes, apresentar intervenções voltadas ao favorecimento do repouso e refletir sobre a importância dessa prática no cuidado intensivo. Como pergunta de partida, adota-se a seguinte indagação: de que forma a promoção da higiene do sono pode contribuir para o cuidado de pacientes com insuficiência cardíaca internados em UTI?

2 MÉTODOS

De acordo com Antunesi *et al.* (2024), os relatos de experiência constituem um aporte metodológico qualitativo voltado à compreensão de fenômenos observáveis a partir das interações entre os sujeitos envolvidos e os eventos investigados. Nesse tipo de estudo, o uso de diferentes fontes de informação, como a observação participante e os diários de campo, contribui para a sistematização de evidências empíricas e para a articulação entre teoria e prática, especialmente quando associado à descrição das vivências e à análise reflexiva das interações sociais.

6

Nessa perspectiva, o presente trabalho foi desenvolvido como estudo de caráter descritivo, narrativo e reflexivo. Trata-se de uma exploração de saberes multiprofissionais no exercício clínico-institucional e nas práticas de promoção à saúde no ambiente de Terapia Intensiva. As experiências analisadas decorreram de vivências assistenciais no campo da cardiologia, acompanhadas pelo autor em 2025. Por se tratar de investigação baseada na experiência profissional, sem identificação dos sujeitos envolvidos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto na Resolução nº 510/2016, aplicável às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (Brasil, 2016).

A coleta de dados ocorreu por meio de observação sistemática e de registros em diário de campo, instrumento elaborado no âmbito das atividades programáticas da residência multiprofissional em saúde. Esse recurso possibilitou organizar, recuperar e analisar elementos significativos da vivência, favorecendo a articulação entre prática e teoria, bem como a construção de vinhetas clínicas.

A vinheta clínica consiste em uma breve descrição de um caso real, elaborada com cuidado ético e preservação do sigilo, geralmente mediante o uso de nomes fictícios (Keane *et al.*, 2012). Associados a esse procedimento, os registros do diário de campo deixam de se limitar a anotações descritivas e passam a constituir material de elaboração teórico-clínica, permitindo transformar a experiência vivida em narrativa reflexiva e transmissível (Silva *et al.*, 2026).

Como estratégia de tratamento e interpretação dos dados, adotou-se a análise temática, técnica voltada à organização de padrões de significado presentes em entrevistas, narrativas, observações e textos escritos. Estruturada em etapas como familiarização com o material, categorização, identificação de núcleos de sentido e construção de temas, essa abordagem permite sintetizar os dados, reconhecer convergências, divergências e aspectos inusitados, bem como desenvolver interpretações consistentes e fundamentadas (Dias; Mishima, 2023).

Assim, as duas experiências relatadas serviram como eixo orientador da problematização das temáticas investigadas, possibilitando uma análise reflexiva da prática em saúde no contexto hospitalar. Ressalta-se que todos os nomes utilizados neste trabalho são fictícios, a fim de preservar o sigilo e a identidade dos sujeitos envolvidos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

7

3.1 O Corpo em Vigília: a Insônia como Sinal de Sofrimento no Cuidado Intensivo

A intervenção ocorreu na UTI Coronariana. O paciente, aqui chamado de Luís*, homem cisgênero de 60 anos, considerado crítico, mas em curva de melhora, encontrava-se internado havia uma semana em razão de quadro de insuficiência cardíaca. Desde os primeiros contatos com a equipe, apresentava queixas recorrentes de dificuldade para dormir, associadas a alterações progressivas no humor e à crescente resistência aos cuidados ofertados durante a internação.

O atendimento psicológico foi solicitado pela equipe de enfermagem diante da percepção de que Luís se mostrava cada vez mais irritado, pouco colaborativo e, em alguns momentos, recusava-se a tomar medicações ou a realizar procedimentos simples, como a aferição da glicemia capilar. Ao me aproximar do leito, encontrei-o desperto, com expressão cansada, olhar fixo e corpo aparentemente exausto, embora permanecesse em estado de alerta.

Após me apresentar, perguntei como havia passado a noite. Ele respondeu, sem desviar o olhar: — Dormir mesmo, eu não durmo. Fecho o olho, mas parece que o corpo não desliga.

Aqui é barulho toda hora, luz, gente entrando... quando penso que vou pegar no sono, acontece alguma coisa.

Fez uma breve pausa e continuou: — Eu já não sei se estou irritado porque estou doente ou se estou doente porque não consigo descansar. A cabeça vai ficando ruim. A gente vai perdendo a paciência com tudo.

A fala de Luís indicava que a privação de sono não se apresentava apenas como queixa secundária, mas como elemento central de seu sofrimento naquele momento da internação. O cansaço acumulado atravessava sua relação com o corpo, com a equipe e com o próprio tratamento. Essa experiência dialoga com a literatura, que compreende o comprometimento do sono em pacientes internados em UTI como fenômeno multicausal, associado a fatores ambientais, físicos e emocionais, como ruídos, luminosidade, dor, desconforto, ansiedade, prestação de cuidados, ventilação mecânica, sedação e gravidade do quadro clínico (Sá *et al.*, 2021).

Aos poucos, durante a escuta, Luís relatou que, antes da internação, fazia uso de uma medicação prescrita pelo CAPS para auxiliá-lo no sono, embora não soubesse informar o nome do psicofármaco nem a dosagem utilizada. Diante dessa informação, foi realizado contato com a profissional do Serviço Social, a fim de identificar a cuidadora principal e obter informações mais precisas sobre o uso medicamentoso prévio. No horário de visita da UTI, a familiar foi abordada e informou que Luís fazia uso de alprazolam 1 mg, medicação da classe dos benzodiazepínicos, com efeito sedativo e relaxante sobre o sistema nervoso central (Ribeiro; Brito, 2022). A informação foi repassada às equipes médica e de enfermagem, possibilitando avaliação clínica e posterior adequação da conduta pela equipe responsável.

Nos dias seguintes, observou-se melhora gradual na quantidade de horas de descanso. O paciente, antes irritado e hipotímico, passou a apresentar-se mais tranquilo, comunicativo e eutímico. A equipe também percebeu mudança em sua postura diante das intervenções, tornando-se mais colaborativo com a administração de medicações e com a realização dos procedimentos necessários ao acompanhamento clínico.

Além da articulação com a equipe multiprofissional, foi realizada psicoeducação com Luís acerca do uso de psicofármacos, seus possíveis efeitos e a importância do seguimento adequado da prescrição medicamentosa. Esse momento permitiu trabalhar não apenas a adesão ao tratamento, mas também a compreensão do paciente sobre sua própria rotina de cuidado, dentro e fora do ambiente hospitalar.

A vinheta permite compreender a insônia como sinal clínico e subjetivo relevante no contexto da terapia intensiva. Em pacientes com insuficiência cardíaca, alterações no sono podem ser favorecidas por sintomas como dispneia, fadiga, ortopneia e intolerância ao esforço, os quais interferem na continuidade do repouso e podem contribuir para quadros de insônia e outros distúrbios do sono (Souza *et al.*, 2024). No caso de Luís, entretanto, a dificuldade para dormir não se restringia ao diagnóstico cardíaco. Ao afirmar que “fecha o olho”, mas o corpo “não desliga”, ele expressava uma experiência de hiperalerta produzida pela combinação entre adoecimento, ambiente intensivo, interrupções frequentes e impossibilidade de repouso contínuo.

O sono possui função reparadora e contribui para a manutenção da saúde física e cognitiva, sendo fundamental para a recuperação da pessoa internada (Silva; Freitas; Rodrigues, 2021). Sua privação, portanto, pode repercutir na disposição, no humor, na tolerância aos cuidados e na adesão terapêutica. Nessa perspectiva, a irritabilidade de Luís e sua resistência a medicações e procedimentos não devem ser interpretadas apenas como oposição ao cuidado, mas como manifestações possíveis de um corpo exausto, submetido a sucessivas interrupções e sem condições adequadas de descanso.

Essa leitura desloca a insônia do lugar de incômodo esperado da internação para o campo do cuidado integral. Mansour e Knauert (2022) compreendem a deficiência do sono no contexto hospitalar como fenômeno multifatorial, relacionado não apenas à redução do tempo dormido, mas também à fragmentação do repouso, à baixa qualidade do sono e ao desalinhamento do ritmo circadiano. Assim, o sofrimento de Luís não estava somente na ausência de sono, mas na impossibilidade de alcançar um repouso contínuo, seguro e reparador em um ambiente marcado por vigilância constante.

Ao mesmo tempo, o caso evidencia uma tensão importante do cuidado intensivo: aquilo que, em uma leitura apressada, poderia ser interpretado como baixa colaboração revelou-se também como expressão de exaustão, irritabilidade e sofrimento diante da impossibilidade de repousar. Essa compreensão não retira a importância dos procedimentos assistenciais, mas exige que eles sejam articulados a uma escuta capaz de reconhecer o sujeito para além do corpo monitorado.

A intervenção psicológica foi relevante justamente porque permitiu tomar a queixa de sono como via de acesso a outros elementos do cuidado. A partir do atendimento, identificou-se o uso prévio de psicofármaco, informação que ainda não havia sido plenamente integrada ao

plano terapêutico. O acionamento do Serviço Social, o diálogo com a familiar e a comunicação com as equipes médica e de enfermagem possibilitaram uma intervenção mais articulada e segura. Nesse sentido, a escuta psicológica não se limitou ao acolhimento emocional, mas contribuiu para reconstruir a história medicamentosa, qualificar a comunicação entre os profissionais e reconhecer o descanso como dimensão essencial da recuperação clínica.

Na semana seguinte à intervenção, Luís apresentou estabilização clínica e recebeu alta diretamente da UTI, com indicação de acompanhamento pós-alta no ambulatório de insuficiência cardíaca do hospital. Sua evolução demonstra que o manejo do repouso no cuidado intensivo não se limita ao controle ambiental, embora este seja indispensável. Envolve também escuta qualificada, investigação da história medicamentosa, comunicação entre equipes, psicoeducação e reconhecimento do ciclo sono-vigília como parte do tratamento. Desse modo, a experiência reforça que a promoção do sono na UTI exige intervenções articuladas, como redução de ruídos e luminosidade, agrupamento dos cuidados, apoio emocional, promoção do ritmo circadiano e formação da equipe multiprofissional (Sá *et al.*, 2021).

Em suma, a vinheta de Luís evidencia que a insônia, quando escutada para além da queixa imediata, pode revelar dimensões clínicas, emocionais e institucionais do cuidado intensivo. O corpo que “não desliga” expressa não apenas a dificuldade de dormir, mas também os efeitos do adoecimento, da vigilância contínua e da fragmentação do repouso. Ao ser tomada como sinal de sofrimento, a queixa abriu caminho para uma intervenção mais integral, articulando escuta psicológica, reconstrução da história medicamentosa, comunicação entre equipes e reconhecimento do descanso como parte ativa do tratamento.

3.2 O Sono Reaprendido: Medicação, Hábitos e Cuidado Multiprofissional

A intervenção ocorreu em uma UTI Cardiopulmonar. O paciente, aqui chamado de Inácio*, homem cisgênero de 40 anos, encontrava-se internado havia três dias em razão de um quadro de insuficiência cardíaca congestiva. Durante o acompanhamento psicológico, apresentou queixas relacionadas à dificuldade para dormir, inicialmente atribuídas por ele ao adoecimento cardíaco e às condições do ambiente intensivo.

Ao me aproximar do leito, Inácio demonstrava inquietação. Movia-se com frequência, ajustava o corpo na cama e parecia buscar uma posição que não se sustentava por muito tempo. Após me apresentar, perguntei como havia passado a noite. Ele respondeu: — Dormir aqui é complicado. Tem o frio, tem os barulhos, gente entrando toda hora... mas acho que o pior é que

eu não acho posição. Viro de um lado, levanto a cabeceira, abaixo de novo... parece que o corpo não encaixa.

A fala indicava que a dificuldade para dormir não se limitava aos ruídos ou à iluminação da UTI, mas envolvia também a relação do paciente com o próprio corpo naquele espaço. O leito, antes associado ao descanso, passava a ser vivenciado como lugar de vigilância, desconforto e tentativa constante de ajuste. No decorrer da escuta, Inácio relatou que fazia uso de quetiapina 50 mg havia cerca de dois anos, medicação classificada como antipsicótico atípico, com efeitos sedativos e estabilizadores do humor, também utilizada em alguns contextos clínicos para manejo de sintomas relacionados à insônia e à ansiedade (Caixeta *et al.*, 2023). Informou que, no último ano, havia reduzido a dose para 25 mg e que, antes da internação, estava tentando suspender a medicação por conta própria.

Ao descrever sua rotina, afirmou que, em alguns momentos, tomava o medicamento no período da tarde e, por vezes, fazia uso associado a bebida alcoólica, prática que também ocorria com outras medicações. Inicialmente, o paciente não reconhecia a possível relação entre o uso inadequado da medicação, seus hábitos de vida e a qualidade do sono. Para ele, a insônia era consequência direta do adoecimento cardíaco e da internação. Aos poucos, a escuta possibilitou ampliar essa compreensão, sem culpabilizá-lo, favorecendo uma reflexão sobre a forma como o cuidado vinha sendo conduzido antes da hospitalização.

11

Diante da demanda apresentada, foi realizada articulação com a equipe multiprofissional, que passou a organizar as condutas de forma integrada, evitando abordagens repetidas ao paciente. O farmacêutico foi acionado para orientar Inácio quanto ao uso correto das medicações, aos riscos da associação com bebida alcoólica e à importância da adesão segura ao tratamento. Essa intervenção possibilitou trabalhar informações essenciais sobre o uso medicamentoso, especialmente em um momento em que o paciente tentava suspender a medicação por conta própria e não a utilizava nos horários recomendados.

A fisioterapeuta também contribuiu com orientações sobre posicionamento no leito, esclarecendo que a melhor posição para dormir seria aquela em que Inácio se sentisse mais confortável, desde que respeitadas suas condições clínicas. Foram sugeridas estratégias como uso adequado de travesseiros, elevação da cabeceira, colocação de travesseiro entre os joelhos para alinhamento da coluna, evitação da posição de braços e organização de um ambiente mais favorável ao repouso.

Além disso, foram reforçadas orientações de higiene do sono, como manter horários mais regulares, evitar refeições de difícil digestão no período noturno e limitar o uso de telas antes de dormir. Embora simples, essas orientações permitiram que Inácio compreendesse o sono como parte do tratamento, e não apenas como consequência esperada da melhora clínica. Com o passar dos dias, o paciente apresentou melhora progressiva na qualidade do sono e no humor. Posteriormente, recebeu alta da UTI para a enfermaria, onde permaneceu seguindo as orientações multiprofissionais, mantendo melhora no padrão de sono e no estado emocional.

Esse período também possibilitou a continuidade do acompanhamento psicológico, com momentos de escuta psicanalítica voltados às experiências oníricas vivenciadas no hospital. Tal aspecto evidencia uma dimensão relevante e ainda pouco discutida: a repercussão do sono na possibilidade de sonhar e de elaborar, no campo do inconsciente, as vivências hospitalares que atravessam a subjetividade do sujeito durante a internação (Silva *et al.*, 2026).

A vinheta de Inácio amplia a análise sobre a promoção do sono na UTI ao demonstrar que essa prática não se limita ao controle de ruídos e iluminação, embora tais aspectos sejam indispensáveis. A UTI deve ser compreendida como ambiente vivo, dinâmico e complexo, no qual interagem pacientes, profissionais, familiares, tecnologias, rotinas institucionais e condições estruturais de cuidado (Backes; Erdmann; Büscher, 2015). Nesse cenário, o repouso é atravessado por fatores ambientais, clínicos, emocionais, corporais e medicamentosos, exigindo uma leitura ampliada do sofrimento apresentado pelo paciente.

A literatura aponta que, no contexto da terapia intensiva, a interrupção do sono está associada a ruídos, iluminação excessiva, manipulações frequentes, procedimentos noturnos, ansiedade, medo, dor e insegurança. Além disso, a ausência de protocolos institucionais voltados à promoção do sono dificulta a adoção de condutas adequadas pelos profissionais, tornando necessárias estratégias como agrupamento dos cuidados, redução de ruídos, controle da iluminação e estabelecimento de horários de silêncio (Lima; Carmo; Matos, 2020). Esses elementos dialogam com a experiência de Inácio, que relatava frio, barulhos, circulação constante de pessoas e dificuldade para encontrar uma posição confortável no leito. Diante dessas demandas, a equipe buscou se articular para mitigar, na medida do possível, os fatores que interferiam em seu repouso.

A especificidade do caso evidencia, contudo, que os protocolos ambientais não são suficientes quando desarticulados da escuta especializada e da valorização da singularidade do paciente. A dificuldade para dormir também se relacionava à história medicamentosa de Inácio,

à tentativa de suspensão da quetiapina, ao uso em horários inadequados e à associação com bebida alcoólica. Dessa forma, a insônia deixou de ser compreendida como consequência inevitável da internação e passou a ser analisada como parte de uma trajetória de cuidado que precisava ser reorganizada.

Nesse sentido, a promoção da higiene do sono exige considerar os hábitos de vida, o modo como o paciente compreende seu tratamento e a forma como o corpo adoecido se reorganiza no ambiente hospitalar. Orientações como evitar refeições de difícil digestão à noite, limitar o uso de telas, manter horários mais regulares e favorecer condições ambientais adequadas ao repouso precisam ser trabalhadas de maneira situada, sem culpabilizar o sujeito, mas favorecendo sua corresponsabilização pelo cuidado.

A articulação multiprofissional foi decisiva nesse processo. A farmácia contribuiu com orientações sobre o uso correto das medicações, os riscos da associação com álcool e a importância da adesão segura ao tratamento. A fisioterapia auxiliou no manejo corporal e no posicionamento no leito, enquanto a psicologia, ao acolher a queixa e articular os diferentes saberes, contribuiu para transformar a insônia em uma via de acesso ao cuidado integral. A adoção de um conjunto de medidas, e não de uma intervenção isolada, tende a ser mais adequada para a promoção do sono em pacientes críticos, pois permite adaptar o cuidado às necessidades clínicas e subjetivas de cada paciente (Edvardsen; Hetmann, 2020).

13

Assim, a experiência de Inácio demonstra que dormir, no contexto da UTI, pode exigir um processo de reaprendizagem. O sono deixou de ser tratado apenas como resultado esperado da melhora clínica e passou a ser reconhecido como parte ativa do tratamento. A qualidade do sono na UTI é relevante para a recuperação clínica e para a prevenção de quadros de desorientação, sendo necessário que a equipe de saúde reconheça a manutenção do ciclo sono-vigília como dimensão do cuidado ao paciente crítico (Pereira; Moraes; Miranda, 2024).

A vinheta evidencia que a insônia, quando escutada para além da queixa imediata, pode revelar dimensões importantes do cuidado intensivo. Nesse caso, dormir exigiu reorganizar práticas, revisar hábitos, orientar o uso medicamentoso, manejar o corpo no leito e construir intervenções compartilhadas entre psicologia, farmácia e fisioterapia. Além disso, a melhora do sono favoreceu a continuidade do acompanhamento psicológico e abriu espaço para a elaboração subjetiva de experiências vividas durante a hospitalização. Trata-se, portanto, de uma prática multiprofissional que contribui para a recuperação clínica, a estabilidade emocional, a adesão terapêutica e a elaboração psíquica do processo de adoecimento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou relatar a experiência de promoção da higiene do sono em pacientes com insuficiência cardíaca internados em unidades de terapia intensiva, evidenciando que o sono, embora muitas vezes tratado como aspecto secundário diante da gravidade clínica, constitui dimensão fundamental do cuidado. A partir das vinhetas de Luís e Inácio, foi possível compreender que a dificuldade para dormir não se restringe às condições ambientais da UTI, mas envolve fatores clínicos, emocionais, corporais, medicamentosos e institucionais que atravessam a experiência de internação.

As experiências analisadas demonstram que a insônia pode funcionar como sinal de sofrimento no cuidado intensivo. No caso de Luís, o corpo que “não desliga” revelou uma condição de hiperalerta produzida pela combinação entre adoecimento cardíaco, vigilância contínua, interrupções frequentes e perda da possibilidade de repouso reparador. Sua irritabilidade e resistência aos procedimentos, inicialmente compreendidas como baixa colaboração, passaram a ser lidas como manifestações possíveis de exaustão e sofrimento, exigindo uma escuta capaz de reconhecer o sujeito para além do corpo monitorado.

Na vinheta de Inácio, a dificuldade para dormir permitiu acessar aspectos relacionados à história medicamentosa, aos hábitos de vida e à forma como o paciente compreendia seu próprio tratamento. A tentativa de suspensão da quetiapina, o uso em horários inadequados e a associação com bebida alcoólica demonstraram que a promoção do sono também depende de educação em saúde, revisão de práticas cotidianas e corresponsabilização do paciente, sem culpabilizá-lo. Além disso, a melhora do padrão de sono possibilitou a continuidade do acompanhamento psicológico e abriu espaço para a escuta de experiências oníricas vivenciadas durante a hospitalização, evidenciando que o repouso também pode favorecer a elaboração inconsciente das vivências hospitalares e o resgate da subjetividade do sujeito internado.

Nas duas experiências, a atuação multiprofissional mostrou-se decisiva, especialmente nos momentos de psicoeducação. A Psicologia contribuiu ao acolher a queixa, ampliar sua compreensão, articular diferentes saberes e considerar aspectos relacionados à saúde mental; a Farmácia colaborou com orientações sobre o uso seguro das medicações e a adesão terapêutica; a Fisioterapia auxiliou no manejo corporal e no posicionamento no leito; e a Enfermagem e o Serviço Social favoreceram a comunicação com a família e a continuidade das condutas. Assim, a promoção da higiene do sono revelou-se uma prática compartilhada, que exige integração entre

ambiência, escuta qualificada, manejo medicamentoso, cuidado corporal, organização institucional e atenção às dimensões subjetivas do adoecimento.

Apesar das contribuições apresentadas, o estudo possui limitações. Por tratar-se de relato de experiência baseado em duas vinhetas clínicas, seus achados não pretendem generalizar condutas, mas contribuir para a reflexão sobre práticas possíveis no cotidiano da terapia intensiva. Além disso, observa-se a necessidade de protocolos institucionais mais sistematizados para a promoção do sono, bem como de espaços multiprofissionais de discussão de casos, capazes de favorecer intervenções integradas e reduzir abordagens fragmentadas ou repetitivas junto aos pacientes.

Conclui-se que a higiene do sono deve ser reconhecida como parte do cuidado integral ao paciente crítico com insuficiência cardíaca. Mais do que reduzir ruídos e luminosidade, promover o repouso exige escutar o sofrimento, compreender a história do sujeito, organizar os cuidados e reconhecer o ciclo sono-vigília como dimensão ativa da recuperação clínica, com repercussões também subjetivas. Dessa forma, o sono deixa de ser apenas consequência esperada da melhora do quadro e passa a ser compreendido como elemento terapêutico, capaz de favorecer a estabilidade emocional, a adesão ao tratamento, a elaboração das vivências hospitalares e a qualidade da assistência em terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. F. S. et al. Fatores associados aos problemas de sono e ao uso de medicação para dormir em brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, p. 68, 2022.
- BACKES, M. T. S. et al. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n. 3, p. 411-418, 2015.
- RIBEIRO, G. L. J.; BRITO, J. S. Efficacy of benzodiazepines (BZD) in the treatment of anxiety disorders: a literature review. *Revista de Medicina*, v. 101, n. 6, e-194499, 2022.
- CAIXETA, L. et al. A quetiapina: 3 medicamentos em uma única molécula: uma breve revisão e atualização. *Debates em Psiquiatria*, v. 13, p. 1-20, 2023.
- EDVARSEN, J. B.; HETMANN, F. Promoting sleep in the intensive care unit. *SAGE Open Nursing*, v. 6, p. 1-8, 2020.
- FERREIRA DANTAS, J. E. et al. Construção de folders sobre higiene do sono e a sua implementação a partir de ações de educação em saúde. *Revista Eletrônica Direito e Conhecimento*, v. 8, n. 2, 2025.

FONSECA, L. et al. Characterization of Brazilian hospital admissions due to cardiovascular diseases: a longitudinal study. *BMC Cardiovascular Disorders*, v. 20, n. 1, p. 311, 2020.

GONÇALVES, G. C. et al. Morbidade e gastos públicos hospitalares por insuficiência cardíaca no Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 26, n. 2, e22958, 2026.

GUEDES, F. S. C. et al. Psicoeducação como estratégia para a higiene do sono. *Revista FT*, v. 28, n. 134, 2024.

INOCENTE, N. J. et al. Distúrbios do sono em estudantes universitários. In: VALLE, L. E. L. R.; CAPOVILLA, F. C. (org.). *Perspectivas em Transtornos do Desenvolvimento Cognitivo-Comportamental, Linguístico e Social*. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2023.

KEANE, D. et al. The use of vignettes for conducting healthcare research. In: DUFFY, V. G. (ed.). *Advances in Human Aspects of Healthcare*. Boca Raton: CRC Press, 2012. p. 451-460.

LIMA, A. M. C.; CARMO, B. P. S.; MATOS, C. J. O. Interrupção do sono na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa acerca dos fatores associados. *ASSOBRAFIR Ciência*, v. 11, e76523, 2020.

MANSOUR, W.; KNAUERT, M. Adding insult to injury: sleep deficiency in hospitalized patients. *Clinics in Chest Medicine*, v. 43, n. 2, p. 287-303, 2022.

MUÑOZ, M. S.; ANGEL, D. J. A insuficiência cardíaca e seus sintomas, diagnósticos e possíveis tratamentos: uma revisão da literatura. *Journal of Medical and Biosciences Research*, v. 2, n. 5, p. 560-567, 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Diretrizes sobre Atividade Física, Comportamento Sedentário e Sono para Crianças com Menos de 5 Anos de Idade*. Genebra: OMS, 2019.

PAIVA, M. C. et al. Epidemiologia das internações por insuficiência cardíaca no Brasil nos últimos 10 anos (2014-2024). *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 2, p. 1916-1928, 2025.

PEREIRA, F. H. et al. Efeito de estratégias educativas na qualidade do sono de pessoas com diabetes: ensaio clínico randomizado. *Aquichan*, v. 19, n. 3, p. 2, 2019.

PEREIRA, J. S. V.; MORAES, S. C.; MIRANDA, D. R. Trazendo luz à noite: a importância da qualidade do sono na UTI e estratégias para prevenir o delirium. *Revista Foco*, edição especial, e5575, p. 1-12, 2024.

SÁ, F. L. F. R. G. et al. Comprometimento e promoção do sono em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, eAPE00023, 2021.

SILVA, M. R. et al. Tecnologias do cuidado em saúde e interdisciplinaridade na cardiologia: um relato de experiência em psicologia hospitalar. In: SOUSA, M. G. et al. (org.). *Inovações na Educação e Promoção da Saúde*. Icó: Editora Research, 2025. p. 236-246.

SILVA, M. R. et al. Entre leitos e encruzilhadas interseccionais: a onipolítica e a assistência à saúde no ambiente hospitalar de terapia intensiva. *Revista Tópicos*, v. 4, n. 34, p. 1-33, 2026.

SILVA, V. P.; FREITAS, R. L.; RODRIGUES, E. J. A. Qualidade do sono em pacientes adultos internados na unidade de terapia intensiva. *Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem*, v. 11, n. 36, p. 575-585, 2021.

SOUZA, J. P. et al. Qualidade do sono de pacientes com insuficiência cardíaca e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 77, n. 6, e20240244, 2024.