

## Definição conceitual e operacional das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sono Prejudicado\*

Juliana Prado Biani Manzoli<sup>1</sup>  
Marisa Dibbern Lopes Correia<sup>2,3</sup>  
Erika Christiane Marocco Duran<sup>2</sup>

Objetivo: apresentar o conhecimento produzido sobre sono e Síndrome Coronariana Aguda a fim de auxiliar na elaboração das definições operacionais e conceituais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sono Prejudicado (00198). Método: revisão integrativa nas bases de dados COCHRANE; SCOPUS; MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) via Pubmed; LILACS (Latin American and Caribbean Health Science Literature Database); CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e EMBASE (The Excerpta Medica Database). Ao final das buscas, 2827 estudos identificados, 43 selecionados para leitura e 10 incluídos. A literatura cinzenta também foi incluída. Resultados: importantes achados relacionados a evidências clínicas e fatores contribuintes do sono foram encontrados na revisão realizada. Porém, para a construção das definições das características definidoras, fez-se necessário lançar mão de literatura cinzenta, como um dicionário da Língua Portuguesa e dois livros-texto sobre o sono. Conclusão: tais definições poderão auxiliar os enfermeiros da prática na coleta de informações, na determinação do referido diagnóstico de enfermagem e, assim, no direcionamento de cuidados ao que tange à quantidade e qualidade do sono de pacientes internados com Síndrome Coronariana Aguda. Também auxiliarão nas próximas etapas do processo de validação desse diagnóstico à população referida.

Descritores: Sono; Síndrome Coronariana Aguda; Diagnóstico de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Unidades de Cuidados Coronarianos; Estudos de Validação.

\* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Acurácia diagnóstica do Padrão de Sono Prejudicado em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda", apresentada à Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

<sup>1</sup> Secretaria Municipal de Saúde, Unidade Básica de Saúde, Paulínia, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Medicina e Enfermagem, Viçosa, MG, Brasil.

### Como citar este artigo

Manzoli JPB, Correia MDL, Duran ECM. Conceptual and operational definitions of the defining characteristics of the nursing diagnosis Disturbed Sleep Pattern. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3105. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2582.3105>.   

URL

## Introdução

O sono é uma condição fisiológica e possui dois padrões essenciais: o sono No Rapid Eye Movement (NREM), dividido em três estágios (N1, N2 e N3), sendo o último estágio o mais profundo, quando ocorre diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial; e o sono Rapid Eye Movement (REM), quando os movimentos oculares rápidos estão presentes, havendo hipo ou atonia muscular. Esses dois padrões se intercalam durante a noite, e em uma noite típica de sono, deve-se cumprir quatro a seis ciclos de sono NREM- REM<sup>(1)</sup>.

Uma boa saúde do sono com quantidade e qualidade adequadas é reconhecidamente um indicador de vitalidade, saúde mental, bem-estar fisiológico, emocional, cognitivo e físico, levando a uma boa qualidade de vida<sup>(2-3)</sup>. Em contrapartida, a falta repetida de saúde do sono pode contribuir para que o indivíduo sofra alterações em sua saúde física, levando-o a condições graves, inclusive à morte<sup>(4-5)</sup>.

Avaliar a saúde do sono é algo extremamente complexo, mas a literatura<sup>(6)</sup> propõe cinco dimensões mais apropriadas e relevantes para medir e definir a saúde do sono: a duração; a eficiência/continuidade; o tempo de sono em 24 horas; o estado de alerta e sonolência; e a satisfação/qualidade do sono.

Para mensurar o sono, pode-se utilizar instrumentos objetivos, como o padrão-ouro na avaliação do sono, a Polissonografia (PSG); e subjetivos, como autorrelatos e questionários<sup>(7-8)</sup>. Na prática clínica da enfermagem, para avaliar o padrão de sono dos pacientes de maneira subjetiva, geralmente lança-se mão da observação e relato do paciente.

No ambiente hospitalar, diversos fatores podem perturbar o sono, como procedimentos diagnósticos e terapêuticos, o ambiente, devido aos ruídos e iluminação, incluindo-se também a rotina dos cuidados de enfermagem<sup>(9-10)</sup>.

Indivíduos internados podem ter má qualidade e quantidade de sono, como aqueles com diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), ou seja, com Infarto Agudo de Miocárdio (IAM) com ou sem supradesnivelamento de segmento ST ou Angina Instável (AI).

A literatura tem demonstrado a má qualidade e quantidade de sono em pacientes com SCA, como em um estudo que, utilizando a PSG, demonstrou que a arquitetura e a microarquitetura do sono de pacientes na fase aguda após SCA estiveram comprometidas negativamente e que a qualidade e quantidade de sono se relacionaram à qualidade de vida destes, em curto e longo prazo<sup>(11)</sup>; e em outro que, por meio de um questionário específico, observou a má qualidade de sono em 71,7% dos pacientes infartados<sup>(12)</sup>.

Ainda em estudo que buscava identificar o perfil de diagnósticos de enfermagem em pacientes infartados, evidenciou-se que o Diagnóstico de Enfermagem (DE) Padrão de Sono Prejudicado (00198) esteve presente em 85% dos participantes<sup>(13)</sup>.

Assim, a equipe de enfermagem deve ser sensibilizada quanto à importância da promoção da qualidade e quantidade do sono, os seus fatores contribuintes e como promover sono adequado a indivíduos internados com SCA. Dessa forma, a enfermagem deve praticar uma assistência que avalie, promova e mantenha a adequada quantidade e qualidade do sono desses pacientes<sup>(9-10,14)</sup>.

Para isso, o enfermeiro deve utilizar ferramentas que subsidiem uma avaliação efetiva, rápida, direta, à beira do leito, de baixo custo e acessível a todos os pacientes no ambiente hospitalar, considerando inclusive o julgamento do próprio paciente.

Nesse contexto, o Processo de Enfermagem (PE) surge como alternativa de avaliação do sono. Ele é dividido em cinco etapas<sup>(15)</sup>, sendo o DE sua segunda etapa, que subsidia as demais e é utilizado pelos enfermeiros para avaliar, após julgamento clínico, respostas humanas, com foco em um problema, em um estado de promoção da saúde ou em um risco potencial. Existem taxonomias de DE que auxiliam na classificação e categorização das áreas que inquietam a Enfermagem, como a Taxonomia da NANDA-Internacional (NANDA-I)<sup>(15)</sup>.

Para determinar um DE, o enfermeiro deve conhecer os seus indicadores, que incluem as Características Definidoras (CD) e seus fatores contribuintes, correspondentes aos Fatores Relacionados (FR)<sup>(15)</sup>.

As CD são manifestações, evidências clínicas, sinais e sintomas ou inferências que podem ser observadas nos indivíduos para se determinar um dado DE. Porém, na prática clínica, os enfermeiros podem se deparar com a falta de clareza na definição do quê e de que forma avaliar.

Com isso, estudos de validação de DE têm sido propostos a fim de contribuir para a redução da variabilidade presente nas situações clínicas e auxiliar na identificação acurada do DE que corresponde à condição clínica apresentada pelo paciente<sup>(16-17)</sup>.

Para a realização da validação de DE, propõe-se como primeira etapa a construção de definições conceituais (DC) e operacionais (DO) das CD de um DE para uma população específica<sup>(16)</sup>. As DC referem-se ao significado teórico das CD. Já as DO devem atribuir um significado capaz de comunicar como determinado conceito é aplicado, ou seja, devem elucidar o significado prático das DC de cada CD e especificar quais atividades práticas ou procedimentos são necessários para a avaliação de tais características<sup>(18-19)</sup>.

Sendo assim, propõe-se realizar uma Revisão Integrativa com o objetivo de apresentar o conhecimento

produzido sobre sono e síndrome coronariana aguda a fim de auxiliar na elaboração das definições operacionais e conceituais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sono Prejudicado (00198).

## Método

A Revisão Integrativa (RI) é o método que fornece auxílio na construção das DC e DO das CD do DE. Ela permite a obtenção de fontes de conhecimento sobre determinado problema, devendo ser realizada seguindo padrões metodológicos rigorosos e fornecendo ao leitor subsídios para a prática e o avanço da enfermagem. Deve-se seguir seis fases para sua elaboração, quais sejam: identificação do tema ou questionamento; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da RI<sup>(20)</sup>.

A presente RI foi norteada pelas questões "Quais são as evidências clínicas dos pacientes com SCA que apresentam alteração do padrão de sono?" e "Quais são os fatores contribuintes para a alteração do padrão de sono em pacientes com SCA?".

Entre os dias 22 e 27 de dezembro de 2016 foi realizada RI da literatura nas bases de dados COCHRANE, SCOPUS, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE via Pubmed) com Medical Subject Headings of United States National Library of Medicine (MeSH), Latin American and Caribbean Health Science Literature Database (LILACS) com Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) com títulos CINAHL e The Excerpta Medica Database (EMBASE) com Emtree.

Os descritores utilizados segundo as diversas bases de dados foram: "distúrbios do início e da manutenção do sono"; "privação do sono"; "distúrbios do sono por sonolência excessiva"; "transtornos do sono do ritmo circadiano"; "transtornos do sono-vigília"; "transtornos intrínsecos do sono"; "dissonias"; "transtornos da transição sono-vigília"; "transtornos do despertar do sono"; "transtorno do comportamento do sono REM"; "síndromes da apneia do sono"; "distúrbio do padrão do sono"; "doença das coronárias"; "síndrome coronariana aguda"; "unidades de cuidados coronarianos"; "angina instável"; e "infarto do miocárdio". Para o cruzamento dos descritores e palavras-chave foram utilizados os operadores booleanos "OR" e "AND".

Os critérios de inclusão foram artigos de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de SCA, independentemente de terem sofrido intervenção cirúrgica ou conservadora. Foram considerados estudos que abordassem indicadores clínicos e fatores contribuintes da alteração do padrão de

sono nos pacientes em questão, internados em Unidades de Internação Cardiológica ou Unidades Coronarianas, publicados em idioma inglês, português ou espanhol, sem limite temporal para data de publicação.

Os critérios de exclusão foram artigos em formatos de editoriais, cartas ao leitor, resumos de congressos. Artigos que abordassem a relação da Apneia Obstrutiva do Sono e Doença Arterial Coronariana como causa da SCA ou aqueles que não contemplassem pacientes internados com SCA também foram considerados critérios de exclusão. Tal escolha foi feita pelos autores para manter o foco da busca apenas nos achados de evidências clínicas e fatores contribuintes das alterações do sono na SCA, e não nos fatores que contribuíram para a ocorrência da SCA.

Para a extração dos dados dos artigos selecionados, utilizou-se instrumento elaborado e validado no Brasil, que contemplou dados de identificação, da instituição do estudo, das características do periódico, da metodologia do estudo e de avaliação do rigor metodológico<sup>(21)</sup>.

Depois de leitura minuciosa e extração dos dados foram construídos dois quadros com informações dos artigos, quais sejam: título, periódico de publicação, país de origem do estudo, idioma e ano de publicação, delineamento metodológico, nível de evidência e objetivos.

Classificou-se o nível de evidência em sete níveis, quais sejam: nível I, evidências oriundas de revisão sistemática ou metanálise englobando todos os relevantes ensaios clínicos randomizados, controlados ou provenientes de revisões sistemáticas cujos ensaios clínicos tivessem sofrido aleatorização e controle; nível II, evidências provenientes de ao menos um ensaio clínico aleatorizado controlado e bem delimitado; nível III, evidências provenientes de um estudo delineado e controlado, porém não aleatorizado; nível IV, evidências de estudos de coorte ou caso-controle; nível V, evidências de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI, evidências de um estudo descritivo ou qualitativo; nível VII, evidências que provenham de opinião de autoridade ou relatórios de especialistas<sup>(22)</sup>.

Obteve-se 2827 resultados de busca. A pré-seleção dos artigos aconteceu por avaliação de título e, quando necessário, resumo. Assim, após a pré-seleção, obteve-se 61 artigos, dos quais 18 estavam duplicados em outras bases de dados e por isso foram excluídos. Ainda restaram 43 artigos, que foram reavaliados após leitura flutuante para assegurar o cumprimento dos critérios estabelecidos. Os artigos que não contemplavam os critérios de inclusão foram excluídos. Outros motivos para a não seleção foram por não especificarem no estudo se tratar de pacientes com SCA e por não apresentarem conteúdo relevante de evidências clínicas e/ou fatores contribuintes para Padrão de Sono Prejudicado (00198) nesses pacientes, por isso houve a exclusão de 33 artigos e a amostra final foi composta por 10 artigos.

A Figura 1 apresenta o fluxograma de seleção dos artigos, adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA 2009<sup>(23)</sup>.

Ao término da RI, a literatura cinzenta também foi explorada, visto que não foi possível construir as definições conceituais e operacionais com os artigos da RI.

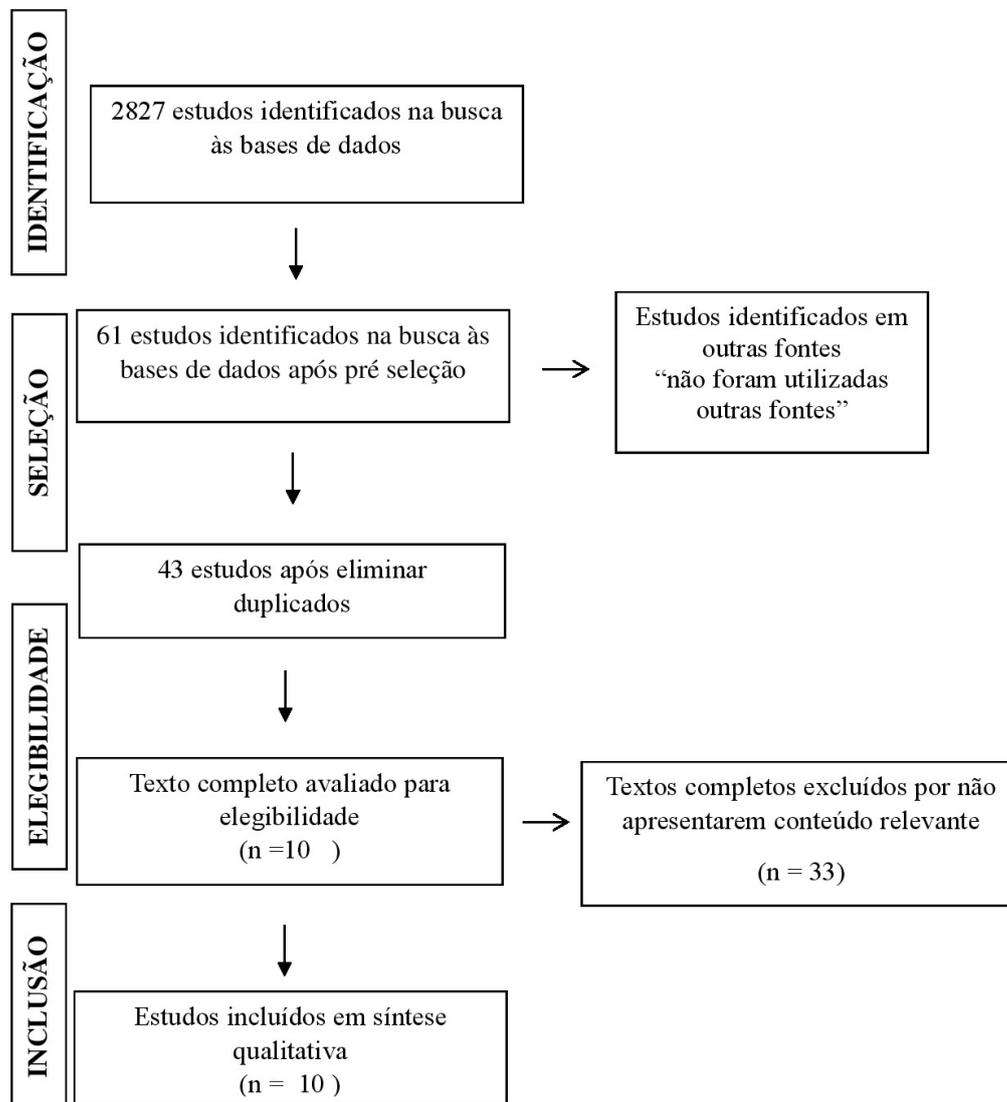


Figura 1 – Fluxograma utilizado na seleção dos estudos da Revisão Integrativa. Campinas, SP, Brasil, 2018

## Resultados

A amostra final foi composta por dez estudos. As principais características dos artigos estão descritas nas Figuras 2 e 3.

Quanto aos principais resultados dos artigos dessa RI, estudos identificaram que pacientes com IAM recente tiveram pior qualidade e quantidade de sono<sup>(11,24,32)</sup>, que um elevado grau de angina e tempo de internação em terapia intensiva foram preditores para baixa qualidade do sono<sup>(24)</sup>. Também apontaram que durante a hospitalização mais de um terço dos pacientes do estudo, com SCA, apresentaram insônia<sup>(29)</sup>, e pacientes com angina apresentaram perturbação do padrão do sono devido à dor<sup>(31)</sup>.

Outro estudo identificou que pacientes infartados com Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30kg/m<sup>2</sup> e piora clínica tiveram um pior escore na Escala de Sonolência de Epworth e que 29,2% dos pacientes apresentavam sonolência diurna<sup>(25)</sup>.

Os estudos de intervenções não farmacológicas, como aromaterapia<sup>(28)</sup> e uso de máscaras oculares<sup>(30)</sup>, e farmacológicas, como o uso de Escitalopram<sup>(27)</sup>, apontaram resultados positivos, em que houve melhora significativa do sono dos pacientes do estudo.

O estudo que buscou avaliar o sono por meio de questionário específico e compará-lo à PSG identificou correlação com eficiência do sono, sono REM e índice de excitação, mas a minoria dos pacientes foi classificada como pobres dormentes<sup>(26)</sup>.

Importantes achados relacionados ao sono e à SCA foram evidenciados nesta RI. No entanto, não foram suficientes para a construção das DC e DO das CD do DE Padrão de Sono Prejudicado (00198), o que justificou o uso da literatura cinzenta. Sendo assim, outras fontes foram pesquisadas, como um dicionário da Língua

Portuguesa e dois livros-texto sobre o sono<sup>(33-35)</sup> e um artigo<sup>(36)</sup> encontrado, que não foi contemplado pela RI. As DO foram construídas pelos autores, baseando-se nos achados da literatura cinzenta. A seguir serão apresentadas, na Figura 4, as DC e DO das CD do DE Padrão de Sono Prejudicado (00198).

Título	Periódico	País de origem	Idioma	Ano
Angina severity predicts worse sleep quality after coronary artery by-pass grafting <sup>(24)</sup>	Perfusion	Turquia	Inglês	2016
Excessive daytime sleepiness in patients with acute myocardial infarction <sup>(25)</sup>	Acta Paulista Enfermagem	Brasil	Português	2015
Validation of a novel sleep-quality questionnaire to assess sleep in the coronary care unit: a polysomnography study <sup>(26)</sup>	Sleep Medicine	Brasil	Inglês	2015
Correlates and escitalopram treatment effects on sleep disturbance in patients with acute coronary syndrome: K-DEPACS* and EsDEPACS† <sup>(27)</sup>	Sleep	Coreia do Sul	Inglês	2015
Effect of Rosa damascene aromatherapy on sleep quality in cardiac patients: A randomized controlled trial <sup>(28)</sup>	Complementary Therapies in Clinical Practice	Irã	Inglês	2014
Clinical correlates of insomnia in patients with Acute Coronary Syndrome <sup>(29)</sup>	International Heart Journal	Estados Unidos	Inglês	2013
The effect of eye mask on sleep quality in patients of coronary care unit <sup>(30)</sup>	Sleep Science	Irã	Inglês	2013
Sleep patterns in patients with acute coronary syndromes <sup>(11)</sup>	Sleep Medicine	Grécia	Inglês	2010
Physiologic adaptation problems in people with angina <sup>(31)</sup>	Cultura de los Cuidados	Brasil	Espanhol	2006
Sleep quality of patients with acute myocardial infarction outside the CCU‡ environment: A preliminar study <sup>(32)</sup>	Medical science monitor - international medical journal of experimental and clinical research	Arábia Saudita	Inglês	2006

\*K-DEPACS- Korean DEPRESSION in Acute Coronary Syndrome; †EsDEPACS- Escitalopram for DEPRESSION in Acute Coronary Syndrome; ‡CCU- Coronary Care Units

Figura 2 - Apresentação dos artigos selecionados conforme título, periódico de publicação, país de origem do estudo, idioma e ano de publicação. Campinas, SP, Brasil, 2018

Título	Delineamento Metodológico	Objetivo
Angina severity predicts worse sleep quality after coronary artery by-pass grafting <sup>(24)</sup>	Estudo de coorte / Nível IV	Determinar o efeito da angina na qualidade do sono em pacientes com revascularização do miocárdio.
Excessive daytime sleepiness in patients with acute myocardial infarction <sup>(25)</sup>	Estudo de corte transversal/ Nível VI	Identificar atributos sociodemográficos e clínicos associados à sonolência diurna em pacientes com IAM*.
Validation of a novel sleep-quality questionnaire to assess sleep in the coronary care unit: a polysomnography study <sup>(26)</sup>	Estudo de corte transversal / Nível VI	Avaliar o sono com questionário específico para Unidades de Cuidados Coronários e correlacioná-lo com a Polissonografia.
Correlates and escitalopram treatment effects on sleep disturbance in patients with acute coronary syndrome: K-DEPACS† and EsDEPACS‡ <sup>(27)</sup>	Estudo de corte transversal/ Nível VI	Realizar investigação dos correlatos de distúrbio do sono e avaliar os efeitos do tratamento da depressão sobre o sono de pacientes com SCA§.
Effect of Rosa damascene aromatherapy on sleep quality in cardiac patients: a randomized controlled trial <sup>(28)</sup>	Estudo randomizado controlado/ Nível II	Investigar o efeito da aromaterapia com Rosa damasceno na qualidade do sono em pacientes internados em unidades de cuidados coronarianos.
Clinical correlates of insomnia in patients with Acute Coronary Syndrome <sup>(29)</sup>	Estudo de corte transversal/ Nível VI	Examinar a prevalência de insônia e sua associação com depressão, ansiedade e comorbidades após SCA§.
The effect of eye mask on sleep quality in patients of coronary care unit <sup>(30)</sup>	Estudo randomizado controlado/ Nível II	Investigar os efeitos do uso de máscara ocular sobre a qualidade do sono de pacientes internados em unidades de cuidados coronarianos.

(a Figura 3 continua na próxima página)

Título	Delineamento Metodológico	Objetivo
Sleep patterns in patients with acute coronary syndromes <sup>(11)</sup>	Estudo longitudinal/ Nível IV	Avaliar o sono noturno em pacientes com SCA <sup>§</sup> longe do ambiente das unidades de cuidados coronarianos e avaliar potenciais conexões com o processo da doença.
Physiologic adaptation problems in people with angina <sup>(31)</sup>	Estudo de corte transversal/ Nível VI	Apresentar problemas fisiológicos comuns em pacientes com AI <sup>  </sup> usando o Modelo de Adaptação - Callista Roy.
Sleep quality of patients with acute myocardial infarction outside the CCU <sup>¶</sup> environment: a preliminar study <sup>(32)</sup>	Estudo longitudinal/ Nível IV	Avaliar a qualidade do sono em pacientes com IAM* internados em uma unidade de cuidados coronarianos e seis meses após o episódio.

\*IAM- Infarto Agudo do Miocárdio; †K-DEPACS- Korean DEPressure in Acute Coronary Syndrome; ‡EsDEPACS- Escitalopram for DEPressure in Acute Coronary Syndrome; §SCA- Síndrome Coronariana Aguda; ||AI- Angina Instável; ¶CCU- Coronary Care Units

Figura 3 - Apresentação dos artigos conforme título do estudo, delineamento metodológico e objetivo. Campinas, SP, Brasil, 2018

Padrão de Sono Prejudicado: Interrupções, limitadas pelo tempo, da quantidade e da qualidade do sono, decorrentes de fatores externos <sup>(15)</sup>	
Característica Definidora	Definição conceitual e operacional
Alteração no Padrão de Sono	Definição conceitual: mudança no estado normal de sono definido pelos "modelos de dormir" predeterminados com base na alteração das dimensões quantitativas e qualitativas. Para um adulto, são necessárias em média sete a oito horas de sono, em 24 horas, com até 5% de despertares noturnos, para um estado ótimo de vigília e, portanto, para obter qualidade do sono <sup>(33-34,36)</sup> .
	Definição operacional: paciente relata que não dormiu quantitativamente o suficiente e que não acordou descansado (avaliação qualitativa).
Despertar não intencional	Definição conceitual: sair do sono espontaneamente ou por fator externo, sem intenção <sup>(34)</sup> .
	Definição operacional: paciente relata que acordou durante a noite, não intencionalmente.
Dificuldade no funcionamento diário	Definição conceitual: considera difícil exercer funções, estar em exercício, em atividade, ter um bom e regular desempenho, realizar bem seus movimentos no dia a dia <sup>(34)</sup> .
	Definição operacional: paciente relata dificuldade em exercer funções, estar em exercício, em atividade, ter um bom e regular desempenho, realizar bem seus movimentos no dia a dia.
Dificuldade para iniciar o sono	Definição conceitual: considera difícil ou é impedido de dar início ao sono. É considerado dificuldade para iniciar o sono quando o indivíduo apresentar a percepção de levar mais de 30 minutos entre o preparo para dormir e adormecer (latência ao sono), não interessando o tempo do relógio, por ser um sintoma subjetivo <sup>(34-36)</sup> .
	Definição operacional: paciente relata dificuldade para iniciar o sono e a percepção do tempo que demorou a dormir.
Insatisfação com o sono	Definição conceitual: falta de satisfação, descontentamento, desprazer relacionado ao estado fisiológico sono <sup>(34)</sup> .
	Definição operacional: paciente relata não se sentir satisfeito com o sono da noite anterior.
Não se sentir descansado	Definição conceitual: percepção de não se sentir descansado em relação à sensação de descanso, ou seja, tem a percepção de estar cansado, afadigado <sup>(34)</sup> .
	Definição operacional: paciente relata que acordou cansado e refere cansaço durante o dia.

Figura 4 - Definições conceituais e operacionais das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Padrão de Sono Prejudicado. Campinas, SP, Brasil, 2018

## Discussão

Foram consideradas, neste estudo, evidências clínicas os achados relacionados às avaliações do sono realizadas por instrumentos como a PSG e/ou questionários de sono validados.

Para avaliar o sono, o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) foi utilizado em estudo com pacientes que fizeram cirurgia de revascularização do miocárdio, tanto naqueles com Infarto do Miocárdio

recente quanto naqueles não recente. Os principais achados relacionados ao sono foram que a pontuação total do IQSP foi maior em pacientes com Infarto do Miocárdio recente, apresentando piores pontuações quando avaliados em relação à duração do sono, latência do sono, eficiência do sono e qualidade geral do sono. Escores elevados de angina ainda foram correlacionados de maneira significativa com duração do sono pobre, distúrbios do sono e pontuação total do questionário. Como principais preditores de má qualidade do sono

foram considerados os escores elevados de angina e tempo de internação em Terapia Intensiva<sup>(24)</sup>.

Ao correlacionar a má qualidade do sono com AI, outro estudo apontou que pacientes com AI apresentaram privação do sono, sonolência diurna, cansaço, letargia, despertares noturnos, dificuldade para dormir e sono superficial, correlacionando esses achados ao uso de medicamentos sedativos, à tensão devido à doença, medo e ansiedade<sup>(31)</sup>.

A dor também foi apontada como fator perturbador do sono em estudo realizado com pacientes hospitalizados. Outros fatores como excesso de iluminação, cuidados da enfermagem e distúrbios orgânicos, como fadiga, também foram apontados<sup>(9)</sup>.

Ao buscar avaliar o sono de pacientes internados em Unidade Coronariana, os pacientes foram submetidos à PSG em local onde os fatores ambientais estavam controlados e seis meses após o evento, em caráter ambulatorial. Mesmo controlando os fatores ambientais do ambiente hospitalar, os pacientes apresentaram aumentos significativos na excitação espontânea, tempo de vigília, latência e reduções da eficiência no sono REM quando comparados aos seis meses de controle após IAM, demonstrando que a má qualidade do sono estava fortemente relacionada à doença apresentada, e não somente aos fatores ambientais<sup>(32)</sup>.

Resultado semelhante apresentou estudo que avaliou a qualidade do sono em pacientes com SCA três dias, um mês e seis meses após o evento, fora do ambiente de Unidade de Cuidado Coronariano, para tornar possível avaliar as conexões de disfunção do sono com o processo de doença por meio de PSG. O estudo mostrou que, com o passar do tempo, houve melhora significativa nos parâmetros da PSG, com aumento do tempo total de sono, eficiência, sono de ondas lentas e diminuição da excitação e do despertar após o início do sono. Seis meses após o evento, a arquitetura do sono estava normal, sugerindo-se, assim, que a principal causa de distúrbios do sono foi a doença aguda subjacente<sup>(11)</sup>.

Em contrapartida, estudo que examinou a prevalência de insônia em pacientes com SCA, internados e após internação, e sua associação com a depressão, ansiedade e comorbidades encontrou que 37% dos pacientes que relataram insônia moderada ou grave durante a hospitalização apresentaram 76 minutos a mais de vigília após o início do sono, em casa. Para essa avaliação, os pacientes foram submetidos a questionários que avaliavam insônia, sonolência, depressão e ansiedade na internação, e semanas depois, PSG ambulatorial. Outros achados foram que os pacientes com insônia apresentaram maiores pontuações em relação aos questionários de depressão e ansiedade ( $p < 0,01$ ), quando comparados aos não

insones, mas nenhuma evidência foi relacionada à escala de sonolência e as pontuações da escala de sonolência estavam positivamente correlacionadas com escores de depressão ( $p = 0,024$ )<sup>(29)</sup>.

Ainda relacionando os distúrbios do sono e sintomas depressivos, pesquisa investigou distúrbios do sono em pacientes com SCA e o efeito do tratamento de depressão com Escitalopram sobre o sono desses pacientes. O distúrbio do sono foi avaliado por um questionário (Leeds Sleep Evaluation Questionnaire) que avalia o "começar a dormir", a "qualidade do sono", o "despertar do sono" e o "comportamento após o despertar". Os principais fatores associados à pontuação total do questionário do distúrbio do sono foram sintomas depressivos, idade mais avançada, sexo feminino, hipertensão e SCA grave<sup>(27)</sup>.

Dois estudos, que se seguem, utilizaram intervenções não medicamentosas em pacientes com SCA para melhora da qualidade do sono. Estes foram incluídos na RI por avaliarem os distúrbios do sono e seus possíveis fatores contribuintes.

Um deles utilizou o IQSP para avaliar o sono de pacientes internados, na maioria com diagnóstico de SCA, após intervenção com aromatizante específico. Os pacientes, tanto do grupo controle quanto do experimental, apresentavam alterações relacionadas à latência, duração, eficiência habitual do sono e aos domínios dos distúrbios do sono, que diminuíram significativamente após a intervenção aplicada ( $p < 0,05$ )<sup>(28)</sup>.

O outro avaliou o efeito da máscara ocular na qualidade do sono de pacientes internados em Unidades de Cuidados Coronarianos com Infarto do Miocárdio, dor no peito e angina utilizando a Verran e Snyder-Halpern Scale Sleep. O estudo demonstrou que os pacientes apresentavam alterações de sono relacionadas ao distúrbio, eficiência e suplementação do sono. Com o uso de máscaras, houve melhora em relação à subescala de distúrbio, com mudanças relacionadas ao item "acordar após o início do sono"; a subescala de eficiência, relacionada à qualidade do sono e à avaliação da suficiência do sono; e a subescala da suplementação, em que as alterações foram relacionadas ao "acordar após excitação final"<sup>(30)</sup>.

Esses achados demonstram que os distúrbios do sono estão relacionados tanto à doença subjacente quanto aos fatores ambientais. Corroborando, estudo realizado em Unidade de Terapia Intensiva demonstrou que as causas de privação de sono estão relacionadas tanto aos fatores intrínsecos, condição aguda da doença, quanto aos fatores ambientais. As intervenções para minimizar os distúrbios do sono podem promover melhora na qualidade do sono dos pacientes internados<sup>(37)</sup>.

Um estudo criou uma ferramenta para avaliar o sono de pacientes internados em Unidades Coronarianas

com SCA. Tal ferramenta foi comparada à PSG. O principal achado relacionava-se aos fatores contribuintes de uma má qualidade do sono, a saber: exposição à luz e preocupação com a doença no período noturno, a conversa da equipe e má qualidade da cama no sono diurno. Os resultados gerais mostraram que os pacientes internados em Unidades de Cuidados Coronarianos foram classificados em "pobres dormentes" (22%), "dormentes regulares" (43%) e "bons dormentes" (35%)<sup>(26)</sup>.

Outra evidência clínica encontrada foi em estudo que caracterizou a sonolência diurna e identificou características clínicas e sociodemográficas em pacientes com IAM, utilizando a Escala de Sonolência de Epworth. O estudo identificou sonolência diurna excessiva em 29,2% dos pacientes. Como fatores contribuintes, a faixa etária (60 anos ou mais apresentaram chance 3,43 vezes maior do que os indivíduos menores de 60 anos); estado civil (indivíduos separados apresentaram chance 9,23 vezes maior do que os de outro estado civil); e indivíduos com IMC superior a 30kg/m<sup>2</sup> apresentaram chance 5,79 vezes maior de que indivíduos com IMC igual ou inferior a 30kg/m<sup>2</sup><sup>(25)</sup>.

A idade é o fator que mais influencia no ritmo sono-vigília. Ela determina a duração de tempo de cada estado do sono, evidenciando-se, assim, a necessidade de considerá-la sempre que se fizer referência à dimensão temporal do sono. No idoso, existem evidências de que o sono tem características distintas do sono de adulto jovem. Nele, o estágio REM diminui, as trocas de estágios são frequentes com alternâncias entre o sono superficial e profundo e os períodos de vigília aumentam<sup>(33)</sup>.

Embora os achados dessa RI tenham sido importantes, a literatura cinzenta teve que ser utilizada para atingir os objetivos do estudo, isso se deve ao fato de que os artigos não apresentavam informações suficientes para a construção das DC e DO do DE em questão. No entanto, seguiu-se todas as fases propostas pela literatura para a conceituação das CD, o que viabilizou o estudo.

Isso é visto como um desafio na realização da RI como primeira etapa de estudos de validação, uma vez que a maioria dos artigos científicos de pesquisas originais não aborda evidências clínicas e fatores contribuintes de maneira a conceituá-las, por isso se torna difícil a obtenção quantitativa e qualitativa de materiais para a revisão de um determinado DE<sup>(38)</sup>.

## Conclusão

Após revisão dos artigos, que avaliaram o sono de pacientes com SCA por meio de questionários, PSG (padrão-ouro), entrevistas e exame físico, as principais evidências clínicas relacionadas ao sono de pacientes internados com SCA nos estudos da RI corroboram com as CD e FR descritas na NANDA-I.

As evidências clínicas encontradas foram, de forma geral, a curta duração do sono, tempo total de sono diminuído, despertares noturnos, despertar após início do sono, sono superficial, reduções na eficiência do sono REM, privação do sono, dificuldade para dormir, reduções da latência do sono, reduções da eficiência do sono e da qualidade geral do sono, sonolência diurna, cansaço, letargia, aumento da excitação espontânea, aumento do tempo de vigília relacionada a fatores intrínsecos, como fase aguda da SCA, depressão e ansiedade, bem como fatores ambientais.

E dentre os fatores contribuintes estavam aqueles relacionados à própria doença, dor, tempo elevado de internação, uso de medicamentos sedativos, tensão relacionada à doença, medo, ansiedade, os fatores ambientais como excesso de iluminação, cuidados de enfermagem e distúrbios orgânicos como fadiga e sintomas depressivos, idade avançada, sexo feminino, hipertensão e SCA grave.

O presente estudo contribuirá para a realização das próximas etapas do processo de validação desse diagnóstico à população com SCA e também poderá auxiliar na determinação do referido DE pelos enfermeiros da prática clínica. Ao utilizar as DC e DO como instrumento na identificação de alterações no padrão de sono, o enfermeiro poderá planejar a assistência direcionada a essa necessidade, contribuindo para a melhoria da qualidade e quantidade de sono de pacientes internados por SCA.

Recomenda-se que novos estudos sejam realizados para estabelecer o perfil do DE Padrão de Sono Prejudicado (00198) na população de pacientes internados com SCA, visto que tais estudos ainda são escassos.

Não realizar a definição conceitual dos fatores contribuintes foi opção das pesquisadoras que, embora tenham o identificado na RI, tinham como objetivo delimitar a apresentação das evidências clínicas e suas definições, nesse primeiro momento, da população em estudo. Isso se deve ao fato de que essa é a primeira fase de uma pesquisa de validação do referido diagnóstico para a população de pacientes com SCA e que as próximas fases, de análise de conteúdo e validação clínica, já estão em andamento, mas não incluem tais fatores contribuintes.

Dessa forma, sugere-se que novos estudos abordem a questão dos determinantes desse DE.

## Referências

1. Luyster FS, Strollo PJ, Zee PC, Walsh JK. Sleep: A health imperative. *Sleep*. 2012; 35(6):727-34. doi: <https://doi.org/10.5665/sleep.1846>
2. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National sleep foundation's

- updated sleep duration recommendation: final report. *Sleep Health*. 2015;1(4): 233-43. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2015.10.004>
3. Ohayon M, Wickwire EM, Hirshkowitz M, Albert SM, Avidan A, Daly FJ, et al. National sleep foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep Health*. 2017;3(1):6-19. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.11.006>
  4. Rod NH, Vahtera J, Westerlund H, Kivimaki M, Zins M, Goldberg M, et al. Sleep disturbances and cause specific mortality: Results from the GAZEL cohort study. *Am J Epidemiol*. 2011; 173(3):300-9. doi: <https://doi.org/10.1093/aje/kwq371>
  5. Parthasarathy S, Vasquez MM, Halonen M, Bootzin R, Quan SF, Martinez FD, et al. Persistent insomnia is associated with mortality risk. *Am J Med*. 2015; 128(3):268-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.10.015>
  6. Buysse DJ. Sleep health: can we define it? Does it matter?. *Sleep*. 2014; 37(1):9-17. doi: <https://doi.org/10.5665/sleep.3298>
  7. Ibáñez V, Silva J, Cauli O. A survey on sleep assessment methods. *Peer J*. 2018; 6:e4849. doi: [10.7717/peerj.4849](https://doi.org/10.7717/peerj.4849)
  8. Hoey LM, Fulbrook P, Douglas JA. Sleep assessment of hospitalised patients: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2014; 51(9):1281-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.001>
  9. Costa SV, Ceolim MF. Factors that affect inpatients' quality of sleep. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(1):46-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100006>
  10. Saldaña DMA, Reyes AD, Berrío MR. Noise and nurse activity: factors disturbing sleep. *Investig Enferm*. [Internet]. 2013 Jan/June [cited Oct 22, 2017];15(1):51-63. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145228258004>
  11. Schiza SE, Simantirakis E, Bouloukaki I, Mermigkis C, Arfanakis D, Chrysostomakis S, et al. Sleep patterns in patients with acute coronary syndromes. *Sleep Medicine*. 2010; 11(2):149-53. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.07.016>
  12. Andrechuk CRS, Ceolim MF. Sleep quality in patients with acute myocardial infarction. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(4):1104-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500002970014>
  13. Martins DL, Garcia TR. Nursing diagnosis of patients with myocardial infarction. *Braz J Nurs*. [Internet]. 2004; 3(2):49-57. doi: <http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20044932>
  14. Hamze FL, Souza CC, Chianca TCM. The influence of care interventions on the continuity of sleep of intensive care unit patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(5):789-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0514.2616>
  15. Herdman TH, Kamitsuru S. editors. *NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2015–2017*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2014.
  16. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. In: Herdman TH, Carvalho EC. *PRONANDA: programa de atualização em diagnósticos de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana; 2013. p.85-129.
  17. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2012; 23(3):134-9. doi: [10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x](https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x)
  18. Avena MJ, Pedreira MLG, Gutiérrez MGR. Conceptual validation of the defining characteristics of respiratory nursing diagnoses in neonates. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(1):76-85. doi: [10.1590/1982-0194201400015](https://doi.org/10.1590/1982-0194201400015)
  19. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review: concepts and methods used in nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2):335-45. doi: [10.1590/S0080-623420140000200020](https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200020)
  20. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Integrative literature review: the initial step in the validation process of nursing diagnoses. *Acta Paul Enferm (Internet)*. 2009; 22(4):434-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000400014>
  21. Ursi ES. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005 [cited Nov 2, 2017]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>
  22. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Evidence-based practice, step by step: searching for the evidence. *Am J Nurs*. 2010; 110(5):41-7. doi: [10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e)
  23. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med*. 2009; 151(4):264-9. doi: [10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135](https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135)
  24. Yilmaz S, Aksoy E, Dogan T, Diken AI, Yalcinkaya A, Ozsen K. Angina severity predicts worse sleep quality after coronary artery by-pass grafting. *Perfusion*. 2016; 31(6):471-6. doi: <https://doi.org/10.1177/0267659115627690>
  25. Andrechuk CRS, Ceolim MF. Excessive daytime sleepiness in patients with acute myocardial infarction. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2015 May/June [cited Nov 2, 2017]; 28(3):230-6. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307039760007.pdf>

26. Storti LJ, Servantes DM, Borges M, Bittencourt L, Maroja FU, Poyares D. Validation of a novel sleep-quality questionnaire to assess sleep in the coronary care unit: a polysomnography study. *Sleep Medicine*. 2015; 16(8):971-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.03.014>
27. Kim JM, Stewart R, Bae KY, Kang HJ, Kim SW, Shin IS, et al. Correlates and escitalopram treatment effects on sleep disturbance in patients with acute coronary syndrome: K-DEPACS and EsDEPACS. *Sleep*. 2015; 38(7):1105-11. doi: <https://doi.org/10.5665/sleep.4822>
28. Hajibagheri A, Babaii A, Adib-Hajbagheri M. Effect of Rosa damascene aromatherapy on sleep quality in cardiac patients: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2014; 20:159-63. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2014.05.001>
29. Coryell VT, Ziegelstein RC, Hirt K, Quain A, Marine JE, Smith MT. Clinical correlates of insomnia in patients with acute coronary syndrome. *Int Heart J*. 2013; 54(5):258-65. doi: <http://doi.org/10.1536/ihj.54.258>
30. Mashayekhi F, Arab M, Pilevarzadeh M, Amiri M, Rafiei H. The effect of eye mask on sleep quality in patients of coronary care unit. *Sleep Sci*. [Internet]. 2013 Aug 23 [cited Nov 2, 2017]; 6(3):108-11. Available from: <http://www.sleepscience.org.br/details/17>
31. Fortes AN, Silva VM, Lopes MVO. Physiologic adaptation problems in people with angina. *Cult Cuid*. 2006; 19:87-93. doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2006.19.12>
32. BaHammam A. Sleep quality of patients with acute myocardial infarction outside the CCU environment: a preliminar study. *Med Sci Monit*. [Internet]. 2006 Apr 1 [cited Nov 2, 2017];12(4):168-72. Available from: <https://www.medscimonit.com/download/index/idArt/448902>
33. Casal GB. Avaliação dos distúrbios de iniciar e manter o sono. In: Reimão R, editor. *Sono: aspectos atuais*. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu Editora; 1990. p.33-40.
34. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. p.1986.
35. Martinez D. *Prática da medicina do sono*. São Paulo: BYK; 1999.
36. Berger AM, Parker KP, Young-McCaughan S, Mallory GA, Barsevick AM, Beck SL. Sleep/wake disturbances in people with cancer and their caregivers: state of the science. *Oncol Nurs Forum*. 2005;32(6):98-126. doi: [10.1188/05.ONF.E98-E126](https://doi.org/10.1188/05.ONF.E98-E126)
37. Beltrami FG, Nguyen XL, Pichereau C, Maury E, Fleury B, Fagondes S. Sleep in the intensive care unit. *J Bras Pneumol (Online)*. 2015; 41(6):539-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562015000000056>
38. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Validation of nursing diagnosis: challenges and alternatives. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(5):649-55. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500002>

Recebido: 02.12.2017

Aceito: 08.10.2018

Autor correspondente:

Juliana Prado Biani Manzoli

E-mail: [julianapbiani@gmail.com](mailto:julianapbiani@gmail.com) <https://orcid.org/0000-0002-5216-378X>**Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.