



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

**ADRIANA SOUZA SZPALHER**

Diagnóstico de enfermagem insônia: validade estrutural em idosos de  
centro de convivência

**RIO DE JANEIRO  
2022**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

ADRIANA SOUZA SZPALHER

Diagnóstico de enfermagem insônia: validade estrutural em idosos de centro de convivência

Dissertação apresentada à Banca Examinadora de Defesa no Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) – (Mestrado), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade

Linha de Pesquisa: Enfermagem: Saberes e Práticas de Cuidar e ser Cuidado

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Priscilla Alfradique de Souza  
**Co-orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Natália Chantal Magalhães da Silva

**RIO DE JANEIRO  
FEVEREIRO/2022**

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

Catálogo informatizado pela autora

S998 Szpalher, Adriana Souza  
Diagnóstico de enfermagem insônia: validade estrutural em idosos de centro de convivência / Adriana Souza Szpalher. -- Rio de Janeiro, 2022. 119 f.

Orientadora: Priscilla Alfradique de Souza.  
Coorientadora: Natália Chantal Magalhães da Silva.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.

1. Distúrbios do Início e da Manutenção do Sono. 2. Idoso. 3. Estudo de Validação. 4. Diagnóstico de Enfermagem. I. Souza, Priscilla Alfradique de, orient. II. Silva, Natália Chantal Magalhães da, coorient. III. Título.

SZPALHER, ADRIANA SOUZA. Diagnóstico de enfermagem insônia: validade estrutural em idosos de centro de convivência. 2022 119p. (Dissertação). Programa de Pós Graduação Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, 2022.

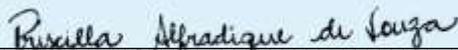
Dissertação apresentada à Banca Examinadora de Defesa no Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) – (Mestrado), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade

Linha de Pesquisa: Enfermagem: Saberes e Práticas de Cuidar e ser Cuidado

Aprovada em: **17 de fevereiro de 2022**

BANCA EXAMINADORA



PROFª DRª. PRISCILLA ALFRADIQUE DE SOUZA (PRESIDENTE)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)

PROF. DR. MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA LOPES (1º EXAMINADOR)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

PROFª DRª. CARLEARA WEISS (2ª EXAMINADORA)  
THE STATE UNIVERSITY OF NEW YORK (SUNY BUFFALO)

PROFª DRª. SÔNIA REGINA DE SOUZA (3ª EXAMINADORA)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)

PROFª DRª. ROSANE BARRETO CARDOSO (SUPLENTE EXTERNO)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)

PROFª DRª. LUCIANE DE SOUZA VELASQUE (SUPLENTE INTERNO)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ser responsável pelo meu respirar, pelo meu acordar, pelo meu querer e por dar-me saúde que me permitiu este caminhar.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) e às secretárias sempre tão atenciosas comigo e com minhas dúvidas. Os retornos de e-mails mais rápidos do mundo!

À Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, pela chance maravilhosa e pela oportunidade de conhecer este novo mundo chamado mestrado.

À minha orientadora, Profª Drª Priscilla Alfradique, e à minha coorientadora, Profª Drª Natália Chantal M. da Silva. Sinceramente não tenho palavras para expressar todo meu agradecimento. Sempre tão dispostas a me ajudarem, a explicarem 1000 vezes minhas dúvidas e a repensarem os caminhos do estudo.

Aos amáveis idosos do Centro de Convivência da Universidade que aceitaram, de bom coração, participar do estudo e se adaptaram junto comigo na pandemia, nos debruçando por 1 hora no telefone, abrindo seus corações, suas angústias e suas mentes para que o trabalho ficasse o mais rico possível.

À Drª Carleara Weiss. Quantas vezes a Sra corrigiu os estudos? Estou pensando aqui que nunca terei como agradecer tamanha dedicação, delicadeza e paciência. Meu Deus. Passando um filme na cabeça.

À Drª Rosane B. Cardoso que, junto com Drª Carleara, dispensaram tanto tempo me ajudando, orientando, corrigindo, conversando e se dedicando com tanta capacidade. Me senti abraçada. Obrigada.

Ao Dr Marcos Venícios, enfermeiro e estatístico que foi completamente essencial para a realização deste estudo. Pessoa que eu admiro e agradeço demais.

Aos demais integrantes da Banca Examinadora, Drª Sônia Regina e Drª Luciane Velasque, agradeço o aceite e as valiosas contribuições que me fizeram refletir por um outro aspecto, tornando, assim, o estudo completo e mais robusto.

À Silvana Chagas, estatística da UERJ que literalmente se debruçou nos dados e nos estudos estatísticos para que as análises se tornassem possíveis. Silvana, você me salvou! Você é sensacional! Obrigadaaaaaa!

Aos professores do Mestrado Acadêmico e do Mestrado Profissional, e aos demais externos de Universidades, que me auxiliaram no aprendizado.

SZPALHER, ADRIANA SOUZA. Diagnóstico de enfermagem insônia: validade estrutural em idosos de centro de convivência. 2022 119p. (Dissertação). Programa de Pós Graduação Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, 2022.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral verificar a validade estrutural do diagnóstico de enfermagem (DE) insônia (código 00095), da taxonomia NANDA-I, em idosos participantes de centro de convivência, e objetivos específicos: Identificar a frequência das características definidoras (CD) e dos fatores relacionados (FR) do DE insônia; Verificar a associação entre características sociodemográficas, e CD e FR do DE insônia; Determinar as medidas de acurácia diagnóstica das CD do DE insônia; Estimar a prevalência do DE insônia da taxonomia da NANDA-I. Trata-se de um estudo metodológico, de acurácia diagnóstica das CD do DE insônia, para validade estrutural em idosos não institucionalizados. Foi realizada coleta de dados por meio de entrevista por telefone, com 90 participantes de um programa de bem-estar e qualidade de vida de uma universidade federal. Elaborou-se um instrumento específico para coleta de dados contendo dados sociodemográficos, CD e FR do DE insônia. As análises estatísticas ocorreram por meio do programa R versão 4.0.2. Foram adotados o teste Qui-quadrado de Pearson ( $X^2$ ) e o teste exato de Fisher para verificar a associação entre os dados sociodemográficos, e as CD e FR. Ainda verificou-se a associação entre a escala Índice de Gravidade de Insônia, e as CD e FR. Adotou-se a Análise de Classe Latente para verificar a sensibilidade e especificidade das CD. A fim de obter a probabilidade de apresentar o DE, foi adotada tabela de probabilidade posterior a partir do modelo de efeito randômico gerado. Participaram idosos com idade entre 63 e 92 anos, predominantemente do sexo feminino (90%), com escolaridade até o ensino médio (70%) e morando acompanhados (61,1%). As 13 CD e 18 FR do DE Insônia apresentaram prevalência na amostra. Houve maior prevalência da CD "**Resistência física insuficiente**" (75,6%) e do FR "**Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo**" (71,1%). Com relação as CD, nas análises das evidências de associações, em todos os testes  $X^2$ , foi identificada a associação somente com a variável Ocupação (Aposentado e Não aposentado), em que a CD "**Atenção alterada**" apresentou dependência. Em se tratando dos FR, houve evidências de associação com as variáveis Ocupação, Estado civil e Coabitantes. A CD "**Ciclo sono-vigília não restaurador**" apresentou maior medida de acurácia para inferência do DE Insônia (1,00). No modelo de classe latente, a prevalência estimada do DE insônia foi de 57,80%. Assim, este estudo possibilitou a validação estrutural das CD do DE Insônia em idosos. Logo, este grupo de indicadores diagnósticos pode ser adotado por enfermeiros para reconhecer e confirmar a presença do DE insônia em idosos não institucionalizados. Do mesmo modo, este estudo contribui ao fornecer indicadores clínicos precisos da insônia para a população idosa afim de auxiliar na confirmação diagnóstica precoce. Espera-se ainda, contribuir para o reconhecimento de indicadores precisos que auxiliem na escolha de intervenções de enfermagem, objetivando a melhora clínica.

**Palavras-chave:** Distúrbios do Início e da Manutenção do Sono; Idoso; Estudo de Validação; Diagnóstico de Enfermagem

SZPALHER, ADRIANA SOUZA. Diagnóstico de enfermagem insônia: validade estrutural em idosos de centro de convivência. 2022 119p. (Dissertação). Programa de Pós Graduação Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, 2022.

### ABSTRACT

The general objective of this study was to verify the structural validity of the nursing diagnosis (ND) insomnia (code 00095), of the NANDA-I taxonomy, in aged participants of community center, and specific objectives: To identify the frequency of defining characters (DC) and related factors (RF) from ND Insomnia; To verify the association between sociodemographic characteristics, and DC and RF of ND Insomnia; To determine the diagnostic accuracy measures of the DC of ND Insomnia; To estimate the prevalence of ND Insomnia from the NANDA-I taxonomy. This is a methodological study of diagnostic accuracy of the DC of the ND insomnia, for structural validity in non-institutionalized aged people. Data collection was carried out through telephone interviews with 90 participants from a well-being and quality of life program at a federal university. A specific instrument was developed for data collection containing sociodemographic data, DC and RF of the ND insomnia. Statistical analyzes were conducted using the R version 4.0.2 program. Pearson's chi-square test ( $X^2$ ) and Fisher's exact test were used to verify the association between sociodemographic data and DC and RF. Beyond this, association was also made between Insomnia Severity Index scale, and DC e RF. Latent Class Analysis was adopted to verify the sensitivity and specificity of DC. In order to obtain the probability of presenting the ND, a posterior probability table was adopted from the generated random effect model. Older people aged between 63 and 92 years old participated in the study, predominantly female (90%), with schooling until high school (70%) and living with someone (61.1%). The 13 DC and 18 RF of the ND Insomnia showed prevalence in the sample. There was a higher prevalence of the DC **"Insufficient physical endurance"** (75.6%) and the RF **"Average daily physical activity is less than recommended for age and gender"** (71.1%). Regarding the DCs, in the analysis of the evidence of associations, in all  $X^2$  tests, the association was identified only with the Occupation variable (Retired and Not retired), in which the DC **"Altered attention"** showed dependence. In terms of RF, there was evidence of association with the variables Occupation, Marital Status and Cohabitants. The DC **"Non-restorative sleep-wake cycle"** presented the highest accuracy measure for the Insomnia ND (1.00). In the latent class model, the estimated prevalence of ND Insomnia was 57.80%. Thus, this study allowed the structural validation of the DCs of the ND Insomnia in the elderly. Therefore, this group of diagnostic indicators can be adopted by nurses to recognize and confirm the presence of ND insomnia in non-institutionalized aged. Likewise, this study contributes by providing accurate clinical indicators of insomnia for the older population in order to assist in early diagnostic confirmation. It is also expected to contribute to the recognition of precise indicators that help in the choice of nursing interventions, aiming at clinical improvement.

**Keywords:** Sleep Initiation and Maintenance Disorders; Aged; Validation Study; Nursing Diagnosis

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
1.1 O início de tudo.....	9
1.2 Problematização.....	10
1.3 Envelhecimento e as questões do sono.....	10
1.4 Processo de Enfermagem e alterações no sono.....	13
1.5 Pergunta de Pesquisa.....	18
1.6 Hipótese .....	18
1.7 Objetivo Geral .....	18
1.8 Objetivos Específicos.....	18
1.9 Justificativa.....	19
1.10 Relevância.....	21
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
2.1 Contextualização Sociodemográfica .....	23
2.2 Aspectos do Cuidado Gerontológico .....	25
2.3 Sono e sua importância em idosos .....	27
2.4 Insônia e sua influência em idosos.....	29
2.5 Percurso para seleção do diagnóstico de enfermagem insônia.....	33
2.6 Revisão de Escopo e Percepções sobre a COVID-19.....	35
<b>3 MÉTODO .....</b>	<b>36</b>
3.1 Desenho do Estudo .....	36
3.2 Campo de Pesquisa.....	36
3.3 Amostra do estudo.....	38
3.4 Instrumentos para coleta de dados.....	39
3.4.1 Teste de Evocação de Palavras (TEP).....	39
3.4.2 Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).....	39
3.4.3 Formulário .....	40
3.4.4 Índice de Gravidade de Insônia (IGI) .....	40
3.5 Coleta de dados .....	41
3.6 Teste Piloto .....	43
3.7 Análise Dos Dados .....	43
3.8 Aspectos Éticos .....	46
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>71</b>
5.1 Limitações do estudo .....	76
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>78</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE A - TESTE DE EVOCAÇÃO DE PALAVRAS (TEP) .....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE B - FORMULÁRIO COM DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CD E FR DO DE INSÔNIA .....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE C - DEFINIÇÃO CONCEITUAL E OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS.....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO A - ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD) .....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO B - ÍNDICE DE GRAVIDADE DE INSÔNIA (IGI).....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA DO PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO – GRUPO RENASCER....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO D – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO E - TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO .....</b>	<b>119</b>

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 O INÍCIO DE TUDO

Estudar diagnósticos de enfermagem (DE) nunca esteve em meus propósitos durante a graduação. Na verdade, meu contato na graduação com DE foi superficial e, talvez por isso, não houve interesse imediato da minha parte. Ao meu ver, tal tema era “muito teórico”, tema este que não cabia na prática profissional.

Se, por um lado, no início de tudo, DE era um assunto distante, por outro, o trabalho com público adulto, principalmente idosos, sempre foi de meu interesse, talvez por sempre tentar cuidar da saúde do meu pai. A prática profissional foi para este lado também, desde o meu Acadêmico Bolsista pelo Estado, onde escolhi o setor adulto e, conseqüentemente, incluindo idoso. Posteriormente, o trabalho com adulto/idoso em gerenciamento de Home Care, em hospital privado, a Residência no meio disso tudo, e em UPA vieram.

Posteriormente, mesmo com contato prematuro com o tema, os estudos de pós-graduação refletiram meu interesse sobre atividades que mostrassem a autonomia do enfermeiro na prática. Entendi que a abordagem de DE era um assunto fértil para o amadurecimento da minha autonomia como enfermeira. Essa coisa da desvalorização e da humilhação do profissional sempre me incomodou. Assim, a pós em cardiologia resultou no estudo intitulado “*Principais diagnósticos de enfermagem aplicados aos pacientes com diagnóstico médico de arritmia cardíaca, apresentadas no âmbito hospitalar*” e, posteriormente, a Monografia da Residência em Enfermagem resultou no trabalho intitulado “*Doença venosa crônica e doença arterial periférica: considerações para a anamnese e diagnóstico para o enfermeiro*”, ambos tratando da importância dos DE. Seguindo em frente, ainda na Residência, o estudo “*Doença venosa crônica e doença arterial periférica: uma ficha para anamnese*” apresentou uma proposta de instrumento para anamnese pelo enfermeiro, com utilização do DE “Perfusão tissular periférica ineficaz” (NANDA 2018-2020).

A esta altura, a tríade “vontade de continuar estudando”, “idoso” e “diagnóstico de enfermagem” foi natural, de modo que nem senti. Ainda me lembro quando uma querida funcionária da Marinha disse, de forma tão natural, “quando você for fazer seu mestrado, isso vai ser necessário”. E nisso, eu pensando “Eu, mestrado? Mas nunca pensei nisso. Mas com que capacidade? Eu tenho é que continuar trabalhando. Afinal, tenho contas pra pagar”. Estranhamente, 1 mês após, estava eu planejando não parar os estudos e, conseqüentemente, o Mestrado. Como é a vida? Como é a cabeça do ser humano?

Assim, me deparei, mais uma vez, na UNIRIO, concorrendo à vaga. Talvez professoras Priscilla e Natália lembrem dos meus gaguejos, mas a cordialidade e simpatia

de ambas não me deixou ruborizar mais do que já estava, de tanta vergonha.

Mais do que fazer um texto sobre motivação e sobre “Quem sou eu”, preciso agradecer. Agradecer as oportunidades, agradecer os empecilhos que nos fazem mais fortes, agradecer a paciência e dedicação das professoras, agradecer aos auxiliares e ajudadores que tive o privilégio de conhecer neste caminho, e agradecer por, agora discordar daquela amável pessoa, lá atrás, que eu “desvalorizei” quando disse que eu faria Mestrado.

## **1.2 PROBLEMATIZAÇÃO**

O envelhecimento populacional e aumento da população idosa são um fenômeno de nível global, acarretando a transição demográfica. O elevado número de idosos com problemas de saúde e distúrbios do sono, como a insônia, é observado na prática clínica. Apesar das alterações fisiológicas, comuns ao envelhecimento, influenciarem diretamente na arquitetura do sono, dentre os transtornos, a insônia é o mais comum entre os idosos e sua presença deve ser investigada. Nessa população, as características principais se baseiam na dificuldade em manter o sono ao longo da noite e na baixa eficiência do sono (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO, 2019).

Logo, observa-se a necessidade de instrumentos e conceitos acurados para avaliação mais objetiva e confirmação diagnóstica pelo enfermeiro do DE Insônia (código NANDA-I 00095) no contexto de idosos não institucionalizados. Assim, DE acurados apresentam indicadores clínicos que melhor representam aquele determinado DE, favorecendo um raciocínio clínico por meio da identificação ágil e precisa dos problemas de saúde e, por consequência, melhor direcionamento de ações de enfermagem (NOGUEIRA et al., 2021).

## **1.3 ENVELHECIMENTO E AS QUESTÕES DO SONO**

Velhice é um termo que caracteriza a última fase do ciclo de vida, que é delimitada por múltiplos e complexos eventos, como perdas psicomotoras e neurocognitivas, afastamento social, entre outros. Conforme a longevidade vai ocorrendo ao longo dos anos, a velhice passa a apresentar subdivisões etárias que atendem a necessidades taxonômicas da ciência e da vida em sociedade, conforme se observa as terminologias utilizadas, como velhice jovem, velhice e velhice avançada (BIASUS; DEMANTOVA; CAMARGO, 2011).

O critério cronológico é importante para determinar o grau da velhice, porém este não é um dos mais precisos no que concerne o conceito de envelhecimento. Nesse sentido, o aspecto biológico do envelhecimento, com a progressiva transformação do corpo proveniente do desgaste do organismo, difere de um indivíduo para outro, conferindo características singulares. Tal multidimensionalidade, observada no envelhecer, está presente nas

dimensões física, psíquica, laboral, social, econômica, dentre outras, influenciando o processo saudável de envelhecimento (DÁTILLO et al., 2015).

Estas complexidades fisiológica, psicológica e social podem trazer sentimentos de felicidade aos idosos, bem como o sentimento de negação com relação ao envelhecimento cronológico e a falta de aceitação com relação às transformações que ocorrem nesta fase da vida. Barreiras como dificuldade para locomoção, doenças próprias da idade, declínio cognitivo e transtornos do sono podem trazer vulnerabilidade à pessoa idosa (FONSECA; CARVALHO; SCHEICHER, 2015).

De forma geral, o envelhecimento está relacionado ao aumento da incidência de doenças do sono. Pessoas mais velhas tipicamente apresentam dificuldades em iniciar o sono, dificuldade mais acentuada em manter-se dormindo devido aos frequentes despertares, e cochilos diurnos prolongados. Além disto, apresentam desordens de sono como a apnéia do sono e movimentos límbicos durante o sono. A insônia é um dos distúrbios do sono mais comuns na população geriátrica. Nem sempre o idoso apresenta baixa qualidade de sono, mas dormir bem pode certamente melhorar a saúde geral (GULIA; KUMAR, 2018; BENCA; TEODORESCU, 2019).

Fatores psicossociais, perda de familiares, divórcio, violência doméstica, podem levar a distúrbios do sono. A insônia pode resultar em acordar cansado pela manhã, incapacidade de concentração, cochilos diurnos frequentes e baixa qualidade de vida. Comorbidades psiquiátricas como transtorno de humor e de ansiedade podem aumentar o risco de insônia (BOLLU, KAUR; 2019), além de contribuir para sintomas depressivos (SILVA et al., 2019).

O risco de síndromes do sono geriátricas pode ser devido a presença do declínio normal do sono e ao impacto aditivo de múltiplos fatores de risco, como o efeito da polifarmácia, com medicamentos que estão associados à diminuição da cognição, delírio e quedas. Por fim, o sono em idosos é afetado negativamente pelo aumento de sintomas prevalentes na idade. Ainda há os efeitos negativos como a diminuição da função diurna, humor prejudicado (DEAN et al., 2017), além da relação bidirecional com doença de Alzheimer (BORGES et al., 2019).

Alterações no padrão de sono no envelhecimento são caracterizados por: tempo de sono avançado, duração do sono noturno encurtada, aumento da frequência de cochilos diurnos e do número de despertares noturnos, tempo gasto acordado durante a noite e diminuição do sono de ondas lentas. Alguns desses podem iniciar na meia-idade, porém os parâmetros do sono permanecem praticamente inalterados em idosos saudáveis. No envelhecimento normal, o sistema circadiano e os mecanismos homeostáticos do sono tornam-se menos robustos, com alteração na quantidade e no padrão da secreção de hormônios relacionados ao sono. As causas dos distúrbios do sono em idosos são multifatoriais (LI; VITIELLO; GOONERATNE, 2018).

A eficiência do sono também diminui com a idade, significado que uma pessoa dispensará mais tempo na cama, porém menos tempo dormindo. Os idosos podem dormir por 7 horas quando deixados em um quarto sem estímulos relacionados à luz ou despertador (YAREMCHUK, 2018). Porém, prejuízos no sono não são parte do processo normal de envelhecimento (DEAN et al., 2017). Logo, alterações do sono inicialmente podem causar preocupações, portanto, aconselhamento torna-se útil.

Nesse sentido, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) define insônia como um distúrbio de início e manutenção do sono. A prevalência de insônia é maior em adultos médios e mais velhos e aumenta com a idade. O sono muda com o envelhecimento e os idosos tendem a ter mais desafios com a manutenção do sono em comparação com os adultos mais jovens (BREWSTER; RIEGEL; GEHRMAN, 2018). A insônia é um distúrbio do sono comum em adultos que pode apresentar impactos negativos à saúde, porém os idosos (>65 anos) são os mais suscetíveis (TADDEI-ALLEN, 2020).

A insônia pode aumentar à medida que o indivíduo envelhece e é ampliada por distúrbios neurológicos ou metabólicos. Por exemplo: observa-se associação entre sono e distúrbios do Sistema Nervoso Central, como doença cerebrovascular, esclerose múltipla, epilepsia, dor de cabeça, distúrbios neurodegenerativos (BORGES et al., 2019).

O funcionamento cognitivo e o declínio do sono se relacionam, pois alterações do sono estão associadas à piora cognitiva. Esta relação está presente nos idosos com insônia, com distúrbios respiratórios do sono, idosos com cognição saudável e idosos com demência (DZIERZEWSKI; DAUTOVICH; RAVYTS, 2018).

Autores observaram associações significativas entre a duração do sono e a memória, de forma que a baixa qualidade do sono e duração longa do sono foram relacionados à baixa performance da memória (TSAPANOU et al., 2017). Assim, observa-se a necessidade de utilizar instrumentos e DE acurados que apoiem o raciocínio clínico do enfermeiro, direcionados ao público idoso.

Nesse sentido, a assistência é necessária para diagnosticar problemas de saúde e estados de risco. Para estes, utilizam-se DE presentes em uma das Taxonomias, a NANDA Internacional (NANDA-I). Um DE é definido como “um julgamento clínico relativo a uma resposta humana às condições de saúde / processos de vida, ou suscetibilidade a essa resposta, por um indivíduo, família, grupo ou comunidade” (HERDMAN; KAMITUSURU; LOPES, 2021, p.80).

#### **1.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM E ALTERAÇÕES NO SONO**

Desde a década de 1950, o conceito e prática do Processo de Enfermagem (PE) tem

sido construído nos Estados Unidos, objetivando organizar o pensamento para antecipar e resolver rapidamente os problemas apresentados pelos pacientes. Assim, o PE ganhou crédito ao ser visto como um método de resolução de problemas baseado na avaliação de enfermagem (WEAVER et al., 2010).

Junto ao PE, as teorias de enfermagem orientam e estruturam as práticas nos diversos campos do cuidado. A assistência deve necessariamente ser pautada nas Teorias, de forma solitária ou em conjunto, porém, observando se as consequências do cuidado não irão diferir entre si. Com vistas a promover e manter o sistema corporal em equilíbrio, o enfermeiro identifica as necessidades, fornece ajuda necessária e verifica a efetividade de suas ações (TANNURE; PINHEIRO, 2010). No contexto da legislação, a Lei No 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e não sobre as etapas do PE.

A *American Nursing Association* (ANA) divide o PE em 6 etapas: Coleta de dados/anamnese, Diagnóstico, Identificação dos resultados, Planejamento, Implementação e Avaliação. A teórica Callista Roy utilizou-se da Teoria da Adaptação para formular seu PE, que consiste nas fases: levantamento do comportamento do cliente, levantamento dos fatores influentes, identificação do problema, estabelecimento do objetivo, intervenção e avaliação (2015).

Já no Brasil, o PE é um dos instrumentos utilizados pela equipe de enfermagem para estruturar e direcionar os cuidados, solucionar ou prevenir problemas de saúde, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2015). Tal instrumento metodológico, respaldado pela Resolução COFEN 358/2009, traz a descrição conceitual objetiva acerca das etapas do PE e dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do PE em ambientes no âmbito nacional, de gerenciamento público ou privado. Quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais, domicílios, escolas, ou associações comunitárias, o PE é identificado por consulta de enfermagem (COFEN, 2009).

Conforme o COFEN, o PE é um instrumento utilizado para nortear a documentação clínica, sendo os registros de enfermagem basilares para o processo do cuidar, de modo a obter uma “prática sistemática, inter-relacionada, organizada com base em passos preestabelecidos e que possibilite prestar cuidado individualizado ao paciente”, além de promover comunicação segura entre a equipe (COFEN, 2015, p. 18).

Atualmente, o PE é dividido em cinco etapas e, em cada uma destas, são enfatizadas as ações de enfermagem com o intuito de tratar os problemas de saúde apresentados pelo cliente; são elas: Histórico de Enfermagem, DE, Planejamento (ou Prescrição) de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem. Vale lembrar que, segundo a Resolução 358/09, essas etapas são trabalhadas conjuntamente, mantendo interação entre si (COFEN, 2009). Toney-Butler e Thayer (2021) ainda relatam que o PE é visto como um

guia sistemático centrado no cuidado ao cliente/paciente, corroborando a divisão em cinco etapas sequenciais.

Estas etapas são inter-relacionadas, sistematizadas e dinâmicas. Assim, o PE tem como propósito a realização de uma estrutura para o cuidado na qual as necessidades de saúde são satisfeitas (ANA, 2015). Tal atitude deve ser intencional, interativa, flexível e baseada em modelos teóricos de enfermagem ou de outras áreas que sustentem a realização do PE (COREN-SP, 2015). Ainda segundo a Resolução COFEN 358/2009, a operacionalização do PE evidencia o cuidado de enfermagem à população atendida, ressalta o reconhecimento profissional, e ocorre sob supervisão do enfermeiro.

No Histórico de Enfermagem (HE) ocorre a coleta da história de saúde e da anamnese ou exame físico, além da ordenação e síntese do que foi coletado. Após a coleta de dados, determina-se o estado de bem-estar ou de doença. É importante haver a coleta de dados positivos também, com vista a identificar oportunidades de promoção da saúde (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021). Segundo Toney-Butler e Thayer (2021), esta etapa aborda a coleta de dados objetivos - informações mensuráveis e tangíveis como sinais vitais, ingestão e saída, altura e peso; e dados subjetivos - envolvem declarações verbais do paciente ou cuidador.

Com relação à avaliação breve e detalhada do sono e investigação de insônia, pontos a serem observadas pelo enfermeiro quando da coleta de dados são: investigar quão bem descansado o indivíduo se sente ao acordar, detalhes sobre a sonolência diurna enquanto está sentado, assistindo TV, dirigindo ou caminhando, o tempo dispensado diante das telas (smartphone, computador ou tablet) nas horas antes de dormir (HEDGES; GOTELLI, 2020).

Na 2ª etapa, de DE, a partir dos problemas detectados, identificam-se os diagnósticos para aquele determinado indivíduo ou comunidade. O raciocínio deve ser clínico, pois o DE é um julgamento clínico diante de uma resposta às condições de saúde/doença. Os enfermeiros diagnosticam problemas de saúde, estados de risco e disposição para a promoção da saúde. (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Nesta etapa, o pensamento crítico é a chave para verificar se as informações obtidas são suficientes, ou se são conflitantes e incompletas, a fim de respaldar a identificação do DE adequado ao quadro apresentado. Assim, é possível, também, raciocinar sobre os resultados esperados (COREN-SP, 2015). A formulação de um DE por meio da utilização do julgamento clínico auxilia no planejamento e implementação do atendimento ao paciente (TONEY-BUTLER E THAYER, 2021).

Um DE acurado reflete o real estado do indivíduo e se adapta às condições clínicas do mesmo. Os DE podem ser identificados como altamente acurados ou com baixa acurácia à decisão clínica. Nesse sentido, os estudos de validação apresentam métodos que avaliam a acurácia dos DE e permitem avançar o conhecimento sobre o processo diagnóstico,

umentando a confiabilidade dos estudos clínicos sobre DE (PERES et al., 2016). Assim, acurácia na identificação das manifestações clínicas de distúrbios do sono é necessário para a escolha adequada das intervenções de enfermagem diante do DE Insônia.

Em se tratando dos DE, os indicadores diagnósticos de insônia (Quadro 1) foram atualizados na edição 2021-2023. Além deste, outros DE relacionados à Atividade/Repouso são “Privação de sono” (código 00096), “Prontidão para sono melhorada” (código 00165) e “Padrão de sono perturbado” (código 00198) (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

<b>Características Definidoras (CD)</b>	<b>Fatores Relacionados (FR)</b>	<b>Populações em Risco</b>	<b>Condições Associadas</b>
Afeto alterado	Ansiedade	Adolescentes	Doença crônica
Atenção alterada	Crenças de sono disfuncionais	Indivíduos economicamente desfavorecidos	Alteração hormonal
Humor alterado	Consumo de cafeína	Indivíduos em luto	Preparações Farmacêuticas
Expressa insatisfação com a qualidade de vida	Tensão do papel de cuidador	Indivíduos submetidos a mudanças no estado civil	
Acordar cedo demais	Consumo de bebidas açucaradas	Trabalhadores noturnos	
Expressa insatisfação com o sono	Sintomas depressivos	Idosos	
Expressa esquecimento	Desconforto	Mulheres grávidas no terceiro trimestre	
Expressa necessidade de cochilos frequentes durante o dia	Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo	Trabalhadores em turnos rotativos	
Estado de saúde prejudicado	Distúrbios ambientais	Mulheres	
Absenteísmo aumentado	Medo		
Aumento nos acidentes	Cochilos frequentes durante o dia		
Resistência física insuficiente	Higiene do sono inadequada		
Ciclo sono-vigília não restaurador	Estilo de vida incoerente com ritmos circadianos normais		
	Baixa resiliência psicológica		
	Obesidade		
	Estressores		
	Abuso de substâncias		
	Uso de dispositivos eletrônicos interativos		

**Quadro 1** - Constituintes Diagnósticos do DE Insônia (HERDMAN; KAMITUSURU; LOPES, 2021)

A literatura evidencia a presença de Características Definidoras (CD) do DE Insônia em idosos com ou sem demência, como os cochilos (CROSS et al., 2015), o acordar cedo demais (GULIA; KUMAR, 2021), o humor alterado (JACKOWSKA; POOLE, 2017), além do impacto na qualidade de vida e comprometimento da concentração (SYS et al., 2020).

Já enquanto Fatores Relacionados (FR), a literatura evidencia problemas de saúde como o aumento de gordura corporal (CROSS et al., 2015), ansiedade e sintomas depressivos (HUANG; ZHAO, 2020), uso habitual do café (JEE et al., 2020), além da correlação entre acidentes com quedas, com insônia e com o medo de cair (CHANG; CHEN; CHOU, 2016). O uso indevido de álcool (BROWER, 2015) está relacionado à insônia na população adulta, porém estudos relacionados aos idosos não foram encontrados.

Em sequência, a terceira etapa é o Planejamento de Enfermagem e, bem como as primeira e segunda, é atividade privativa do enfermeiro (COFEN, 2009). Esta resulta da análise e avaliação dos DE identificados no cliente, das necessidades apresentadas e do grau de dependência. Esta etapa coordena a equipe de enfermagem no cumprimento da assistência, das necessidades básicas e específicas do público atendido (ANA, 2015). As anotações de enfermagem no que tange a coleta de dados e DE fornecem suporte para a realização desta etapa (COFEN, 2015).

A terceira etapa já mencionada, também nomeada de "Planejamento" por Toney-Butler e Thayer (2021), refere-se as metas e resultados são organizados em prol do cuidado ao cliente. É essencial planejar o cuidado nesta fase para promover uma assistência individualizada, visando determinar os resultados que se espera alcançar. As metas devem ser, entre outras características, específicas, orientadas em resultados e significativas.

Nesta etapa, e com base na Classificação de Resultados NOC (sistema de classificação no qual descreve resultados do indivíduo após intervenções de enfermagem. O NOC avalia os efeitos do cuidado de enfermagem), com base nos DE identificados, deve-se estabelecer os resultados desejados. No que tange o DE Insônia, pode-se considerar resultados relacionados ao Nível de Desconforto, Nível de Depressão ou Estado de Conforto: Ambiente. Estes podem ser utilizados e mensurados por meio do enfermeiro capacitado a determinar o impacto das intervenções de enfermagem implementadas. Diante das CD do DE insônia, são pertinentes os indicadores "horas de sono" (código 000401), "período de sono consistente durante toda a noite" (código 000418) e "sono interrompido" (código 000406) ou até mesmo a "dor" (código 000425) que pode ser um impeditivo para início e manutenção do sono (MOORHEAD et al., 2018).

A taxonomia referente à prescrição de intervenções de enfermagem, com título

*Nursing Interventions Classification* (NIC) (BUTCHER et al., 2018), é reconhecida pela *American Nurses Association*, sendo uma linguagem padronizada que documenta a prática assistencial e orienta os enfermeiros quanto às intervenções em resposta aos problemas de enfermagem e DE identificados no indivíduo/grupo, e resultados esperados (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Nesta etapa, ressalta-se que a manutenção do ciclo sono/vigília é uma intervenção recomendada para controle do humor (5330) e sua alteração deve ser observada em intervenções como os cuidados com o repouso no leito (0740). Na educação em saúde (5510) o padrão de sono saudável deve ser valorizado. O posicionamento durante o sono (0840, 0842) deve ser considerado, entre outros momentos, em injúrias musculares (0140) (BUTCHER et al., 2018). Assim, vê-se a importância em compreender a fisiologia e as implicações do sono, da insônia e do ritmo circadiano no tratamento e na prevenção de doenças, e na promoção da saúde no indivíduo/grupo/sociedade.

A quarta e penúltima etapa - Implementação - é a aplicação, pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar), dos cuidados e da prescrição de enfermagem em si, é o momento de pôr o plano em ação. As intervenções presentes na prescrição podem ser independentes de cuidados e intervenções de outros profissionais, ou podem ser associadas a intervenções dos demais da equipe, como o preparo de medicamentos prescrito pelo médico ou os ajustes dos parâmetros do ventilador mecânico em acordo com a fisioterapia (COREN-SP, 2015).

Nesta etapa é importante que toda a equipe de enfermagem formalize, por escrito, a realização dos cuidados prescritos. Tais anotações auxiliam na comunicação entre a equipe e na reavaliação do quadro do cliente após a realização das intervenções (COFEN, 2016), e envolve ação e intervenções de enfermagem, como protocolos de tratamentos e cuidados diretos (TONEY-BUTLER; THAYER, 2021).

Na quinta e última etapa - Avaliação de enfermagem - percebe-se, continuamente, as respostas do indivíduo e a efetividade das condutas de enfermagem implementadas, de modo a observar se as intervenções atingiram seus objetivos, ou se faz necessário alteração de conduta/intervenções de modo a alcançar, posteriormente, os resultados ainda esperados (COREN-SP, 2015; American Nurses Association, 2020). Esta etapa não é privativa do enfermeiro, e sim, incumbe à equipe de enfermagem (COFEN, 2009).

Esta etapa final do processo de enfermagem é vital para um resultado positivo. Sempre que o enfermeiro implementar cuidados, estes devem ser avaliados e reavaliados para garantir que os resultados almejados tenham sido atendidos. Estes pontos são necessários dependendo da condição geral do paciente. Ao longo do tratamento, o plano de cuidados pode sofrer adaptações com base em novos dados coletados (TONEY-BUTLER; THAYER, 2021).

Os enfermeiros são aptos a realizar cuidados abrangentes em todas as fases do PE utilizando taxonomias como a NANDA-I, os resultados segundo a NOC e a Classificação de Intervenções NIC, possibilitando a produção de diversas ligações entre tais sistemas de classificação. Tais ligações mostram-se eficazes para resolver os problemas de saúde, abrangem diversas esferas do cuidado e fornecem evidências para a prática de enfermagem. A realização do cuidado por meio das taxonomias permite, sobretudo, uma avaliação sobre se as intervenções adotadas são suficientes, assim como se os DE são apropriados (GENCBAS, BEBIS, CICEK; 2018).

Nesse aspecto, o tratamento da insônia é necessário para diminuir a carga da própria insônia e para contribuir na diminuição dos problemas somáticos associados, como depressão e cardiopatia (VAN STRATEN et al., 2018).

### **1.5 PERGUNTA DE PESQUISA**

Quais indicadores clínicos auxiliam na representação clínica válida do DE Insônia, a partir da Taxonomia da NANDA-I, em idosos de centro de convivência?

### **1.6 HIPÓTESE**

Existe um conjunto de indicadores clínicos representativos do DE Insônia, a partir da Taxonomia da NANDA-I, para idosos de centro de convivência.

### **1.7 OBJETIVO GERAL**

Verificar a validade estrutural do DE Insônia, da Taxonomia NANDA-I, em idosos de centro de convivência.

### **1.8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a frequência das CD e dos FR do DE Insônia;
- Verificar a associação entre características sociodemográficas, e CD e FR do DE Insônia;
- Determinar as medidas de acurácia diagnóstica para CD do DE Insônia;
- Estimar a prevalência do DE Insônia da taxonomia da NANDA-I.

### **1.9 JUSTIFICATIVA**

Ao longo dos anos, as Sociedades e pesquisadores têm se preocupado em estudar a insônia, suas causas e consequências, além da relação deste distúrbio com outras questões de saúde e sociais. Shamary (2021) apresentou análise conceitual da insônia, concluindo que tal distúrbio do sono possui múltiplos impactos no aspecto físico e psicológico, desempenha

um papel crucial para o bem-estar, onde destaca-se a função da enfermagem na identificação e análise do conceito. O DE Insônia também apresenta-se relevante na literatura, sendo adotado pela taxonomia da NANDA-I, e estudado por Vega-Escañó et al. (2020), com base na 11ª edição da NANDA-I, e por Guandalini et al. (2020), com base na 12ª edição da NANDA (HERDMAN; KAMITUSURU; LOPES, 2021). No que tange os diferentes grupos populacionais, o DE é investigado em doenças crônicas como diabetes (SAMPAIO et al., 2017) e cardiopatias (PEREIRA et al., 2011), em portadores de AIDS (ALVES et al., 2018), em hospitalizados (SOUZA NETO et al., 2015) e na psiquiatria (FRAUENFELDER, 2018), mostrando sua relevância clínica, e contribuindo para avaliação das respostas nos diversos cenários e públicos.

Buscas em Bases de Dados de saúde e Revistas específicas, como a *International Journal Of Nursing Knowledge*, revelaram escassez de estudos sobre o DE insônia nas diversas populações. Ainda se destacou a ausência de estudos sobre acurácia diagnóstica, com análises mais aprofundadas além dos estudos de revisão. Tal ineditismo acerca da atualização do DE evidenciou a ausência no curto tempo de estudos com o DE revisado. Ainda, encontrou-se estudos sobre insônia sem propostas de intervenções e poucos sobre o DE Insônia proposto pela NANDA-I, especialmente na população idosa.

Na Base de dados PubMed com a estratégia "*nursing diagnosis*" AND *Insomnia*, foram identificados 10 estudos publicados a partir de 2011, que mencionam o DE insônia, sendo que destes, dois são sobre o DE insônia, e nenhum é direcionado aos idosos. Dos 40 estudos encontrados no Portal BVS utilizando "*nursing diagnosis*" AND *Insomnia* que mencionam o DE insônia, dois são específicos sobre o DE, porém nenhum trata do público idoso. Os dois estudos são sobre validação das definições operacionais em trabalhadores em ambiente ocupacional do DE, versão de 2017 (VEGA-ESCAÑO et al., 2020) e análise das evidências dos indicadores diagnósticos (GUANDALINI et al., 2020). Ao buscar por "*Nursing diagnosis*" AND *Insomnia* AND *validation*, não foram encontrados outros estudos.

A Base Web of Science (WoS), com a estratégia "*nursing diagnosis*" AND *Insomnia* AND "*older people OR elderly*" em todos os campos, não retornou resultados. A estratégia "*nursing diagnosis*" AND *insomnia* AND *validation*" apresentou o mesmo estudo da BVS (VEGA-ESCAÑO et al., 2020). No portal CINAHL, utilizando as mesmas estratégias em Título, somente o estudo de Vega-Escañó et al. (2020) foi encontrado.

Vega-Escañó (2020) utilizou método para Validade de Conteúdo, envolvendo o uso de Experts e cálculos para índice de validade de conteúdo. Porém não foram encontrados estudos sobre validação estrutural. As buscas ainda trazem outro resultado: o perfil de estudos sobre distúrbios do sono é majoritariamente dos diagnósticos médicos, e não dos de enfermagem. Por fim, não foram encontrados estudos sobre validação estrutural envolvendo o DE insônia.

A insônia, suas causas e consequências, atualmente têm sido mais estudadas. A pandemia da Covid-19 trouxe, além dos óbitos em nível mundial, uma crise de saúde mental sem precedentes nas Américas. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) percebe a doença mental como uma epidemia silenciosa fortemente presente nas Américas antes da pandemia. Esta resposta à pandemia deve atender aos acometidos pela COVID-19 que estão sofrendo de insônia e outras mazelas (2020).

A insônia continua sendo uma das mais comuns desordens de sono presentes na população geriátrica, sendo mais prevalente do que na população jovem. Vários fatores demográficos, psicossociais, biológicos e comportamentais podem contribuir para a insônia tardia. Adultos mais velhos correm maior risco de desenvolverem efeitos médicos e psiquiátricos da insônia. A redução natural do tempo total de sono em idosos pode gerar expectativas irreais sobre a duração do sono, ocasionando ansiedade e piora da insônia (PATEL; STEINBERG; PATEL, 2018). Logo, torna-se importante determinar os fatores causais e as evidências clínicas essenciais para o DE Insônia em idosos, para que o enfermeiro possa detectar tal resposta em saúde de forma acurada e promover um cuidado gerontológico de qualidade.

Nesse cenário, os problemas de sono e sintomas de insônia aumentaram durante o isolamento interpessoal. Logo, intervenções psicológicas se mostram insuficientes no atual momento (LIMA et al., 2021). Hartley et al. (2020) lembram que a má qualidade e desregulação do sono em confinamento estão associadas a mudanças no comportamento do sono, à baixa exposição à luz diurna e maior uso de dispositivos eletrônicos à noite, afetando nas respostas clínicas do sono.

A Organização das Nações Unidas (ONU) destaca que 33% dos pacientes que se recuperaram da COVID-19 apresentam mudanças no comportamento e ansiedade, o que pode prejudicar o padrão de sono. Face ao problema contemporâneo apresentado, compreende-se a importância em abordar a insônia em idosos. Assim, observam-se sintomas prejudiciais ao sono, como a ansiedade, na população geriátrica (2020a).

Nesse sentido, os enfermeiros prestam cuidados com o apoio de instrumentos que norteiam a assistência e a prática organizada. Ao adotar o PE, são aplicados os DE, em que o enfermeiro possui instrumentos norteadores dos cuidados que aumentarão as chances de sucesso na atenção clínica ao idoso (SEMERCÍ et al., 2021).

Assim, justifica-se o presente estudo em função do aumento da população idosa e aumento da expectativa de vida, além do aumento da ocorrência de insônia nesse público e, conseqüentemente, da necessidade de instrumentos clinicamente validados para melhor acurácia diagnóstica. Destaca-se, ainda, que este estudo pode servir de arcabouço para atualização dos DE da NANDA-I, especialmente do DE Insônia.

### 1.10 RELEVÂNCIA

A relação das mudanças negativas do sono com outras mazelas como depressão, ansiedade e estresse, evidenciam a importância em promover estratégias direcionadas a realização de comportamentos positivos para lidar com o aumento de sofrimentos psicológicos. Assim, compreende-se a necessidade em estudar a insônia nos idosos e explorar sua relação e suas consequências no humor, na ansiedade e cognição, e apresentar um auxílio útil para este público (STANTON et al., 2020).

Para tanto, o enfermeiro é parte da realização de intervenções destinadas para os idosos e para problemas presentes nesta população, como as questões cognitivas e de insônia. Espera-se assim, instrumentalizar o enfermeiro na avaliação do sono/insônia nos idosos que possam ser arcabouço para a realização de intervenções com baixo custo e de fácil acessibilidade para melhora do sono, de modo a auxiliar na diminuição da perda da autonomia e promover manutenção da independência neste público.

Diante da relevância do estudo em buscar promover com maior fidelidade o diagnóstico dos idosos que apresentam problemas do sono, faz-se necessário ações de saúde pública com promoção de qualidade de vida para o envelhecimento. Assim, reagir ao fenômeno do envelhecimento populacional e suas consequências sociais auxiliará na readequação do sistema de saúde de modo e basear o cuidado não no modelo curativo e na doença, mas sim na realização do cuidado integral, de aspecto preventivo e centrados em adultos maiores; estas ações podem ser benéficas para a sociedade. Se os anos extras em que as pessoas estão tendo a oportunidade de vivenciar, à partir do aumento da expectativa de vida, são influenciados pelo declínio físico e mental, as consequências para os idosos e para a sociedade serão maléficis e custosos (Organização Mundial de Saúde - WHO, 2015).

A desregulação do sono é, também, característica da demência na velhice, e ainda investiga-se se a duração do sono antes da velhice está associada à incidência de demência. A duração curta de sono nas faixas etárias entre 50 e 70 anos comparada a duração de sono normal persistente foi associada ao aumento do risco de demência (SABIA et al., 2021). Assim, este estudo, ao contribuir com o rigor na identificação do DE, auxilia na piora ou continuidade da insônia, possibilitando a regulação no padrão de sono.

Diante do exposto, destaca-se a relevância para o ensino médio-técnico e acadêmico, no sentido de apresentar o PE para a prática do cuidado - evidenciando a necessidade em fazer anotações de enfermagem fidedignas para auxiliar na identificação de problemas reais ou potenciais pelo enfermeiro -, além da atuação deste profissional no plano assistencial ao idoso com queixas de distúrbios de sono.

Para o docente, o estudo torna-se relevante para a sua instrumentalização na operacionalização do PE, lhe dá autonomia e sistematiza seu cuidado. O uso de taxonomias

próprias, como a NANDA, NIC e NOC, padroniza a linguagem e a comunicação da equipe de enfermagem e norteia o processo do cuidado. A qualificação profissional voltada para a identificação de um DE acurado por meio de aplicação de testes.

Ainda nesta seara, promover estudos sobre o PE direcionado a insônia no cuidado gerontológico e inserir esta temática nos grupos de estudo e de pesquisa e no currículo de graduação da UNIRIO faz-se útil para estimular a discussão e a produção de mais estudos relacionados ao tema.

Como visto, as populações mundial e brasileira estão envelhecendo e as mazelas, como insônia e problemas associados, são questões reais nas sociedades. Elaborar estratégias de ensino para explorar o tema, então, se torna primordial no meio acadêmico.

Já do ponto de vista científico, o estudo poderá ser tema de discussão na comunidade de enfermagem geriátrica/gerontológica no que tange o aprofundamento da investigação diagnóstica e intervenções de enfermagem, com tratamentos voltados às mazelas do idoso aqui abordadas. Tal estudo pode, também, ser um estímulo à produção de novos estudos, nacionais e internacionais, acerca do tema.

Assim, compreende-se que este estudo é relevante no que tange: 1) a relação direta da insônia com a função cognitiva do idoso, 2) treinamento e aquisição de conhecimentos pelos enfermeiros no lidar com idosos com queixas relacionadas ao padrão de sono, 3) produção de dados para utilização da taxonomia com maior acurácia diagnóstica 4) produção de dados para prover base às políticas públicas de saúde, 5) contribuições para o grupo de pesquisa Sistematização da Assistência de Enfermagem, Teorias, Taxonomias e Tecnologia - SAETTT e para a linha acerca do uso do melhor reconhecimento do DE insônia e sua adoção nos idosos, 6) Identificação acurada do DE Insônia em idosos atendidos pelo Programa Renascer.

Considerando o exposto, esse estudo mostra-se relevante no momento em que desenvolve dados que buscam conferir fidelidade e credibilidade na avaliação realizada pelo instrumento diagnóstico.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**

Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), assim como a população mundial, a

brasileira vem mantendo a tendência de envelhecimento. Tal fato se deve ao aumento da expectativa de vida, melhores condições de saúde e queda na taxa de fecundidade. Observa-se aumento da população idosa em todas as unidades federativas no período entre 2012 e 2017, sendo o Rio de Janeiro um estado que merece destaque, dado que atingiu a proporção de 18,6% da população com 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2018).

Além do crescimento populacional, redução da mortalidade, migração e urbanização, a grande tendência demográfica global, o envelhecimento populacional, traz importantes implicações para o desenvolvimento econômico e social. Embora a América Latina mantenha os altos níveis de fertilidade na adolescência, ainda assim, é extremamente relevante a adaptação dos programas públicos para o público idoso. Assim, este novo perfil exige tomada de medidas pelos países para promoção do benefício a todos, planejamento de políticas para o bem-estar dos idosos e para serviços de saúde adequados à idade, além de redes de apoio formais e informais (UNITED NATIONS, 2019A).

Esse fenômeno é consequência da redução da taxa de natalidade e do aumento da expectativa de vida. Com o envelhecimento populacional acelerado, estima-se que no ano de 2050 cerca de apenas 33 países chegarão a ter 7% da população idosa em relação a sua população total. Ainda, até 2050 a parcela da população idosa crescerá mais de 20% em quase 100 países. Para tal fenômeno demográfico, destaca-se a América Latina com sua rápida progressão para o envelhecimento populacional (HE; GOODKIND; KOWAL, 2016; WHO, 2017).

Ainda se destaca outro fenômeno: a urbanização é uma tendência transformadora que altera a maneira como se vive, se relaciona e se trabalha nossos ambientes urbanos ao longo da vida até a velhice. É estimado que, até o ano de 2050, a população urbana mundial quase dobre, correspondendo a 80% dos residentes em países de baixa e média renda. Esse fenômeno se reflete nos idosos, em que em torno de 57% das pessoas com 60 anos ou mais vivem em meio urbano (WHO, 2018B).

A população mundial registrada em 1950 era de 2,5 bilhões de pessoas, em que 202.150 milhões eram pessoas com mais de 65 anos. Com o envelhecimento populacional, o planeta comportou, ao final do ano de 2020, aproximadamente 7.794.799 bilhões de habitantes, sendo 1.490 bilhão de idosos. Em 2100, a previsão é de que 2.456.663 bilhões (aproximadamente 26% da população total) serão pessoas com mais de 65 anos (UNITED NATIONS, 2019B).

Em se tratando de nível mundial, a partir do ano 1950 houve, gradativamente, uma inversão na taxa de dependência: inicialmente as crianças, as maiores dependentes de cuidados, deram espaço à dependência dos idosos. O Brasil apresenta este mesmo comportamento e a previsão é que tal inversão da taxa de dependência permaneça (UNITED NATIONS, 2019A).

É estimado que, entre os anos de 2010 e 2050, a porcentagem de idosos maiores de 80 anos quadruplicuem em países da América como o Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, e alguns da África e da Ásia. Em 2025 o Brasil possuirá 25.057 milhões de idosos. As Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020) mostram que, atualmente, 14,26% da população brasileira é idosa.

A população idosa no Brasil já ultrapassou a marca dos 30 milhões em 2017, sendo o segmento de maior crescimento o de 80 anos ou mais. A partir dos 60 anos, mais de 70% das pessoas permanecem independentes - embora possam ter algumas doenças e enfermidades facilmente controláveis. Mais da metade desse segmento sustenta uma família ou contribui para sua manutenção. E muitos continuam trabalhando após se aposentarem (MINAYO; FIRMO, 2019).

Em 2020, os idosos totalizaram 37,7 milhões (17,9%) da população brasileira, segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2020). Já em 2050, estima-se que 28,46% da população será composta por idosos. Além disto, o processo de envelhecimento está relacionado à estimativa de estagnação do crescimento populacional à partir de 2047. Em 2043, espera-se que 20% da população brasileira deverá ter mais de 60 anos (IBGE, 2020).

Além disso, o site de projeção contínua, em tempo real e interativo do IBGE ([IBGE | Projeção da população](#)) - intitulado Projeções e Estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação mostra que, em 2060 a população com mais de 90 anos será de 2,23%; bem diferente se comparado ao ano de 2010, em que este grupo representou 0,23% da população brasileira. Atualmente em 2020, esse grupo representa 0,39% da população, conforme dados de 2021. Diante do exposto, observa-se uma alteração demográfica na distribuição da população, ocasionando alteração no conceito da pirâmide etária, com estreitamento da sua base (crianças e jovens) e alargamento do topo e principalmente da média (adultos mais velhos e idosos).

Diante do aumento da expectativa de vida, é necessário priorizar estudos em geriatria e gerontologia nas instituições de ensino, estabelecendo, assim, a população idosa como essencial para a estrutura social. Para tanto, se faz necessário implantar políticas adequadas às suas necessidades, revisar o sistema de seguridade social para melhora da qualidade de vida e, conseqüentemente, auxiliando na redução das demandas do sistema de saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Portanto, lidar com este público requer uma organização do cuidado por parte dos profissionais envolvidos, garantindo ações promotoras do bem-estar, e, no caso da enfermagem, cuidado específico frente a alterações neuro-bio-fisiológicas, inerentes ao processo de envelhecimento.

## 2.2 ASPECTOS DO CUIDADO GERONTOLÓGICO

O mundo está à beira de um marco demográfico. Desde o início da história registrada, as crianças representavam a maior parcela da população. Porém, nos últimos 5 anos, idosos com 65 anos ou mais superaram a população infantil de até 5 anos de idade. Estima-se que, entre os anos de 2019 e 2050, a população idosa dobrará, em nível global, enquanto a população com idade até 5 anos se manterá inalterada. Além disso, é previsto que em 2050 haverá mais que o dobro de idosos em comparação ao público infantil de 0 à 5 anos (UNITED NATIONS, 2019B).

Destaca-se que o envelhecimento populacional nas sociedades também representa um obstáculo para a realização de cuidados aos idosos (HE; GOODKIND; KOWAL, 2016). O envelhecer, anteriormente considerado privilégio de poucos, é uma conquista da humanidade que, por outro lado, impõe desafios para o século XXI (DARDENGO; MAFRA, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define envelhecimento como uma fase que envolve perdas biológicas, mudanças sociais como os papéis anteriormente exercidos, e a necessidade de enfrentar a perda de relacionamentos íntimos, além da realização de novas tarefas ocasionada pela perda de habilidades antes presentes na juventude. Tais mudanças não são padronizadas, e sim, individuais, onde alguns indivíduos podem apresentar-se frágeis e dependentes de pessoas e de suporte, em detrimento de outros que apresentam bom funcionamento físico e mental (OMS, 2015).

A velhice, bem como a infância, é vista como categoria social e surgiu no processo de organização das sociedades, culminando, assim, a separação das idades conforme fatores demográficos, sociais e culturais. A diferenciação das funções inclui: hábitos, modos de vida e espaços distintos para cada grupo etário. Antes vista como fase associada a deterioração do corpo, por meio de estudos do corpo, na contemporaneidade a velhice se torna objeto de estudos aprofundados (DARDENGO; MAFRA, 2018). Segundo a OMS, idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais de idade (OMS, 2018A). No Brasil (2019), segundo o Estatuto do Idoso (Lei n.10.741/03), esta classificação etária também é utilizada.

Historicamente a velhice foi considerada sinônimo de decadência, declínio de vida e etapa que antecede a morte, caracterizada por sua fragilidade, inquietude e temores, porém, este conceito é fruto de concepções sociais construído nos diversos povos. Atualmente compreende-se o envelhecimento como um processo biológico e natural da vida presente em todos os organismos vivos e que está presente desde a fecundação até a morte (SGARBIERI; PACHECO, 2017).

O termo envelhecimento descreve uma sequência cronológica e é caracterizado pela considerável perda da capacidade de adaptação. Tal processo é complexo, natural e multidimensional, e traz implicações não somente para o indivíduo, mas para toda a

sociedade, além de perdas e ganhos individuais e coletivos. Esse processo dinâmico é carregado de alterações morfológicas, funcionais e estruturais que variam de forma individual e é pautada pela cultura e pela visão social. A compreensão da velhice permite, assim, propor novos conceitos e diretrizes (DARDENGO; MAFRA, 2018).

Sgarbieri e Pacheco (2017) utilizaram os termos ininterrupto e contínuo para definir o processo natural do envelhecimento, que é multicausal e ocasiona em alterações estruturais cumulativas, progressivas, intrínsecas e deletérias. Nesse sentido, compreende-se que o envelhecimento não é geneticamente determinado. A OMS compreende-se que os indivíduos vivenciam as mesmas fases da vida, porém de modos diferentes. O acúmulo contínuo de danos celulares, químicos e moleculares ocasionam a diminuição de reservas psicofisiológicas que resultam, por último, na morte (WHO, 2015).

O processo de envelhecimento é influenciado por fatores como o estilo de vida, e comportamental como o tipo de alimentação (SZPALHER et al., 2020). Estas mudanças podem ser impulsionadas tanto pela adaptação aos momentos da vida como pelo desenvolvimento psicológico na velhice, este último relacionado à ocorrência de novos papéis e relacionamentos sociais. Tais mudanças psicossociais podem explicar por que a velhice pode ser a fase de maior bem-estar subjetivo (BURNES et al., 2019). Assim, a velhice, por sua complexidade, deve ser analisada nas diversas dimensões como: biológica, social, familiar, econômica, individual e fisiológica (DARDENGO; MAFRA, 2018).

Os problemas de saúde tendem a aumentar a partir dos 80 anos (quarta idade), como o comprometimento cognitivo e de aprendizado, aumento dos sintomas de estresse crônico e de demência senil. Porém é comum observar ao menos uma limitação nas atividades do dia-a-dia na população à partir dos 60 anos (MINAYO; FIRMO, 2019).

Nesse contexto, atribuições do enfermeiro gerontológico devem ser destacadas, como a realização de ações educativas ao idoso e família em nível de prevenção e tratamento, a manutenção da autonomia e do autocuidado do idoso, assim como auxiliar na participação ativa de instituições sociais na busca da qualidade de vida, ao mesmo tempo em que facilite a adaptação desses ao cotidiano. O enfermeiro, como atuante na gerontologia, precisa avançar os conhecimentos em relação ao processo do envelhecimento, que inclui determinantes físicos, biológicos, biopsicossociais, culturais e econômicos, inerentes ao idoso (POLARO; MONTENEGRO, 2017).

Para a realização de tais cuidados na gerontologia, torna-se necessária uma avaliação interdisciplinar, multidimensional e holística do idoso, visando alcançar um cuidado integral e resolutivo, em conformidade com as políticas de saúde pública. Nesse sentido, um plano assistencial da Enfermagem Gerontológica e preocupação com relação a adesão ao tratamento são fundamentais para estabelecer o cuidado ao idoso. Para tanto, devem ser avaliados os problemas de saúde reais e potenciais, considerando as condições individuais

envolvidas no processo de cuidar, e articulando às teorias de enfermagem (UNA-SUS, 2014).

Assim, deve-se planejar ações de prevenção e de reabilitação dos agravos, objetivando manter a autonomia e a independência do idoso. O cuidar na Enfermagem Gerontológica é um processo dinâmico que depende das interações e das ações planejadas interdisciplinarmente no contexto da realidade do idoso (MORAIS et al., 2021). Nesse sentido, é importante realizar assistência pautada em instrumentos clinicamente confiáveis e conhecer os indicadores diagnósticos do DE insônia representativos nesta população.

### 2.3 SONO E SUA IMPORTÂNCIA EM IDOSOS

O sono é um estado natural recorrente, repetido e frequente, de aspecto fisiológico e comportamental, que apresenta como características a alteração de consciência, inibição sensorial e de atividade muscular e diminuição de interação com o ambiente. Nos adultos, estes estágios se intercalam. São dois os mecanismos fisiológicos principais que regularizam o sono e a vigília: o ritmo circadiano e o impulso homeostático para iniciar o sono (BENCA e TEODORESCU, 2019).

O sono é dividido em 2 fases principais. Inicia-se com a primeira fase chamada *nonrapid eye movements sleep (non-REM)* em que, no primeiro estágio desta fase, o sono é leve e é possível despertar com facilidade aos pequenos barulhos e outros estímulos, os olhos apresentam movimentos lentos, há diminuição no ritmo e profundidade dos batimentos cardíacos e da respiração. No 2º estágio há presença de ondas cerebrais mais lentas intercaladas com ocasionais e momentâneas ondas rápidas. Este estágio utiliza a metade da noite para ser realizado (U.S. Department of Health and Human Services, 2011).

O último e 3º estágio do *non-REM* é caracterizado por um sono pronunciadamente profundo com grande dificuldade em ser despertado, lentidão mais acentuada das ondas cerebrais e o cérebro atinge as ondas Delta, em que tal órgão produz somente ondas extremamente lentas. Neste último estágio acontece o sono restaurador.

A fase *non-REM* é suscetível à idade, e o envelhecimento afeta o sono de ondas lentas. A estrutura do sono de pessoas de meia-idade e mais velhas demonstra características como: tempo total de sono reduzido, sono de ondas lentas, eficiência do sono muito baixo, e sono atrasado. Além disso, jovens têm forte compensação fisiológica do sono e capacidade de ajuste em relação aos idosos (XUN et al., 2019).

A 2ª fase do sono é o *rapid eye movement sleep* ou sono *REM*, no qual há rápida movimentação dos olhos com as pálpebras fechadas, a respiração torna-se mais rápida e superficial, há temporária paralisação dos músculos, elevação da pressão sanguínea e batimentos cardíacos, além dos sonhos, que ocorrem nesta fase (ROTHMAN; MATTSON, 2012).

Com relação as estruturas cerebrais, há as estruturas de base, como os neurônios, sinapses e potencial de ação, e as funções de alto nível cognitivo, como a consciência, atenção, aprendizado e memória. O mesencéfalo é associado às funções de visão, audição, controle motor, estado de alerta/excitação, sono/vigília e regulação térmica. O tálamo tem papel de retransmitir informações sensoriais que são direcionadas ao córtex e, devido ao seu envolvimento em redes complexas, tal estrutura desempenha um papel importante em funções relacionadas ao sono e a consciência (ZHANG, 2019). Já a atividade no cerebelo é aumentada durante o sono *REM* em comparação com o *Non-REM*. Os neurônios do cerebelo mostram expressões do gene do relógio e estão bem conectados com a rede vigília-sono. O mau funcionamento do cerebelo leva a mudanças no sono. Indivíduos que sofrem de disfunções primárias do cerebelo podem apresentar diversos distúrbios do sono (CANTO et al., 2017).

A glândula pineal, uma das estruturas do epitélamo, é uma glândula endócrina que secreta o hormônio melatonina, que atua na regulação dos ritmos circadianos. A habênula (*habenulae* em latim) é formada por duas pequenas áreas fisicamente próximas à glândula pineal e suas funções não são totalmente compreendidas, mas acredita-se que esta estrutura esteja envolvida com transtornos de humor como a depressão. Além disso, compreende-se que a habênula está envolvida na regulação do sono. O tronco cerebral, além do seu importante papel na regulação cardíaca e respiratória, atua na manutenção da consciência e regulação do ciclo do sono. Além destas estruturas, a Ponte, que é parte do tronco cerebral, tem ligação com a paralisia do sono, desempenha um papel na geração de sonhos, e contém núcleos que, além de desempenharem outras funções, lidam principalmente com sono (ZHANG, 2019).

O sono é importante para a saúde e a qualidade de vida dos idosos, tem estágios distintos e bem delimitados que se apresentam durante a noite em padrões previsíveis. O tempo total de sono e a qualidade do sono influenciam no nível de descanso e de funcionamentos físico e cognitivo ao longo do dia (*U.S. Department of Health and Human Services*, 2011).

Além disto, idosos apresentam aumento de peso corporal e de circunferência abdominal associados ao sono com tempo insuficiente (MAMALAKI et al., 2019). A baixa eficiência do sono habitual está associada à função cognitiva deficiente. A baixa eficiência do sono habitual pode ser um importante fator de risco para comprometimento cognitivo leve em idosos (MA et al., 2020).

O sono de boa qualidade reduz o humor depressivo e encoraja o estilo de vida otimista. Já o sono ruim resulta em humor depressivo e o pessimismo em pessoas não-matutinas (não produtivas pela manhã). Em conclusão, otimismo e qualidade do sono são causa e efeito um do outro, evidenciando um efeito bidirecional. Assim, faz-se necessário o estudo sobre

problemas de insônia determinantes em idosos, e intervenções com vistas a melhorar as queixas apresentadas (LAU et al., 2017).

#### 2.4 INSÔNIA E SUA INFLUÊNCIA EM IDOSOS

A classificação de distúrbios de insônia pela *International Classification of Sleep Disorders* (ICSD-3) trouxe mudanças na nomenclatura em relação aos sistemas anteriores. Historicamente, os transtornos de insônia foram dicotomizados levando-se em conta a duração e a fisiopatologia. A distinção entre insônia aguda e crônica existe na maioria dos sistemas de diagnóstico desde o início da nosologia dos distúrbios sono-vigília (2014).

O sistema Classificação Internacional de Doenças (CID) até sua 10ª edição utilizou a classificação de insônia "orgânica" e "não orgânica" ou psicogênica. ICSD-1, ICSD-2 e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais até a 4ª edição utilizavam as classificações insônia primária e secundária ou comórbida. ICSD-1 e ICSD-2 ainda dividiam a insônia primária em distúrbios de insônia psicofisiológica, idiopática e paradoxal (percepção equivocada do estado de sono). Atualmente, essas abordagens foram contestadas.

A ICSD-3 (2014) define insônia como dificuldade persistente com o início, duração, manutenção ou qualidade do sono que ocorre apesar da oportunidade e circunstâncias adequadas para o sono. Por consequência, resulta em alguma forma de comprometimento diurno. Alguns achados, como o comprometimento da atenção e de humor, e energia limitadas com comprometimento de atividades físicas (MACÊDO et al., 2015) apresentam associação aos indicadores diagnósticos da Taxonomia de Enfermagem da NANDA-I (2021).

Já a Organização dos Estados Unidos *American Psychiatric Association* (APA) utiliza o termo "transtorno de insônia" (código F51.01 pelo Código Internacional de Doenças-10-CM), que está no grupo de Transtornos do Sono-Vigília, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais (DSM-5). Os critérios para insônia, segundo o DSM-5 são: dificuldade para iniciar ou para manter o sono, despertares frequentes, problemas para retornar ao sono depois de cada despertar; despertar antes do horário habitual com incapacidade de retornar ao sono (APA, 2013).

Previamente classificada como "primária" e "secundária", a insônia recebe a classificação transtorno de "insônia crônica" pela *International Classification of Sleep Disorders* (ICSD-3). Tais termos estão inutilizados devido à impossibilidade de definir com exatidão a relação de causa e efeito entre a insônia e as outras condições frequentemente associadas, como condições psiquiátricas ou clínicas (SATEIA, 2014).

Em relação aos custos financeiros e sociais, a insônia é um importante problema de saúde pública que gera o total de \$100 bilhões por ano em custos diretos e indiretos com saúde nos Estados Unidos (TADDEI-ALLEN, 2020). Estudos na Europa e Canadá evidenciam

os altos custos por ano no continente, relacionados não somente aos custos nos cuidados à saúde e consultas para insônia, mas com baixa performance na vida laboral, diminuição do bem-estar e maior risco de acidentes; e o uso da bebida é uma maneira para adormecer mais facilmente. Apesar das diferenças entre os países, os custos diretos e indiretos são um fardo pesado para a sociedade e os orçamentos de saúde (BAGLIONI et al., 2020).

Na Suécia os custos médios registrados com indivíduos com mais de 65 anos em 2017 em saúde foram de €8.469,00 para portadores de insônia grave ocasionada pela dor crônica, em comparação com €4.345,00 para pessoas sem insônia clinicamente significativa. A severidade da insônia está relacionada com maiores gastos para a sociedade (DRAGIOTI et al., 2018). Tais dados são importantes para compreensão dos prejuízos causados pela insônia (BAGLIONI et al., 2020).

Indivíduos com insônia situacional/aguda apresentam uma condição cuja duração varia de alguns dias a algumas semanas, e pode estar associada a eventos da vida ou a alterações nos horários do sono. A insônia aguda ou de curto prazo pode acarretar desconforto e prejudicar as funções sociais, pessoais e profissionais (APA, 2013).

Indivíduos com insônia persistente podem adquirir hábitos inadequados, como permanecer excessivamente na cama, ter um horário irregular de sono ou cochilar; e alterações cognitivas como o medo de insônia; percepção decorrente de problemas enfrentados durante o dia ao longo do transtorno. Tal insônia pode ser um fator de risco para depressão, e está associada a consequências de longo prazo, como aumento no risco de transtornos depressivos, hipertensão e infarto do miocárdio; absenteísmo elevado no trabalho; qualidade de vida insatisfatória; e aumento nos problemas econômicos (APA, 2013).

Na insônia recorrente ocorre dois ou mais episódios em um ano, podendo ser manifestado por dificuldades para dormir associados à eventos estressantes. Este subtipo é uma manifestação incomum, raramente encontrada em uma clínica do sono (SABHARWAL et al., 2016).

A diferença da insônia de curto prazo (*short-term insomnia disorder*, em inglês) para a insônia crônica é que, naquela, os distúrbios do sono e os sintomas diurnos associados estão presentes há menos de 3 meses e as causas que precipitam a insônia são identificáveis. Ainda na de curto prazo, a insônia que ocorre episodicamente, provavelmente é ocasionada por estressores diurnos específicos (ZUCCONI; FERRI, 2014).

Além das definições utilizadas no diagnóstico médico acima citado, o DE Insônia não apresenta definição populacional, sendo destinado a qualquer indivíduo, inclusive às populações de risco como trabalhadores noturnos e idosos.

Dormir menos de 7 horas por noite está associado a malefícios e morbidades como obesidade, diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, depressão e aumento do risco de morte, comprometimento da função imunológica, aumento da dor, comprometimento do

desempenho, aumento dos erros e maior risco de acidentes (WATSON et al., 2015).

As dificuldades no sono relacionadas a insônia ocorrem pelo menos três noites por semana, por pelo menos três meses, apesar da oportunidade adequada para dormir. A insônia não é atribuída aos efeitos de substâncias como uso de drogas ilícitas ou medicamentos. Resulta em sofrimentos significativos e prejuízo nas diversas áreas da vida do indivíduo como a social e acadêmica. A presença de outras causas ou desordens mentais/físicas não explica adequadamente a queixa predominante de insônia e a associação a outras comorbidades deve ser feita (APA, 2013).

Insônia e distúrbios do sono e vigília (fase avançada do sono) são distúrbios primários do sono que apresentam elevada incidência em idosos, devem ser avaliados e tratados (ADIB-HAJBAGHERY; MOUSAVI, 2017; YAREMCHUK, 2018). Ainda, a insônia afeta negativamente a produtividade social, laboral, bem como em síndromes de declínio cognitivo, como a demência (OOI et al., 2018; TADDEI-ALLEN, 2020). Queixas e distúrbios crônicos do sono estão associados a sonolência diurna excessiva e podem resultar em prejuízo do intelecto e da memória, cansaço em demasia, confusão e retardo psicomotor, e podem ser mal interpretados como demência (SABIA et al., 2021).

A insônia é um preditor significativo para desordens mentais como a ansiedade, e transtorno de humor como a depressão. O distúrbio de insônia pode prejudicar o adequado andamento emocional e estimular a vulnerabilidade para desordens mentais. Assim, é necessário realizar mais estudos que investiguem a eficácia de tratamento da insônia para a prevenção da depressão, ansiedade e suicídio (HERTENSTEIN et al., 2019).

Há uma relação bidirecional entre cochilos e insônia (GUANDALINI et al., 2020), assim, algumas práticas recomendadas de higiene do sono geralmente incluem abstenção de cochilar (DESJARDINS et al., 2019). Os cochilos podem ser explicados pela hiperexcitação durante os períodos de insônia, o que leva à subestimação da quantidade e qualidade do sono noturno. O cochilo não necessariamente é um problema no idoso. (MAURER et al., 2018).

Os idosos apresentam risco de síndromes do sono geriátricas devido a presença do declínio normal do sono e ao impacto aditivo de múltiplos fatores de risco, como o efeito da polifarmácia, com medicamentos que estão associados à diminuição da cognição, delírio e quedas. Por fim, o sono em idosos é afetado negativamente pelo aumento de sintomas prevalentes na idade. Ainda há os efeitos negativos como a diminuição da função diurna, humor prejudicado, e desenvolvimento de delírio (DEAN et al., 2017).

Além das dificuldades com o início e manutenção do sono, outros problemas comuns aos idosos, como demência e depressão, estão diretamente associadas aos distúrbios de sono (UNITED NATIONS, 2020). A demência é uma das desordens psiquiátricas altamente prevalentes na população idosa; a ansiedade em nível elevado prejudica a qualidade do sono (MAGLIONE et al., 2014; GULIA; KUMAR, 2018).

Um estudo com 7918 participantes apontou 67,8% de prevalência de multimorbidade entre idosos, relacionado com o estilo de vida não saudável. Deste modo, é necessário que os serviços de saúde atuem de maneira a tentar modificar os comportamentos de saúde não-saudáveis após a confirmação de doenças crônicas existentes, com vistas a reduzir riscos de complicações (ALMEIDA et al., 2020).

Em um estudo com idosos, 69% dormiam mal e faziam uso de fármacos para dormir. O uso de medicamentos é maior neste grupo em comparação ao que dorme melhor. Em idosos, a polifarmácia contribui para desenvolvimento de comorbidades. Além disso, a maioria dos problemas de sono sofridos nesses casos são devido à má higiene do sono ou ao controle inadequado de doenças subjacentes. Outra comorbidade comum no idoso, a dor está mais presente no grupo que dorme mal (FORTUÑO; JULIO, 2018).

Assim, compreende-se a importância em explorar a relação de doenças crônicas, mas não somente as que ocasionam malefícios físicos, e sim os transtornos que podem perdurar por longo tempo na vida de idosos como transtornos de insônia, sendo o distúrbio de sono mais prevalente no mundo, conferindo riscos para a saúde mental e física (BAGLIONI et al., 2020). Geralmente, segundo a APA, as perturbações associadas ao humor são os sintomas de depressão ou de ansiedade (2013).

Pensando nos fatores que contribuem para distúrbios do sono, tem-se que o déficit de atividades físicas e alterações do ritmo circadiano. Além disso, pessoas com diagnóstico de depressão ou ansiedade relataram alterações na duração do sono (mais curto e mais longo) (DIFRANCESCO et al., 2019). A insônia impacta a qualidade de vida, que é primordial em todas as idades, mas na vida adulta torna-se importante que os anos restantes sejam bem vividos e com maior qualidade nos diversos aspectos. Neste sentido, a qualidade do sono tem fundamental importância (HE; GOODKIND; KOWAL, 2016).

Neste contexto, destaca-se que o crescente número de idosos com comorbidades nas sociedades, que pode representar um fardo crescente para quem cuida deste grupo. Apesar disto, o envelhecimento demandará ações de saúde para a população idosa. Mesmo antes da necessidade de cuidados formais ou informais, os esforços para prevenção primária ou secundária podem ter impactos significantes na saúde em idosos, como o treinamento cognitivo, e programas para doenças preveníveis como a insônia (HE; GOODKIND; KOWAL, 2016).

Considerando sua alta prevalência, impacto na vida diária nos diversos domínios, comorbidade com outros transtornos, os custos financeiros geram carga econômica substancialmente maior para uma população com insônia e para a sociedade, além dos custos não financeiros relacionados à perda de qualidade de vida, de segurança e diminuição da disposição pessoal (HILLMAN et al., 2018; WICKWIRE et al., 2019), que são objeto de estudo em diversos países, ao longo dos anos. Os custos sociais são devido ao aumento do consumo

de cuidados de saúde causados pela redução da produtividade e aumento do absentismo no trabalho. Além disto, os custos no tratamento também podem ser intensos (VAN STRATEN et al., 2018).

Ao fundamentar a importância em implementar métodos de baixo custo na assistência, e verificando-se a facilidade de administração associados a questionários, escalas e ao Diário do sono, tais medidas subjetivas do sono são facilmente aplicáveis tanto na avaliação individual na prática clínica quanto em pesquisas de base populacional. Nesse sentido, considera-se que aplicação de questionários para avaliação do sono são de baixo custo na prática clínica (LUYSTER et al., 2016).

Apesar dos diversos estudos já publicados sobre os distúrbios do sono, não foram identificados estudos ou relatórios públicos acerca dos prejuízos sociais causados pelo DE Insônia no Brasil. Tal fato evidencia a necessidade de determinação acurada, com indicadores validados do DE insônia, para geração estatística de dados demográficos e financeiros acerca dos males ocasionados pela insônia e da população afetada. Nesse sentido, explorar a acurácia diagnóstica na área da enfermagem mostra-se primordial para melhor identificação de achados clínicos relacionados a tal temática, e consequente fidelidade na assistência ao indivíduo.

## **2.5 PERCURSO PARA SELEÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INSÔNIA**

O DE Insônia - na 12ª edição da NANDA-I, de 2021-2023 - encontra-se no Domínio 4 Atividade/repouso, Classe 1 Sono/repouso: descanso, repouso, tranquilidade, relaxamento ou inatividade; Código do diagnóstico 00095, aprovado em 2006 e revisado em 2017 e 2020 - é definido como: "Incapacidade de iniciar ou manter o sono, que prejudica o desempenho normas das funções da vida diária" (HERDMAN; KAMITUSURU; LOPES, 2021, p.274).

Os DE com foco no problema, como o DE insônia, são definidos como um julgamento clínico com relação a uma determinada resposta humana diante de uma condição negativa ou não esperada de saúde. Essa resposta humana inoportuna pode estar presente num indivíduo ou grupo. Nesta edição, o DE Insônia apresenta o tópico "População de risco", onde engloba os indivíduos em desvantagem econômica e os idosos (HERDMAN; KAMITUSURU; LOPES, 2021).

Assim, são apresentados os três DE que passaram por revisão conceitual de literatura para seleção do DE selecionado para este estudo. Os dois primeiros não foram revisados para a NANDA 2021-2023:

1. Distúrbio no padrão de sono (Código do diagnóstico 00198): Aprovado em 1980 • Revisado em 1998, 2006 • Nível de evidência 2.1 - Despertares com tempo limitado em razão de fatores externos.

2. Privação de sono (Código do diagnóstico: 00096): Aprovado em 1998 • Revisado em 2017 (sem nível de evidência) - Períodos prolongados de tempo sem suspensão sustentada natural e periódica do estado de consciência relativa que proporciona o descanso.

3. Insônia (Código do diagnóstico 00095): Aprovado em 2006 • Revisado em 2017, 2020 • Nível de evidência 3.3 - Incapacidade de iniciar ou manter o sono, o que prejudica o funcionamento. Tal nível de evidência representa estudos clínicos bem elaborados com amostras randomizadas pequenas, e com análise conceitual.

A escolha do DE Insônia como foco do estudo se deu após a revisão integrativa de literatura nas Bases de Dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed (via National Library of Medicine), Catálogo de Teses e Dissertações (CAPES) e CINAHL via EBSCOhost no período de junho à setembro de 2020. A revisão foi relevante na compreensão dos termos, dos conceitos e significados presentes na literatura acerca dos DE supracitados, em quais momentos estes problemas de saúde ocorrem na população, sua relação e presença com foco no público idoso.

As análises textuais dos estudos encontrados revelaram que o **Distúrbio no padrão de sono** é uma alteração que modifica o estado normal do sono. Quando o estado de suspensão da percepção e responsividade em relação ao ambiente onde os processos neurobiológicos necessários para a manutenção física e cognitiva é alterado, ocorrem os distúrbios de sono (SOUZA et al., 2018). O padrão normal de sono pode ser influenciado pela dor, procedimento terapêuticos, barulhos (MANZOLI; CORREIA; DURAN, 2018), caminhar pela casa e adormecer durante o dia, estando relacionados com a qualidade de vida, além de questões psicológicas associadas como ansiedade e depressão (JOHANNESSEN, 2013).

Já as demais análises revelaram que a **Privação de sono** caracteriza-se pela quantidade e qualidade inadequadas de sono, ou ainda, quando se dorme mais de 08 horas porém a qualidade do sono é ruim (NOLLET; WISDEN; FRANKS, 2020). Este engloba, de forma generalizada, a falta do sono que inclui privação total de sono (ausência completa de sono), privação parcial de sono (privação de um estágio específico do sono, como sono *REM*), restrição de sono (redução no tempo total de sono) e fragmentação do sono (despertares intermitentes durante o período de sono) (PIRES et al., 2016). A privação de sono pode ocorrer de forma voluntária (quando está em uma festa de madrugada, por exemplo), por questões laborais como plantões noturnos, por obrigações como cuidar de alguém, ou por problemas de saúde como a apnéia do sono (ABRAMS, 2015).

Por fim, compreendeu-se que Insônia pode ser o problema de saúde mais representativo na população idosa, o que fortaleceu o uso deste DE para o presente estudo. Além disto, Insônia, ao contrário dos outros dois DE, tem como população de risco os idosos, segundo a NANDA 2021-2023.

## 2.6 REVISÃO DE ESCOPO E PERCEPÇÕES SOBRE A COVID-19

Como primeiro produto do mestrado, foi publicado o artigo “Assessment and diagnosis of insomnia for clinical and research practice: a scoping review protocol” (SZPALHER et al, 2021), registrado no Open Science Framework (OSF) para ciência da comunidade científica.

A revisão de escopo tem como objetivo mapear instrumentos aplicados ao diagnóstico de insônia para fornecer estratégias que orientem a tomada de decisão do enfermeiro no processo diagnóstico. Assim, buscou-se auxiliar enfermeiros no processo de raciocínio clínico para a identificação do DE Insônia. Ambientes intra e extra-hospitalares podem ser locais oportunos para observar os padrões de insônia pelo enfermeiro. O auxílio de instrumentos pode promover objetividade na avaliação e tomada de decisão, onde o sono adequado pode influenciar na qualidade de vida. Assim, esta primeira revisão buscou sintetizar evidências de ferramentas úteis para avaliação de insônia por enfermeiros.

Posteriormente, após a conclusão da coleta de dados, foi identificado um vasto material acerca da percepção dos idosos sobre as consequências da pandemia de COVID-19 em suas vidas. Tal material, assim, originou o estudo submetido intitulado “Compreensão dos impactos sociais e comportamentais da pandemia COVID-19 em idosos de centro de convivência”, tendo abordagem qualitativa e análise a partir da técnica de Bardin.

## 3 MÉTODO

### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico de validade estrutural, para acurácia diagnóstica das CD do DE insônia em idosos.

Acurácia é um dado estatístico proveniente das características de testes diagnósticos, tendo a capacidade de acertar um diagnóstico. A acurácia de testes diagnósticos pode ser analisada por meio de valores de sensibilidade e especificidade (BRASIL, 2020).

Estudos de acurácia de testes de diagnóstico, que examinam o desempenho do teste por meio da sensibilidade e especificidade, comparam um “novo” teste com o melhor teste atualmente disponível (CAMPBELL et al., 2015). Estudos de acurácia diagnóstica são primordiais, visto que os indicadores são observados mediante respostas subjetivas e nem sempre são adequadas ao indivíduo (MELO et al., 2019).

A acurácia de um DE é a avaliação de vestígios do DE que está sendo avaliado, no que tange a relevância, especificidade e coerência, correspondendo, assim, ao real estado do indivíduo (OLIVEIRA; SILVA, 2016). Para que um DE tenha exatidão, ele deve ser validado. Tal processo requer uma avaliação com base em dados coletados dos participantes para

confirmar ou refutar a possibilidade de um DE (HERDMAN: KAMITSURU; LOPES, 2021).

Estudos de validação clínica visam constatar se os modelos teóricos de DE previamente validados representam de fato o DE na prática clínica e em indivíduos supostamente expostos a ele. Tal processo relaciona-se à necessidade de se estabelecer uma comparação para mensurar o quão representativo é cada elemento para o DE. Estes utilizam a avaliação por enfermeiros, sendo um padrão de referência (LOPES; SILVA, 2016).

A validade estrutural é definida como o grau em que os escores de um determinado instrumento relacionado à saúde são um reflexo adequado da dimensionalidade do construto a ser medido (BRUGGEN, LAMEIJER, TERWEE, 2021).

Instrumentos de qualidade com precisão documentada são essenciais para a prática clínica (POLIT; BECK, 2017) e norteiam as intervenções mais adequadas e a qualidade da assistência de enfermagem (MARTINS et al., 2014).

### **3.2 CAMPO DE PESQUISA**

O cenário de pesquisa envolveu o Programa Interdisciplinar de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida do Idoso - Grupo Renascer, situado nas dependências do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO (RJ). Tal Programa está vigente desde outubro de 1995 por meio da atuação de equipe multiprofissional de saúde do HUGG, e destina-se a atender idosos da comunidade, com atendimentos e atividades desenvolvido por uma equipe multi e interdisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, dentre outros, geralmente de forma agendada. As atividades ocorrem também por meio de estudantes e bolsistas de graduação, profissionais voluntários e professores, além de ser gerenciado por coordenadores.

O Programa tem como objetivo a promoção da qualidade de vida, promovendo a interação entre os idosos por meio de atividades culturais, em parceria com a Escola de Enfermagem, Nutrição, Teatro e outros. Tais atividades reduzem, assim, a taxa de hospitalização. Assim, o Programa se pauta na interdisciplinaridade, promovendo a intersocialização entre os idosos por meio de diversas atividades e consultas multidisciplinar.

O Programa também permite o conhecimento acerca do processo de envelhecimento e suas características, oportunizando a formação profissional aos discentes, promovendo conscientização das suas responsabilidades profissionais e sociais acerca do envelhecimento, além de abrir caminho para a pesquisa e treinamentos.

Atualmente, o Grupo Renascer possui 234 idosos cadastrados nas consultas de enfermagem, com acompanhamento frequente de 200. Há diversas atividades presenciais ao longo da semana, com exceção no atual período de pandemia e isolamento social, em que as

atividades foram suspensas, em respeito ao atual plano de contingência para enfrentamento da COVID-19, e que no momento estão ocorrendo à distância. Em condições prévias à pandemia, essas atividades são presenciais. Contudo, desde março de 2020, as atividades estão ocorrendo de modo remoto, por meio de computador e telefones móvel e fixo. Dentre as atividades descritas, o enfermeiro e estudantes de enfermagem apresentam papel fundamental. São realizadas consultas de enfermagem com o objetivo desenvolver ações sistematizadas em saúde para melhoria da qualidade de vida do idoso. Há agendamento de consulta de enfermagem e captação direta de idosos que vão às consultas com demais profissionais.

Nas consultas de enfermagem são aplicados instrumentos como Escala de Morisky (MMAS-8), Escala de Atividades de Vida Diária (AVD), Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Morse Fall Scale (MFS), Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Nesse âmbito, o PE é realizado por enfermeiros e alunos do grupo de pesquisa que acompanha regularmente os idosos de forma ambulatorial. Com tais consultas, busca-se promover estratégias resolutivas que possibilitem a efetividade da assistência na prática clínica, objetivando a redução de custos, qualidade da assistência e qualidade de vida do idoso.

### 3.3 AMOSTRA DO ESTUDO

Por não haver padrão de referência, trabalhou-se com amostragem naturalística consecutiva, a qual é utilizada em estudos de acurácia diagnóstica quando não existe padrão de referência perfeito.

Neste tipo de amostragem, todos os indivíduos são incluídos na amostra à medida que são identificados, e é realizada avaliação da presença de indicadores diagnósticos e do DE. Tal processo de amostragem é recomendado para estudos de acurácia (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Porém pouco se sabe sobre o poder estatístico ou o tamanho da amostra necessária para a detecção de classes em ACL. Uma regra proposta é: o tamanho mínimo da amostra não deve ser inferior a 2k casos ( $k = \text{número de variáveis}$ ) e, de preferência,  $5*2k$  (WANG; WANG, 2019).

A amostra totalizou 90 participantes, que é inferior ao calculado por Park e Yu (2018) para ACL, que seria em torno de 100. Contudo, salienta-se que a coleta se desenvolveu em meio a um cenário pandêmico e que análises naturalísticas ainda não possuem um padrão de referência perfeito, mas sim aquele que possibilite minimamente a representatividade.

#### **Critérios de inclusão:**

- a) Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos,

- b) Idosos cadastrados no Programa Interdisciplinar de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida do Idoso – Grupo Renascer,
- c) Idosos que tivessem acesso ao aparelho de telefone residencial e/ou celular,
- d) Idosos que mencionaram, no mínimo, 12 animais com o máximo de 1 repetição no Teste de Evocação de Palavras (TEP) (Apêndice A),
- e) Idosos que apresentaram pontuação final entre 15 e 21 na escala AIVD (Anexo A).

**Critérios de exclusão:**

- a) Idosos institucionalizados,
- b) Idosos que, durante a coleta de dados, apresentaram comprometimento auditivo que impossibilitasse a entrevista,
- c) Idosos que, durante a coleta de dados, apresentaram comprometimento cognitivo que impossibilitasse a entrevista,
- d) Idosos com comprometimento cognitivo evidenciado nas consultas previamente realizadas no centro de convivência pelo Grupo Renascer.

### **3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS**

Na coleta, ocorrida por telefone, foram adotados os instrumentos:

- Teste de Evocação de Palavras (TEP) e escala AIVD - Para a triagem cognitiva do participante considerado apto a participar do estudo;
- Formulário com dados sociodemográficos, com CD e FR do DE Insônia (Apêndice B)
- Escala Índice de Gravidade de Insônia (IGI) (Anexo B)

#### **3.4.1 TESTE DE EVOCAÇÃO DE PALAVRAS (TEP)**

Como a insônia está relacionada a alterações no padrão cognitivo (DZIERZEWSKI; DAUTOVICH; RAVYTS, 2018), tem-se como exemplo de avaliação cognitiva em idosos o TEP - *Word Recall Test* (WRT), em inglês, que avalia a linguagem, memória semântica e funções executivas. É solicitado que o idoso fale o maior número possível de nomes de animais em um minuto. Espera-se um resultado entre 12 a 18 animais. Um valor inferior a 12 e a quantidade de repetições sugerem um provável prejuízo cognitivo (SANTANA et al, 2016). Assim, o TEP é útil em identificar declínio cognitivo leve e doença do Alzheimer leve, a partir da redução significativa no número de palavras lembradas (MENEZES; ANDRADE-VALENÇA; VALENÇA, 2013).

#### **3.4.2 ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD)**

No que tange a avaliação funcional, a escala AIVD, originalmente de Lawton e Brody (1969), adaptada ao contexto brasileiro por Santos e Júnior (2008), examina o grau de dependência e autonomia na realização de atividades rotineiras: condições para atender ao telefone; locomoção fora de casa; realização de compras e de refeições; participação no trabalho doméstico; administração de medicações e manuseio do dinheiro.

A pontuação de cada item da AIVD varia de 1 a 3, onde: 3 expressa condição de independência; 2: semi-dependência ou dependência parcial, sendo necessário a ajuda para as atividades; e 1: dependência total. O somatório de todos os itens adotado é: 21 - Independência. Entre 8 e 20 - Dependência parcial. A pontuação mínima é 7 - Dependência total (SANTOS; JÚNIOR, 2008).

Como a AIVD avalia a capacidade funcional, que é um mediador entre as habilidades neurocognitivas e funcionamento no mundo real (BECATTINI-OLIVEIRA et al., 2019) compreende-se a sua utilidade em avaliar as habilidades para compreensão do idoso acerca do conteúdo a ser abordado em realização de pesquisas por telefone.

### 3.4.3 FORMULÁRIO

O Roteiro do Formulário para pesquisa da insônia compreendeu: questões sociodemográficas e perguntas formuladas para identificar as CD e FR do DE Insônia da 12ª edição da NANDA-I - 2021-2023, no idoso. Tendo por objetivo auxiliar na identificação do DE Insônia e identificar a extensão da insônia, será utilizado o IGI, que é a adaptação e validação transcultural para o português do Brasil (CASTRO, 2011) do instrumento *Insomnia Severity Index (ISI)* de Bastien, Vallières e Morin (2001).

O Formulário para pesquisa da insônia contempla: **(1)** dados sociodemográficos, **(2)** Estabelecimento do DE Insônia: análise da definição de insônia, CD e FR apresentados na 12ª edição da NANDA-I - 2021-2023 (HERDMAN: KAMITSURU; LOPES, 2021). Este foi utilizado para a pesquisadora registrar e armazenar os dados coletados do Roteiro do Formulário para pesquisa da insônia - onde cada pergunta refere-se, subsequentemente, a um dado sociodemográfico, uma CD e um FR do DE Insônia presentes no Formulário citado. Para confirmação da presença do DE, utilizou-se Propabilidade Posterior, no verificou-se a probabilidade de que um evento ocorra (neste caso, a confirmação do DE Insônia), visto que um evento relacionado já ocorreu (ou seja, as CD e FR).

As definições conceituais e as perguntas relacionadas as variáveis abordadas estão descritas no Apêndice C.

### 3.4.4 ÍNDICE DE GRAVIDADE DE INSÔNIA (IGI)

O IGI é uma escala de autoaplicação que tem como objetivo mensurar a percepção do paciente em relação à insônia, avaliando sintomas, consequências e grau de preocupação e estresse pelas dificuldades com o sono. Trata-se de uma escala breve e simples, que investiga a gravidade da dificuldade para o início e manutenção do sono (noturna e despertar muito cedo pela manhã), a satisfação com o atual padrão de sono, a interferência com o funcionamento diurno (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO, 2019).

O IGI é um instrumento validado e adaptado do *Insomnia Severity Index* (ISI) (BASTIEN, VALLIÈRES, MORIN; 2001), utilizado na rotina clínica e em estudos epidemiológicos. Sua utilização é útil no rastreamento e na avaliação da gravidade da insônia, sendo composto por sete itens avaliados por meio de uma escala tipo Likert de 0 a 4. Os pontos de corte são: ausência de insônia significativa (0-7), limite inferior para insônia (8-14), insônia clínica moderada (15-21) e insônia clínica grave (22-28), onde a pontuação 28 sugere insônia muito grave (CASTRO, 2011).

Com relação ao idoso, o IGI foi utilizado e estudos demonstraram baixa qualidade de sono na população mencionada (ÜZER; YÜCENS, 2020). No Brasil, foi evidenciada pontuação elevada na população com baixa qualidade de sono, indicando insônia em níveis moderado e grave (AMORIM; SILVA; SHIMIZU, 2017). O IGI foi validado no Brasil tendo como parte da sua amostra, uma população de até 80 anos de idade (CASTRO, 2011), compreendendo-se que seu uso nesta faixa etária é pertinente e acurado.

Liu et al. (2018) também utilizaram o IGI em idosos, e no Brasil, o IGI evidenciou pontuação elevada na população que apresentou baixa qualidade de sono (AMORIM; SILVA; SHIMIZU, 2017).

A capacidade de um instrumento em avaliar não somente a noite anterior, mas um período maior de tempo, torna o instrumento capaz de detectar padrões de disfunção e sua gravidade presentes no indivíduo. Este instrumento auxilia as pessoas a entenderem o que as impedem de ter um sono de boa qualidade. Ainda segundo Buysse et al. (1989), o instrumento não tem correlação com a idade, compreendendo-se que seu uso é válido nos idosos.

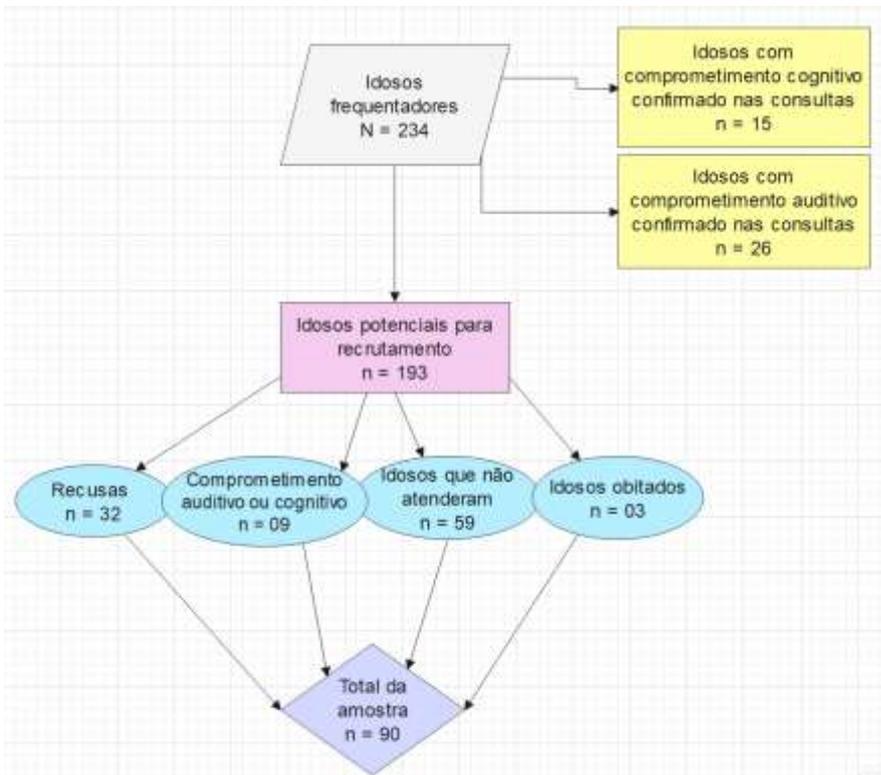
### 3.5 COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada pela pesquisadora do estudo durante os meses de fevereiro à maio de 2021, por meio de entrevista por telefone.

Dessa forma, foram realizadas ligações à todos os participantes. Com exceção de um, os demais optaram por realizar a entrevista, leitura e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) em um único telefonema, ao invés de dois ou três.

Destaca-se que, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a lista de idosos elegíveis para participarem do estudo totalizou 193.

Dentre os idosos que participaram, os que não atenderem e os que não quiseram participar, e os familiares que anotaram recado, foram realizadas em torno de 271 ligações. Estas foram realizadas em diversos horários do dia, exceto em feriados, com o intuito de recrutar o máximo de participantes. Tais registros estão em planilha, que foi alimentada pela pesquisadora ao longo dos meses de coleta de dados. Ainda destaca-se 3 falecimentos neste período, que não tiveram relação com nenhuma das etapas do presente estudo, e foram do conhecimento da pesquisadora ao telefonar para os idosos (Figura 01).



**Figura 01** - Fluxograma do recrutamento e seleção dos participantes no período de fevereiro a maio de 2021.

Todas as ligações foram gravadas com auxílio do aplicativo gratuito para celular *Call Recorder*®; e salvas em pasta no serviço de armazenamento e sincronização virtual de arquivos desenvolvido pelo *Google*, o *Google Drive*®, onde foram consultadas para análise

dos dados e para comprovação da participação voluntária. Essas são acessadas somente pela pesquisadora responsável e pela orientadora.

As entrevistas ocorreram num período entre 50 e 90 minutos. Como instrumento norteador da coleta, foi utilizado o Roteiro do Formulário para pesquisa da Insônia para padronizar a abordagem acerca dos dados sociodemográficos, das CD e FR do DE Insônia.

### 3.6 TESTE PILOTO

Pretendendo-se determinar a validade interna do estudo, foi realizado um teste piloto, objetivando avaliar a compreensão dos idosos, a presença de dificuldade sobre as perguntas, corrigir e/ou ajustar as perguntas do Roteiro do Formulário. O teste piloto foi aplicado nos 10 primeiros participantes. Como resultado, houve alteração em 3 perguntas, mantendo-se o sentido semântico. Por este motivo, os participantes do teste piloto foram incluídos na amostra final e análises do estudo. Foram realizados ajustes que não alteraram a estrutura das perguntas.

Não foram alteradas as perguntas dos instrumentos TEP, AIVD e IGI, pois estes são validados no Brasil.

### 3.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada em julho e agosto de 2021 no programa R versão 4.0.2 (software estatístico de linguagem de programação), tendo como material a planilha de dados gerada pelo *Google Forms* e transformada em planilha de Excel. No R foram utilizados os pacotes *randomLCA*, *poLCA*, *Tidyverse* e *Gtsummary*.

Visando a validade estrutural do DE Insônia (NANDA-I 2021-2023), foi realizada inferência diagnóstica por meio da Análise de Classe Latente (ACL), diferente do que tem sido realizado até o momento nas revisões deste DE, como revisão de literatura.

A ACL é um procedimento estatístico usado para identificar subgrupos qualitativamente diferentes em populações que compartilham certas características externas. Os subgrupos são chamados de grupos/classes latentes (WELLER; BOWEN; FAUBERT, 2020). Para detectar os grupos latentes, a ACL usa o padrão de respostas e características dos participantes do estudo, em um conjunto de variáveis indicadoras categóricas (PRATT, 2020).

Os dados coletados do Formulário contendo dados sociodemográficos, perguntas para identificação dos indicadores diagnósticos do DE insônia foram armazenados e salvos em pasta no serviço *Google Drive* de armazenamento, modificação *on line* e sincronização virtual de arquivos desenvolvido pelo *Google*, o *Google Forms*, para posterior análise dos dados e exportação para o *software Microsoft Excel®*.

Os dados referentes ao nome dos participantes, e dos instrumentos TEP, AIVD e IGI foram inseridos em planilha produzida pela pesquisadora no *software PlanMaker®*.

Para a caracterização sociodemográfica, adotou-se análise univariada. Foram utilizados proporção em porcentagem e intervalo de confiança (IC) de 95% nos cálculos. Foi realizada análise descritiva dos dados (idade, gênero, escolaridade, estado civil, quantidade de filhos e de coabitantes, e ocupação). Para tal, as variáveis foram categorizadas e estão realizadas tabelas com cálculos de estatística. Ainda fez-se uma análise univariada com a finalidade de identificar a prevalência das CD e FR do DE Insônia, respondendo, assim, um dos objetivos.

Para avaliar a independência/associação dentre as variáveis sociodemográficas com as CD e com os FR, e CD e FR com o IGI, aplicou-se o teste de qui-quadrado de Pearson ( $X^2$ ) a fim de verificar se há associação entre duas variáveis categóricas. Os testes foram aplicados considerando um alfa ( $\alpha$ ) de 0,05 ( $p < 0,05$ ).

Para a análise, a escala IGI foi categorizada:

- **Ausência de insônia:** apresenta a pontuação de **0 a 7**, na qual contempla a 1ª pontuação do IGI e é classificada por “Ausência de insônia significativa”.
- **Presença de insônia:** pontuação de 8 a 28, que contempla as 3 últimas classificações do IGI e são classificadas por: **8 a 14:** “Limite inferior para insônia”, **15 a 21:** “Insônia clínica moderada” e **22 a 28:** “Insônia clínica grave”.

Fez-se a análise bivariada com aplicação de métodos estatísticos não paramétricos nas associações entre duas variáveis qualitativas. Assim, utilizou-se o teste  $X^2$  e o teste exato de Fisher (CLEOPHAS; ZWINDERMAN, 2016). O teste de Fisher é um teste de significância estatística, e possui a mesma finalidade do Teste  $X^2$ , sendo utilizado e mais acurado em resultados com menos de 5 observações.

Para o alcance dos objetivos “Determinar as medidas de acurácia diagnóstica para CD do DE Insônia” e “Estimar a prevalência do DE Insônia da taxonomia da NANDA-I”, foi realizada inferência diagnóstica do DE insônia por meio da ACL. Tal método de análises é útil para identificar um conjunto de subgrupos subjacentes de indivíduos com base na interseção de várias características observadas. Na prática, é improvável que todo padrão de resposta observado realmente reflita um tipo único e importante de indivíduo; em vez disso, pode ser

útil estabelecer um conjunto menor de subgrupos e assumir que há algum nível de erro dos fatores observados usados para medir a associação ao grupo. ACL é um modelo de mistura que pressupõe que há uma variável categórica não observada subjacente que divide uma população em classes latentes mutuamente exclusivas e exaustivas (LANZA; RHOADES, 2013)

A ACL utilizou medidas de acurácia diagnóstica (sensibilidade e especificidade) com valor superior a 0,5. Neste teste, para os indicadores diagnósticos serem significativos, considerou-se que a sensibilidade ou a especificidade mínima de 50%, não sendo aceito o valor de 50% (0,50) dentro do valor mínimo e máximo do IC de 95%. Um modelo inicial foi ajustado com todas as CD, de sensibilidade e especificidade, sem os Efeitos Aleatórios, buscando excluir os ítems não significativos. Posteriormente, sensibilidade e especificidade com modelo de Efeitos Aleatórios foi utilizado para melhor adequação do modelo e exclusão de mais ítems não significativos, para cálculo de medida de acurácia diagnóstica das CD.

Afim de obter a probabilidade do sujeito ter ou não o DE, foi necessário gerar a tabela de probabilidade posterior a partir do modelo de efeito randômico gerado (nesse caso, as CD), aplicando-se o modelo de regressão de Poisson e assim, obtendo-se a razão de prevalência dos fatores etiológicos (WELLER; BOWEN; FAUBERT, 2020). Com o arranjo das respostas das características definidoras, obtem-se a probabilidade.

Sensibilidade e especificidade são métricas utilizadas para avaliar a precisão do diagnóstico, quer seja uma triagem, quer seja um novo teste. A primeira é definida como a probabilidade de um indivíduo com doença ter um teste positivo e representa a “taxa de positividade verdadeira” do teste. Ou seja, é a capacidade de um teste classificar corretamente um indivíduo como “doente”. Já a segunda é a probabilidade de um indivíduo sem doença ter um teste negativo e representa a “taxa de negatividade verdadeira” do teste. Deste modo, significa a capacidade de um teste classificar corretamente um indivíduo como livre de doenças (GOGTAY; THATTE, 2017).

Ambos buscam responder à questão “Quão acurado é o teste ao avaliar discriminadamente indivíduos com e sem doença?”. Ambos são características de teste e são independentes da prevalência da doença na população (GOGTAY; THATTE, 2017).

Assim, as CD que não apresentaram significância estatística foram excluídas. A análise de sensibilidade foi realizada buscando identificar a prevalência de sujeitos com o DE Insônia para os quais o indicador está presente, e especificidade foi realizada para identificar a proporção de sujeitos sem o DE para os quais o indicador está ausente.

Para verificação da bondade do ajuste do índice do modelo de classe latente, foi aplicado o teste da razão de verossimilhança ( $G^2$ ), avaliando, assim, os índices de qualidade de ajuste do modelo e se tal modelo realmente ocorre na amostra. Neste estudo, comparou-se as classes de sensibilidade e especificidade, em que valores não significativos indicam

bom ajuste.

Ainda foi calculado o valor da entropia relativa do modelo, que é um índice de precisão de classificação baseada em modelo, avalia a qualidade de classificação dos membros da classe, mede o grau de separabilidade dos itens. O valor 1 indica uma atribuição mais precisa de indivíduos a perfis latentes e indica boa entropia (WANG et al., 2017). A entropia de um modelo ACL vai para 0 à medida que o número de classes se aproxima do número de registros possíveis, ou seja, há menos variabilidade em cada grupo (LAROSE et al., 2016). Neste estudo considerou-se o mínimo de 0,80 como ideal.

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi autorizada pelo Coordenador do Programa interdisciplinar de promoção à saúde e qualidade de vida do idoso, via Carta de Anuência (Anexo C) em Novembro de 2020. Esta foi anexada ao Projeto e encaminhada ao CEP da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) em Dezembro de 2020, obtendo aprovação no mesmo mês. O Parecer Consubstanciado número 4.453.726 retornou sem pendências em primeira versão, sob **CAAE** 40801420.4.0000.5285. Não necessitou de apreciação da CONEP. O estudo seguiu as normas bioéticas da Resolução nº 466/2012 e 510/2016 do CNS (Anexo D), e o termo de Compromisso com a Instituição foi enviado via Plataforma Brasil (Anexo E).

Foi adotado o TCLE digitado, com assinatura digital da pesquisadora e enviado aos participantes que optaram o recebimento por aplicativo WhatsApp ou por e-mail. Demais participantes optaram por receber o TCLE impresso em suas residências. Não foi necessário o Termo de Assentimento, pois não foram recrutados indivíduos legalmente incapazes, física ou cognitivamente. O sigilo da pesquisa foi garantido pela pesquisadora, porém a quebra de sigilo é involuntária e não intencional, e este risco foi mencionado no TCLE. Este estudo não envolveu grandes riscos como uso de radiologia, medicamentos, produtos biológicos ou procedimentos cirúrgicos. Não houve coleta de amostras biológicas ou químicas.

Realizou-se a gravação do telefonema na íntegra, contendo a realização do convite, a leitura do TCLE e a entrevista - aplicação dos instrumentos. A obtenção da anuência se deu verbalmente pelos participantes, no qual foram declaradas a concordância em participar voluntariamente e da gravação da entrevista. As gravações estão mantidas em sigilo em pastas virtuais, apenas sob consulta pela pesquisadora principal e pela orientadora. A planilha com as respostas e as escalas utilizadas foram disponibilizadas para análises por uma Estatística. Nas ligações em que houve recusa em participar, as gravações foram excluídas permanentemente.

## 4 RESULTADOS

Para atender aos objetivos propostos, os resultados são apresentados em 14 tabelas. Estes contemplam dados sociodemográficos, dados de prevalência, análises sobre as associações entre variáveis e a ACL das CD do DE Insônia.

### 4.1 Dados sociodemográficos

Com relação à Escolaridade, 1,1% eram analfabetos, 2,2% tinham pós-graduação lato senso, 27,8% tinham ensino superior completo/incompleto, 35,6% tinham ensino médio completo/incompleto, 33,3% com ensino fundamental completo/incompleto.

Sobre o estado civil, 2,2% eram separados, 1,1% viviam em união estável, 3,3% eram divorciados, 25,6% eram solteiros, 18,9% eram casados, 48,9% eram viúvos.

Sobre a quantidade de filhos, 31,1% não tinham filhos. Nesta porcentagem foram incluídos os participantes que tinham filhos e estes eram mortos até o momento da entrevista. Ainda 20% tinham 01 filho, 27,8% tinham 2 filhos, 13,3% tinham 3 filhos, 5,6% tinham 4 filhos, 2,2% tinham 5 filhos, e nenhum participante tinha mais de 05 filhos.

Sobre a coabitação, 38,9% moram sozinhos, 38,9% moram com 1 pessoa, 16,7% moram com 2 pessoas, 3,3% moram com 3 pessoas, 2,2% moram com 4 pessoas. Nenhum participante mora com mais de 4 pessoas.

Acerca do tipo de ocupação, 77,8% eram aposentados, 22,2% eram pensionistas, 3,3% ainda trabalhavam informalmente e 8,9% eram do lar e não tinham renda própria. Do total da amostra, 10 eram aposentados e pensionistas, e 1 era aposentado e trabalhava informalmente.

Ainda destaca-se a extensão da faixa etária dos participantes, que englobou 29 anos do período de idade considerado "idoso". Os participantes nasceram entre Janeiro de 1929 e Janeiro de 1958, tendo entre 63 e 92 anos (TABELA 1).

**TABELA 1 - Caracterização sociodemográfica (n = 90). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.**

Variáveis	n (%)	IC 95%
<b>Idade</b>		
60 a 79 anos	60 (66,7)	(56% - 75%)
> ou = 80 anos	30 (33,3)	(24% - 43%)
<b>Gênero</b>		
Feminino	81 (90,0)	(82% - 94%)
Masculino	9 (10,0)	(5% - 17%)
<b>Escolaridade</b>		
Até Ens médio	63 (70,0)	(59% - 78%)
Até Stricto sensu	27 (30,0)	(21% - 40%)
<b>Estado civil</b>		
Com companheiro	18 (20,0)	(13% - 29%)
Sem companheiro	72 (80,0)	(70% - 86%)
<b>Filhos</b>		
Tem filhos	62 (68,9)	(58% - 77%)
Não tem filhos	28 (31,1)	(22% - 41%)
<b>Coabitantes</b>		
mora acompanhado	55 (61,1)	(50% - 70%)
mora sozinho	35 (38,9)	(29% - 49%)
<b>Tipo de ocupação</b>		
Aposentado	70 (77,8)	(68% - 85%)
Não aposentado	20 (22,2)	(14% - 31%)

n = amostra. IC95%: intervalo de confiança de 95%

#### 4.2 Prevalência dos indicadores diagnósticos

Todos (100%) os participantes apresentaram pelo menos 1 CD do DE Insônia. Houve maior prevalência de “**Resistência física insuficiente**” (75,6%; IC95%: 65% - 83%), e menor prevalência de “**Aumento nos acidentes**” (6,7%; IC95%: 3% - 13%) (TABELA 2).

**TABELA 2 - Prevalência das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Insônia na NANDA 2021-2023 (n = 90). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.**

Características Definidoras	n (%)	IC 95%
<b>Afeto alterado</b>		
Presente	22 (24,4)	(16% - 34%)
Ausente	68 (75,6)	(65% - 83%)

Tabela formatada

Tabela formatada

<b>Características Definidoras</b>	<b>n (%)</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Atenção alterada</b>		
Presente	27 (30,0)	(21% - 40%)
Ausente	63 (70,0)	(59% - 78%)
<b>Humor alterado</b>		
Presente	40 (44,4)	(34% - 54%)
Ausente	50 (55,6)	(45% - 65%)
<b>Acordar cedo demais</b>		
Presente	29 (32,2)	(23% - 42%)
Ausente	61 (67,8)	(57% - 76%)
<b>Expressa insatisfação com a qualidade de vida</b>		
Presente	43 (47,8)	(37% - 57%)
Ausente	47 (52,2)	(42% - 62%)
<b>Expressa insatisfação com o sono</b>		
Presente	37 (41,1)	(31% - 51%)
Ausente	53 (58,9)	(48% - 68%)
<b>Expressa esquecimento</b>		
Presente	57 (63,3)	(53% - 72%)
Ausente	33 (36,7)	(27% - 46%)
<b>Expressa necessidade de cochilos frequentes durante o dia</b>		
Presente	21 (23,3)	(15% - 33%)
Ausente	69 (76,7)	(66% - 84%)
<b>Estado de saúde prejudicado</b>		
Presente	59 (65,6)	(55% - 74%)
Ausente	31 (34,4)	(25% - 44%)
<b>Absenteísmo aumentado</b>		
Presente	45 (50,0)	(39% - 60%)
Ausente	45 (50,0)	(39% - 60%)
<b>Aumento nos acidentes</b>		
Presente	6 (6,7)	(3% - 13%)
Ausente	84 (93,3)	(86% - 96%)
<b>Resistência física insuficiente</b>		
Presente	68 (75,6)	(65% - 83%)
Ausente	22 (24,4)	(16% - 34%)
<b>Ciclo sono-vigília não restaurador</b>		
Presente	35 (38,9)	(29% - 49%)
Ausente	55 (61,1)	(50% - 70%)

*n* = amostra. IC95%: intervalo de confiança de 95%

Tabela formatada

Características Definidoras	n (%)	IC 95%
-----------------------------	-------	--------

Tabela formatada

Todos os FR do DE foram identificados nos participantes, com maior prevalência de “**Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo**” (71,1%; IC95%: 61% - 79%) e menor prevalência de “**Estilo de vida incoerente com ritmos circadianos normais**” (2,2%; IC95%: 92% - 99%) (TABELA 3).

**TABELA 3 - Prevalência dos Fatores Relacionados do Diagnóstico de Enfermagem Insônia (n = 90). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.**

Fatores Relacionados	n (%)	IC 95%
<b>Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo</b>		
Presente	64 (71,1)	(61% - 79%)
Ausente	26 (28,9)	(20% - 38%)
<b>Ansiedade</b>		
Presente	54 (60,0)	(49% - 69%)
Ausente	36 (40,0)	(30% - 50%)
<b>Baixa resiliência psicológica</b>		
Presente	4 (4,4)	(01% - 10%)
Ausente	86 (95,6)	(89% - 98%)
<b>Cochilos frequentes durante o dia</b>		
Presente	21 (23,3)	(15% - 33%)
Ausente	69 (76,7)	(66% - 84%)
<b>Consumo de bebidas açucaradas</b>		
Presente	12 (13,3)	(07% - 21%)
Ausente	78 (86,7)	(78% - 92%)
<b>Consumo de cafeína</b>		
Presente	3 (3,3)	(01% - 09%)
Ausente	87 (96,7)	(90% - 98%)
<b>Crenças de sono disfuncionais</b>		
Presente	12 (13,3)	(07% - 21%)
Ausente	78 (86,7)	(78% - 92%)
<b>Desconforto</b>		
Presente	31 (34,4)	(25% - 44%)
Ausente	59 (65,6)	(55% - 74%)
<b>Distúrbios ambientais</b>		
Presente	55 (61,1)	(50% - 70%)
Ausente	35 (38,9)	(29% - 49%)

Tabela formatada

<b>Fatores Relacionados</b>	<b>n (%)</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Estilo de vida incoerente com ritmos circadianos normais</b>		
Presente	2 (2,2)	(92% - 99%)
Ausente	88 (97,8)	(92% - 99%)
<b>Estressores</b>		
Presente	34 (37,8)	(28% - 48%)
Ausente	56 (62,2)	(51% - 71%)
<b>Higiene do sono inadequada</b>		
Presente	3 (3,3)	(01% - 09%)
Ausente	87 (96,7)	(90% - 98%)
<b>Medo</b>		
Presente	36 (40,0)	(30% - 50%)
Ausente	54 (60,0)	(49% - 69%)
<b>Obesidade</b>		
Presente	19 (21,1)	(13% - 30%)
Ausente	71 (78,9)	(69% - 86%)
<b>Sintomas depressivos</b>		
Presente	48 (53,3)	(43% - 63%)
Ausente	42 (46,7)	(36% - 56%)
<b>Tensão do papel de cuidador</b>		
Presente	25 (27,8)	(19% - 37%)
Ausente	65 (72,2)	(62% - 80%)
<b>Uso de dispositivos eletrônicos interativos</b>		
Presente	32 (35,6)	(26% - 45%)
Ausente	58 (64,4)	(54% - 73%)

*n* = amostra. IC95%: intervalo de confiança de 95%

Tabela formatada

#### 4.3 Associações entre indicadores diagnósticos e as variáveis sociodemográficas

Houve evidências de associação estatisticamente significativa entre a CD "Atenção alterada" ( $p = 0,013$ ) e a Ocupação, que foi categorizada (TABELA 4).

**TABELA 4 - Associação entre a Ocupação dos participantes e Características Definidoras ( $n = 90$ ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.**

Características Definidoras	Ocupação			p-valor <sup>1</sup>
	n (%)	Aposentado (n = 70)	Não aposentado (n = 20)	
<b>Afeto alterado</b>				0,560
Presente	22 (24,4)	16 (22,9%)	6 (30,0%)	
Ausente	68 (75,6)	54 (77,1%)	14 (70,0%)	
<b>Atenção alterada</b>				0,013
Presente	27 (30,0)	16 (22,9%)	11 (55,0%)	
Ausente	63 (70,0)	54 (77,1%)	9 (45,0%)	
<b>Humor alterado</b>				0,183
Presente	40 (44,4)	28 (40,0%)	12 (60,0%)	
Ausente	50 (55,6)	42 (60,0%)	8 (40,0%)	
<b>Acordar cedo demais</b>				0,567
Presente	29 (32,2)	21 (30,0%)	8 (40,0%)	
Ausente	61 (67,8)	49 (70,0%)	12 (60,0%)	
<b>Expressa insatisfação com a qualidade de vida</b>				0,135
Presente	43 (47,8)	30 (42,9%)	13 (65,0%)	
Ausente	47 (52,2)	40 (57,1%)	7 (35,0%)	
<b>Expressa insatisfação com o sono</b>				0,886
Presente	37 (41,1)	28 (40,0%)	9 (45,0%)	
Ausente	53 (58,9)	42 (60,0%)	11 (55,0%)	
<b>Expressa esquecimento</b>				0,335
Presente	57 (63,3)	42 (60,0%)	15 (75,0%)	
Ausente	33 (36,7)	28 (40,0%)	5 (25,0%)	
<b>Expressa necessidade de cochilos frequentes durante o dia</b>				0,549
Presente	21 (23,3)	15 (21,4%)	6 (30,0%)	
Ausente	69 (76,7)	55 (78,6%)	14 (70,0%)	
<b>Estado de saúde prejudicado</b>				0,390
Presente	59 (65,6)	48 (68,6%)	11 (55,0%)	
Ausente	31 (34,4)	22 (31,4%)	9 (45,0%)	
<b>Absenteísmo aumentado</b>				>0,999
Presente	45 (50,0)	35 (50,0%)	10 (50,0%)	
Ausente	45 (50,0)	35 (50,0%)	10 (50,0%)	
<b>Aumento nos acidentes</b>				0,331 <sup>2</sup>
Presente	6 (6,7)	6 (8,6%)	0 (0,0%)	
Ausente	84 (93,3)	64 (91,4%)	20 (100,0%)	

Tabela formatada

Características Definidoras	n (%)	Ocupação		p-valor <sup>1</sup>
		Aposentado (n = 70)	Não aposentado (n = 20)	
<b>Resistência física insuficiente</b>				0,560
Presente	68 (75,6)	54 (77,1%)	14 (70,0%)	
Ausente	22 (24,4)	16 (22,9%)	6 (30,0%)	
<b>Ciclo sono-vigília não restaurador</b>				0,370
Presente	35 (38,9)	25 (35,7%)	10 (50,0%)	
Ausente	55 (61,1)	45 (64,3%)	10 (50,0%)	

<sup>1</sup>Teste de independência do qui-quadrado, <sup>2</sup>Teste exato de Fisher

Houve evidências de associação estatisticamente significativa entre o FR “Crenças de sono disfuncionais” ( $p = 0,022$ ) e a Ocupação (TABELA 5).

**TABELA 5 - Associação entre a Ocupação dos participantes e Fatores Relacionados (n = 90). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.**

Fatores Relacionados	n (%)	Ocupação		p-valor
		Aposentado (n = 70)	Não aposentado (n = 20)	
<b>Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo</b>				0,877
Presente	64 (71,1)	49 (70,0%)	15 (75,0%)	
Ausente	26 (28,9)	21 (30,0%)	5 (25,0%)	
<b>Ansiedade</b>				0,438
Presente	54 (60,0)	40 (57,1%)	14 (70,0%)	
Ausente	36 (40,0)	30 (42,9%)	6 (30,0%)	
<b>Baixa resiliência psicológica</b>				>0,999 <sup>2</sup>
Presente	4 (4,4)	3 (4,3%)	1 (5,0%)	
Ausente	86 (95,6)	67 (95,7%)	19 (95,0%)	
<b>Cochilos frequentes durante o dia</b>				0,549
Presente	21 (23,3)	15 (21,4%)	6 (30,0%)	
Ausente	69 (76,7)	55 (78,6%)	14 (70,0%)	
<b>Consumo de bebidas açucaradas</b>				>0,999 <sup>2</sup>
Presente	12 (13,3)	10 (14,3%)	2 (10,0%)	
Ausente	78 (86,7)	60 (85,7%)	18 (90,0%)	
<b>Consumo de cafeína</b>				>0,999 <sup>2</sup>
Presente	3 (3,3)	3 (4,3%)	0 (0,0%)	

Tabela formatada

Tabela formatada

Fatores Relacionados	n (%)	Ocupação		p-valor
		Aposentado (n = 70)	Não aposentado (n = 20)	
Ausente	87 (96,7)	67 (95,7%)	20 (100,0%)	
<b>Crenças de sono disfuncionais</b>				0,022
Presente	12 (13,3)	6 (8,6%)	6 (30,0%)	
Ausente	78 (86,7)	64 (91,4%)	14 (70,0%)	
<b>Desconforto</b>				0,459
Presente	31 (34,4)	26 (37,1%)	5 (25,0%)	
Ausente	59 (65,6)	44 (62,9%)	15 (75,0%)	
<b>Distúrbios ambientais</b>				>0,999
Presente	55 (61,1)	43 (61,4%)	12 (60,0%)	
Ausente	35 (38,9)	27 (38,6%)	8 (40,0%)	
<b>Estilo de vida incoerente com ritmos circadianos normais</b>				0,397 <sup>2</sup>
Presente	2 (2,2)	1 (1,4%)	1 (5,0%)	
Ausente	88 (97,8)	69 (98,6%)	19 (95,0%)	
<b>Estressores</b>				0,309
Presente	34 (37,8)	24 (34,3%)	10 (50,0%)	
Ausente	56 (62,2)	46 (65,7%)	10 (50,0%)	
<b>Higiene do sono inadequada</b>				>0,999 <sup>2</sup>
Presente	3 (3,3)	3 (4,3%)	0 (0,0%)	
Ausente	87 (96,7)	67 (95,7%)	20 (100,0%)	
<b>Medo</b>				0,438
Presente	36 (40,0)	26 (37,1%)	10 (50,0%)	
Ausente	54 (60,0)	44 (62,9%)	10 (50,0%)	
<b>Obesidade</b>				>0,999 <sup>2</sup>
Presente	19 (21,1)	15 (21,4%)	4 (20,0%)	
Ausente	71 (78,9)	55 (78,6%)	16 (80,0%)	
<b>Sintomas depressivos</b>				0,932
Presente	48 (53,3)	38 (54,3%)	10 (50,0%)	
Ausente	42 (46,7)	32 (45,7%)	10 (50,0%)	
<b>Tensão do papel de cuidador</b>				>0,999
Presente	25 (27,8)	19 (27,1%)	6 (30,0%)	
Ausente	65 (72,2)	51 (72,9%)	14 (70,0%)	
<b>Uso de dispositivos eletrônicos interativos</b>				0,056 <sup>2</sup>
Presente	32 (35,6)	29 (41,4%)	3 (15,0%)	
Ausente	58 (64,4)	41 (58,6%)	17 (85,0%)	

Tabela formatada

Fatores Relacionados	n (%)	Ocupação		p-valor
		Aposentado (n = 70)	Não aposentado (n = 20)	

<sup>1</sup>Teste de independência do qui-quadrado, <sup>2</sup>Teste exato de Fisher

Não houve evidências de associação entre a escolaridade, que foi categorizada, e as CD (TABELA 6).

**TABELA 6 - Associação entre a escolaridade dos participantes e Características Definidoras (n = 90). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.**

Características Definidoras	n (%)	Escolaridade		p-valor
		Até Ens médio (n = 63)	Até Stricto sensu (n = 27)	
<b>Afeto alterado</b>				0,261 <sup>2</sup>
Presente	22 (24,4)	18 (28,6%)	4 (14,8%)	
Ausente	68 (75,6)	45 (71,4%)	23 (85,2%)	
<b>Atenção alterada</b>				0,763
Presente	27 (30,0)	20 (31,7%)	7 (25,9%)	
Ausente	63 (70,0)	43 (68,3%)	20 (74,1%)	
<b>Humor alterado</b>				0,247
Presente	40 (44,4)	31 (49,2%)	9 (33,3%)	
Ausente	50 (55,6)	32 (50,8%)	18 (66,7%)	
<b>Acordar cedo demais</b>				0,922
Presente	29 (32,2)	21 (33,3%)	8 (29,6%)	
Ausente	61 (67,8)	42 (66,7%)	19 (70,4%)	
<b>Expressa insatisfação com a qualidade de vida</b>				0,117
Presente	43 (47,8)	34 (54,0%)	9 (33,3%)	
Ausente	47 (52,2)	29 (46,0%)	18 (66,7%)	
<b>Expressa insatisfação com o sono</b>				>0,999
Presente	37 (41,1)	26 (41,3%)	11 (40,7%)	
Ausente	53 (58,9)	37 (58,7%)	16 (59,3%)	
<b>Expressa esquecimento</b>				0,215
Presente	57 (63,3)	43 (68,3%)	14 (51,9%)	
Ausente	33 (36,7)	20 (31,7%)	13 (48,1%)	
<b>Expressa necessidade de cochilos frequentes durante o dia</b>				0,514
Presente	21 (23,3)	13 (20,6%)	8 (29,6%)	

Tabela formatada

Tabela formatada

Características Definidoras	Escolaridade			p-valor
	n (%)	Até Ens médio (n = 63)	Até Stricto sensu (n = 27)	
Ausente	69 (76,7)	50 (79,4%)	19 (70,4%)	0,384
<b>Estado de saúde prejudicado</b>				
Presente	59 (65,6)	39 (61,9%)	20 (74,1%)	>0,999
Ausente	31 (34,4)	24 (38,1%)	7 (25,9%)	
<b>Absenteísmo aumentado</b>				0,064 <sup>2</sup>
Presente	45 (50,0)	31 (49,2%)	14 (51,9%)	
Ausente	45 (50,0)	32 (50,8%)	13 (48,1%)	0,957
<b>Aumento nos acidentes</b>				
Presente	6 (6,7)	2 (3,2%)	4 (14,8%)	>0,999
Ausente	84 (93,3)	61 (96,8%)	23 (85,2%)	
<b>Resistência física insuficiente</b>				>0,999
Presente	68 (75,6)	47 (74,6%)	21 (77,8%)	
Ausente	22 (24,4)	16 (25,4%)	6 (22,2%)	
<b>Ciclo sono-vigília não restaurador</b>				
Presente	35 (38,9)	24 (38,1%)	11 (40,7%)	
Ausente	55 (61,1)	39 (61,9%)	16 (59,3%)	

<sup>1</sup>Teste de independência do qui-quadrado, <sup>2</sup>Teste exato de Fisher

Não houve evidências de associação entre a Escolaridade, que foi categorizada, e os FR (TABELA 7).

**TABELA 7 - Associação entre a escolaridade dos participantes e Fatores Relacionados (n = 90). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.**

Fatores Relacionados	Escolaridade			p-valor <sup>1</sup>
	n (%)	Até Ens médio (n = 63)	Até Stricto sensu (n = 27)	
<b>Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo</b>				0,388
Presente	64 (71,1)	47 (74,6%)	17 (63,0%)	>0,999
Ausente	26 (28,9)	16 (25,4%)	10 (37,0%)	
<b>Ansiedade</b>				
Presente	54 (60,0)	38 (60,3%)	16 (59,3%)	
Ausente	36 (40,0)	25 (39,7%)	11 (40,7%)	

Fatores Relacionados	Escolaridade			p-valor <sup>1</sup>
	n (%)	Até Ens médio (n = 63)	Até Stricto sensu (n = 27)	
<b>Baixa resiliência psicológica</b>				>0,999 <sup>2</sup>
Presente	4 (4,4)	3 (4,8%)	1 (3,7%)	
Ausente	86 (95,6)	60 (95,2%)	26 (96,3%)	
<b>Cochilos frequentes durante o dia</b>				0,514
Presente	21 (23,3)	13 (20,6%)	8 (29,6%)	
Ausente	69 (76,7)	50 (79,4%)	19 (70,4%)	
<b>Consumo de bebidas açucaradas</b>				>0,999 <sup>2</sup>
Presente	12 (13,3)	9 (14,3%)	3 (11,1%)	
Ausente	78 (86,7)	54 (85,7%)	24 (88,9%)	
<b>Consumo de cafeína</b>				>0,999 <sup>2</sup>
Presente	3 (3,3)	2 (3,2%)	1 (3,7%)	
Ausente	87 (96,7)	61 (96,8%)	26 (96,3%)	
<b>Crenças de sono disfuncionais</b>				>0,999 <sup>2</sup>
Presente	12 (13,3)	9 (14,3%)	3 (11,1%)	
Ausente	78 (86,7)	54 (85,7%)	24 (88,9%)	
<b>Desconforto</b>				0,561
Presente	31 (34,4)	20 (31,7%)	11 (40,7%)	
Ausente	59 (65,6)	43 (68,3%)	16 (59,3%)	
<b>Distúrbios ambientais</b>				>0,999
Presente	55 (61,1)	38 (60,3%)	17 (63,0%)	
Ausente	35 (38,9)	25 (39,7%)	10 (37,0%)	
<b>Estilo de vida incoerente com ritmos circadianos normais</b>				0,512 <sup>2</sup>
Presente	2 (2,2)	1 (1,6%)	1 (3,7%)	
Ausente	88 (97,8)	62 (98,4%)	26 (96,3%)	
<b>Estressores</b>				0,420
Presente	34 (37,8)	26 (41,3%)	8 (29,6%)	
Ausente	56 (62,2)	37 (58,7%)	19 (70,4%)	
<b>Higiene do sono inadequada</b>				0,213 <sup>2</sup>
Presente	3 (3,3)	1 (1,6%)	2 (7,4%)	
Ausente	87 (96,7)	62 (98,4%)	25 (92,6%)	
<b>Medo</b>				0,542

Tabela formatada

Fatores Relacionados	Escolaridade			p-valor <sup>1</sup>
	n (%)	Até Ens médio (n = 63)	Até Stricto sensu (n = 27)	
Presente	36 (40,0)	27 (42,9%)	9 (33,3%)	0,115
Ausente	54 (60,0)	36 (57,1%)	18 (66,7%)	
<b>Obesidade</b>				0,115
Presente	19 (21,1)	10 (15,9%)	9 (33,3%)	
Ausente	71 (78,9)	53 (84,1%)	18 (66,7%)	
<b>Sintomas depressivos</b>				0,963
Presente	48 (53,3)	33 (52,4%)	15 (55,6%)	
Ausente	42 (46,7)	30 (47,6%)	12 (44,4%)	
<b>Tensão do papel de cuidador</b>				>0,999
Presente	25 (27,8)	17 (27,0%)	8 (29,6%)	
Ausente	65 (72,2)	46 (73,0%)	19 (70,4%)	
<b>Uso de dispositivos eletrônicos interativos</b>				>0,999
Presente	32 (35,6)	22 (34,9%)	10 (37,0%)	
Ausente	58 (64,4)	41 (65,1%)	17 (63,0%)	

<sup>1</sup>Teste de independência do qui-quadrado, <sup>2</sup>Teste exato de Fisher

Entre o Estado civil, que foi categorizado, e as CD, não foram identificadas evidências de associação (TABELA 8).

**TABELA 8 - Associação entre o estado civil e Características Definidoras (n = 90). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.**

Características Definidoras	Estado civil			p-valor <sup>1</sup>
	n (%)	Com companheiro (n = 18)	Sem companheiro (n = 72)	
<b>Afeto alterado</b>				0,062 <sup>2</sup>
Presente	22 (24,4)	1 (5,6%)	21 (29,2%)	
Ausente	68 (75,6)	17 (94,4%)	51 (70,8%)	
<b>Atenção alterada</b>				0,954
Presente	27 (30,0)	6 (33,3%)	21 (29,2%)	
Ausente	63 (70,0)	12 (66,7%)	51 (70,8%)	
<b>Humor alterado</b>				0,791
Presente	40 (44,4)	7 (38,9%)	33 (45,8%)	
Ausente	50 (55,6)	11 (61,1%)	39 (54,2%)	

Características Definidoras	Estado civil		p-valor <sup>1</sup>
	n (%)	Com companheiro (n = 18)	
<b>Acordar cedo demais</b>			>0,999
Presente	29 (32,2)	6 (33,3%)	23 (31,9%)
Ausente	61 (67,8)	12 (66,7%)	49 (68,1%)
<b>Expressa insatisfação com a qualidade de vida</b>			0,958
Presente	43 (47,8)	8 (44,4%)	35 (48,6%)
Ausente	47 (52,2)	10 (55,6%)	37 (51,4%)
<b>Expressa insatisfação com o sono</b>			>0,999
Presente	37 (41,1)	7 (38,9%)	30 (41,7%)
Ausente	53 (58,9)	11 (61,1%)	42 (58,3%)
<b>Expressa esquecimento</b>			0,547
Presente	57 (63,3)	13 (72,2%)	44 (61,1%)
Ausente	33 (36,7)	5 (27,8%)	28 (38,9%)
<b>Expressa necessidade de cochilos frequentes durante o dia</b>			0,756
Presente	21 (23,3)	5 (27,8%)	16 (22,2%)
Ausente	69 (76,7)	13 (72,2%)	56 (77,8%)
<b>Estado de saúde prejudicado</b>			>0,999
Presente	59 (65,6)	12 (66,7%)	47 (65,3%)
Ausente	31 (34,4)	6 (33,3%)	25 (34,7%)
<b>Absenteísmo aumentado</b>			0,792
Presente	45 (50,0)	10 (55,6%)	35 (48,6%)
Ausente	45 (50,0)	8 (44,4%)	37 (51,4%)
<b>Aumento nos acidentes</b>			>0,999 <sup>2</sup>
Presente	6 (6,7)	1 (5,6%)	5 (6,9%)
Ausente	84 (93,3)	17 (94,4%)	67 (93,1%)
<b>Resistência física insuficiente</b>			0,762
Presente	68 (75,6)	13 (72,2%)	55 (76,4%)
Ausente	22 (24,4)	5 (27,8%)	17 (23,6%)
<b>Ciclo sono-vigília não restaurador</b>			0,417
Presente	35 (38,9)	9 (50,0%)	26 (36,1%)

Tabela formatada

Características Definidoras	Estado civil		p-valor <sup>1</sup>
	n (%)	Com companheiro (n = 18)	
Ausente	55 (61,1)	9 (50,0%)	46 (63,9%)

<sup>1</sup>Teste de independência do qui-quadrado, <sup>2</sup>Teste exato de Fisher

Houve evidências de associação significativa entre “**Tensão do papel de cuidador**” ( $p = 0,008$ ) e “**Uso de dispositivos eletrônicos interativos**” ( $p = 0,032$ ), e o Estado civil (TABELA 9).

**TABELA 9 - Associação entre o estado civil e Fatores Relacionados (n = 90). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.**

Fatores Relacionados	Estado civil		p-valor <sup>1</sup>
	n (%)	Com companheiro (n = 18)	
<b>Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo</b>			0,862
Presente	64 (71,1)	12 (66,7%)	52 (72,2%)
Ausente	26 (28,9)	6 (33,3%)	20 (27,8%)
<b>Ansiedade</b>			0,484
Presente	54 (60,0)	9 (50,0%)	45 (62,5%)
Ausente	36 (40,0)	9 (50,0%)	27 (37,5%)
<b>Baixa resiliência psicológica</b>			0,177 <sup>2</sup>
Presente	4 (4,4)	2 (11,1%)	2 (2,8%)
Ausente	86 (95,6)	16 (88,9%)	70 (97,2%)
<b>Cochilos frequentes durante o dia</b>			0,756
Presente	21 (23,3)	5 (27,8%)	16 (22,2%)
Ausente	69 (76,7)	13 (72,2%)	56 (77,8%)
<b>Consumo de bebidas açucaradas</b>			0,447 <sup>2</sup>
Presente	12 (13,3)	1 (5,6%)	11 (15,3%)
Ausente	78 (86,7)	17 (94,4%)	61 (84,7%)
<b>Consumo de cafeína</b>			>0,999 <sup>2</sup>
Presente	3 (3,3)	0 (0,0%)	3 (4,2%)
Ausente	87 (96,7)	18 (100,0%)	69 (95,8%)
<b>Crenças de sono</b>			0,058

Tabela formatada

Tabela formatada

Fatores Relacionados	Estado civil			p-valor <sup>1</sup>
	n (%)	Com companheiro (n = 18)	Sem companheiro (n = 72)	
<b>disfuncionais</b>				
Presente	12 (13,3)	5 (27,8%)	7 (9,7%)	
Ausente	78 (86,7)	13 (72,2%)	65 (90,3%)	
<b>Desconforto</b>				0,067
Presente	31 (34,4)	10 (55,6%)	21 (29,2%)	
Ausente	59 (65,6)	8 (44,4%)	51 (70,8%)	
<b>Distúrbios ambientais</b>				0,787
Presente	55 (61,1)	10 (55,6%)	45 (62,5%)	
Ausente	35 (38,9)	8 (44,4%)	27 (37,5%)	
<b>Estilo de vida incoerente com ritmos circadianos normais</b>				>0,999 <sup>2</sup>
Presente	2 (2,2)	0 (0,0%)	2 (2,8%)	
Ausente	88 (97,8)	18 (100,0%)	70 (97,2%)	
<b>Estressores</b>				0,142
Presente	34 (37,8)	10 (55,6%)	24 (33,3%)	
Ausente	56 (62,2)	8 (44,4%)	48 (66,7%)	
<b>Higiene do sono inadequada</b>				0,492 <sup>2</sup>
Presente	3 (3,3)	1 (5,6%)	2 (2,8%)	
Ausente	87 (96,7)	17 (94,4%)	70 (97,2%)	
<b>Medo</b>				0,872
Presente	36 (40,0)	8 (44,4%)	28 (38,9%)	
Ausente	54 (60,0)	10 (55,6%)	44 (61,1%)	
<b>Obesidade</b>				>0,999 <sup>2</sup>
Presente	19 (21,1)	4 (22,2%)	15 (20,8%)	
Ausente	71 (78,9)	14 (77,8%)	57 (79,2%)	
<b>Sintomas depressivos</b>				0,561
Presente	48 (53,3)	8 (44,4%)	40 (55,6%)	
Ausente	42 (46,7)	10 (55,6%)	32 (44,4%)	
<b>Tensão do papel de cuidador</b>				0,008
Presente	25 (27,8)	10 (55,6%)	15 (20,8%)	
Ausente	65 (72,2)	8 (44,4%)	57 (79,2%)	
<b>Uso de dispositivos eletrônicos interativos</b>				0,032 <sup>2</sup>
Presente	32 (35,6)	2 (11,1%)	30 (41,7%)	
Ausente	58 (64,4)	16 (88,9%)	42 (58,3%)	

Tabela formatada

Fatores Relacionados	Estado civil		p-valor <sup>1</sup>
	n (%)	Com companheiro (n = 18)	

<sup>1</sup>Teste de independência do qui-quadrado, <sup>2</sup>Teste exato de Fisher

Na análise entre Coabitantes, que foi categorizada, e as CD, não foram identificadas evidências de associação (TABELA 10).

**TABELA 10 - Associação entre quantidade de coabitantes e Características Definidoras (n = 90). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.**

Características Definidoras	Coabitantes			p-valor
	n (%)	mora acompanhado (n = 55)	mora sozinho (n = 35)	
<b>Afeto alterado</b>				0,978
Presente	22 (24,4)	14 (25,5%)	8 (22,9%)	
Ausente	68 (75,6)	41 (74,5%)	27 (77,1%)	
<b>Atenção alterada</b>				>0,999
Presente	27 (30,0)	17 (30,9%)	10 (28,6%)	
Ausente	63 (70,0)	38 (69,1%)	25 (71,4%)	
<b>Humor alterado</b>				0,184
Presente	40 (44,4)	28 (50,9%)	12 (34,3%)	
Ausente	50 (55,6)	27 (49,1%)	23 (65,7%)	
<b>Acordar cedo demais</b>				0,199
Presente	29 (32,2)	21 (38,2%)	8 (22,9%)	
Ausente	61 (67,8)	34 (61,8%)	27 (77,1%)	
<b>Expressa insatisfação com a qualidade de vida</b>				0,736
Presente	43 (47,8)	25 (45,5%)	18 (51,4%)	
Ausente	47 (52,2)	30 (54,5%)	17 (48,6%)	
<b>Expressa insatisfação com o sono</b>				0,406
Presente	37 (41,1)	25 (45,5%)	12 (34,3%)	
Ausente	53 (58,9)	30 (54,5%)	23 (65,7%)	
<b>Expressa esquecimento</b>				0,550
Presente	57 (63,3)	33 (60,0%)	24 (68,6%)	
Ausente	33 (36,7)	22 (40,0%)	11 (31,4%)	
<b>Expressa necessidade de cochilos frequentes durante o dia</b>				0,733
Presente	21 (23,3)	14 (25,5%)	7 (20,0%)	

Tabela formatada

Tabela formatada

Características Definidoras	Coabitantes			p-valor
	n (%)	mora acompanhado (n = 55)	mora sozinho (n = 35)	
Ausente	69 (76,7)	41 (74,5%)	28 (80,0%)	
<b>Estado de saúde prejudicado</b>				0,511
Presente	59 (65,6)	38 (69,1%)	21 (60,0%)	
Ausente	31 (34,4)	17 (30,9%)	14 (40,0%)	
<b>Absenteísmo aumentado</b>				>0,999
Presente	45 (50,0)	27 (49,1%)	18 (51,4%)	
Ausente	45 (50,0)	28 (50,9%)	17 (48,6%)	
<b>Aumento nos acidentes</b>				0,203 <sup>2</sup>
Presente	6 (6,7)	2 (3,6%)	4 (11,4%)	
Ausente	84 (93,3)	53 (96,4%)	31 (88,6%)	
<b>Resistência física insuficiente</b>				0,138
Presente	68 (75,6)	45 (81,8%)	23 (65,7%)	
Ausente	22 (24,4)	10 (18,2%)	12 (34,3%)	
<b>Ciclo sono-vigília não restaurador</b>				0,349
Presente	35 (38,9)	24 (43,6%)	11 (31,4%)	
Ausente	55 (61,1)	31 (56,4%)	24 (68,6%)	

<sup>1</sup>Teste de independência do qui-quadrado, <sup>2</sup>Teste exato de Fisher

Houve evidências de associação significativa entre o FR “**Tensão do papel de cuidador**” ( $p = 0,042$ ) e Coabitantes, que foi categorizada (TABELA 11).

**TABELA 11 - Associação entre quantidade de coabitantes e Fatores Relacionados (n = 90). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.**

Fatores Relacionados	Coabitantes			p-valor
	n (%)	mora acompanhado (n = 55)	mora sozinho (n = 35)	
<b>Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo</b>				0,085
Presente	64 (71,1)	35 (63,6%)	29 (82,9%)	
Ausente	26 (28,9)	20 (36,4%)	6 (17,1%)	
<b>Ansiedade</b>				>0,999
Presente	54 (60,0)	33 (60,0%)	21 (60,0%)	
Ausente	36 (40,0)	22 (40,0%)	14 (40,0%)	

Tabela formatada

Tabela formatada

Fatores Relacionados	Coabitantes			p-valor
	n (%)	mora acompanhado (n = 55)	mora sozinho (n = 35)	
<b>Baixa resiliência psicológica</b>				>0,999 <sup>2</sup>
Presente	4 (4,4)	3 (5,5%)	1 (2,9%)	
Ausente	86 (95,6)	52 (94,5%)	34 (97,1%)	
<b>Cochilos frequentes durante o dia</b>				0,733
Presente	21 (23,3)	14 (25,5%)	7 (20,0%)	
Ausente	69 (76,7)	41 (74,5%)	28 (80,0%)	
<b>Consumo de bebidas açucaradas</b>				0,203
Presente	12 (13,3)	5 (9,1%)	7 (20,0%)	
Ausente	78 (86,7)	50 (90,9%)	28 (80,0%)	
<b>Consumo de cafeína</b>				>0,999 <sup>2</sup>
Presente	3 (3,3)	2 (3,6%)	1 (2,9%)	
Ausente	87 (96,7)	53 (96,4%)	34 (97,1%)	
<b>Crenças de sono disfuncionais</b>				0,355 <sup>2</sup>
Presente	12 (13,3)	9 (16,4%)	3 (8,6%)	
Ausente	78 (86,7)	46 (83,6%)	32 (91,4%)	
<b>Desconforto</b>				0,245
Presente	31 (34,4)	22 (40,0%)	9 (25,7%)	
Ausente	59 (65,6)	33 (60,0%)	26 (74,3%)	
<b>Distúrbios ambientais</b>				0,085
Presente	55 (61,1)	38 (69,1%)	17 (48,6%)	
Ausente	35 (38,9)	17 (30,9%)	18 (51,4%)	
<b>Estilo de vida incoerente com ritmos circadianos normais</b>				0,519 <sup>2</sup>
Presente	2 (2,2)	2 (3,6%)	0 (0,0%)	
Ausente	88 (97,8)	53 (96,4)	35 (100,0%)	
<b>Estressores</b>				0,097
Presente	34 (37,8)	25 (45,5%)	9 (25,7%)	
Ausente	56 (62,2)	30 (54,5%)	26 (74,3%)	
<b>Higiene do sono inadequada</b>				>0,999 <sup>2</sup>
Presente	3 (3,3)	2 (3,6%)	1 (2,9%)	
Ausente	87 (96,7)	53 (96,4%)	34 (97,1%)	
<b>Medo</b>				0,825

Tabela formatada

Fatores Relacionados	Coabitantes			p-valor
	n (%)	mora acompanhado (n = 55)	mora sozinho (n = 35)	
Presente	36 (40,0)	23 (41,8%)	13 (37,1%)	0,263
Ausente	54 (60,0)	32 (58,2%)	22 (62,9%)	
<b>Obesidade</b>				0,613
Presente	19 (21,1)	9 (16,4%)	10 (28,6%)	
Ausente	71 (78,9)	46 (83,6%)	25 (71,4%)	
<b>Sintomas depressivos</b>				0,042
Presente	48 (53,3)	31 (56,4%)	17 (48,6%)	
Ausente	42 (46,7)	24 (43,6%)	18 (51,4%)	
<b>Tensão do papel de cuidador</b>				0,980
Presente	25 (27,8)	20 (36,4%)	5 (14,3%)	
Ausente	65 (72,2)	35 (63,6%)	30 (85,7%)	
<b>Uso de dispositivos eletrônicos interativos</b>				
Presente	32 (35,6)	19 (34,5%)	13 (37,1%)	
Ausente	58 (64,4)	36 (65,5%)	22 (62,9%)	

<sup>1</sup>Teste de independência do qui-quadrado, <sup>2</sup>Teste exato de Fisher

#### 4.4 Associações entre indicadores diagnósticos e Índice de Gravidade de Insônia

Houve evidências de associação significativa entre “Afeto alterado” ( $p = 0,009$ ), “Atenção alterada” ( $p = <0,001$ ), “Humor alterado” ( $p = 0,005$ ), “Acordar cedo demais” ( $p = 0,002$ ), “Expressa insatisfação com a qualidade de vida” ( $p = 0,022$ ), “Expressa insatisfação com o sono” ( $p = <0,001$ ), “Expressa necessidade de cochilos frequentes durante o dia” ( $p = 0,004$ ) e “Ciclo sono-vigília não restaurador” ( $p = <0,001$ ) e a IGI. Destas, a CD mais prevalente no grupo com insônia, segundo o IGI, foi “Expressa insatisfação com o sono” (79,4%) (TABELA 12).

**TABELA 12 - Associação entre a escala Índice de Gravidade de Insônia e Características Definidoras (n = 90). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.**

Características Definidoras	Escala IGI			p-valor
	n (%)	Ausência de insônia (n = 56)	Presença de insônia (n = 34)	
<b>Afeto alterado</b>				0,009
Presente	22 (24,4)	8 (14,3%)	14 (41,2%)	
Ausente	68 (75,6)	48 (85,7%)	20 (58,8%)	
<b>Atenção alterada</b>				<0,001

Características Definidoras	Escala IGI			p-valor
	n (%)	Ausência de insônia (n = 56)	Presença de insônia (n = 34)	
Presente	27 (30,0)	9 (16,1%)	18 (52,9%)	
Ausente	63 (70,0)	47 (83,9%)	16 (47,1%)	
<b>Humor alterado</b>				0,005
Presente	40 (44,4)	18 (32,1%)	22 (64,7%)	
Ausente	50 (55,6)	38 (67,9%)	12 (35,3%)	
<b>Acordar cedo demais</b>				0,002
Presente	29 (32,2)	11 (19,6%)	18 (52,9%)	
Ausente	61 (67,8)	45 (80,4%)	16 (47,1%)	
<b>Expressa insatisfação com a qualidade de vida</b>				0,022
Presente	43 (47,8)	21 (37,5%)	22 (64,7%)	
Ausente	47 (52,2)	35 (62,5%)	12 (35,3%)	
<b>Expressa insatisfação com o sono</b>				<0,001
Presente	37 (41,1)	10 (17,9%)	27 (79,4%)	
Ausente	53 (58,9)	46 (82,1%)	7 (20,6%)	
<b>Expressa esquecimento</b>				0,641
Presente	57 (63,3)	37 (66,1%)	20 (58,8%)	
Ausente	33 (36,7)	19 (33,9%)	14 (41,2%)	
<b>Expressa necessidade de cochilos frequentes durante o dia</b>				0,004
Presente	21 (23,3)	7 (12,5%)	14 (41,2%)	
Ausente	69 (76,7)	49 (87,5%)	20 (58,8%)	
<b>Estado de saúde prejudicado</b>				0,142
Presente	59 (65,6)	33 (58,9%)	26 (76,5%)	
Ausente	31 (34,4)	23 (41,1%)	8 (23,5%)	
<b>Absenteísmo aumentado</b>				0,514
Presente	45 (50,0)	26 (46,4%)	19 (55,9%)	
Ausente	45 (50,0)	30 (53,6%)	15 (44,1%)	
<b>Aumento nos acidentes</b>				0,669 <sup>2</sup>
Presente	6 (6,7)	3 (5,4%)	3 (8,8%)	
Ausente	84 (93,3)	53 (94,6%)	31 (91,2%)	
<b>Resistência física insuficiente</b>				0,360
Presente	68 (75,6)	40 (71,4%)	28 (82,4%)	
Ausente	22 (24,4)	16 (28,6%)	6 (17,6%)	
<b>Ciclo sono-vigília não restaurador</b>				<0,001

Tabela formatada

Características Definidoras	Escala IGI			p-valor
	n (%)	Ausência de insônia (n = 56)	Presença de insônia (n = 34)	
Presente	35 (38,9)	12 (21,4%)	23 (67,6%)	
Ausente	55 (61,1)	44 (78,6%)	11 (32,4%)	

\*Teste de independência do qui-quadrado, <sup>2</sup>Teste exato de Fisher

Houve evidências de associação entre “**Ansiedade**” ( $p = 0,007$ ), “**Cochilos frequentes durante o dia**” ( $p = 0,004$ ), “**Crenças de sono disfuncionais**” ( $p = <0,001$ ), “**Estressores**” ( $p = <0,001$ ), “**Sintomas depressivos**” ( $p = 0,006$ ), “**Tensão do papel de cuidador**” ( $p = 0,049$ ) e o IGI, que foi categorizado. Destes, “**Ansiedade**” (79,4%) foi mais prevalente em participantes com insônia (TABELA 13).

**TABELA 13 - Associação entre a escala Índice de Gravidade de Insônia e Fatores Relacionados (n = 90). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.**

Fatores Relacionados	Escala IGI			p-valor
	n (%)	Ausência de insônia (n = 56)	Presença de insônia (n = 34)	
<b>Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo</b>				0,526
Presente	64 (71,1)	38 (67,9%)	26 (76,5%)	
Ausente	26 (28,9)	18 (32,1%)	8 (23,5%)	
<b>Ansiedade</b>				0,007
Presente	54 (60,0)	27 (48,2%)	27 (79,4%)	
Ausente	36 (40,0)	29 (51,8%)	7 (20,6%)	
<b>Baixa resiliência psicológica</b>				0,631 <sup>2</sup>
Presente	4 (4,4)	2 (3,6%)	2 (5,9%)	
Ausente	86 (95,6)	54 (96,4%)	32 (94,1%)	
<b>Cochilos frequentes durante o dia</b>				0,004
Presente	21 (23,3)	7 (12,5%)	14 (41,2%)	
Ausente	69 (76,7)	49 (87,5%)	20 (58,8%)	
<b>Consumo de bebidas açucaradas</b>				0,051 <sup>2</sup>
Presente	12 (13,3)	4 (7,1%)	8 (23,5%)	
Ausente	78 (86,7)	52 (92,9%)	26 (76,5%)	
<b>Consumo de cafeína</b>				>0,999 <sup>2</sup>

Tabela formatada

Tabela formatada

Fatores Relacionados	Escala IGI			p-valor
	n (%)	Ausência de insônia (n = 56)	Presença de insônia (n = 34)	
Presente	3 (3,3)	2 (3,6%)	1 (2,9%)	
Ausente	87 (96,7)	54 (96,4%)	33 (97,1%)	
<b>Crenças de sono disfuncionais</b>				<0,001 <sup>2</sup>
Presente	12 (13,3)	1 (1,8%)	11 (32,4%)	
Ausente	78 (86,7)	55 (98,2%)	23 (67,6%)	
<b>Desconforto</b>				0,202
Presente	31 (34,4)	16 (28,6%)	15 (44,1%)	
Ausente	59 (65,6)	40 (71,4%)	19 (55,9%)	
<b>Distúrbios ambientais</b>				0,097
Presente	55 (61,1)	30 (53,6%)	25 (73,5%)	
Ausente	35 (38,9)	26 (46,4%)	9 (26,5%)	
<b>Estilo de vida incoerente com ritmos circadianos normais</b>				>0,999 <sup>2</sup>
Presente	2 (2,2)	1 (1,8%)	1 (2,9%)	
Ausente	88 (97,8)	55 (98,2%)	33 (97,1%)	
<b>Estressores</b>				<0,001
Presente	34 (37,8)	12 (21,4%)	22 (64,7%)	
Ausente	56 (62,2)	44 (78,6%)	12 (35,3%)	
<b>Higiene do sono inadequada</b>				0,554 <sup>2</sup>
Presente	3 (3,3)	1 (1,8%)	2 (5,9%)	
Ausente	87 (96,7)	55 (98,2%)	32 (94,1%)	
<b>Medo</b>				0,083
Presente	36 (40,0)	18 (32,1%)	18 (52,9%)	
Ausente	54 (60,0)	38 (67,9%)	16 (47,1%)	
<b>Obesidade</b>				0,481
Presente	19 (21,1)	10 (17,9%)	9 (26,5%)	
Ausente	71 (78,9)	46 (82,1%)	25 (73,5%)	
<b>Sintomas depressivos</b>				0,006
Presente	48 (53,3)	23 (41,1%)	25 (73,5%)	
Ausente	42 (46,7)	33 (58,9%)	9 (26,5%)	
<b>Tensão do papel de cuidador</b>				0,049
Presente	25 (27,8)	11 (19,6%)	14 (41,2%)	
Ausente	65 (72,2)	45 (80,4%)	20 (58,8%)	
<b>Uso de dispositivos</b>				0,852

Tabela formatada

Fatores Relacionados	Escala IGI			p-valor
	n (%)	Ausência de insônia (n = 56)	Presença de insônia (n = 34)	
<b>eletrônicos interativos</b>				
Presente	32 (35,6)	19 (33,9%)	13 (38,2%)	
Ausente	58 (64,4)	37 (66,1%)	21 (61,8%)	

<sup>1</sup>Teste de independência do qui-quadrado, <sup>2</sup>Teste exato de Fisher

Tabela formatada

#### 4.5 MEDIDAS PARA VALIDADE ESTRUTURAL

São apresentadas as diferentes combinações das 7 CD e a probabilidade de um indivíduo, em algumas das combinações, apresentar o DE, correspondendo o processo de inferência diagnóstica (TABELA 14).

**TABELA 14 - Valores de Probabilidades Posteriores para seleção das Características Definidoras (n = 90). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.**

CD 1	CD 2	CD 4	CD 6	CD 11	CD 12	CD 13	Freq	Class 1	Class 2
0	0	0	0	1	0	0	2	0.0002	0.9998
0	0	0	1	1	0	1	2	0.9438	0.0562
0	0	1	0	1	0	0	1	0.0003	0.9997
0	0	1	0	1	1	0	1	0.0000	1.0000
0	0	1	0	1	1	1	1	0.5706	0.4294
0	0	1	1	1	0	0	1	0.0010	0.9990
0	1	0	0	0	0	1	1	0.9899	0.0101
0	1	0	0	1	0	0	2	0.0004	0.9996
0	1	0	0	1	0	1	1	0.8668	0.1332
0	1	0	0	1	1	0	1	0.0001	0.9999
0	1	0	1	1	0	1	1	0.9685	0.0315
0	1	0	1	1	1	0	1	0.0002	0.9998
0	1	1	0	1	0	0	2	0.0004	0.9996
0	1	1	0	1	0	1	1	0.9031	0.0969
0	1	1	1	1	0	1	3	0.9792	0.0208
0	1	1	1	1	1	0	1	0.0003	0.9997
1	0	0	0	0	0	0	1	0.0028	0.9972
1	0	0	0	1	0	0	6	0.0002	0.9998
1	0	0	1	1	0	1	1	0.9421	0.0579
1	0	0	1	1	1	0	1	0.0001	0.9999
1	0	1	0	1	0	0	4	0.0002	0.9998
1	0	1	0	1	0	1	1	0.8314	0.1686
1	0	1	1	1	0	1	4	0.9607	0.0393
1	0	1	1	1	1	1	1	0.8873	0.1127
1	1	0	0	1	0	0	1	0.0003	0.9997
1	1	0	0	1	0	1	3	0.8651	0.1349

CD 1	CD 2	CD 4	CD 6	CD 11	CD 12	CD 13	Freq	Class 1	Class 2
1	1	0	0	1	1	0	1	0.0000	1.0000
1	1	0	1	1	0	1	1	0.9699	0.0301
1	1	0	1	1	1	0	1	0.0002	0.9998
1	1	0	1	1	1	1	2	0.9135	0.0865
1	1	1	0	1	0	0	2	0.0003	0.9997
1	1	1	0	1	0	1	4	0.9061	0.0939
1	1	1	0	1	1	0	1	0.0001	0.9999
1	1	1	1	0	0	1	3	0.9991	0.0009
1	1	1	1	0	1	1	1	0.9978	0.0022
1	1	1	1	1	0	0	4	0.0010	0.9990
1	1	1	1	1	0	1	16	0.9821	0.0179
1	1	1	1	1	1	0	1	0.0002	0.9998
1	1	1	1	1	1	1	8	0.9538	0.0462

**CD1:** Afeto alterado; **CD2:** Atenção alterada; **CD4:** Acordar cedo demais; **CD6:** Expressa insatisfação com o sono; **CD11:** Aumento nos acidentes; **CD12:** Resistência física insuficiente; **CD13:** Ciclo sono-vigília não restaurador; **Freq:** Frequência; **Class 1:** Probabilidade posteriori de ter o diagnóstico; **Class 2:** Probabilidade posteriori de não ter o diagnóstico.

São apresentadas as medidas de sensibilidade e especificidade das CD, após os índices de ajustes do modelo, que mostram-se significativos na análise. Nas CD presentes, os ítems são adequados para o modelo adotado (TABELA 15).

No modelo de classe latente para as CD estatisticamente significantes na análise, cinco CD apresentaram valores significantes somente para sensibilidade. As CD **“Aumento nos acidentes”** e **“Ciclo sono-vigília não restaurador”** apresentaram valores de sensibilidade de 90% ou mais; esta última apresentou significância estatística para a especificidade também. A CD **“Resistência física insuficiente”** foi a única que não apresentou boa sensibilidade e apresentou boa especificidade. Por outro lado, as CD **“Afeto alterado”**, **“Atenção alterada”**, **“Acordar cedo demais”**, **“Expressa insatisfação com o sono”** e **“Aumento nos acidentes”** apresentaram significância estatística somente para os valores de sensibilidade (TABELA 15).

As CD cujo IC de 95% foi menor ou igual a 50% (0,50), tanto na sensibilidade quanto na especificidade, ou os valores do IC englobaram 50% (0,50), estes não contribuíram para identificação do DE. Assim, as CD **“Humor alterado”**, **“Expressa insatisfação com qualidade de vida”**, **“Expressa necessidade de cochilos frequentes durante o dia”**, **“Estado de saúde prejudicado”**, **“Absentéismo aumentado”** e **“Expressa esquecimento”** foram excluídas do modelo final por não apresentarem boa sensibilidade ou especificidade.

Posteriormente foi realizado modelo com índice ajustado por meio do teste de razão de  $G^2$ , para análise das classes sensibilidade e especificidade. O p-valor de 0,6447 evidenciou uma  $G^2$  não significativa, apresentando, assim, ajuste adequado ( $p > 0,05$ ). Para isto, as demais CD foram excluídas do modelo final. No modelo acima, a prevalência estimada do DE

Insônia foi 57,80%, e apresentou boa entropia relativa (0.941) para identificação das classes de indivíduos com ou sem o DE, evidenciando que o DE é representativo para os participantes e as classes são aceitáveis. Uma boa entropia evidencia a qualidade de classificação, ou seja, se o indivíduo foi diagnosticado de forma correta com base nos achados de saúde (TABELA 15).

**TABELA 15 - Medidas de sensibilidade e especificidade, e IC de 95% das CD com base na Análise de Classe Latente (n = 90). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.**

Características Definidoras	SE (IC95%)	SP (IC95%)
Afeto alterado	0,83 (0,69- 0,96)≡	0,34 (0,15- 0,55)
Atenção alterada	0,83 (0,69- 1,00)≡	0,47 (0,28- 0,71)
Acordar cedo demais	0,79 (0,64- 0,95)≡	0,47 (0,29- 0,68)
Expressa insatisfação com o sono	0,80 (0,66- 1,00)≡	0,70 (0,47- 1,00)
Aumento nos acidentes	0,90 (0,75- 0,97)≡	0,03 (0,00- 0,09)
Resistência física insuficiente	0,23 (0,00- 0,35)	0,73 (0,52- 0,88)⊗
Ciclo sono-vigília não restaurador	1,00 (0,78- 1,00)≡	0,92 (0,51- 1,00)
Prevalência de Insônia: 57,80%	G <sup>2</sup> = 69,90	p = 0,6447
		Entropia: 0,941

SE: Sensibilidade; SP: Especificidade; IC95%: Intervalo de confiança de 95%. p: p-valor;

≡: Significância para SE; ⊗: Significância para SP

Tabela formatada

## 5. DISCUSSÃO

O envelhecimento da população demanda uma resposta abrangente da saúde pública, com utilização de abordagem de determinantes sociais de saúde, visando a diminuição de riscos. Uma resposta política ampla deve ser capaz de reconciliar essas diferentes ênfases em uma narrativa de envelhecimento coerente e de reconfigurar o complexo de suporte social e de saúde, visando a realização do bem-estar e do aumento da expectativa de vida com qualidade (OMS, 2015; HE, GOODKIND, KOWAL, 2016).

O declínio da fertilidade e redução de mortalidade em todas as idades, por conta do envelhecimento populacional e a ocorrência de morbidade, uma mensuração que também incorpora o funcionamento, doença e problemas de saúde podem descrever melhor a saúde populacional através da vida útil. A expectativa de vida saudável é uma destas medidas. A prevenção em larga escala de doenças crônicas é possível, resultando em ganhos tanto na saúde quanto na riqueza da população. Isso significa que mais pessoas estão vivendo por

mais tempo com estas condições crônicas (HE, GOODKIND, KOWAL, 2016).

Neste contexto, ao contrário do pensamento popular comum, o sono não é apenas um período de descanso. É um momento essencial no conjunto de atividades necessárias e vitais no dia-a-dia. Por este motivo, a redução, induzida ou não, do sono, pode ser prejudicial, causando problemas de humor, aumentando risco de comorbidades como obesidade, diabetes, cardiopatias, infecções e déficit de concentração, de resposta rápida e de memória. A duração do tempo de sono também está comprometida por questões contemporâneas, como a necessidade em realizar horas mais longas de trabalho/estudo e o acesso à internet e entretenimento contínuos. Diversos distúrbios do sono não são reconhecidos e não são tratados (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2011).

Como explicado, a insônia é distúrbio importante na psiquiatria, estando presente, por exemplo, nos transtornos depressivos. Também acarreta prejuízos funcionais e estruturais e, quando presente nos idosos, inclui mais comumente sonolência ao longo do dia e fadiga. Tal patologia podem causar prejuízos cognitivos como dificuldade de atenção, de concentração, memória e dificuldade na realização de tarefas do dia-a-dia (APA, 2013). Ressalta-se que somente o estudo de Jaussett et al. (2012) concluiu que o número de queixas de insônia foi negativamente associado ao declínio cognitivo do exame de estado mental, o Mini-mental (OR = 0,77).

Idosos apresentam maior risco de experiencarem insônia e alterações negativas na função cognitiva. Além disso, poucos estudos examinaram o efeito de intervenções comportamentais para insônia sobre os resultados cognitivos. Apesar de haverem estudos sobre os idosos com comprometimentos, a associação entre insônia e funcionamento cognitivo, merece ser melhor abordada (DZIERZEWSKI; DAUTOVICH; RAVYTS, 2018). Assim, justifica-se a importância em abordar intervenções em idosos com insônia que queixam-se de comprometimentos cognitivos.

Sintomas depressivos podem ser um mediador entre a insônia e a qualidade de vida. Os sintomas de insônia e os sintomas depressivos interagem sinergicamente e afetam a qualidade de vida. Assim, torna-se necessário assistir os idosos com tais comorbidades (ZHAO et al., 2019). Aqueles que reportaram mudanças negativas no sono estavam mais propensos a maiores níveis de sofrimento psicológico, como depressão, ansiedade e estresse (STANTON et al., 2020). Assim, justifica-se a importância em identificar, por meio de instrumentos, idosos com insônia que queixam-se de comprometimentos cognitivos.

A United Nations (2020) reforça que a pandemia gerou um novo comportamento diante do enfrentamento aos estressores, caracterizado pelo aumento do número e intensidade das experiências estressoras e, quem já convivia com estes estressores, podem vivenciar uma piora de sua condição e funcionamento reduzido. Por outro lado, não foram encontrados estudos.

Os idosos apresentaram distúrbios de sono, como a insônia, neste período pandêmico, o que pode estar associada a sintomas depressivos e de ansiedade (LI et al., 2021). Para reduzir as consequências, ações são consideradas, como garantir amplamente os serviços de saúde psicossocial e mental de emergência. As ações de intervenção em saúde mental podem ser realizadas remotamente, por meio de tele-aconselhamento com profissionais de saúde, para prevenção e tratamento de problemas de sono à pessoas que se encontram confinadas em suas residências (UNITED NATIONS, 2020).

O tratamento de insônia inclui medicações e Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) com educação e restrição do sono, reestruturação cognitiva de pensamentos relacionados ao sono (BEI et al., 2018). Nesse sentido, a consulta de enfermagem, na qual a aplicação dos instrumentos para avaliação é o método eficiente quanto a forma e conteúdo, promove ações na abordagem integral ao indivíduo, e auxilia no olhar detalhado do processo saúde-doença. As consultas consolidam o papel da enfermagem como ciência e estimula o protagonismo do indivíduo na sua saúde (DANTAS; SANTOS; TOURINHO, 2016) e são o instrumento para a adequada identificação dos DE.

Remetendo-se aos resultados do presente estudo, a análise sociodemográfica evidenciou uma importante parcela constituída pelo sexo feminino, o que corrobora as análises de Levorato et al. (2014) em que o sexo masculino é um fator associado à não procura por serviços de saúde.

Ainda com relação aos dados sociodemográficos, a predominância se deu pelos chamados idosos jovens (66,7%). Isso pode se dar ao comprometimento físico e cognitivo com os idosos mais avançados, como explanado por Tavares et al. (2021), em que limita-se, assim, o acesso aos programas sociais para a terceira idade. Ressalta que, no presente estudo, as idades foram assim categorizadas levando-se em conta a classificação da ONU (2015), onde pessoas com 80 anos ou mais são “pessoas mais velhas”.

A maior parte (70%) possui até ensino médio completo. É possível que tal dado tenha relação com a predominância do sexo feminino na amostra, em que sofreu a imposição do patriarcado, das responsabilidades do lar e da criação dos filhos, e de opressão social (BARBOSA et al., 2011), o que possa ter dificuldade o avanço nos estudos deste público.

Sobre o estado civil, 80% viviam sem companheiros, o que neste estudo representa os separados, divorciados, solteiros e viúvos, sendo este último, 48,9%. Tal fato pode ter relação com a maior longevidade do sexo feminino (BRASIL, 2021), predominante na amostra, onde estas ficaram viúvas.

Quanto a quantidade de filhos, 68,9% participantes tinham entre 01 e 05 filhos, no qual a maior parte (27,8%) tinham 2 filhos. Isso apresenta um reflexo da primeira queda da fecundidade no século XX até 1940 e queda acelerada após 1960 (IBGE, 2015). Já 61,1% dos participantes moravam acompanhados, em que a maior parte (38,9%) morava com 1

pessoa. Este dado vai em desencontro ao Censo brasileiro de 2010, em que se evidencia 3 moradores/domicílio no Estado do Rio de Janeiro (IBGE, 2010).

Com relação a ocupação, 77,8% eram aposentados. O grupo de “não aposentados” incluía os pensionistas, os que ainda trabalhavam informalmente e os “Do lar”, ou seja, que não tinham renda própria. Tal dado corrobora as análises do IBGE (2016) onde evidencia que 75,6% dos idosos eram aposentados e/ou pensionistas em 2015. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2020) ressalta que 36% dos idosos que trabalhavam ficaram sem rendimentos ou tiveram diminuição da renda. Este último dado corrobora as falas de alguns idosos do presente estudo que trabalhavam informalmente no período pré pandêmico para complementar a renda.

A respeito da maior prevalência da CD **“Resistência física insuficiente”** e do FR **“Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo”**, ambos relacionados à parte física, tal achado corrobora o estudo de Endeshaw e Yoo (2019), em que exercícios podem ser positivos na redução da probabilidade de desenvolver a insônia.

Com relação as **CD**, considerando os fatores sociodemográficos, foram identificados a associação estatística somente com a variável Ocupação (Aposentado e Não aposentado), onde a CD **“Atenção alterada”** apresentou dependência. Poucos estudos relacionando a cognição com o ato de ser ativo foram encontrados. O presente estudo não evidenciou associação entre a quantidade de coabitantes e comprometimento cognitivo/mental, como evidenciado no estudo de Adoukonou et al. (2020). Matlabi, Shaghghi e Amiri (2014) identificaram o comprometimento cognitivo severo como um impeditivo para realização de atividades. Já Xue et al. (2018) concluíram que o efeito protetor do ato de estar empregado foi perdido ao se aposentarem, sendo que a aposentadoria acelera o declínio da função da memória verbal, não havendo impacto nos outros domínios cognitivos.

Em se tratando dos **FR**, houve evidências de associação com as variáveis Ocupação (com **“Crenças de sono disfuncionais”**), Coabitantes (com **“Tensão do papel de cuidador”**) e Estado civil (com: **“Tensão do papel de cuidador”** e **“Uso de dispositivos eletrônicos interativos”**); havendo semelhança entre os FR das variáveis Estado civil e Coabitantes. Com relação ao papel do cuidador, o idoso tem feito um papel de suporte intergeracional, onde a aposentadoria e o trabalho deste grupo cumpre um importante papel na renda das famílias, no cuidado de filhos e netos. A morte de um idoso pode significar o aumento da pobreza de seus entes (CAMARANO, 2020). Já sobre o sono, Meyer et. al (2018) concluíram que atividades de bem-estar para idosos traz benefícios psicológicos, melhora na qualidade do sono, e diminuição do estresse no trabalho. Nesse sentido, conforme observado na busca literária, os FR que causam insônia em idosos normalmente são **“Higiene do sono inadequada”**, **“Uso de dispositivos eletrônicos interativos”**, **“Estressores”**, **“Sintomas depressivos”** e **“Ansiedade”**.

A IGI obteve maior quantidade de evidências de associações nos testes  $X^2$ , totalizando 08 CD e 06 FR. Analisando o IGI, a pergunta “Quanto você está satisfeito ou insatisfeito com o padrão atual de seu sono?” tem relação com a CD **“Expressa insatisfação com a qualidade de vida”**. Já as CD **“Atenção alterada”** e **“Humor alterado”**, e o FR **“Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo”** podem ser representativos na pergunta “Em que medida você considera que seu problema de sono interfere nas suas atividades diurnas (por exemplo: fadiga diária, habilidade para trabalhar/ executar atividades diárias, concentração, memória, humor, etc.)?”. Já o tópico “Dificuldade em manter o sono” do IGI parece ser representativa na CD **“Ciclo sono-vigília não restaurador”**. Assim, compreende-se uma relação da escala IGI com os indicadores diagnósticos de Insônia, conforme as associações do teste  $X^2$ . Para efeitos de analogia com o presente estudo, também destaca-se que não foram encontrados artigos ou teses que comparassem tal DE com o IGI.

Ainda nesta análise, a pergunta “O quanto você está preocupado/ estressado com o seu problema de sono?” do IGI pode estar relacionada ao FR **“Estressores”**. Já o FR **“Cochilos frequentes durante o dia”** pode estar relacionado às questões “Dificuldade em pegar no sono” e “Dificuldade em manter o sono” do IGI. O FR **“Crenças de sono disfuncionais”** pode ter semelhança com a pergunta “Quanto você está satisfeito ou insatisfeito com o padrão atual de seu sono?” do IGI. Percebe-se, desse modo, representatividade do DE Insônia no mencionado instrumento. Além disto, a insônia apresenta relação com fatores estressores, que podem ser considerados causas, como corroborado pelos fatores FR evidenciados. Assim, compreende-se que o uso de escalas pode ser um importante aliado na confirmação dos DE.

Quanto a análise da acurácia das CD na ACL, 06 apresentaram significância estatística somente para sensibilidade. A CD **“Aumento nos acidentes”** apresentou valor de especificidade mais baixo. O modelo de classe latente ajustado evidenciou que a CD **“Ciclo sono-vigília não restaurador”** apresentou maior significância estatística no modelo, tanto em sensibilidade quanto em especificidade. Ressalta-se que a especificidade é um ótimo indicador com caráter confirmatório.

Apesar disso, a CD relacionada ao padrão de sono, como **“Expressa necessidade de cochilos frequentes durante o dia”**, não apresentou significância no modelo. CD relacionadas à mobilização física, como **“Estado de saúde prejudicado”** e **“Absentismo aumentado”** não apresentaram significância no modelo, ao contrário de **“Resistência física insuficiente”**, que apresentou significância estatística para a especificidade. Isto significa que tal DE apresenta-se negativo no indivíduo sem tal DE. Nesse sentido, idosos praticantes de exercícios diversos foram menos propensos a relatar sintomas de insônia, tendo aparente efeito benéfico das atividades na qualidade do sono (ENDESHAW; YOO, 2019).

Remetendo à análise de componentes principais, há determinantes sociais, psicológicos e fisiológicos no sono do idoso. Alteração na atenção, o despertar precoce, insatisfação com o sono e um padrão de sono-vigília não restaurador, expostos na ACL, são manifestações presentes no sono alterado (YAREMCHUK; 2018, BOLLU, KAUR; 2019).

Como visto no estudo, vários fatores podem ocasionar insônia no idoso. Porém, é necessário refletir sobre o quanto o atual período pandêmico intensificou os problemas do sono e, por consequência, evidenciou uma alta prevalência dentre os participantes. Assim, segundo Krystal, Prather e Ashbrook (2019), o impacto é na saúde, como alteração hormonal e risco de cardiopatias, e também nas questões sociais, como irritabilidade e acidentes de trânsito.

Frauenfelder, Achterberg e Staub (2018) identificaram o DE Insônia em 14% dos 312 pacientes psiquiátricos, predominantemente em mulheres, o que não foi possível verificar em termos de comparação no presente estudo visto que a amostra do sexo masculino foi bem menor em comparação ao sexo feminino. Ainda os autores identificaram transtorno de humor em 50% da amostra, o que corrobora o presente estudo em que a CD "**Humor alterado**", com 44,4%.

Por fim, após a realização das análises de modelos ajustados, a prevalência estimada do DE Insônia apresentou-se em 57,80% da amostra. Também foram encontrados diferentes percentuais: Souza Neto et al. (2015) encontraram em 31,5% de uma amostra de 19 pacientes; Gusmão et al., (2021) em 30,5% de 370 pacientes psiquiátricos; Fernandes et al. (2019) em 28,3% dos idosos institucionalizados; e Sampaio et al. (2017) em 51,4% de adultos atendidos na atenção primária. Por outro lado, não foram encontrados estudos sobre a presença do DE em idosos não institucionalizados, o que dificulta a comparação dos resultados.

As prevalências, com exceção de Sampaio et al. (2017), divergiram do presente estudo, provavelmente porquê os indivíduos vivenciaram ambientes fechados, ao contrário dos participantes do presente estudo. Destaca que não foram encontrados estudos apresentando prevalência na atual pandemia, o que dificulta, também, a comparação.

A aplicabilidade do DE por meio da identificação das CD e FR pelo enfermeiro, e a implementação da assistência com base no PE, fazem-se importantes na atenção as situações de sono e repouso no idoso, que devem ser identificadas pelo enfermeiro gerontológico.

## 5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A existência de poucos estudos relacionados ao DE Insônia na literatura pode ser considerada uma limitação, pois não houve achados convergentes ou divergentes em outros

estudos que permitissem uma discussão aprofundada podem ter interferido na comparação dos resultados com outros estudos. Quando se inclui o público idoso, os estudos com o mencionado DE ficam mais escassos. Além disto, não foram identificados estudos com uso de acurácia diagnóstica, com análises estatísticas para validação estrutural. Ainda, este estudo é particularmente relevante pelo fato de abordar o DE que foi revisado para a edição 2021-2023 da NANDA-I.

A pesquisa iniciou assim que a edição mais atual do DE insônia foi publicada na sua versão base em inglês. Por tal motivo, não foram encontrados estudos publicados com a versão diagnóstica atual. Buscou-se, portanto, apresentar um estudo de validação estrutural que fosse o mais atualizado possível para a comunidade científica, compreendendo, assim, sua relevância para a enfermagem. E ainda, a ACL para identificação da acurácia dos dados ainda são incomuns na área da enfermagem e, portanto, houve dificuldade para comparações.

A generalização dos dados também limitou o estudo. A coleta foi realizada do modo regional com um grupo de um centro de convivência, e demais locais que atendem idosos, seja da cidade ou de outros estados, não foram incluídos. Neste estudo, 16,3% dos idosos do centro de convivência recusaram-se a participar. Tal dado é esperado quando se oferece ao público a escolha e a taxa final de respondentes tende a diminuir, estando em torno de 20% (DILLMAN, SMYTH, CHRISTIAN, 2014).

Destaca-se também o perfil dos participantes. Os idosos vivenciam mudanças do próprio processo de envelhecimento, com comprometimento cognitivo em estágios leve (nem sempre detectáveis num estudo por meio de entrevista) e limiares pré-doença, comprometimento auditivo e outros, que podem estar presentes nos idosos. Assim, concluiu-se que o fator idade pode limitar a fidedignidade dos dados. Ainda reflete-se acerca da disponibilização de informações pessoais pelo telefone, o que pode acarretar em limitação nas falas.

A maior parte dos participantes não havia tomado a 1ª dose da vacina contra a COVID-19 e estava recebendo suporte de parentes para a compra de alimentos e produtos sem saírem de casa. Isto provocou um quadro social complexo, onde a resposta aos achados clínicos da insônia pode ter sido única. Por outro lado, a incorporação de "Doença aguda" como condição associada do DE Insônia parece ser uma possibilidade diante das falas dos idosos acerca da pandemia e da possível alteração no padrão de sono causada por este período. Desta forma, ainda sugere-se estudos com outras populações, buscando comparar a capacidade preditiva diagnóstica das CD em diferentes cenários e contextos, além de desenvolver estudos com os FR de insônia.

Por fim, recomenda-se que tais resultados sejam utilizados com parcimônia, visto que estes referem-se à população estudada, que são idosos ativos, não institucionalizados, de uma grande cidade no Brasil. Tais resultados podem ser totalmente diferentes de outras

populações, mesmo que estas sejam idosos. Ainda destaca-se que a coleta de dados foi realizada num período pandêmico, em que houve intensa restrição de movimentos, principalmente dos idosos, fechamento de comércio, atividades de lazer e até de saúde não emergenciais.

## 6. CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a análise da acurácia das CD do DE Insônia em idosos frequentadores de centro de convivência. Ainda permitiu a identificação da CD “Resistência física insuficiente” e do FR “Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo” como mais prevalentes, a associação dos dados sociodemográficos com as CD, com os FR e com a IGI, além da confirmação da presença do DE Insônia na amostra.

Considera-se que esses resultados podem auxiliar no fornecimento de indicadores clínicos precisos de insônia, com alto nível de evidência na prática clínica e confirmação do raciocínio diagnóstico. Os resultados podem contribuir, também, para melhor compreensão de como tal DE, por vezes negligenciada na população idosa, se apresenta neste grupo etário. Como evidenciado, distúrbio de sono no idoso é um problema multifatorial, que envolve os aspectos sociodemográficos, biofisiológicos e culturais, evidenciados nos indicadores diagnósticos do DE. Nesse sentido, o estudo pode contribuir para a identificação dos sinais clínicos e respostas humanas que merecem maior atenção pelo enfermeiro ao executar o raciocínio clínico diagnóstico para inferir o DE nos idosos.

Com relação aos benefícios, espera-se que este estudo auxilie enfermeiros no campo profissional, de forma a reconhecer esse problema precocemente nos idosos e propor intervenções de enfermagem precisas para alcançar resultados no processo de saúde. Propõe-se que tal DE acurado seja aplicado nos atendimentos realizados pelo centro de convivência para a identificação do DE insônia e utilização segura do PE, buscando promover qualidade de vida, independência e melhora dos problemas relacionados à insônia deste grupo.

No campo da pesquisa, pretende-se divulgar os resultados de evidências clínicas (valores de sensibilidade e especificidade das CD do presente DE com base na 12ª edição da NANDA-I), para a NANDA-I e contribuir para a comunidade científica internacional, visto que os resultados poderão ser objeto de atualização das Taxonomias de enfermagem. Ainda tais dados podem motivar estudos com outros perfis de participantes e em outros DE. Além disto, diante do fenômeno nacional de envelhecimento e de aumento da população idosa, espera-se que o estudo auxilie na promoção do envelhecimento saudável e diminuição de custos na saúde pública. Os indicadores precisos e mensuráveis, como fenômeno de enfermagem, poderão ser objeto de discussão no meio acadêmico.

Assim, considera-se que este estudo atendeu a premissa de identificação de potenciais fatores causais e evidências clínicas que contribuem para a determinação acurada do DE Insônia em idosos, diagnosticado pelo enfermeiro, tendo em vista a intervenção adequada no cuidado e a promoção de uma assistência de qualidade.

## REFERÊNCIAS

ABRAMS, R. M. Sleep Deprivation. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 42, n. 3, p. 493–506, set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2015.05.013>. Acesso em: 27 jan. 2021.

ADIB-HAJBAGHERY, M.; MOUSAVI, S. N. The effects of chamomile extract on sleep quality among elderly people: A clinical trial. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 35, p. 109–114, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2017.09.010>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ADOUKONOU T, et al. Prevalence of Dementia among Well-Educated Old-Age Pensioners in Parakou (Benin) in 2014. **Dement Geriatr Cogn Disord**. v. 49, n. 2, p. 210-218, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000508623>. Acesso em: 03 set. 2021.

ALMEIDA, M. G. N. et al. Lifestyle factors and multimorbidity among older adults (ELSI-Brazil). **European Journal of Ageing**, v. 17, n. 4, p. 521–529, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00560-z>. Acesso em: 27 jan. 2021.

ALVES, R. R. B. et al. Diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/repouso em pessoas vivendo com aids: transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 3, p. 268, 24 ago. 2018. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5455>. Acesso em: 27 mar. 2021.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. International classification of Sleep Disorders, 3rd ed. Darien, IL: **American Academy of Sleep Medicine**, 2014. Acesso em: 27 mar. 2021.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. Nursing: Scope and Standards of Practice, 3° ed. Nursesbooks.org, **American Nurses Association**, Maryland, USA: 2015.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **What is Nursing?: The Nursing Process** [site] [2020?]. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/>. Acesso em: 27 mar. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. **American Psychiatric Publishing**, Arlington, VA: Artmed, 2013.

AMORIM, J. R.; SILVA, I. A.; SHIMIZU, I. S. Avaliação da qualidade de sono em pacientes com câncer de mama em quimioterapia. **Revista Brasileira de Mastologia**; v. 27, n. 1, p. 3-7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z201700010002RBM>. Acesso em: 15 mai. 2021.

ANTUNES, F. P. V. "**Atividade Física no Idoso**": **Revisão bibliográfica**. Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Mestrado Integrado em Medicina. 2015. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26570/1/FranciscoPVAntunes.pdf>. Acesso em: 03 set. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO. **Insônia: Do diagnóstico ao tratamento**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; São Paulo: Associação Brasileira do Livro, 2019. Disponível em: [https://cdn.eurofarma.com.br/wp-content/uploads/2020/06/Consenso\\_Insônia\\_Completo\\_ABS-22062020.pdf](https://cdn.eurofarma.com.br/wp-content/uploads/2020/06/Consenso_Insônia_Completo_ABS-22062020.pdf). Acesso em: 15 mar. 2021.

ASHKENAZY, S. GANZ, D. F. The Differentiation Between Pain and Discomfort: A Concept Analysis of Discomfort. **Pain Management Nursing**, v. 20, n. 6, p. 556–562, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.05.003>. Acesso em: 25 mar. 2021.

AYOUB A. I., et al. Insomnia among community dwelling elderly in Alexandria, Egypt. **The Journal of the Egyptian Public Health Association**. 2014; v. 89, n.3, p. 136e42. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.EPX.0000456621.42258.79>. Acesso em: 25 mar. 2021.

BAGLIONI, C. et al. The European Academy for Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia: An initiative of the European Insomnia Network to promote implementation and dissemination of treatment. **Journal of Sleep Research**, v. 29, n. 2, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jsr.12967>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BARBOSA, M. A. C., et al. Mulheres e Patriarcado: Dependência e Submissão nas Casas de Farinha do Agreste Alagoano. **XXXV Encontro da EnANPAD** - 04 a 07 de setembro de 2011 - Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://anpad.org.br/admin/pdf/EOR1463.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BASTIEN, C.; MORIN, C. M.; VALLIÈRES, A. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. **Sleep Medicine**, v. 2, n. 4, p. 297–307, jul. 2001. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(00)00065-4). Acesso em: 20 ago. 2021.

BECATTINI-OLIVEIRA, A. C. et al. Performance-based instrument to assess functional capacity in community-dwelling older adults. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 13, n. 4, p.

386–393, dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-040004>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BEI, B. et al. Treating insomnia in depression: Insomnia related factors predict long-term depression trajectories. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 86, n. 3, p. 282–293, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/ccp0000282>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BENBIR, G. et al. Prevalence of insomnia and its clinical correlates in a general population in Turkey: Prevalence and correlates of insomnia. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 69, p. 543-552, jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/pcn.12252>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BENCA, R. M.; TEODORESCU, M. Sleep physiology and disorders in aging and dementia. In: Handbook of Clinical Neurology. **Geriatric Neurology**, v. 167, p. 477–493, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804766-8.00026-1>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BIASUS, F.; DEMANTOVA, A.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento e da sexualidade para pessoas com mais de 50 anos. **Temas em Psicologia**. v. 19, n. 1, p. 319-336, 2011. Acesso em: 07 ago. 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n1/v19n1a25.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2021.

BOLLU, P. C.; KAUR, H. Sleep Medicine: Insomnia and Sleep. p. 8, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6390785/>. Acesso em: 07 ago. 2021.

BORGES, C. R. et al.. Alzheimer's disease and sleep disturbances: a review. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 77, n. 11, p. 815–824, 2019. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20190149>. Acesso em: 07 ago. 2021.

BRASIL. Secretaria de Editoração e Publicações. Coordenação de Edições Técnicas 2019. **Lei no 10.741/2003 - Estatuto do idoso**. 3. ed. – Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2019. 38 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/554326/estatuto\\_do\\_idoso\\_3ed.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/554326/estatuto_do_idoso_3ed.pdf). Acesso em: 07 ago. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação Em Saúde. **Acurácia dos diagnósticos registrados para COVID-19**. Brasília – DF, Abril de 2020. Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/29/Acuracia-Diagnosticos-COVID19.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Economia, Secretaria especial de previdência e trabalho. **Previdência complementar para mulheres: Guia para mulheres que querem cuidar do seu futuro** - Brasília: 2021. 63 p. Disponível em: <https://bbprevidencia.com.br/blog/wp-content/uploads/2021/03/Guia-Previdência-Complementar-para-Mulheres.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2021.

BREWSTER, G. S.; RIEGEL, B.; GEHRMAN, P. R. Insomnia in the Older Adult. **Sleep Medicine Clinics**, v. 13, n. 1, p. 13–19, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.09.002>. Acesso em: 07 ago. 2021.

BROWER, K. J. Assessment and treatment of insomnia in adult patients with alcohol use disorders. **Alcohol**. v. 49, n. 4, p. 417-27. Jun 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2014.12.003>. Acesso em: 03 set. 2021.

BRUGGEN, S. G. J. V.; LAMEIJER, C. M.; TERWEE, C. B.. Structural validity and construct validity of the Dutch-Flemish PROMIS® physical function-upper extremity version 2.0 item bank in Dutch patients with upper extremity injuries. **Disability and Rehabilitation**, v. 43, n. 8, p. 1176–1184, 2021.

BURNES, D. et al. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **American Journal of Public Health**, v. 109, n. 8, p. e1–e9, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>. Acesso em: 07 ago. 2021.

BUTCHER, H. K. et al. **Nursing Interventions Classification (NIC)**. 7° ed. Elsevier. p. 1578.

BUYSSE, D. J. et al. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, v. 28, n. 2, p. 193–213, maio 1989. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4). Acesso em: 17 ago. 2021.

CAMARANO, A. A. Depending on the income of older adults and the coronavirus: orphans or newly poor? **Cien Saude Colet**. v. 25, (suppl 2), p.4169-4176, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.30042020>. Acesso em: 17 ago. 2021.

CAMPBELL, J. M.; KLUGAR, M.; DING, S.; CARMODY, D.; HAKONSEN, S. J.; JADOTTE, Y. T.; WHITE, S.; MUNN, Z. Diagnostic test accuracy. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, v. 13, n. 3, p. 154-162, Set 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/XEB.000000000000061>. Acesso em: 07 dez. 2021.

CANHAM, S. L. et al.. Binge drinking and insomnia in middle-aged and older adults: the Health and Retirement Study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 30, n. 3, p. 284–291, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/gps.4139>. Acesso em: 17 ago. 2021.

CANTO, C. B. et al. The Sleeping Cerebellum. **Trends in Neurosciences**, v. 40, n. 5, p. 309–323, Mai. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tins.2017.03.001>. Acesso em: 07 dez. 2021.

CARLSTEN, C., et al. COVID-19 as an occupational disease. **American journal of industrial medicine**, 64(4), 227–237. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ajim.23222>. Acesso em: 17 ago. 2021.

CASTRO, L. S. **Adaptação e validação do índice de gravidade de insônia (IGI):** Caracterização populacional, valores normativos e aspectos associados. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicobiologia). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2011. 104 pág. Acesso em: 17 ago. 2021.

CHANG, H.-T.; CHEN, H.-C.; CHOU, P.. Factors Associated with Fear of Falling among Community-Dwelling Older Adults in the Shih-Pai Study in Taiwan. **PLOS ONE**, v. 11, n. 3, p. e0150612, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150612>. Acesso em: 17 ago. 2021.

CHEVANCE, A. et al. Assurer les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. **L'Encéphale**, v. 46, n. 3, p. S3–S13, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.03.001>. Acesso em: 17 ago. 2021.

CHIMLUANG J, AUNGSUROCH Y, JITPANYA C. Descriptors of Insomnia among Patients with Heart Failure. **J Med Assoc Thai**. 2017 Apr; v. 100, n. 4, p. 403-9. PMID: 29911836. Disponível em: <http://www.jmatonline.com>. Acesso em: 19 mar. 2021.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID), 2021. Disponível em: <https://rts.saude.gov.br/>. Acesso em: 17 ago. 2021.

CLEOPHAS, T.J.; ZWINDERMAN, A.H. Clinical Data Analysis on a Pocket Calculator. 2ª ed. Londres: **Springer International Publishing**, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-27104-0>. Acesso em: 19 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Brasília; 2009. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov>. Acesso em: 23 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros documentos de enfermagem** In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/guia-de-recomendacoes-para-registro-de-enfermagem-no-prontuario-do-paciente-e-outros-documentos-de-enfermagem/>. Acesso em: 19 mar. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Processo de enfermagem: guia para a prática** In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5117546/mod\\_resource/content/1/SAE-web.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5117546/mod_resource/content/1/SAE-web.pdf). Acesso em: 19 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen Nº 0514/2016, 05 de maio de 2016. **Aprova o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente.** In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2016. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov>. Acesso em: 19 mar. 2021.

CROSS, N. et al.. Napping in older people 'at risk' of dementia: relationships with depression, cognition, medical burden and sleep quality. **Journal of Sleep Research**, v. 24, n. 5, p. 494–502, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jsr.12313>. Acesso em: 19 mar. 2021.

DANTAS, C. N.; SANTOS, V. E. P.; TOURINHO, F. S. V. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500002800014>. Acesso em: 19 mar. 2021.

DARDENGO, C. F. R.; MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? **Revista de Ciências Humanas**, vol. 18, n. 2, jul./dez, p. 01-23. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/8923>. Acesso em: 19 mar. 2021.

DÁTILLO, G. M. P. A, et al. **Envelhecimento humano: diferentes olhares.** Marília: São Paulo/Cultura Acadêmica: 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/2015.978-85-7983-693-0>. Acesso em: 23 jul. 2021.

DEAN, G. E. et al. Impaired Sleep: A Multifaceted Geriatric Syndrome. **Nursing Clinics of North America**, v. 52, n. 3, p. 387–404, set. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2017.04.009>. Acesso em: 23 mar. 2021.

DESJARDINS, S. et al. Factors involved in sleep efficiency: a population-based study of

community-dwelling elderly persons. **Sleep**, v. 42, n. 5, p. zsz038, 1 maio 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz038>. Acesso em: 23 mar. 2021.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Perfil das pessoas com 60 anos ou mais**. São Paulo: SP: DIEESE, 2020. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/estudotecnico/coronavirus.html>. Acesso em: 23 mar. 2021.

DIFRANCESCO, S. et al. Sleep, circadian rhythm, and physical activity patterns in depressive and anxiety disorders: A 2-week ambulatory assessment study. **Depression and Anxiety**, v. 36, n. 10, p. 975–986, out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/da.22949>. Acesso em: 23 mar. 2021.

DILLMAN, D. A., SMYTH, J. D., CHRISTIAN, L. M. **Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys: The Tailored Design Method**. John Wiley & Sons: EUA, 528p. 2014.

DRAGIOTI, E. et al. Association of insomnia severity with well-being, quality of life and health care costs: A cross-sectional study in older adults with chronic pain (PainS65+). **European Journal of Pain**, v. 22, n. 2, p. 414–425, fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ejp.1130>. Acesso em: 23 mar. 2021.

DZIERZEWSKI, J. M.; DAUTOVICH, N.; RAVYTS, S. Sleep and Cognition in Older Adults. **Sleep Medicine Clinics**, v. 13, n. 1, p. 93–106, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.09.009>. Acesso em: 23 jul. 2021.

ENDESHAW, Y. W.; YOO, W. Organized Social Activity, Physical Exercise, and the Risk of Insomnia Symptoms Among Community-Dwelling Older Adults. **Journal of aging and health**, 31(6), 989–1001, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0898264317747705>. Acesso em: 23 jul. 2021.

ESPIE, C. A., et al. Insomnia symptoms and their association with workplace productivity: cross-sectional and pre-post intervention analyses from a large multinational manufacturing company. **Sleep health**, 4(3), 307–312, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2018.03.003>. Acesso em: 20 jul. 2021.

FERNANDES, B. K. C. et al. Diagnósticos de enfermagem para idosos frágeis institucionalizados. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, n. 4, p. 966, 19 abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a237572p966-972-2019>. Acesso em: 23 jul. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Covid-19: pesquisa analisa impacto da pandemia no trabalho e renda da pessoa idosa**. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-pesquisa-analisa-impacto-da-pandemia-no-trabalho-e-renda-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 23 jul. 2021.

FORTUÑO, I. C.; JULIO, M. P. M. Sleep problems in the elderly. **Gerokomos**. v. 29, n.2, p. 72-78, 2018. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n2/1134-928X-geroko-29-02-00072.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2021.

FONSECA, L. C. S.; CARVALHO, I. F.; SCHEICHER, M. E. A importância da prevenção de quedas em idosos. In: **Envelhecimento Humano: diferentes olhares**. Marília: São Paulo/Cultura Acadêmica: 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/2015.978-85-7983-693-0>. Acesso em: 23 jul. 2021.

FRAUENFELDER, F.; ACHTERBERG, T.; MÜLLER STAUB, M. Nursing diagnoses related to

psychiatric adult inpatient care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 3–4, fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.13959>. Acesso em: 23 jul. 2021.

GENCBAS, D.; BEBIS, H.; CICEK, H. Evaluation of the Efficiency of the Nursing Care Plan Applied Using NANDA, NOC, and NIC Linkages to Elderly Women with Incontinence Living in a Nursing Home: A Randomized Controlled Study. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 29, n. 4, p. 217–226, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12180>. Acesso em: 23 jul. 2021.

GOGTAY, N.; THATTE, U. Statistical Evaluation of Diagnostic Tests (Part 1): Sensitivity, Specificity, Positive and Negative Predictive Values. p. 5, **Journal of The Association of Physicians of India**, V. 65, Jun. 2017. Disponível em: <https://www.kem.edu/wp-content/uploads/2012/06/12-Diagnostic-tests-1-1.pdf>

GOKSEVEN Y, et al. The Fear of COVID-19 Infection in Older People. **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology**. March 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/08919887211002651>. Acesso em: 23 jul. 2021.

GUANDALINI, L. S. et al. Analysis of the evidence of related factors, associated conditions and at-risk populations of the NANDA-I nursing diagnosis insomnia. **International Journal of Nursing Sciences**, v. 7, n. 4, p. 466–476, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.09.003>. Acesso em: 23 fev. 2021.

GULIA, K. K.; KUMAR, V. M. Sleep disorders in the elderly: a growing challenge: Sleep in elderly. **Psychogeriatrics**, v. 18, n. 3, p. 155–165, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/psyq.12319>. Acesso em: 23 fev. 2021.

GUSMÃO, R. O. M. et al. Depressão em pacientes atendidos em serviço de saúde mental: fatores associados e diagnósticos de enfermagem. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 17, n. 2, p. 44–53, 30 jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.171786>. Acesso em: 23 fev. 2021.

HAO, F. et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. **Brain, Behavior, and Immunity**, v. 87, p. 100–106, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.069>. Acesso em: 23 fev. 2021.

HARTLEY, S. et al. Les effets de confinement SARS-CoV-2 sur le sommeil : enquête en ligne au cours de la quatrième semaine de confinement. **L'Encéphale**, v. 46, n. 3, p. S53–S59, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.003>. Acesso em: 23 fev. 2021.

HE, W.; GOODKIND, D.; KOWAL, P. **International Population Reports**. p. 175, 2016. Disponível em: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2021.

HEDGES, C.; GOTELLI, J. **Managing insomnia in older adults**. v. 50, n. 9, p. 24–32, 2020. Disponível em: [10.1097/01.NPR.0000577944.27349.66](https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000577944.27349.66). Acesso em: 23 fev. 2021.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. **NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions and classification, 2020-2023**. 12ª ed. New York Stuttgart Delhi: Thieme, 2021. Acesso em: 23 set. 2021.

- HERTENSTEIN, E. et al. Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. **Sleep Medicine Reviews**, v. 43, p. 96–105, fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.smr.2018.10.006>. Acesso em: 23 fev. 2021.
- HILLMAN, D. et al. The economic cost of inadequate sleep. **Sleep**, v. 41, n. 8, p. 1-13, 1 ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy083>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- HUANG, Y.; ZHAO, N.. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. **Psychiatry Research**, v. 288, p. 112954, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE Censo 2010: **Média de moradores em domicílios particulares ocupados, por situação do domicílio e localização da área, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=18&uf=00>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 156 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=293322>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 141 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Brasília, DF: IBGE, 2018. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm). Acesso em: 21 abr. 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da População do Brasil por sexo e Idade, em 1º de Julho - 2010/2060**. Brasília, DF: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Brasília, DF: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- JACKOWSKA, M.; POOLE, L.. Sleep problems, short sleep and a combination of both increase the risk of depressive symptoms in older people: a 6-year follow-up investigation from the English Longitudinal Study of Ageing. **Sleep Medicine**, v. 37, p. 60–65, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.02.004>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- JAUSSENT, I; et al. Excessive Sleepiness is Predictive of Cognitive Decline in the Elderly, **Sleep**, v. 35, n. 9, Set. 2012, p. 1201- 1207, <https://doi.org/10.5665/sleep.2070>. Acesso em: 21 jun. 2021.
- JEE, H. J. et al.. Effect of Caffeine Consumption on the Risk for Neurological and Psychiatric Disorders: Sex Differences in Human. **Nutrients**, v. 12, n. 10, p. 3080, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.3390/nu12103080>. Acesso em: 21 abr. 2021.

Ji, X. et al. Disassembling insomnia symptoms and their associations with depressive symptoms in a community sample: the differential role of sleep symptoms, daytime symptoms, and perception symptoms of insomnia. **Sleep Health**, v. 5, n. 4, p. 376–381, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2018.12.009>. Acesso em: 21 abr. 2021.

JOHANNESSEN, B. Nurses experience of aromatherapy use with dementia patients experiencing disturbed sleep patterns. An action research project. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 19, n. 4, p. 209–213, nov. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2013.01.003>. Acesso em: 21 abr. 2021.

KIEŁBASA, G., et al. Assessment of sleep disorders among patients with hypertension and coexisting metabolic syndrome. **Advances in medical sciences**, 61(2), 261–268, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.advms.2016.03.005>. Acesso em: 03 set. 2021.

KRYSTAL, A. D.; PRATHER, A. A.; ASHBROOK, L. H.. The assessment and management of insomnia: an update. **World Psychiatry**, v. 18, n. 3, p. 337–352, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20674>. Acesso em: 03 set. 2021.

KUMAR, A. A Comparative Study of Anxiety Level of Senior Citizens of Himachal Pradesh and Uttar Pradesh State of India. **International Journal of Sports and Physical Education (IJSPE)**. v. 4, n. 1, p. 4-6, 2018.. ISSN 2454-6380. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20431/2454-6380.0401002>. Acesso em: 03 set. 2021.

LÁBADI, B., et al. Psychological well-being and coping strategies of elderly people during the COVID-19 pandemic in Hungary. *Aging & mental health*, Advance online publication. p. 1–8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1902469>. Acesso em: 10 jun. 2021.

LAKS, J. et al. Caregiving for patients with Alzheimer's disease or dementia and its association with psychiatric and clinical comorbidities and other health outcomes in Brazil: Impact of caregiving in Alzheimer's disease/dementia. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 31, n. 2, p. 176–185, fev. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4309>. Acesso em: 10 jun. 2021.

LANZA, S. T.; RHOADES, B. L. Latent Class Analysis: An Alternative Perspective on Subgroup Analysis in Prevention and Treatment. **Prevention Science**, v. 14, n. 2, p. 157–168, abr. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11121-011-0201-1>. Acesso em: 10 jun. 2021.

LAROSE, C. et al. Latent class analysis of incomplete data via an entropy-based criterion. **Statistical Methodology**, v. 32, p. 107–121, set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.stamet.2016.04.004>. Acesso em: 10 jun. 2021.

LAU, E. Y. Y. et al. Sleep and optimism: A longitudinal study of bidirectional causal relationship and its mediating and moderating variables in a Chinese student sample. **Chronobiology International**, v. 34, n. 3, p. 360–372, 16 mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/07420528.2016.1276071>. Acesso em: 10 jun. 2021.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. p. 8, 1969. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5349366/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa

perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1263–1274, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>. Acesso em: 10 jun. 2021.

LI, J.; VITIELLO, M. V.; GOONERATNE, N. S. Sleep in Normal Aging. **Sleep Medicine Clinics**, v. 13, n. 1, p. 1–11, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.09.001>. Acesso em: 12 jun. 2021.

LI, W. et al. The prevalence of depressive and anxiety symptoms and their associations with quality of life among clinically stable older patients with psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic. **Translational Psychiatry**, v. 11, n. 1, p. 75, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01196-y>. Acesso em: 12 jun. 2021.

LIMA, M. G. et al. Associação das condições sociais e econômicas com a incidência dos problemas com o sono durante a pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00218320, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00218320>. Acesso em: 12 jun. 2021.

LIU, M.; et al.. Insomnia and Impaired Quality of Life in the United States. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 79, n. 5, p. 17m12020, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4088/JCP.17m12020>. Acesso em: 12 jun. 2021.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M. Métodos Avançados de validação de Diagnósticos de Enfermagem. In: Herdman TH, Carvalho EC. PRONANDA: Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana; 2016.

LOPES, M. V., SILVA, V. M., ARAUJO, T.L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **Int J Nurs Knowl**. 2012;23(3):134-139. Disponível em: <://dx.doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x>. Acesso em: 07 dez. 2021.

LUCHKINA, N. V.; BOLSHAKOV, V. Y. Mechanisms of fear learning and extinction: synaptic plasticity–fear memory connection. **Psychopharmacology**, v. 236, n. 1, p. 163–182, jan. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00213-018-5104-4>. Acesso em: 12 jun. 2021.

LUYSTER, F. S. et al. Screening and evaluation tools for sleep disorders in older adults. **Applied Nursing Research**, v. 28, n. 4, p. 334–340, nov. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.12.007>. Acesso em: 12 jun. 2021.

MA, X. Q. et al.. Sleep quality and cognitive impairment in older Chinese: Guangzhou Biobank Cohort Study. **Age and Ageing**, v. 49, n. 1, p. 119–124, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afz120>. Acesso em: 23 jun. 2021.

MACÊDO et al. Insomnia current diagnosis: an appraisal. **Revista Brasileira de Neurologia**. v. 51, n. 3, p.62-8, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2015/v51n3/a5129.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

MAGLIONE, J. E. et al. Subjective and Objective Sleep Disturbance and Longitudinal Risk of Depression in a Cohort of Older Women. **Sleep**, v. 37, n. 7, p. 1–9, 1 jul. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.3834>. Acesso em: 23 jun. 2021.

MANZOLI, J. P. B.; CORREIA, M. D. L.; DURAN, E. C. M. Conceptual and operational definitions of the defining characteristics of the nursing diagnosis Disturbed Sleep Pattern. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, n. 0, 29 nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2582.3105>. Acesso em: 23 jun. 2021.

- MARTINS, L. C. G. et al. Nursing diagnosis sedentary lifestyle in individuals with hypertension: an analysis of accuracy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 804–810, out. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000500005>. Acesso em: 23 jun. 2021.
- MATLABI, H; SHAGHAGHI, A; AMIRI, S. H. A Pilot Physical Activity Initiative to Improve Mental Health Status amongst Iranian Institutionalized Older People. **Health Promot Perspect** 2014; v. 4, n.1, p. 68-76. Disponível em: <https://doi.org/10.5681/hpp.2014.009>. Acesso em: 03 set. 2021.
- MAURER, L. F.; ESPIE, C. A.; KYLE, S. D. How does sleep restriction therapy for insomnia work? A systematic review of mechanistic evidence and the introduction of the Triple-R model. **Sleep Medicine Reviews**, v. 42, p. 127–138, dez. 2018. Acesso em: 23 jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.07.005>. Acesso em: 23 jun. 2021.
- MELO, M. D. M. et al. Diagnóstico de enfermagem baixa autoestima situacional em pessoas com estomia: estudo de acurácia diagnóstica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03514, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018005003514>. Acesso em: 23 jun. 2021.
- MENA, C.; KARATZAS, A.; HANSEN, C. International trade resilience and the Covid-19 pandemic. **Journal of Business Research**, v. 138, p. 77–91, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.08.064>. Acesso em: 23 jun. 2021.
- MENEZES, T. L.; ANDRADE-VALENÇA, L. P. A.; VALENÇA, M. M. Magnetic resonance imaging study cannot individually distinguish individuals with mild cognitive impairment, mild Alzheimer's disease, and normal aging. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 71, n. 4, p. 207–212, abr. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20130003>. Acesso em: 23 jun. 2021.
- MEYER, D. et al.. Promoting Psychological Well-Being at Work by Reducing Stress and Improving Sleep: Mixed-Methods Analysis. **Journal of Medical Internet Research**, v. 20, n. 10, p. e267, 2018. Disponível em: <https://www.jmir.org/2018/10/e267/>. Acesso em: 03 jul. 2021.
- MINAYO, M. C. DE S.; FIRMO, J. O. A. Longevidade: bônus ou ônus? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 4–4, jan. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.31212018>. Acesso em: 23 jun. 2021.
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. DA C. G.; SILVA, A. L. A. DA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507–519, jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>. Acesso em: 23 jun. 2021.
- MOLLAYEVA, T. et al. Insomnia in workers with delayed recovery from mild traumatic brain injury. **Sleep Medicine**, v. 19, p. 153–161, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.sleep.2015.05.014>. Acesso em: 09 jul. 2021.
- MOORHEAD, S., et al. **NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 6ª ed., São Paulo: GEN Guanabara Koogan., 2020, 608 p.
- MOURA, L. T. F. **Absenteísmo hospitalar na equipe de enfermagem**. Universidade Federal De Minas Gerais. Pós Graduação Em Enfermagem Do Trabalho. [Pós graduação em enfermagem]. Belo Horizonte, 2014. 39 p. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS->

[9NUHYY/1/monografia\\_absenteismo\\_lorena.pdf](#) Acesso em: 09 ago. 2021.

MORAIS, Y. J. G. A. et al. Necessidades de locomoção e cuidado corporal associados à incapacidade funcional de idosos: diagnósticos de enfermagem CIPE®. **Cogit. Enferm.** 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.75913>. Acesso em: 09 dez. 2021.

NATIONAL INSTITUTE ON AGING (NIH). Memory, forgetfulness, and Aging: What is normal and what is not?. Disponível em: <https://www.nia.nih.gov/health/memory-forgetfulness-and-aging-whats-normal-and-whats-not> Acesso em: 09 jul. 2021.

NOGUEIRA, I. L. A. et al. The Diagnostic Accuracy of Delayed Development in Adolescents. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 32, n. 3, p. 150–156, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12304>. Acesso em: 02 jul. 2021.

NOLLET, M.; WISDEN, W.; FRANKS, N. P. Sleep deprivation and stress: a reciprocal relationship. **Interface Focus**, v. 10, n. 3, p. 20190092, 6 jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1098/rsfs.2019.0092>. Acesso em: 02 jul. 2021.

OBAYASHI, K.; SAEKI, K.; KURUMATANI, N. Association between light exposure at night and insomnia in the general elderly population: The HEIJO-KYO cohort. **Chronobiology International**, v. 31, n. 9, p. 976–982, nov. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/07420528.2014.937491> Acesso em: 02 jul. 2021.

OLIVEIRA, I. M.; SILVA, R. C. G. Comparação do grau de acurácia diagnóstica de graduandos e enfermeiros em programas de residência. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v.20, p.952, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160021>. Acesso em: 07 Dez. 2021.

OOI, C. et al. Managing challenging behaviours in dementia. **Singapore Medical Journal**, v. 59, n. 10, p. 514–518, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11622/smedj.2018125>. Acesso em: 02 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **OMS nas Américas alerta sobre urgência de expansão de serviços em saúde mental**. Ago, 2020. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/08/1723782>. Acesso em: 02 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **ONU destaca necessidade urgente de aumentar investimentos em serviços de saúde mental durante a pandemia de COVID-19**. Mai, 2020. Disponível em: [https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6170:onu-destaca-necessidade-urgente-de-aumentar-investimentos-em-servicos-de-saude-mental-durante-a-pandemia-de-covid-19&Itemid=839](https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6170:onu-destaca-necessidade-urgente-de-aumentar-investimentos-em-servicos-de-saude-mental-durante-a-pandemia-de-covid-19&Itemid=839). Acesso em 20 Set 2021.

PALAGINI, L. et al.. Lack of Resilience Is Related to Stress-Related Sleep Reactivity, Hyperarousal, and Emotion Dysregulation in Insomnia Disorder. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, v. 14, n. 05, p. 759–766, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.7100>. Acesso em 20 Set 2021.

PARK, J.; YU, H.-T.. Recommendations on the Sample Sizes for Multilevel Latent Class Models. **Educational and Psychological Measurement**, v. 78, n. 5, p. 737–761, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0013164417719111>. Acesso em 20 Jan 2022.

PATEL, D.; STEINBERG, J.; PATEL, P. Insomnia in the Elderly: A Review. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, v. 14, n. 06, p. 1017–1024, 15 jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.7172>. Acesso em 20 Set 2021.

PAVLOVA, M.; LATREILLE, V. "Sleep Disorders." **The American journal of medicine**. v. 132, n. 3, p. 292-299, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.09.021>. Acesso em 20 Set 2021.

PEREIRA, J. DE M. V. et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 737–745, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400012>. Acesso em 20 Set 2021.

PERES, H. H. C.; JENSEN, R.; MARTINS, T. Y. DE C. Avaliação da acurácia diagnóstica em enfermagem: papel versus sistema de apoio à decisão. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 218–224, abr. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600030>. Acesso em 20 Set 2021.

PIRES, G. N.; BEZERRA, A. G.; TUFIK, S. ANDERSEN, M. L. Effects of acute sleep deprivation on state anxiety levels: a systematic review and meta-analysis. **Sleep Medicine**, v. 24, p. 109-118, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2016.07.019>. Acesso em 10 Set 2021.

POLARO, S. H. I., MONTENEGRO, L. C. Fundamentals and practice of care in Gerontological Nursing. **Rev Bras Enferm**. 2017; v.70, n. 4, p. 671-2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2017700401>. Acesso em: 07 Dez. 2021.

POLENICK, C. A., et al. Loneliness During the COVID-19 Pandemic Among Older Adults With Chronic Conditions. **Journal of Applied Gerontology**, v. 40, n. 8, p. 804-813, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0733464821996527>. Acesso em 10 Set 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 10. ed. United States of America: Wolters Kluwer Health. 2017. 737 p.

PORTO EDITORA. Dicionário da Língua Portuguesa [aplicativo]. Portugal: **Porto Editora**. 2012.

RIEMANN, D. et al. The hyperarousal model of insomnia: A review of the concept and its evidence. **Sleep Medicine Reviews**, v. 14, n. 1, p. 19–31, fev. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.smrv.2009.04.002>. Acesso em 10 Set 2021.

ROTHMAN, S. M.; MATTSON, M. P. Sleep Disturbances in Alzheimer's and Parkinson's Diseases. **NeuroMolecular Medicine**, v. 14, n. 3, p. 194–204, set. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s12017-012-8181-2>. Acesso em 10 Set 2021.

RUTTEN, S. et al. The bidirectional longitudinal relationship between insomnia, depression and anxiety in patients with early-stage, medication-naïve Parkinson's disease. **Parkinsonism & Related Disorders**, v. 39, p. 31–36, jun. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.01.015>. Acesso em 24 Fev 2021.

SABHARWAL, P. et al. A Case of Recurrent Insomnia: Extending the Spectrum of Autoimmune Encephalitis. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, v. 12, n. 05, p. 763–765, 15 maio 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.5814>. Acesso em 04 Fev 2021.

SABIA, S. et al. Association of sleep duration in middle and old age with incidence of dementia. **Nature Communications**, v. 12, n. 1, p. 2289, dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41467-021-22354-2>. Acesso em 04 Fev 2021.

SAMPAIO, F. D. C. et al.. Profile of nursing diagnoses in people with hypertension and diabetes. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 35, n. 2, p. 139–153, 2017.

Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n2a03>. Acesso em 04 Fev 2021.

SANTANA, R. F. et al. Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com baixa escolaridade: estudo intervenção. **Avances en Enfermería**, v. 34, n. 2, p. 148-158, maio 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n2.44711>. Acesso em 04 Fev 2021.

SANTOS, R. L. D.; JÚNIOR, J. S. V. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290–296, 2008. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/575/2239>. Acesso em 04 Fev 2021.

SATEIA, M. J. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition: Highlights and Modifications. American College Of Chest Physicians, **Chest**, v. 146, n. 5, p. 1387-1394, nov. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>. Acesso em 04 Ago 2021.

SAYIN, P. et al. Taste and Smell Impairment in Critically Ill Patients With COVID-19: An Intensive Care Unit Study. **Ear, Nose & Throat Journal**, v. 100, n. 2\_suppl, p. 174S-179S, abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0145561320977464>. Acesso em 04 Ago 2021.

SEMERCI, R.; KUDUBES, A. A.; EŞREF, F. Ç. Assessment of Turkish oncology nurses' knowledge regarding COVID-19 during the current outbreak in Turkey. **Supportive Care in Cancer**, v. 29, n. 4, p. 1999–2006, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05700-w>. Acesso em 04 Ago 2021.

SCHIEL, J. E. et al. Affect and Arousal in Insomnia: Through a Lens of Neuroimaging Studies. **Current Psychiatry Reports**, v. 22, n. 9, p. 44, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01173-0>. Acesso em 04 Ago 2021.

SGARBIERI, V. C.; PACHECO, M. T. B. Healthy human aging: intrinsic and environmental factors. **Brazilian Journal of Food Technology**, v. 20, n. 0, 31 ago. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-6723.00717>. Acesso em 04 Ago 2021.

SHAMARY, N. D. A. Concept Analysis of Insomnia. **International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing**, v. 8, Issue 2, p. 300-302, Maio - Ago. 2021. Disponível em: [www.noveltyjournals.com](http://www.noveltyjournals.com). Acesso em 04 Ago 2021.

SILVA, R. M. et al. Comparing sleep quality in institutionalized and non-institutionalized elderly individuals, **Aging & Mental Health**, p. 1-7. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1619168>. Acesso em 05 Set 2021.

SIMONELLI, G., D. et al. Neighborhood Factors as Predictors of Poor Sleep in the Sueño Ancillary Study of the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. **Sleep**, v. 40, n.1, zsw025, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/sleep/zsw025>. Acesso em 25 Set 2021.

SOUZA, F. J. F. DE B. et al. Avaliação do padrão de sono em insones usuários de benzodiazepínicos e análise da trazodona como medicação substitutiva. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 2, p. 80–86, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000189>. Acesso em 05 Set 2021.

SOUZA NETO, V. L. D. et al.. Profile of nursing diagnoses of hospitalized patients in an infectious disease unit. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 79–85, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.51495>. Acesso em 05 Set 2021.

STANTON, R. et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 11, p. 4065 - 4078, 7 jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17114065>. Acesso em 05 Set 2021.

STELLA, A. B., et al. Smart technology for physical activity and health assessment during COVID-19 lockdown. **The Journal of sports medicine and physical fitness**, v. 61, n.3, p. 452–460, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.23736/S0022-4707.20.11373-2>. Acesso em 05 Set 2021.

SUH, S.; CHO, N.; ZHANG, J. Sex Differences in Insomnia: from Epidemiology and Etiology to Intervention. **Current Psychiatry Reports**, v. 20, n. 9, p. 69, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0940-9>. Acesso em 28 Set 2021.

SYS, J., et al. Efficacy and safety of non-benzodiazepine and non-Z-drug hypnotic medication for insomnia in older people: a systematic literature review. **Eur J Clin Pharmacol** n. 76, p. 363–381, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00228-019-02812-z>. Acesso em 28 Set 2021.

SZPALHER, A. S. et al. Doença venosa crônica e doença arterial periférica: um instrumento auxiliador no processo de enfermagem. 125 p. Guarujá, SP; **Editora Científica Digital**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37885/978-65-87196-33-6>. Acesso em 28 Set 2021.

SZPALHER, A. S. et al. Assessment and diagnosis of insomnia for clinical and research practice: a scoping review protocol. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. e2810413736, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13736>. Acesso em: 10 jan. 2022.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE: **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 299 p.

TAVARES, D. M. D. S. et al. Condições de saúde de mulheres e homens idosos com idade avançada: estudo longitudinal. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, p. e57581, 14 maio 2021. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.57581>. Acesso em 28 Set 2021.

TADDEI-ALLEN, P. (2020). Economic burden and managed care considerations for the treatment of insomnia. **The American journal of managed care**, v. 26(4 Suppl), p. S91–S96. Disponível em <https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.43008l>. Acesso em 28 Set 2021.

TONEY-BUTLER, T. J., THAYER, J. M. Nursing Process. In StatPearls. **StatPearls Publishing**, Jul. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>. Acesso em 18 Set 2021.

TSAPANOU, A. et al. Sleep quality and duration in relation to memory in the elderly: Initial results from the Hellenic Longitudinal Investigation of Aging and Diet. **Neurobiology of Learning and Memory**, v. 141, p. 217–225, maio 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nlm.2017.04.011>. Acesso em 18 Set 2021.

UNA-SUS. Cuidados de Enfermagem em Gerontologia/ Ivone Renor da Silva Conceição (Org.). **Universidade Federal do Maranhão (UFM)**. São Luís, 2014.

UNITED NATIONS. DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS; POPULATION DIVISION. **World population prospects Highlights, 2019 revision Highlights, 2019 revision**. 2019A. Disponível em <https://population.un.org/wpp/Publications/>. Acesso em 18

Set 2021.

UNITED NATIONS. **Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health**. Mai. 2020. Disponível em: [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_policy\\_brief-covid\\_and\\_mental\\_health\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf) Acesso em 18 Set 2021.

UNITED NATIONS. DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. **World Population Prospects 2019 - Volume I: Comprehensive Tables**. [s.l.] United Nations, 2019B. Disponível em: [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Volume-I\\_Comprehensive-Tables.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf). Acesso em 18 Set 2021.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. National Institutes of Health. Your Guide to Healthy Sleep. 2011. Disponível em: [https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/sleep/healthy\\_sleep.pdf](https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/sleep/healthy_sleep.pdf). Acesso em 18 Set 2021.

ÜZER, A.; YÜCENS, B. The effect of circadian preferences on insomnia severity and depressive symptoms via sleep hygiene in older adults with depression and healthy controls. **Psychogeriatrics**, v. 20, n. 6, p. 871–879, nov. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/psyg.12610>. Acesso em 18 Ago 2021.

VAN STRATEN, A. et al. Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. **Sleep Medicine Reviews**, v. 38, p. 3–16, abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.smrv.2017.02.001>. Acesso em 18 Ago 2021.

VEGA ESCAÑO, J. et al. Development and Validation of the Operational Definitions of the Defining Characteristics of the Nursing Diagnosis of Insomnia in the Occupational Health Setting. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 31, n. 4, p. 275–284, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12281>. Acesso em 18 Ago 2021.

WAITZBERG, D. L.; SIMOPOULOS, A. P.; BOURNE, P. G.; FAERGEMAN, O. Obstáculos para a implementação governamental de dietas saudáveis com base científica e como superá-los. **Estudos Avançados**, [S. l.], v. 27, n. 78, p. 133-152, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/68683>. Acesso em: 1 nov. 2021.

WANG M.-C. et al. Performance of the entropy as an index of classification accuracy in latent profile analysis: A Monte Carlo simulation study. **Acta Psychologica Sinica**, v. 49, n. 11, p. 1473, 2017. Disponível em: <http://journal.psych.ac.cn/xlxb/EN/abstract/abstract4047.shtml>. Acesso em 18 Ago 2021.

WANG, J; WANG, X.. *Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus*, 2. ed. John Wiley & Sons Ltd, 2019.

WATSON, N. F. et al. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. **SLEEP**, 1 jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.4716>. Acesso em: 03 set. 2021.

WEAVER, C. A. et al. **Nursing and Informatics for the 21<sup>st</sup> century: An international look at practice, trends and the future**. 2ª ed. Flórida: Education and EHR Trends, 2010. 622 p.

WELLER, B. E.; BOWEN, N. K.; FAUBERT, S. J.. Latent Class Analysis: A Guide to Best Practice. **Journal of Black Psychology**, p. 1–25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0095798420930932>. Acesso em: 08 dez 2021.

WICKWIRE, E. M. et al. Economic aspects of insomnia medication treatment among Medicare beneficiaries. **Sleep**, v. 43, n. 1, p. zsz192, 13 jan. 2020. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31418027>. Acesso em: 03 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Ageing and Life Course. **Be he@lthy be mobile: a handbook on how to implement mAgeing**; 2018A. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing/mAgeing-handbook-April2018.PDF?ua=1>. Acesso em: 20 mai 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Global Network for Age-friendly Cities and Communities: **Looking back over the last decade, looking forward to the next**. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018B. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/gnafcc-report-2018.pdf>. Acesso em: 20 mai 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrated care for older people Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity**. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>. Acesso em: 20 mai 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on ageing and health**. Switzerland: World Health Organization, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565042>. Acesso em: 20 mai 2021.

XUE, B. et al.. Effect of retirement on cognitive function: the Whitehall II cohort study. **European Journal of Epidemiology**, v. 33, n. 10, p. 989–1001, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0347-7>. Acesso em: 03 set. 2021.

XUN, Y. F. et al (2019). Comparative analysis of sleep monitoring between young and middle-aged and elderly OSA patients. **Journal of clinical otorhinolaryngology, head, and neck surgery**, 33(7), 643–646. Disponível em: <https://doi.org/10.13201/j.issn.1001-1781.2019.07.016>. Acesso em: 03 ago. 2021.

YAREMCHUK, K. Sleep Disorders in the Elderly. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 34, n. 2, p. 205–216, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.01.008>. Acesso em: 03 ago. 2021.

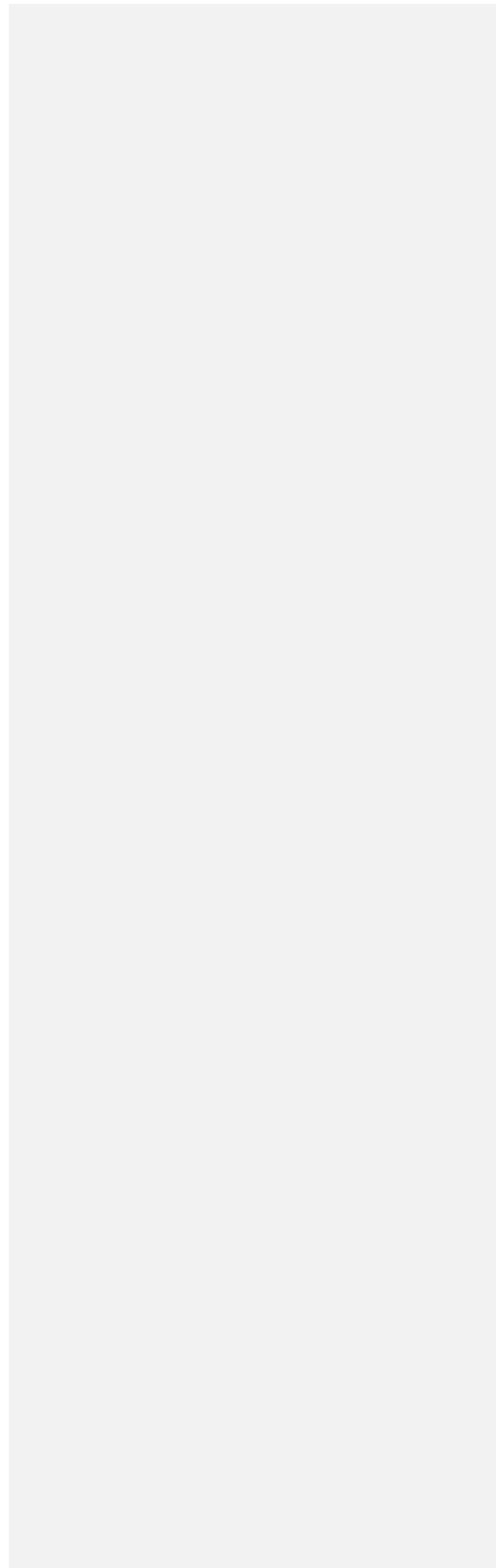
ZHANG, J. Secrets of the Brain: An Introduction to the Brain Anatomical Structure and Biological Function. **IFM LAB TUTORIAL SERIES # 4**. 1ª versão. p. 34, abr. 2019. Disponível em: [http://www.ifmlab.org/files/tutorial/IFMLab\\_Tutorial\\_4.pdf](http://www.ifmlab.org/files/tutorial/IFMLab_Tutorial_4.pdf). Acesso em: 03 out. 2021.

ZHAO, X. et al. Depressive symptoms mediate the association between insomnia symptoms and health-related quality of life and synergistically interact with insomnia symptoms in older adults in nursing homes. **Psychogeriatrics**, v. 19, n. 6, p. 584–590, nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/10.1111/psyq.12441>. Acesso em: 09 out. 2021.

ZHAO, X. et al. Perceived stress and sleep quality among the non-diseased general public in China during the 2019 coronavirus disease: a moderated mediation model. **Sleep Medicine**, v. 77, p. 339–345, jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.05.021>. Acesso em: 14 out. 2021.

ZUCCONI, M; FERRI, R. B. Assessment of sleep disorders and diagnostic procedures: 1. Classification of sleep disorders. **European Sleep Research Society**, p. 95-109, 2014. Disponível em: [https://www.esrs.eu/wp-content/uploads/2018/09/ESRS\\_Sleep\\_Medicine\\_Textbook\\_Chapter\\_B1.pdf](https://www.esrs.eu/wp-content/uploads/2018/09/ESRS_Sleep_Medicine_Textbook_Chapter_B1.pdf). Acesso em: 23 out. 2021.





**APÊNDICE B - Formulário com dados sociodemográficos, CD e FR do DE Insônia**

## Formulário para pesquisa da Insônia

Dados Sociodemográficos

**\*Obrigatório**

1. dia da entrevista \*

---

*Exemplo: 7 de janeiro de 2019*

2. Número de identificação \*

---

3. Nascimento \*

---

*Exemplo: 7 de janeiro de 2019*

4. Qual seu gênero? Obs.: Caso seja identificável pelo nome, não será perguntado ao(a) participante \*

Marcar apenas uma oval.

- Feminino  
 Masculino

5. Até que ano o(a) senhor(a) estudou? \*

Marcar apenas uma oval.

- Analfabeto  
 Ensino fundamental completo/ incompleto  
 Ensino médio completo/ incompleto  
 Ensino superior completo/ incompleto  
 Pós graduação lato sensu  
 Pós graduação stricto sensu

6. Qual é o estado civil do(a) senhor(a)? Obs.: Caso viva com companheiro(a) porém não é casado: "União estável". \*

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro(a)  
 Casado(a)  
 Viúvo(a)  
 Separado(a)  
 União Estável  
 Outro: \_\_\_\_\_

7. Tem filhos? Obs.: consanguíneos e adotivos legalmente. \*

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

8. Quantas pessoas moram com o(a) senhor? \*

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>										

9. O(a) senhor(a) tem ocupação, trabalha, é aposentado(a)...? Obs.: a pergunta será feita em tom "aberto", pois há aposentadas(os) e pensionistas que exercem atividades remuneradas. \*

Marque todos que se aplicam.

- Aposentado  
 Pensionista  
 Trabalho Informal  
 Funcionário Público  
 Carteira Assinada  
 Autônomo

Outro:  \_\_\_\_\_

Pressione para a pergunta 10

Identificação do DE Insônia - NANDA-I  
2021-2023

Definição: Incapacidade para iniciar ou manter o sono, o que prejudica o funcionamento.

ATUALMENTE, EM COMPARAÇÃO AO TEMPO ANTES DISSO, O(A)  
SENHOR(A):

10. Características Definidoras \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Altered affect - tem sentido diminuição da afeto/carinho pelas pessoas ou animais?
- Altered attention - tem perdido a concentração, com dificuldade de prestar atenção nas coisas da rotina?
- Altered mood - tem perdido o humor, não ri mais como antes?
- Early awakening - tem acordado mais cedo que o planejado ou que costuma acordar?
- Expresses dissatisfaction with quality of life - do modo geral, está insatisfeito/desgostoso com qualidade de vida?
- Expresses dissatisfaction with sleep - está insatisfeito com a qualidade e quantidade do seu sono?
- Expresses need for frequent naps during the day - precisa cochilar durante o dia mais que antes?
- Impaired health status - acha que sua saúde física e/ou mental, de modo geral, está pior ou alterada negativamente?
- Increased absenteeism - tem se afastado ou se ausentado de atividades que realizava antes, seja na rua ou em casa?
- Increased accidents - sofreu algum acidente em casa ou na rua, e mais que o habitual?
- Insufficient physical endurance - seu vigor físico diminuiu?
- Nonrestorative sleep-wake cycle - Tem acordado cansado, como se o sono não fosse o suficiente?
- Expresses forgetfulness - Tem esquecido das coisas que lembrava antes?
- Nenhum

11. Falas e pra qual CD se destina

---



---

14. TEM DE INSÔNIA SE: apresenta 1 CD. \*

*Mencione apenas uma oval.*

- SIM
- NÃO

## APÊNDICE C - Definição Conceitual e Operacional das Variáveis

**Quadro 1: Variáveis sociodemográficas, definição conceitual e operacional**

Sociodemográfico	Definição conceitual	Forma como se deu a avaliação. Questionar o idoso:
Idade	Número de anos que uma pessoa ou animal conta desde o seu nascimento até à época de que se fala (PORTO EDITORA, 2012)	Pode confirmar sua data de nascimento? É (falar a data apresentada na planilha com a lista dos idosos frequentadores do centro de convivência)
Sexo	Conjunto de caracteres que permitem classificar os seres vivos entre macho e fêmea (PORTO EDITORA, 2012)	Qual o seu gênero? Obs.: Caso este dado esteja na ficha ou seja identificável pelo nome, não será perguntado ao(a) participante.
Escolaridade	Tempo de frequência na escola, em anos, para o desenvolvimento da capacidade intelectual, moral e física do ser humano (PORTO EDITORA, 2012)	Até que ano o(a) senhor(a) estudou? Obs.: Caso o(a) participante não saiba informar, serão mencionados os graus de escolaridade presentes no Formulário
Estado civil	Situação jurídica de uma pessoa à sociedade, podendo ser solteiro, casado, desquitado, viúvo (PORTO EDITORA, 2012)	O (a) senhor(a) é Solteiro(a), Casado(a), Viúvo(a), Separado(a), União Estável ou Divorciado(a)? Obs.: Caso o(a) participante informe que vive com companheiro(a) porém não é casado, será selecionada a opção “União estável”.
Quantidade de filhos	Grandeza de algo que pode ser medido ou avaliado. Nesse caso, de filhos.	O(a) senhor(a) tem filhos? Quantos? Obs.: esta pergunta engloba filhos consanguíneos e adotivos legalmente.
Quantidade de coabitantes	Grandeza de algo que pode ser medido ou avaliado. Nesse caso, de pessoas que habitam	Quantas pessoas moram com o(a) senhor(a), na mesma casa que o(a) senhor(a)?

	em conjunto (PORTO EDITORA, 2012)	
Tipo de ocupação/ renda	Ocupação: Dinheiro que se recebe como resultado de atividade econômica; rendimento.  Renda: trabalho principal ou usual que provê seus meios de sustentação (PORTO EDITORA, 2012)	O(a) senhor(a) tem ocupação, trabalha, é aposentado(a)...? Obs.: a pergunta será feita em tom “aberto”, pois há aposentadas(os) e pensionistas que exercem atividades remuneradas.

**Quadro 2: Variáveis CD do Diagnóstico de Enfermagem Insônia, e suas respectivas definições conceituais e operacionais**

<b>Características Definidoras</b>	<b>Definição conceitual</b>	<b>Forma como se deu a avaliação. Questionar o idoso:</b>
Afeto alterado	Desregulação emocional desadaptativa e perturbação do estado emocional, influenciados pela adaptação da amígdala na insônia, que se encontra alterada (SCHIEL et al., 2020).	No momento presente, o(a) senhor(a) tem sentido diminuição da afeição pelas pessoas ou animais?
Atenção alterada	Dificuldade em se concentrar ou se manter focado em algum objeto, discurso ou acontecimento, ou seja, dificuldade em manter a concentração da atividade psíquica sobre o estímulo que a solicita (JI et al., 2019).	Tem perdido a concentração, com dificuldade de prestar atenção nas coisas da rotina?
Humor alterado	Transtornos de humor como o estresse, depressão, ansiedade, preocupação, raiva, luto e trauma, além da ideação suicida como sintoma da depressão (JI et al., 2019). O humor deprimido pode ser causa de insônia (RIEMANN ET al., 2010).	Tem perdido o bom humor, ou seja, não ri mais como ria antes?

<b>Características Definidoras</b>	<b>Definição conceitual</b>	<b>Forma como se deu a avaliação. Questionar o idoso:</b>
Acordar cedo demais	Instabilidade do tempo de despertar antes do esperado rotineiramente (Mollayeva et al., 2016), ou seja, despertar de manhã cedo e ser incapaz de voltar a dormir (Brewster et al., 2018)	Tem acordado mais cedo que o planejado ou que costuma acordar?
Expressa insatisfação com a qualidade de vida	Falta de satisfação e descontentamento com as percepções sobre sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem, aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 2012).	De modo geral, está insatisfeito/desgostoso(a) com sua qualidade de vida?
Expressa insatisfação com o sono	Falta de satisfação, descontentamento, desprazer relacionado ao estado fisiológico do sono (MANZOLI, CORREIA, DURAN, 2018), necessidade frequente de despertares noturnos forçados, sonolência diurna excessiva (KIEŁBASA et al., 2016), despertar de pesadelos, às doenças crônicas que podem perturbar a qualidade do sono (DESJARDINS et al., 2019),	Está insatisfeito com a qualidade e quantidade do seu sono?
Expressa necessidade por frequentes cochilos durante o dia	Indivíduo relata necessitar de maior quantidade de cochilos para compensar a falta de sono durante a noite e a hiperexcitação durante períodos de insônia (MAURER et al., 2018).	Precisa cochilar durante o dia mais do que cochilava antes?
Estado de saúde prejudicado	Dificuldade em realizar funções, realizar exercícios, atividades, ter um desempenho bom e regular e realizar movimentos de forma satisfatória na rotina diária (MANZOLI, CORREIA, DURAN, 2018), que afetam a saúde, como sistema imunológico prejudicado, depressão, irritabilidade, atividade sexual com tendência a risco, ideação suicida, desempenho	Acha que sua saúde física e/ou mental, de modo geral, está pior ou alterada negativamente?

Características Definidoras	Definição conceitual	Forma como se deu a avaliação. Questionar o idoso:
	ineficaz no trabalho, estudo, atividades sociais e nas relações familiares, aumento do risco de acidentes de trabalho ou automobilísticos (GUANDALINI et al., 2020).	
Absentéismo aumentado	É o hábito de não comparecer, de estar ausente, designando falta do indivíduo ao trabalho por motivos alheios à previsão da chefia do serviço (MOURA, 2014). Nesse sentido, a insônia está associada a absenteísmo no trabalho e produtividade reduzida e risco de acidentes com veículos não motorizados (ESPIE et al., 2018).	Tem se afastado ou se ausentado de atividades que realizava antes, seja no trabalho ou em casa?
Aumento nos acidentes	Aumento de quedas e outros danos que possam causar prejuízos físicos ao indivíduo (MOLLAYEVA et al., 2016)	Sofreu algum acidente em casa ou na rua, e mais que o habitual? Qual tipo?
Resistência física insuficiente	Dificuldade para realizar exercícios físicos, para caminhar com vigorosidade e atividades sociais (ENDESHAW; YOO, 2019) Preditores de insônia: intensidade da dor nas costas, nível de dor e fadiga (GUANDALINI et al, 2020)	Seu vigor físico / sua disposição física diminuiu?
Ciclo sono-vigília não restaurador	Continua dificuldade para manter alternância entre período acordado e período de sono, que pode durar semanas ou meses, associado a diminuição de concentração, aumento da ansiedade e cansaço ou a processos de dor (SHAMARY et al., 2021).	Tem acordado cansado, como se o sono não fosse o suficiente?
Expressa esquecimento	Relata incapacidade de lembrar ou reconhecer algo ou alguém; perda/cessação da memória ou abandonar uma idéia (NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2020)	Tem esquecido das coisas que lembrava antes?

**Quadro 3: Variáveis FR do Diagnóstico de Enfermagem Insônia, e suas respectivas definições conceituais e operacionais.**

Fatores Relacionados	Definição conceitual	Forma como se deu a avaliação. Questionar o idoso:
Ansiedade	Emoção caracterizada por um estado desagradável de turbulência interna, acompanhada por comportamento nervoso, como andar de um lado para o outro, queixas somáticas e ruminação. São sentimentos subjetivamente desagradáveis de pavor sobre eventos antecipados, como a sensação de morte iminente (KUMAR, 2018).	Está mais ansioso que antes? Ansioso(a) para realizar algum plano, por exemplo.
A atividade física média diária é inferior ao recomendado para idade e sexo	Atividade inferior que 30 minutos por 17 dia em atividade física moderada, pelo menos 5 dias por semana. Considerando uma escala de intensidade de esforço físico de 0 a 10, do menos para o mais intenso, o exercício moderado está compreendido entre os escalões 5 e 6; para o idoso (ANTUNES, 2015). A atividade física parece ser benéfica para o sono e está associada ao aumento do tempo total de sono, eficiência, diminuição da latência do sono e melhor qualidade do sono (CHEN et al., 2017)	Diminuiu a frequência dos exercícios ou deixou de se exercitar (caminhar, subir e descer escadas, alongamento...)?
Consumo de cafeína	Consumo de bebidas com cafeína à noite, como chá preto, chá mate e café (BENBIR et al., 2015; SUH, CHO, ZHANG, 2018)	Tem consumido cafeína (café, achocolatado, chocolate, chá preto, mate) mais que antes, principalmente à noite?

Fatores Relacionados	Definição conceitual	Forma como se deu a avaliação. Questionar o idoso:
Tensão do papel do cuidador	Dificuldade em cumprir responsabilidades de cuidados, expectativas e / ou comportamentos para a família ou outras pessoas significativas (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021); sendo associado à piora de desordens clínicas e psiquiátricas (LAKS et al., 2016).	Tem se sentido sobrecarregado financeira, física e emocionalmente ao cuidar do seu cônjuge, filhos ou netos?
Consumo de bebidas açucaradas	Bebidas com adição de frutose (sacarose) em sua composição após ser transformado em xarope de milho, por exemplo. Ainda há os adoçantes contendo frutose (WAITZBERG et al., 2013).	Consome bebidas adoçadas com açúcar? Passou a consumir mais açúcar?
Sintomas depressivos	Sinais de ansiedade, tristeza, humor deprimido evidenciado por desânimo persistente, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, perda de interesse em atividades antes praticadas; mudança de apetite e de peso, insônia, dormir em excesso e perda de energia (RUTTEN et al., 2017).	Tem tido momentos como: recordar detalhes tristes, fadiga frequente, pessimismo, irritabilidade, agitação, sentimento de inutilidade ou sensação de vazio?
Desconforto	Sensação desagradável física e/ou psicológica, resultando em uma resposta natural de evitação ou redução da fonte do conforto. É identificado por auto-relato ou observação, ou medido por meio da expressão comportamental, também usada para descrever dor e agitação (ASHKENAZY; GANZ, 2019)	Tem sentido um vazio no peito, mal-estar interior ou aflição por qualquer coisa que seja?
Crenças de sono disfuncionais	Percepção inadequada do sono quanto a por ex, frequência, qualidade e rotinas de sono. Crenças e atitudes incorretas sobre o sono, o que acaba perpetuando dificuldades ao dormir (CHIMLUANG;	Tem pensado em coisas como: “Devo ter sempre oito horas de sono por noite, senão certamente ficarei doente”, “Se meu sono

Fatores Relacionados	Definição conceitual	Forma como se deu a avaliação. Questionar o idoso:
	AUNGSUROCH; JITPANYA et al., 2017)	não for suficiente, minhas atividades de rotina certamente serão prejudicadas” ou “Fiquei muito agitado, não vou conseguir dormir esta noite”?
Distúrbios ambientais	Vulnerabilidade a distúrbios do sono relacionados ao estresse e crenças do sono não adaptativas, bairro barulhento (SIMONELLI et al., 2017), Exposição à luz da noite (OBAYASHI; SAEKI; KURUMATANI, 2014). Manter o quarto silencioso, escuro e em uma temperatura fresca e confortável (BREWSTER, RIEGEL, GEHRMAN, 2018)	Tem dificuldade em dormir por conta da claridade do ambiente, do barulho, do excesso de pessoas em casa ou do desconforto da cama?
Medo	Emoção induzida pela percepção ou reconhecimento de fenômenos que podem representar um perigo ou ameaça (LUCHKINA; BOLSHAKOV, 2019).	Tem sentido medo, achado que algo perigoso/ruim vai acontecer na sua vida ou da sua família?
Cochilos frequentes durante o dia	Cochilos diurnos, caracterizado por período maior que 30 minutos, ao longo da tarde até antes do anoitecer (PAVLOVA; LATREILLE, 2019).	<u>(A resposta da pergunta “G” do tópico anterior responde esta).</u>
Higiene do sono inadequada	Não cumprimento da higiene do sono, como cochilos excessivos durante o dia, consumo noturno de álcool, fumo ou cafeína, usar aparelhos eletrônicos e televisão antes de deitar e ao dormir, jantar tarde da noite (BOLLU, KAUR, 2019), exposição noturna à luz (BREWSTER; RIEGEL; GEHRMAN, 2018).	Tem tido rotina de horário para dormir e acordar? Come muito antes de dormir?

Fatores Relacionados	Definição conceitual	Forma como se deu a avaliação. Questionar o idoso:
Estilo de vida incoerente com ritmos circadianos normais	Rotina de exposição à luz e outros estímulos no período noturno. Podem causar retardamento do ritmo biológico interno, suprimir a secreção de melatonina e reduzir a sonolência noturna, desregula o ritmo biológico interno ao ritmo ambiental, e promove aumento da temperatura corporal e estimulação da atividade cerebral (OBAYASHI; SAEKI; KURUMATANI, 2014).	Fica acordado(a) de noite e dorme de dia? Troca o dia pela noite?
Baixa resiliência psicológica	Fator psicobiológico que determina a capacidade de se adaptar com sucesso a eventos estressantes. Quando este está diminuído, há aumento da vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos mentais e alta reatividade do sono (PALAGINI, et al., 2018)	Tem tido baixa capacidade em se adaptar às dificuldades e barreiras que a vida lhe traz?
Obesidade	Índice de Massa Corporal igual ou maior que 30.0 kg/m <sup>2</sup> (OMS, 2020)	O(a) senhor(a) sabe informar seu peso ou se está obeso? Obs.: fazer o IMC caso o(a) participante não sabia informar.
Estressores	Resposta fisiológica diante de uma ameaça, que perturba o equilíbrio. Os sintomas são: irritação, medo, desconforto, preocupação, angústia, frustração, indignação, nervoso e medo do sono (TAYLOR et al., 2016).	Tem vivenciado eventos ou experiências que lhe causam estresse ou aborrecimento?
Abuso de substâncias	Consumir 5 ou mais bebidas por ocasião em pelo menos 1 dia nos últimos 30 dias, estando associado a sono insatisfatório e insônia (CANHAM et al., 2015).	Tem ingerido mais bebidas alcoólicas do que antes? Com que frequência?

<b>Fatores Relacionados</b>	<b>Definição conceitual</b>	<b>Forma como se deu a avaliação. Questionar o idoso:</b>
Uso de dispositivos eletrônicos interativos	Uso de aparelhos eletrônicos ao deitar-se como fones de ouvido, notebooks e celulares (BOLLU; KAUR, 2019), assistir televisão na cama antes de dormir (AYOUB et al. 2014)	Assiste a TV, usa o celular ou outro produto eletrônico logo antes de dormir?

## APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**TÍTULO:** Eu, pesquisadora enfermeira Adriana Souza Szpalher, gostaria de convidá-lo(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: Análise do perfil epidemiológico do Diagnóstico de Enfermagem "Insônia" em idosos no Grupo Renascer.

**OBJETIVO DO ESTUDO:** este estudo propõe analisar o perfil epidemiológico do DE "Insônia", proposto pela Taxonomia da NANDA-I, em idosos assistidos em um programa de acompanhamento ambulatorial - Grupo Renascer.

**NÃO OBRIGATORIEDADE DA PARTICIPAÇÃO:** A sua participação é totalmente livre, tendo a liberdade de não participar e/ou de desistir da pesquisa a qualquer momento. O(A) senhor(a) não terá nenhum prejuízo ao seu tratamento e às consultas realizadas no Grupo Renascer e nas dependências do HUGG, sejam elas presenciais ou à distância, como está ocorrendo na atual pandemia da COVID-19. Não será solicitada nenhuma explicação quanto a sua desistência. Também é seu direito receber todas as orientações pertinentes antes, durante e após a pesquisa.

**ETAPAS DO ESTUDO:** após sua concordância verbal com este Termo, será realizado a triagem cognitiva e, de acordo com os resultados encontrados, pode ser que a pesquisadora faça contato outras vezes para preenchimento de outros instrumentos de avaliação. Esses instrumentos incluem perguntas relacionadas a sua memória, as atividades da sua rotina, filhos, estado civil, com quem mora, e sobre seu hábito de sono. A entrevista será gravada pelo celular da pesquisadora Adriana Souza Szpalher. Nenhuma informação pessoal será divulgada e o(a) senhor(a) não terá nenhum custo financeiro, pois a pesquisadora é quem lhe telefonará. Assim, precisamos que o(a) senhor(a) tenha acesso ao número de telefone cadastrado no Grupo Renascer ou outro número telefone/celular. Podemos realizar a entrevista em 3 ou em mais telefonemas, em dia e horário a serem acordados, conforme sua preferência.

**CONFIDENCIALIDADE:** É garantido o anonimato de todo o material originado das entrevistas, e em nenhum momento o seu nome ou informações pessoais serão divulgados, independente da fase em que o estudo se encontre. Os dados da pesquisa serão utilizados para publicação científica e estarão sob responsabilidade da pesquisadora que, junto com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) responsável por essa pesquisa, se compromete ao sigilo das informações. Suas respostas serão utilizadas para a dissertação de mestrado da pesquisadora e, posteriormente, para divulgação em Revistas científicas, Congressos, apresentação na UNIRIO e semelhantes, ainda assim, mantendo o anonimato anteriormente informado.

**POTENCIAIS RISCOS:** O(A) senhor(a) pode achar que determinadas perguntas lhe incomodam, porque as informações que coletamos são sobre sua vida pessoal. Assim, o(a) senhor(a) pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado, que causem constrangimento, desconforto, vergonha, ou até mesmo, cansaço e impaciência, ou que extrapolem o seu tempo disponível.

**BENEFÍCIOS:** Sua participação ajudará na realização do rastreamento da insônia e norteará intervenções de enfermagem ao público idoso, de forma acurada e com segurança. Portanto, esta pesquisa tem relevância social, tanto de forma coletiva quanto individual, no que diz respeito à saúde, autonomia do idoso, qualidade de vida e prevenção de sintomas relacionados a insônia.

**PAGAMENTOS:** O(a) senhor(a) não receberá nenhum pagamento, compensação financeira ou privilégio por participar deste estudo.

**DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:** Este Termo respeita as exigências necessárias para realização de pesquisas com seres humanos, com base na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O(A) senhor(a) recebeu este documento pelo *e-mail* mencionado durante o telefonema realizado há pouco, pois concordou com a pesquisadora Adriana Souza Szpalher, em participar do estudo. Também é seu direito receber em sua residência o Termo via postagem por Correios, custeado integralmente pela pesquisadora. Este desejo pode ser manifestado ao longo da entrevista.

Esta pesquisa está sendo realizada com os idosos cadastrados no Programa Interdisciplinar de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida do Idosos – Grupo Renascer. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) através do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), sendo a enfermeira Adriana Souza Szpalher, pesquisadora responsável, e sua orientadora, a Pro<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Priscilla Alfradique de Souza.

Por favor, contacte-nos sempre que julgar necessário pelos contatos da pesquisadora responsável e do CEP abaixo citados:

**Adriana Souza Szpalher – E-mail:** [szpalher@edu.unirio.br](mailto:szpalher@edu.unirio.br)

**Celular e Whatsapp:** (21) 9 6528-4949 (Disponível diariamente: de 2<sup>a</sup> feira à domingo)

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro -**

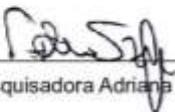
**CEP/UNIRIO:** Av. Pasteur, 296, subsolo do prédio da Nutrição - Urca, Rio de Janeiro. CEP: 22.290-240; **E-mail:** [cep@unirio.br](mailto:cep@unirio.br)

**Contato:** (21) 2542-7796 Horário de Atendimento: 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> Feira das 09h às 14h.

Declaro que este Termo foi lido pela pesquisadora e que obtive todas as informações referentes à Pesquisa. Tenho ciência de que meu consentimento será gravado e arquivado pela pesquisadora, assim como os dados por mim fornecidos. Compreendo que minha participação é voluntária, que posso desistir de participar da Pesquisa a qualquer momento

e que, mediante solicitação, a(s) gravação(ões) será(ão) descartada(s), sem prejuízo ao meu acompanhamento no Grupo ao qual faço parte. Acuso, ainda, que uma via deste Termo, assinada pela pesquisadora, pode ser entregue em minha residência, sem custos, conforme minha preferência.

Discuti a proposta da pesquisa com este participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu o conteúdo e deu seu livre consentimento em participar do estudo.

  
Assinatura (Pesquisadora Adriana Souza Szpalher)

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

**ANEXO A - Escala de Atividades Instrumentais de Vida DIÁRIA (AIVD) (SANTOS; JÚNIOR, 2008)**

ITENS	OPÇÕES	Score
<b>1) Telefone</b>	- Recebe e faz ligações sem ajuda	(3)
	- Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas	(2)
	- Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone	(1)
<b>2) Viagens</b>	- Realiza viagens sozinho(a)	(3)
	- Somente viaja quando tem companhia	(2)
	- Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	(1)
<b>3) Compras</b>	- Realiza compras, quando é fornecido transporte	(3)
	- Somente faz compras quando tem companhia	(2)
	- Não tem o hábito ou é incapaz de fazer compras	(1)
<b>4) Preparo de Refeições</b>	- Planeja e cozinha as refeições completas	(3)
	- Prepara somente pequenas refeições ou quando recebe ajuda	(2)
	- Completamente incapaz de preparar qualquer refeição	(1)
<b>5) Trabalho Doméstico</b>	- Realiza tarefas pesadas (como esfregar o chão)	(3)
	- Realiza tarefas leve, necessitando de ajuda nas pesadas	(2)
	- Não tem o hábito ou é incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico	(1)
<b>6) Medicamentos</b>	- Utiliza medicamentos sem assistência	(3)
	- Necessita de lembretes ou de alguém que os prepare	(2)
	- Completamente incapaz de tomar remédio sozinho e de controlar o seu uso	(1)
<b>7) Dinheiro</b>	- Preenche cheques e paga contas sem auxílio	(3)
	- Necessita de ajuda para uso de cheques e pagamento de contas	(2)
	- Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é completamente incapaz de administrar dinheiro, contas...	(1)
<b>TOTAL</b>		

**ANEXO B - Índice de Gravidade de Insônia (IGI) (CASTRO, 2011)**

### 3) ÍNDICE DE GRAVIDADE DE INSÔNIA

1. Por favor, avalie a gravidade da sua insônia nas duas últimas semanas, em relação a: (ESTIMULADA)

3.1a) Dificuldade em pegar no sono	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Muito grave
3.1b) Dificuldade em manter o sono	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Muito grave
3.1c) Problema de despertar muito cedo	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Muito grave

3.2-Quanto você está satisfeito ou insatisfeito com o padrão atual de seu sono? (ESTIMULADA)

<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito
---	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---

3.3-Em que medida você considera que seu problema de sono interfere nas suas atividades diurnas, por exemplo: fadiga diária, habilidade para trabalhar/ executar atividades diárias, concentração, memória, humor, etc? (ESTIMULADA)

<input type="checkbox"/> Não interfere	<input type="checkbox"/> Interfere um pouco	<input type="checkbox"/> Interfere de algum modo	<input type="checkbox"/> Interfere muito	<input type="checkbox"/> Interfere extremamente
--	---	--	--	---

3.4-Quanto você acha que os outros percebem que o seu problema de sono atrapalha sua qualidade de vida? (ESTIMULADA)

<input type="checkbox"/> Não percebem	<input type="checkbox"/> Percebem um pouco	<input type="checkbox"/> Percebem de algum modo	<input type="checkbox"/> Percebem muito	<input type="checkbox"/> Percebem extremamente
---------------------------------------	--	---	---	--

3.5-O quanto você está preocupado/ estressado com o seu problema de sono? (ESTIMULADA)

<input type="checkbox"/> Não estou preocupado	<input type="checkbox"/> Um pouco preocupado	<input type="checkbox"/> De algum modo preocupado	<input type="checkbox"/> Muito preocupado	<input type="checkbox"/> Extremamente preocupado
---	--	---	---	--

**Pontuação:**

- Ausência de insônia significativa **(0-7)**
- Limite inferior para insônia **(8-14)**
- Insônia clínica moderada **(15-21)**
- Insônia clínica grave **(22-28)**

**ANEXO C - Carta de anuência do Programa Interdisciplinar de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida do Idoso – Grupo Renascer**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF  
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM



Carta de Anuência

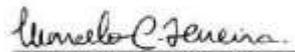
Declaramos que o Programa Interdisciplinar de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida do Idoso – Grupo Renascer, está de acordo com a execução do projeto de pesquisa **Análise do perfil epidemiológico do Diagnóstico de Enfermagem Insônia em idosos no Grupo Renascer**, referente ao trabalho de dissertação de mestrado acadêmico da mestranda Adriana Souza Szpalher (CPF 133.422.337-88), do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Tem como Objetivo Geral: Analisar a prevalência do DE “Insônia”, proposto pela Taxonomia da NANDA-I, em idosos assistidos em um programa de acompanhamento ambulatorial - Grupo Renascer.

O estudo é coordenado pela Pro<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Priscilla Alfradique de Souza - Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica DEMC/EEAP/UNIRIO, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento do referido projeto de pesquisa neste Programa durante a realização da mesma.

Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 25 de novembro de 2020

  
**Marcelo Castanheira Ferreira**  
Coordenador do Programa  
Escola de Nutrição/UNIRIO

  
**Dr<sup>a</sup> Priscilla Alfradique de Souza**  
Professora Adjunto DEMC/EEAP/UNIRIO  
Orientadora da Pesquisa

  
**Adriana Souza Szpalher**  
Mestranda em enfermagem  
Pesquisadora

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Análise do perfil epidemiológico do Diagnóstico de Enfermagem Insônia em idosos no Grupo Renascer

**Pesquisador:** Adriana Souza Szpalher

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40801420.4.0000.5285

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

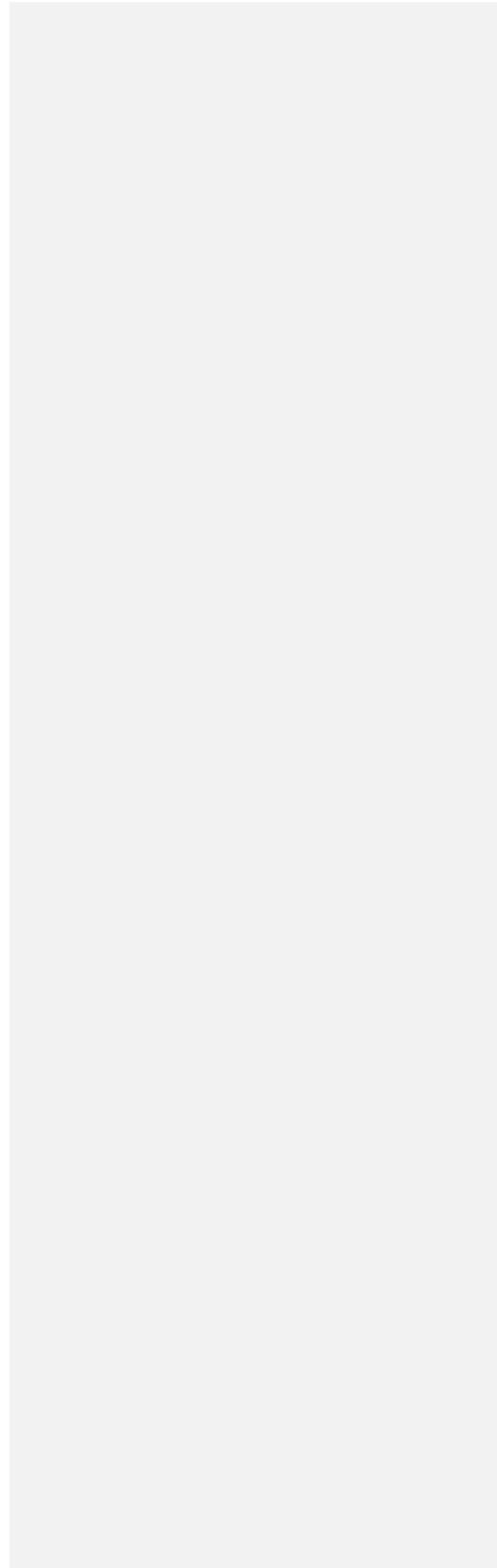
**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.453.726

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de estudo epidemiológico, transversal, com análise de prevalência, do tipo descritivo, inferencial e abordagem quantitativa. Será recrutada amostra (n=132) de idosos participantes do Programa Interdisciplinar de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida do Idoso – Grupo Renascer, do Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle (HUGG), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Para a coleta de dados, será adotada a estratégia de teleconsulta de enfermagem. Visando a aquisição dos contatos telefônicos dos idosos acompanhados pelo Grupo Renascer, será realizada uma consulta à planilha eletrônica em Excel® que reúne o nome completo, a data de nascimento e contato telefônico dos idosos. Essa planilha foi elaborada pela Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Drª Priscilla Alfradique de Souza, durante o período de março à outubro de 2020. Na teleconsulta, serão adotados os instrumentos para a triagem cognitiva (Teste de Evocação de Palavras e escala Atividades Instrumentais da Vida Diária); para os aptos na triagem cognitiva, serão aplicados o Roteiro do Formulário para pesquisa da insônia e escala Índice de Gravidade de Insônia. Propõe-se dividir a coleta de dados em 03 telefonemas, podendo ser em mais vezes, de acordo com a disponibilidade do participante. Todas as ligações serão gravadas com auxílio do aplicativo gratuito para celular Call Recorder®; e salvas em pasta no serviço de armazenamento e sincronização virtual de arquivos desenvolvido pelo Google, o Google Drive, para posterior análise dos dados e para comprovação da participação voluntária. Essas serão acessadas somente pela pesquisadora

Endereço: Av. Pasteur, 296  
Bairro: Urca CEP: 22.290-240  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cesp@unirio.br



UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO 

Continuação do Parecer: 4.453.728

responsável e sua orientadora.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral: Analisar o perfil epidemiológico do DE "Insônia", proposto pela Taxonomia da NANDA-I, em idosos assistidos em um programa de acompanhamento ambulatorial - Grupo Renascer.

**Objetivos Específicos:**

- 1) Identificar o perfil dos idosos, assistidos em um programa de acompanhamento ambulatorial, que apresentam o DE "Insônia";
- 2) Analisar as CD e os FR apresentados pelos idosos, assistidos em um programa de acompanhamento ambulatorial, que apresentam o DE "Insônia";
- 3) Identificar as variáveis associadas à prevalência do DE "Insônia", proposto pela Taxonomia da NANDA-I, em idosos assistidos em um programa de acompanhamento ambulatorial.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Esta pesquisa envolverá aplicação de instrumentos por meio de teleconsulta de enfermagem, envolvendo os riscos: quebra de sigilo/anonimato; constrangimento ao se expor diante das perguntas; desconforto, vergonha, aborrecimento e/ou cansaço em responder aos instrumentos; dificuldade de compreensão. Além dos já citados, a desregulação da rotina pessoal de vida e de atividades; baixa autoestima provocada pela lembrança de memórias sobre questões relacionadas a insônia, à tristeza ou outros sentimentos; mudanças na visão de cuidado, de mundo e de comportamentos; dúvidas por parte dos familiares acerca da intervenção podem estar presentes. Assim, os riscos às dimensões intelectual, social, psicológica, familiar e cultural estão presentes neste estudo. Este estudo não envolve grandes riscos como uso de radiologia, medicamentos, produtos biológicos ou procedimentos cirúrgicos. Não haverá coleta de amostras biológicas ou químicas. Assim, os riscos menores são possíveis, e serão respeitados os preceitos exigidos para a manutenção da privacidade dos participantes.

No TCLE, o participante será notificado sobre os riscos: O(A) senhor(a) pode achar que determinadas perguntas lhe incomodam, porque as informações que coletamos são sobre sua vida pessoal. Assim, o(a) senhor(a) pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado, que causem constrangimento, desconforto, vergonha, ou até mesmo, cansaço e impaciência, ou que extrapolem o seu tempo disponível.

Endereço: Av. Pasteur, 296  
 Bairro: Urca CEP: 22.290-240  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cnp@unirio.br

**UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 4.453.726

**Benefícios**

No médio prazo; espera-se que este estudo auxilie enfermeiros no campo profissional nacional e nos atendimentos realizados pelo Grupo Renascer, na identificação da insônia, na aplicação das intervenções de enfermagem com acurácia, e utilização segura do processo de enfermagem, buscando promover qualidade de vida, independência aos idosos e melhora dos problemas relacionados à insônia. Destaca-se, também, a contribuição para a comunidade científica internacional, visto que a análise estatística dos Indicadores Diagnósticos da insônia poderá ser objeto de atualização das Taxonomias de enfermagem. Ao longo prazo: os distúrbios de sono como a insônia são um problema real na população idosa. Diante do fenômeno nacional de envelhecimento e de aumento da população idosa, espera-se que o estudo auxilie na promoção do envelhecimento saudável, visando a melhora do sono nos idosos e diminuição de custos na saúde pública.

No TCLE, o participante será notificado sobre os benefícios:

Sua participação ajudará na realização do rastreamento da insônia e norteará intervenções de enfermagem ao público idoso, de forma acurada e com segurança. Portanto, esta pesquisa tem relevância social, tanto de forma coletiva quanto individual, no que diz respeito à saúde, autonomia do idoso, qualidade de vida e prevenção de sintomas relacionados a insônia.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está muito bem estruturada e a pesquisadora demonstra conhecimento em relação ao grupo a ser pesquisado, tendo tomado todos os cuidados éticos necessários. Os idosos já estão cadastrados em uma atividade de extensão (Grupo Renascer) e a pesquisadora deixa claro os métodos de abordagem para a efetivação da pesquisa, a ser realizada por ligação telefônica. No primeiro telefonema será explicado ao participante do que se trata a pesquisa, esclarecendo que ele pode aceitar ou, se preferir, não participar da pesquisa. Além disso, o TCLE será enviado na forma que o participante solicitar (por correio ou deixado na portaria, por exemplo). O instrumento de coleta (perguntas das entrevistas) é claro e não contém perguntas invasivas. A pesquisa tem relevância por procurar meios de favorecer o envelhecimento de forma saudável, além de proporcionar apoio aos idosos do grupo Renascer.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Endereço: Av. Pasteur, 296  
 Bairro: Ulica CEP: 22.290-340  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: 0212542-7796 E-mail: cnp@unirio.br

UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO 

Continuação do Parecer: 4-453-726

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezada Pesquisadora,

Por favor, não esqueça de inserir os relatórios parcial e final da pesquisa na Plataforma Brasil na parte de notificação (icone à direita da tela, na linha do título do projeto).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1673179.pdf	04/12/2020 16:04:22		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso.pdf	04/12/2020 16:03:31	Adriana Souza Szpalher	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	04/12/2020 15:59:15	Adriana Souza Szpalher	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/12/2020 14:52:59	Adriana Souza Szpalher	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	04/12/2020 14:29:41	Adriana Souza Szpalher	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	04/12/2020 13:07:22	Adriana Souza Szpalher	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/12/2020 12:35:41	Adriana Souza Szpalher	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	04/12/2020 12:27:52	Adriana Souza Szpalher	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Pasteur, 206  
Bairro: Urca CEP: 22.290-240  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2542-7706 E-mail: cep@unirio.br

UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO 

Continuação do Parecer: 4.463.720

RIO DE JANEIRO, 10 de Dezembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Rosane Mello**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Pasteur, 296  
Bairro: Urca CEP: 22.290-240  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2542-7796 E-mail: osp@unirio.br



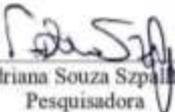
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO**  
**TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO**

Eu, **Adriana Souza Szpalher**, portadora do RG nº 23.842.348-7, e portadora do CPF nº 133.422.337-88, e vinculada a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, assumo o compromisso com o Programa/Instituição, a realizar a pesquisa sob o título de “Análise do perfil epidemiológico do Diagnóstico de Enfermagem Insônia em idosos no Grupo Renascer”. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento.

Ressaltamos ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 29 de novembro de 2020

  
Adriana Souza Szpalher  
Pesquisadora

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO  
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.  
Telefones: 21- 2542 7796 E-mail: [cep@unirio.br](mailto:cep@unirio.br)