



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica**
Relatório de Estágio

**Promoção do sono na pessoa com multimorbilidade
hospitalizada: uma intervenção de enfermagem especializada**
Promotion of Sleep in Hospitalized Patients with Multimorbidity: A Specialized
Nursing Intervention

Sílvia Caldeira Mendonça



**Lisboa
2024**



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica**
Relatório de Estágio

**Promoção do sono na pessoa com multimorbilidade
hospitalizada: uma intervenção de enfermagem especializada**
Promotion of Sleep in Hospitalized Patients with Multimorbidity: A Specialized
Nursing Intervention

Sílvia Caldeira Mendonça

Orientadora: Helga Marília da Silva Rafael Henriques



Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*Whatever
you can do,
or dream you can,
begin it.*

*Boldness has
genius, power
and magic in it.*

by

Johann Wolfgang von Goethe

AGRADECIMENTOS

À professora doutora Helga Rafael pela dedicação, disponibilidade e por acreditar em mim e incentivar-me a fazer sempre mais e melhor.

Aos meus orientadores clínicos, pelo envolvimento no meu processo de aprendizagem e por serem uma inspiração pela dedicação e humanidade com que prestam cuidados.

Aos meus amigos e colegas de trabalho que acreditaram neste projeto e me deram apoio.

Por fim, e não menos importante, à minha família, em particular à minha mãe, por ser um exemplo de força; ao meu namorado, por estar sempre ao meu lado; aos meus sogros, pela generosidade que demonstraram; e aos meus animais de estimação, Luna e *Peanut*, pelo afeto incondicional.

Esta jornada não teria sido igual sem vocês.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CCI – *Charlson Comorbidity Index*

CIDNUR – Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa

COM-B – *Capability, Opportunity, Motivation - Behavior*

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEMC - Enfermeiro Especialista em Médico Cirúrgica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESS - *Epworth Sleepiness Scale*

HDP – Hospital de Dia de Pneumologia

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICSD – *International Classification of Sleep Disorders*

NREM – *Non-rapid eye movement*

PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PICo – População Interesse Contexto

PSC – Pessoa em Situação Crónica

PSQI - *Pittsburgh Sleep Quality Index*

REM – *Rapid eye movement*

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

TCM - Técnicas de Mudança Comportamental

ULS - Unidade Local de Saúde

VNI - Ventilação Não Invasiva

RESUMO

No âmbito do curso de mestrado em enfermagem em médico cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (PSC) foi realizado estágio e relatório clínico tendo como principal objetivo o desenvolvimento de competências do enfermeiro mestre e Enfermeiro Especialista em Médico Cirúrgica (EEMC) à PSC. No decorrer do desenvolvimento de competências foi dado especial enfoque na promoção do sono da pessoa adulta e idosa hospitalizada atendendo que o sono de baixa qualidade apresenta uma alta incidência na população portuguesa e uma forte associação às pessoas com doença crónica.

O relatório clínico é fundamentado na metodologia de projeto e no modelo conceptual do conhecimento à ação. Alinhado com o processo de criação do conhecimento integrei-me no projeto de investigação id.Care, registado no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR) e procedi a uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) que tem como questão de investigação PICO, “Que intervenções o enfermeiro pode implementar para promover o sono na pessoa adulta e idosa hospitalizada?”. As intervenções identificadas através desta RIL foram, por conseguinte, implementadas nos diversos contextos clínicos de estágio onde desenvolvi a minha intervenção especializada alicerçada na teoria de enfermagem dos cuidados fundamentais.

Desenvolveu-se uma atitude reflexiva ao longo do percurso, permitindo o desenvolvimento de novas aprendizagens profissionais. Este percurso foi baseado nas melhores evidências científicas e envolveu a integração em um grupo de investigação, a realização e a participação em formações, a gestão e a prestação de cuidados especializados que promoveram uma melhor adaptação da pessoa e de sua família/cuidador à doença crónica, com foco na melhoria da qualidade do sono.

Palavras-chave: Enfermagem; Hospital; Multimorbilidades; Sono.

ABSTRACT

As part of the master's degree in medical and Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Chronic Situations (PCS), an internship and clinical report were carried out with the main objective of developing the skills of the master nurse and Specialist Nurse in Medical and Surgical (SNMC) for PCS. During the development of skills, special focus was given to promoting sleep in hospitalized adults and elderly people, given that poor quality sleep has a high incidence in the Portuguese population and is strongly associated with people with chronic diseases.

The clinical report is based on the project methodology and the conceptual model of knowledge into action. In line with the knowledge creation process, I joined the id.Care research project, registered at the Center for Research, Innovation and Development in Nursing in Lisbon (CRIDNL) and carried out an Integrative Literature Review (ILR) with the research question PICO, "What interventions can nurses implement to promote sleep in hospitalized adults and elderly people?". Therefore, the interventions identified through this ILR were implemented in the various clinical internship contexts where I developed my specialized intervention based on the nursing theory of fundamental care.

A reflective attitude was developed throughout the course, allowing the development of new professional learning. This course was based on the best scientific evidence and involved integration into a research group, carrying out and participating in training, managing, and providing specialized care that promoted better adaptation of the person and their family/caregiver to the chronic disease, with a focus on improving sleep quality.

Keywords: Nursing; Hospital; Multimorbidity; Sleep.

Índice

Introdução.....	18
CAPÍTULO I: Enquadramento Teórico	22
1.1 O sono da pessoa com multimorbilidade hospitalizada	22
1.2 Sono como fator protetor da saúde.....	23
1.2.1 Sono e as suas funções	23
1.2.2 Fisiologia do sono	24
1.2.3 Distúrbios do sono	24
1.2.4 Exames complementares de diagnóstico.....	25
1.3 Promoção do sono enquanto cuidado fundamental.....	25
CAPÍTULO II: Metodologia.....	29
CAPÍTULO III: Análise do Percurso de Desenvolvimento de Competências.....	32
3.1 Caracterização dos contextos de estágio	32
3.2 Reflexão sobre as competências desenvolvidas: Hospital de dia de pneumologia	34
3.3 Reflexão sobre as competências desenvolvidas: Internamentos	42
3.4 Reflexão sobre as competências desenvolvidas no âmbito da investigação e divulgação científica	58
Conclusão	67
Referências Bibliográficas.....	69
APÊNDICES	
Apêndice I – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura submetido no PROSPERO	
Apêndice II – Objetivos e cronogramas de atividades dos contextos clínicos	
Apêndice III – Reflexão de Donald Schön	
Apêndice IV – Instrumentos de avaliação no <i>layout</i> institucional	
Apêndice V - Procedimento Setorial: Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a ventilação não invasiva	
Apêndice VI – Categorias e subcategorias de intervenções de enfermagem promotoras do sono em internamentos hospitalares	
Apêndice VII – Formação em serviço: Promoção do sono na pessoa com multimorbilidade hospitalizada no serviço de pneumologia	

Apêndice VIII – Instrumento de avaliação da formação

Apêndice IX – Comunicação livre no 3º *Webinar* Nacional e 1º *Webinar* Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso – ESEL

Apêndice X – E-poster apresentado no *eSleep Europe Virtual Congress*

Apêndice XI – Submissão do manuscrito na revista *International Nursing Review*

Apêndice XII – Consentimento informado, livre e esclarecido

Apêndice XIII – Resultados do estudo de investigação “O efeito de uma intervenção do som na melhoria da qualidade do sono na pessoa com multimorbilidades internada”

ANEXOS

Anexo I – Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica e competências comuns do enfermeiro especialista

Anexo II – Certificado de comunicação livre

Anexo III – Certificado de participação nas 3as Jornadas do Sono CUF

Anexo IV – Certificado de participação no *eSleep Europe Virtual Congress 2023*

Anexo V – Certificado de conclusão do curso de Suporte Avançado de Vida

Anexo VI – Autorização da Comissão de Ética

Anexo VII - Autorização para a utilização dos instrumentos de avaliação (ESS e PSQI) no âmbito da investigação

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (PSC) emerge o presente relatório de estágio que tem como temática a “Promoção do sono na pessoa com multimorbilidade hospitalizada: intervenção de enfermagem especializada”.

O sono surge como um fenómeno do meu interesse visto ter uma forte influência na recuperação do cliente internado e ser pouco valorizado e pouco compreendido pelos profissionais de saúde (Khater, Masha'al & al-Sayaheen, 2019; Távora, Silva, Alves, Fonseca & Paiva, 2022). A saúde do sono é entendida como sendo “um padrão multidimensional de sono-vigília, adaptado às exigências individuais, sociais e ambientais, que promove o bem-estar físico e mental” (Buysse, 2014, p. 12).

Para se manter uma boa saúde física e mental e uma boa qualidade de vida é necessário um sono de qualidade (Chattu et al., 2019). Contudo, constata-se que o sono insuficiente é um problema generalizado e proeminente na sociedade moderna (Chattu et al., 2019) e trata-se de um potencial problema de saúde pública (Zomers et al., 2017). Do que é do nosso conhecimento, não existe evidência recente disponível relativa à prevalência de perturbações do sono na população portuguesa. O último estudo demonstra que 19% dos inquiridos em 1999 e em 2004 apresentam dificuldade em adormecer frequentemente/sempre. Já 45% e 71% dos inquiridos, em 1999 e em 2004, respetivamente, referiram acordar durante a noite mais de uma vez por semana (Paixão et al., 2006). Alguns estudos mostram que a prevalência de problemas de sono na população geral pode variar entre 17% (Zomers et al., 2017) e 32% (Kerkhof, 2017), podendo atingir cerca de 60% das pessoas hospitalizadas (Jolfaei et al., 2014). Deste modo o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 considera as patologias do sono e comorbilidades problemas de saúde específicos percecionadas como prioritários (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022). Organizações como a *American Academy of Sleep Medicine*, *European Sleep Research Society* e a *World Sleep Society* têm o propósito comum de promover o progresso

do conhecimento sobre as várias vertentes do sono através da investigação e disseminação de informação o que permite melhorar os cuidados de saúde prestados.

As pessoas adultas e idosas hospitalizadas com multimorbilidades representam a maioria das pessoas hospitalizadas (Romana et al., 2019a) e, pela presença de várias doenças crónicas em concomitância, apresentam necessidades de saúde acrescidas (Romana et al., 2019b). De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico e o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas (2021) “em 2019, 41 % dos portugueses com idade igual ou superior a 16 anos comunicaram sofrer de pelo menos uma doença crónica” (p. 5). A expectativa de vida da pessoa com multimorbilidade é reduzida em média 1,8 anos por cada condição crónica (DuGoff et al., 2014) e estima-se que 81% desta população vivência em média os últimos 5,2 anos de vida com incapacidade (Rizzuto et al., 2017). Na população idosa, a multimorbilidade é a regra e não a exceção (Broeiro, 2015) o que acarreta elevados custos no setor da saúde.

Em contexto hospitalar a pessoa internada apresenta frequentemente má qualidade de sono (Burger et al., 2022, Jolfaei et al., 2014) que está associada a uma ampla gama de efeitos adversos na sua saúde (Gao et al., 2022). Segundo Burger et al. (2022) é necessário compreender os determinantes associados à qualidade do sono em pessoas hospitalizadas, incluindo os fatores do cliente, socioculturais e ambientais. Posteriormente, podem ser planeadas intervenções, visando otimizar a qualidade do sono da pessoa e permitir a sua recuperação (Burger et al., 2022; Távora et al., 2022). No entanto, segundo Khater et al. (2019) os enfermeiros não têm uma compreensão suficientemente abrangente da fisiologia do sono, da avaliação e das intervenções necessárias para promover um sono de qualidade e os próprios clientes muitas vezes desvalorizam e não reportam as alterações do seu sono.

Verifica-se, ainda, que os programas desenvolvidos com foco na saúde do sono têm sido escassos sendo necessário um amplo apoio para promover a educação sobre o sono, melhorar a identificação de distúrbios do sono, otimizar as condições de sono para o cliente internado e expandir a investigação sobre a saúde do sono (Ramar et al., 2021). São identificadas como algumas das áreas por investigar as intervenções promotoras da qualidade de sono na pessoa idosa (Martins da Silva et al., 2020) e o impacto da hospitalização no sono e nos ritmos circadianos (Ritkala-Castren et al., 2022).

Atendendo que a multimorbilidade está associada a uma elevada utilização e custos dos cuidados de saúde (Bähler et al. 2015) e o sono de baixa qualidade apresenta uma alta incidência na população portuguesa e uma forte associação às pessoas com doença crónica (Reis et al., 2018) torna-se necessária a intervenção do Enfermeiro Especialista em Médico Cirúrgica (EEMC) à PSC. O EEMC à PSC “cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica” e “maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19368-19369) em complementaridade com as competências comuns do enfermeiro especialista no âmbito da “responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). Estas competências tornam o enfermeiro especialista mais capacitado na promoção da satisfação, da saúde e do bem-estar do cliente e na prevenção de complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Esta intervenção alicerçada na teoria de enfermagem dos cuidados fundamentais desenvolvida por Alison Kitson permite destacar o sono e o descanso como elementos do cuidar essenciais na satisfação das necessidades únicas de cuidado e segurança dos clientes (Kitson, 2018).

Tendo por base o modelo de Dreyfus, adaptado por Patricia Benner (2001) tenho como principal objetivo desenvolver competências como mestre e especialista em Médico Cirúrgica no cuidado à PSC, com especial enfoque na promoção do sono da pessoa adulta e idosa hospitalizada com multimorbilidade.

O desenho do relatório de estágio é fundamentado na metodologia de projeto de Ruivo e Ferrito (2010) e no modelo conceptual do conhecimento à ação de Graham et al. (2006). No primeiro capítulo, começo por realizar um enquadramento teórico, abordando temas como o sono da pessoa com multimorbilidade hospitalizada, o sono como fator protetor da saúde e a promoção do sono enquanto cuidado fundamental. No segundo capítulo descrevo a metodologia adotada. O terceiro capítulo é dedicado à análise do percurso de desenvolvimento de competências nos seguintes contextos: Hospital de dia de pneumologia; internamento de medicina; internamento de pneumologia. No quarto capítulo são contempladas as atividades no âmbito da investigação e divulgação científica. Por fim, apresento as considerações finais.

Este trabalho rege-se pelas normas de elaboração de trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), estando a referência bibliográfica conforme a norma da American Psychological Association (American Psychological Association, 2020).

CAPÍTULO I: Enquadramento Teórico

Neste capítulo é explorada a complexidade da temática em questão. Este está dividido em três partes: Na primeira parte relaciona-se o sono da pessoa hospitalizada com a multimorbilidade; na segunda parte clarifica-se o conceito de sono, as suas funções, a sua fisiologia, a classificação dos distúrbios de sono e os meios de diagnóstico existentes; na terceira parte a promoção do sono é abordado à luz da teoria dos cuidados fundamentais e são descritas as intervenções promotoras do sono.

1.1 O sono da pessoa com multimorbilidade hospitalizada

A multimorbilidade é definida habitualmente na literatura pela presença de duas ou mais doenças crónicas na mesma pessoa (Romana et al., 2019b). Já a doença crónica é, por sua vez, “um termo abrangente que inclui doenças prolongadas, que estão associadas a um variável grau de incapacidade e que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, são de longa duração e geralmente de progressão lenta” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19368).

Em Portugal a multimorbilidade atinge 38,3% da população com 25 - 74 anos (Romana et al., 2019b). A gestão do cuidado a esta população é complexa visto apresentarem maior necessidade de cuidados (Romana et al. 2019a) e 14,6 vezes mais risco de hospitalização o que implica gastos elevados para a saúde (Romana et. al, 2019a). A hospitalização é, por sua vez, um acontecimento que marca profundamente e produz perceções únicas e carregadas de sentido (Santos, Santos & Melo, 2020). Com a hospitalização a pessoa começa na ótica da teoria das transições de Meleis uma transição situacional.

Como consequência deste processo de mudança muitos clientes apresentam distúrbios do sono e uma qualidade reduzida do sono (Gellerstedt, Medin & Karlsson, 2014). Os principais fatores externos para a má qualidade do sono em contexto de internamento foram relacionados à presença de outros clientes (nova admissão, descompensação aguda, delirium e ronco), seguidos de equipamentos, ruído da equipa,

presença de luz durante a noite (Alves et al, 2023; Bernhofer et al., 2014; Veale et al., 2020), a observação intermitente durante o período noturno visto ter impacto negativo na sensação de privacidade (Veale et al., 2020) e a falta de exposição adequada de luz solar (Martins da Silva et al., 2020). Veio-se a confirmar que os níveis de ruído detetados nas enfermarias são superiores aos níveis recomendados pela Organização Mundial de Saúde (Alves et al., 2023) e uma das principais fontes de ruído percebidos pelos clientes são as pessoas com quem compartilham o mesmo quarto (Park et al., 2014).

Já alguns dos fatores intrínsecos ao cliente mais descritos foram a dor ou outros sintomas associados à doença, a ansiedade (Manian & Manian, 2015; Ritmala-Castren et al., 2022), a depressão (Martins da Silva et al., 2020), o medo e a preocupação (Ritmala-Castren et al., 2022), o *stress*, as perturbações de sono pré-existentes (Bellon et al., 2021), a idade e a terapêutica indutora do sono (Távora et al., 2022)

Os distúrbios do sono podem aumentar o risco de várias doenças médicas e psiquiátricas (Martins da Silva et al., 2020). Um sono de má qualidade reduz a qualidade de vida e está associado ao aumento de risco de cancro (Mogavero et al., 2021), doenças cardiovasculares, diabetes, ganho de peso, obesidade, acidentes, quedas, irritabilidade, cansaço, perturbações psicomotoras e psiquiátricas, morbidade e mortalidade, declínio cognitivo (Canas-Simião & Clara, 2023; Cruz et al., 2022; Grandner et al., 2019; Jolfaei et al., 2014) e suicídio (Veale et al., 2020).

1.2 Sono como fator protetor da saúde

1.2.1 Sono e as suas funções

O sono é essencialmente “um processo fisiológico recorrente, integrado num ritmo biológico circadiano, em que ocorre uma alteração temporária e reversível do estado de consciência, das funções cognitivas, da atividade muscular e da sensibilidade aos estímulos ambientais” (Canas-Simião & Clara, 2023, p.9).

O sono permite o controlo e a regulação na manutenção da qualidade da vigília, do anabolismo; da temperatura corporal, da função cerebral, do sistema cardiovascular, do sistema imunitário e da resposta metabólica e hormonal (Canas-Simião & Clara, 2023;

Medic et al., 2017). No que diz respeito à duração ideal do sono os adultos devem dormir 7 a 9 horas por noite regularmente para promover a saúde ideal (Watson et al., 2015).

1.2.2 Fisiologia do sono

O ser humano apresenta três estados de consciência: i) vigília; ii) sono REM (*Rapid Eye Movement*); iii) sono NREM (*Non-Rapid Eye Movement*). O sono apresenta dois estados distintos essenciais REM e NREM (Parreira & Peralta, 2023). O sono NREM é constituído por três fases – N1, N2, N3 – que são nesta ordem períodos de sono progressivamente mais profundos. É um sono sincronizado no qual decorre ativação parassimpática predominante, diminuição da temperatura corporal e produção de *Growth Hormone*, *Thyroid Stimulating Hormone* e prolactina (Canas-Simião & Clara, 2023). Aproximadamente a cada 90 minutos ocorre uma mudança do padrão NREM para o REM, ciclo este que se repete por 4 a 6 vezes numa noite (Coutinho & Chagas, 2014). O sono REM é dessincronizado e de período curto. Durante este período o cérebro torna-se eletricamente ativo e o fluxo cerebral aumenta e decorre ativação simpática predominante, grande variabilidade da frequência cardíaca, respiratória e tensão arterial, aumento da temperatura central, aumento da produção de testosterona, diminuição da produção de prolactina e atonia muscular completa (Canas-Simião & Clara, 2023; Coutinho & Chagas, 2014).

No que diz respeito às estruturas envolvidas no ciclo sono-vigília pode-se dizer que hipotálamo é a estrutura chave em associação a outras presentes no tronco cerebral (Coutinho & Chagas, 2014). A transição entre os três estados é coordenada por um circuito que envolve múltiplos sistemas de neurotransmissores que controlam o estado de consciência. A necessidade do sono é regulada por fatores circadianos e homeostáticos enquanto mecanismos adaptativos que coordenam o sono e a vigília de acordo com o ambiente e as necessidades do indivíduo e as hormonas envolvidas na regulação sono-vigília facilitam a regulação circadiana dos biorritmos (Parreira & Peralta, 2023).

1.2.3 Distúrbios do sono

A classificação das doenças do sono é, atualmente, realizada tendo por base um sistema de codificação, *International Classification of Sleep Disorders* (ICSD), criada pela AASM o que permite uma linguagem comum no cuidado ao cliente e na investigação. No manual ICSD-3 são definidas como categorias dos principais grupos de distúrbios do sono as insónias, as alterações respiratórias, as hipersónias centrais, as alterações do ritmo circadiano, as parassónias e os movimentos anormais. Dos vários distúrbios do sono destacam-se a insónia crónica e a Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) como as mais frequentes (Moita & Pinto, 2023).

Numa amostra representativa da população da Holanda a prevalência pontual de um distúrbio geral do sono foi calculada como 32,1%, enquanto as taxas de prevalência dos seis principais distúrbios específicos do sono variaram entre 5,3% e 12,5% (Kerkhof, 2017). Noutro estudo também desenvolvido na Holanda entre 1987 e 2012 demonstrou-se que mais de um sexto de uma população de 3695 adultos desenvolveu um sono com uma duração ≤ 6 horas (Zomers et al., 2017). Relativos aos clientes hospitalizados demonstrou-se que cerca de 60% sofrem de problemas do sono (Jolfaei et al., 2014).

1.2.4 Exames complementares de diagnóstico

A polissonografia é o exame *gold standard* para avaliar o sono e pode incluir vídeo, eletroencefalograma, monitorização dos movimentos oculares com eletro-oculograma, do mento e dos membros inferiores, parâmetros de fluxo de ar, parâmetros de esforço respiratório, saturação periférica de oxigénio e posição corporal. Para além deste exame existe o Teste de Latências Múltiplas do Sono que permite a quantificação da sonolência, o Teste de Manutenção da Vigília que avalia a capacidade de um indivíduo se manter acordado em situações monótonas e a actigrafia que permite a determinação do movimento e do repouso em períodos prolongados. Dependendo da hipótese diagnóstica poderão ser solicitadas análises laboratoriais e outros exames complementares (Franco & Peralta, 2023).

1.3 Promoção do sono enquanto cuidado fundamental

A prática de cuidados deverá ter por base uma teoria de enfermagem que forneça formas coerentes de ver e abordar o cuidado às pessoas (Parker & Smith, 2015). Dito isto escolhi a teoria de enfermagem “Os cuidados fundamentais” de Alison Kitson para guiar a minha prática na promoção do sono na pessoa com multimorbilidade hospitalizada visto ser uma “teoria pragmática que explica, orienta e potencialmente prevê a prática em torno dos cuidados fundamentais centrados na pessoa” (Kitson, 2018, p. 100-101).

O cuidado fundamental é o conceito chave desta teoria e diz respeito aos cuidados de enfermagem prestados no âmbito da nutrição, hidratação, higiene pessoal, sono, descanso entre outros (Kitson et al., 2013). São cuidados que permitem satisfazer as necessidades humanas fundamentais “envolvendo a integração dos aspetos físicos, psicossociais e relacionais que são exigidos (...) em qualquer ambiente de cuidado (...)” (Kitson, 2018, p. 102). Contudo existe evidência crescente que os enfermeiros não têm sido capazes de fornecer estes cuidados com a consistência necessária (Kitson et al., 2013). Contextualizando com a temática deste projeto é possível identificar a promoção do sono como um cuidado fundamental pouco visível.

O esquema sobre os cuidados fundamentais propõe uma nova visão para os profissionais de enfermagem sobre a sua abordagem. O esquema compreende três dimensões inter-relacionadas: a relação, o cuidado fundamental integrado e o contexto (Kitson, 2018). A relação enfermeira-cliente é o núcleo do esquema e a base sobre a qual o cuidado fundamental de alta qualidade é construído. De acordo com o esquema esta relação requer cinco elementos: “desenvolver confiança com o cliente, focar e dar atenção total ao cliente, antecipar suas necessidades, conhecer o suficiente sobre o cliente para agir adequadamente e avaliar a qualidade do atendimento.” (Kitson, 2018, p. 101). A segunda dimensão foca-se na abordagem das necessidades dos cuidados fundamentais individuais dos clientes e a importância da relação enfermeiro-cliente na identificação e gestão destas necessidades complexas. A dimensão final refere-se ao contexto do cuidado no qual o enfermeiro que presta cuidados fundamentais precisará ter a capacidade de descobrir quais os recursos (físicos e humanos) necessários, a cultura predominante da instituição e se a liderança de enfermagem apoia uma abordagem de cuidados centrada na pessoa (Kitson, 2018).

As intervenções promotoras do sono podem abranger três dimensões - física, relacional e psicossocial - estabelecendo uma abordagem holística alinhada com os princípios da Teoria dos Cuidados Fundamentais (Kitson, 2018).

A dimensão física contempla o controlo ambiental que visa criar um ambiente confortável propício ao sono (Liu et al., 2020; Ritmala-Castren et al., 2022; Xu et al., 2021), reconhecendo a importância do controlo de fatores como o ruído (Ho et al., 2021; Khater et al., 2019; Ritmala-Castren et al., 2022), a temperatura (Ritmala-Castren et al., 2022; Khater et al., 2019) e a iluminação (Ho et al., 2021; Khater et al., 2019; Lin et al., 2021; Ritmala-Castren et al., 2022). Já o planeamento de atividades diárias concentra-se em estabelecer rotinas que contribuem para a regulação do ciclo sono-vigília (Khater et al., 2019; Li et al., 2020; Liu et al., 2020; Xu et al., 2021). A gestão de sintomas físicos, como a dor (Deng, 2019; Jamshidi et al., 2020; Khater et al., 2019; Li et al., 2020; Xu et al., 2021) e o desconforto físico (Khater et al., 2019; Ritmala-Castren et al., 2022) também é essencial para melhorar a qualidade do descanso durante a hospitalização. As intervenções dietéticas consistem em fornecer orientações sobre hábitos alimentares que possam influenciar positivamente a qualidade do sono (Godos et al., 2021; Khater et al., 2019; Li et al., 2020; Liu et al., 2020). As intervenções sensoriais, como aromaterapia (You et al., 2022; Shady et al., 2019), musicoterapia (Afshar et al., 2016; Dickson & Schubert, 2019; Gong et al., 2020; Li et al., 2020; Yoon & Baek, 2022;) e técnicas de toque (Erfina et al., 2022; Khater et al., 2019; Xu et al., 2021), podem induzir o relaxamento e contribuir para o alívio de sintomas físicos/ emocionais e indução do sono (Erfina et al., 2022; Gong et al., 2020; Khater et al., 2019; Li et al., 2020; Shady et al., 2019; You et al., 2022).

No âmbito relacional, é necessário a aplicação de técnicas de comunicação empática (Khater et al., 2019), conforme preconizado pela Teoria de Kitson, para estabelecer uma relação de confiança com o cliente, encorajando-o a expressar suas preocupações e experiências vividas de doença (Li et al., 2020; Liu et al., 2022; Ritmala-Castren et al., 2022). A colaboração com o cliente e suas famílias deverá ser promovida ativamente (Gong et al., 2020; Li et al., 2020), integrando suas preferências e necessidades específicas na elaboração de planos de cuidados individualizados (Gao & Su, 2021; Ritmala-Castren et al., 2022; Xu et al., 2021)

Na dimensão psicossocial, estão incluídas as intervenções que visam à gestão de sintomas que possam interferir no sono do cliente como a ansiedade (Khater et al., 2019; Shady et al., 2019) ou a depressão (Carrondo et al., 2021; Gautam et al., 2020; Jamshidi et al., 2020; Neto et al., 2023). As intervenções sensoriais já referidas podem também contribuir para o controlo destes mesmos sintomas (Deng, 2019; Shady et al., 2019). Para além destas intervenções o suporte emocional (Li et al., 2020), a educação para a saúde (Li et al., 2020; Li & Zhang, 2020; Liu et al., 2022), o esclarecimento sobre a sua situação de saúde (Gong et al., 2020; Liu et al., 2020; Xu et al., 2021;) e a promoção da atividade física e social (Bartfay et al., 2019; Huang et al., 2023; Li et al., 2020; Ooms & Ju, 2016; Ritmala-Castren et al., 2022) são de igual forma intervenções psicossociais eficazes na promoção do sono.

Por fim, importa documentar a qualidade e a quantidade do sono e incentivar a sua documentação (Khater et al., 2019). A avaliação dos distúrbios do sono deve ser padronizada por meio de uma ferramenta abrangente, confiável e válida (Khater et al., 2019). A avaliação da qualidade do sono pode ser feita através dos seguintes instrumentos de avaliação: *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) (Erfina et al., 2022; Gao & Su, 2021; Gong et al., 2020; Khater et al., 2019; Li et al., 2020; Liu et al., 2020; Liu et al., 2022; Xu et al., 2021; You et al., 2022) *Richards-Campbell Sleep Questionnaire* (Ritmala-Castren et al., 2022). Visto a sonolência diurna excessiva poder ser um sintoma de distúrbios do sono importa também realizar a sua avaliação através do *Epworth Sleepiness Scale* (ESS) (Gandhi et al., 2021).

Ao integrar essas intervenções num plano de cuidados, os enfermeiros não apenas promovem padrões de sono saudáveis, mas também adotam uma abordagem centrada no cliente. As intervenções descritas emergiram de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) no qual me propus identificar as intervenções que o enfermeiro pode implementar para promover o sono na pessoa adulta e idosa hospitalizada.

CAPÍTULO II: Metodologia

Neste capítulo, irei apresentar a abordagem metodológica adotada para o desenvolvimento das competências de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018) e das competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 429/2018) com especial enfoque na promoção do sono da pessoa adulta e idosa hospitalizada.

O desenho do projeto de estágio foi realizado tendo por base a metodologia de projeto de Ruivo e Ferrito (2010). A metodologia de projeto tem como objetivo principal “centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real” (Ruivo & Ferrito, 2010, p.3). Esta metodologia é uma atividade intencional, pressupõe iniciativa, autonomia e autenticidade, envolve complexidade e incerteza e tem um caráter prolongado e faseado (Ruivo & Ferrito, 2010). Esta é constituída pelas seguintes fases: “Elaboração do diagnóstico da situação; Planificação das atividades, meios e estratégias; Execução das atividades planeadas; Avaliação; Divulgação dos resultados obtidos.” (Ruivo & Ferrito, 2010, p.5).

Em articulação com a metodologia de projeto, realizo o desenho do projeto de estágio, tendo também por base o modelo concetual do conhecimento à ação desenvolvido por Graham et al (2006). Este modelo tem como conceito chave a translação do conhecimento que é descrito segundo Straus et al. (2009) como "um processo iterativo, dinâmico e complexo relativo à criação e aplicação (...) do conhecimento" (Bjørk et al., 2012, p. 2338). O quadro conceptual deste modelo evidencia os processos de criação e aplicação do conhecimento enquanto complexos e dinâmicos e com limites permeáveis (Graham et al, 2006).

O processo de aplicação do conhecimento inclui sete fases. Desenvolvi nos primeiros dois contextos clínicos as duas primeiras fases: 1) Identifica o problema e revê o conhecimento; 2) Adapta o conhecimento para o contexto local (Graham et al, 2006). No terceiro contexto consegui ir mais além e desenvolver as seguintes fases: 3) Avaliar

barreiras ao uso do conhecimento; 4) Selecionar, adaptar e implementar intervenções para promover o uso do conhecimento (Graham et al, 2006).

As fases da aplicação de conhecimento podem ocorrer sequencialmente ou simultaneamente e são influenciadas pelo processo de criação do conhecimento (Graham et al., 2006) que inclui 3 fases: 1) investigação do conhecimento; 2) síntese do conhecimento; 3) ferramentas de conhecimento e produtos (Graham et al, 2006).

A translação do conhecimento promove o desenvolvimento profissional (Graham et al., 2006) o que se enquadra naquilo que é o *core* do modelo de Dreyfus, adaptado por Patricia Benner (2001). Benner propõe que se “adquirem e desenvolvem conhecimentos e habilidades clínicas (“saber como”) (...) e investigação sobre a clínica” (Nunes, 2010, p.3). Considera os seguintes cinco níveis de acordo com a aquisição de competências do enfermeiro: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

O processo de translação do conhecimento começou pela identificação do problema que teve por base a experiência clínica, a revisão bibliográfica e a colheita de dados. Estas fontes evidenciaram que a alteração do padrão de sono nas pessoas adultas e idosas internadas é um problema existente.

Alinhado com o processo de criação do conhecimento integrei-me no projeto de investigação registado no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), id.Care - Cuidado centrado para pessoas com doença crónica complexa em contexto agudo e crítico: gerindo o ambiente físico e suportando a tomada de decisão clínica e a autogestão. Posteriormente, procedi a uma revisão sistemática da literatura que tem como questão de investigação PICo, “Que intervenções o enfermeiro pode implementar para promover o sono na pessoa adulta e idosa hospitalizada?” (Apêndice I). As intervenções identificadas através desta RIL foram, por conseguinte, implementadas nos diversos contextos clínicos onde desenvolvi a minha intervenção especializada.

Os estágios clínicos foram realizados nos seguintes contextos: Hospital de Dia de Pneumologia (HDP) - 1º contexto; internamento de medicina - 2º contexto; internamento de pneumologia - 3º contexto.

Os objetivos e os cronogramas de atividades dos três contextos clínicos (Apêndice II) incidem nas diferentes áreas de desenvolvimento (prestação de cuidados, formação, investigação e gestão) tendo como objetivo o desenvolvimento de competências do enfermeiro mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de Enfermagem à PSC.

Face ao perfil de competências necessários a desenvolver é imprescindível uma prática reflexiva enquanto habilidade cognitiva (Patel & Metersky, 2022). À vista disto, foi realizada uma reflexão do percurso realizado o que exigiu um esforço para olhar para as diversas situações com consciência das próprias crenças, valores e práticas permitindo adquirir novas aprendizagens e melhorar os resultados em saúde (Patel & Metersky, 2022).

Ao longo da reflexão que se segue as competências estão devidamente codificadas pelos códigos atribuídos (ex: C2.2) nos regulamentos publicados (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 429/2018) em Diário da República. Em anexo I a codificação está devidamente legendada.

CAPÍTULO III: Análise do Percurso de Desenvolvimento de Competências

Este capítulo centra-se na análise do percurso de desenvolvimento de competências de mestre e especializadas (Decreto-Lei nº 65/2018, 2018; Regulamento nº 429/2018, 2018; Regulamento nº140/2019, 2019) e está dividido em três subcapítulos.

No primeiro subcapítulo é realizada a caracterização dos três contextos de estágio: Hospital de Dia de Pneumologia (HDP); internamento de Medicina; internamento de Pneumologia.

Posteriormente, as atividades realizadas e as competências desenvolvidas no HDP e nos internamentos são refletidas no segundo e terceiro subcapítulo, respetivamente.

3.1 Caracterização dos contextos de estágio

A especialidade de pneumologia de uma Unidade Local de Saúde (ULS) desenvolve atividade no internamento, nas consultas, na sala de exames e no **Hospital de Dia de Pneumologia** (HDP) – 1º contexto de estágio. O HDP tem como missão prestar cuidados a clientes do foro pneumológico, de forma programada, em alternativa ao internamento.

O HDP tem uma equipa multidisciplinar constituída por uma diretora clínica, uma enfermeira chefe, uma técnica de cardio-pneumologia, quatro médicos pneumologistas, dois enfermeiros (um enfermeiro especialista em médico cirúrgica e uma enfermeira de cuidados gerais), uma assistente operacional e duas assistentes administrativas.

Encontra-se em funcionamento de segunda a sexta-feira das 9h às 16h. A equipa médica está alocado ao HDP 4ºf (10h-13h), 5ºf (11h-13h) e 6ºf (9h-13h).

A população que recorre do HDP é essencialmente adulta e idosa e é na sua maioria detentora de doença respiratória crónica. A mesma pode ser proveniente da consulta externa de pneumologia (realizada 3ºf, 4ºf e 5ºf) da consulta pós-covid (realizada 4ºf) ou do serviço de urgência encaminhados pela equipa médica. Os clientes que por chamada telefónica ou presencialmente manifestam agudização da sua situação clínica também é possível o atendimento dos mesmos em consulta aberta/ não programada em

articulação com a equipa médica. Os clientes com agendamento marcado são atendidos em consulta programada. Por fim, os clientes internados no internamento de pneumologia com necessidade de esclarecimento relativo ao seu processo de doença/cura podem requerer o cuidado da equipa de enfermagem do HDP.

O espaço físico do HDP é constituído pelo gabinete médico e o de enfermagem. O gabinete de enfermagem tem um espaço destinado à realização dos registos de enfermagem e agendamento dos tratamentos e tem outro espaço destinado aos clientes e armazenamento do material para tratamento.

A equipa multidisciplinar do **internamento de medicina** – 2º contexto de estágio - é constituída pelo diretor de serviço, enfermeira chefe, médica de medicina interna, vinte enfermeiros de cuidados gerais, mestres e/ou especialistas (Médico-Cirúrgica, Reabilitação, Saúde Mental, Saúde Comunitária), onze técnicos auxiliares de saúde, quatro assistentes sociais, dois dietistas, um padre, um terapeuta da fala, três fisioterapeutas e uma assistente administrativa. Realizam-se reuniões multidisciplinares de acordo com a necessidade do serviço entre a equipa médica, a equipa de assistentes sociais e a enfermeira chefe.

O serviço funciona durante 24 horas por dia todos os dias da semana. A equipa médica está disponível no período da manhã das 10h às 15h. A visita das pessoas significativas é permitida entre as 15h e as 16h e a visita social é das 17h às 18h. O padre faz a sua visita às 2º feiras às 14h.

Os clientes têm proveniência dos serviços de medicina de outro hospital pertencente à mesma ULS com alta clínica e a aguardar alta social.

O serviço tem 20 camas, 8 quartos, sala de preparação e armazenamento de terapêutica, sala de passagem de turno, gabinete da enfermeiro chefe, secretariado, sala de convívio para os clientes com televisão e jogos, rouparia, sala de tratamentos, armazém de soros, instalações sanitárias e duche, sala de sujos, vestuário, dois carros com material para a higiene, carro de urgência e uma mala para o transporte de clientes.

O **internamento de pneumologia** – 3º contexto de estágio - da mesma ULS tem como missão a prestação de cuidados diferenciados a clientes adultos e idosos do foro respiratório agudo e crónico.

A equipa multidisciplinar é constituída pela diretora de serviço, enfermeira chefe, médicos pneumologistas, vinte e cinco enfermeiros de cuidados gerais e especialistas (reabilitação e médico-cirúrgica), técnicos auxiliares de saúde, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e um assistente administrativo.

O cliente pode ser admitido por referenciação do serviço de urgência, por transferência interna ou externa, pelo hospital de dia e pela consulta externa. O serviço funciona durante 24 horas por dia todos os dias da semana. A equipa médica de pneumologia está disponível no período da manhã das 10h às 15h. No restante período encontra-se disponível a urgência interna. A visita das pessoas significativas é permitida entre as 13h e as 15:30h e a visita social é das 16h às 17h.

A estrutura física do serviço é composta por sala de tratamentos, três quartos individuais com sistema de pressão negativa, cinco quartos compostos por três camas, instalações sanitárias e duche, sala de registos, sala de preparação e armazenamento de terapêutica, sala de reuniões, secretariado, três gabinetes médicos, um gabinete da enfermeira chefe, rouparia, armazém de soros, sala de sujos e vestuário.

3.2 Reflexão sobre as competências desenvolvidas: Hospital de dia de pneumologia

No **HDP** tive como orientador um enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica no período de 14 de abril a 9 de julho 2023. Foram delineados como objetivos: 1. Caracterizar a dimensão estrutural e organizacional do HDP; 2. Desenvolver um cuidado especializado no cliente com alteração do padrão do sono; 3. Gerir os cuidados e os recursos às situações e ao contexto clínico com enfoque na promoção do sono (Apêndice II).

Com o intuito de compreender mais profundamente a dinâmica interna e cuidados prestados realizei uma caracterização da dimensão estrutural e organizacional do serviço, e procedi à leitura dos protocolos e procedimento implementados no mesmo. A minha inexperiência neste contexto deixou-me receosa, contudo o apoio e interesse demonstrado pela equipa de enfermagem constitui-se como um fator imprescindível para a minha integração na equipa com sucesso.

De seguida, irei expor diversas situações de cuidados que decorreram neste contexto clínico que foram refletidas e discutidas com o meu orientador clínico e professora orientadora e que me permitiram desenvolver as competências do enfermeiro mestre e especialista nos cuidados à PSC.

Durante a prestação de cuidados, um dos maiores desafios com os quais me deparei foi a garantia da privacidade dos clientes, especialmente devido à ausência de cortinas e ao espaço físico limitado. Neste contexto priorizei um tom de voz baixo para preservar a confidencialidade dos diálogos. Quando era necessário discutir assuntos mais sensíveis, oferecia aos clientes a possibilidade de conversarmos em privado na sala de registos de enfermagem, que estava isolada por vidros.

Reconhecendo as limitações do espaço físico e a importância da privacidade para o bem-estar dos clientes, tomei medidas proativas para assegurar um ambiente mais reservado e confortável. Essa abordagem visava respeitar os direitos humanos e as responsabilidades profissionais **(A2)** e promover um ambiente terapêutico e seguro **(B3; 2.2)**.

Durante a prestação de cuidados intervim, com o enfermeiro orientador, numa sessão educativa sobre a autoadministração de terapêutica inalatória com câmara expansora a uma cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

Num estudo desenvolvido por Pessôa et al. (2019), numa amostra de 71 participantes, mais de 60% cometeram erros na execução da técnica inalatória. Desta forma, a supervisão da qualidade da técnica inalatória é necessária a cada consulta e as orientações devem ser reforçadas (Pessôa et al., 2019).

Durante este momento de cuidados, fiquei desperta face à exaustão emocional que a cliente expressou. Ao questioná-la sobre o apoio social disponível (família/amigos), respondeu que não tinha e acrescentou que a própria é cuidadora do seu marido que é parcialmente dependente nas atividades de vida diária. De acordo com Biderman et al. (2021) a cliente em questão pertence a um dos grupos mais vulneráveis, devido à sua condição de cuidadora e aos próprios problemas de saúde que detém, sendo necessário uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde.

Perante esta situação, foi crucial providenciar suporte emocional (Li et al., 2020), exercer cuidado empático (Khater et al., 2019), identificar pensamentos e sentimentos e

a encorajar a descrição das percepções (Riley, 2004; Townsend, 2011) para a criação de uma relação terapêutica eficaz.

Posteriormente, foi dado a conhecer os recursos que existem na comunidade, a fim de expandir a sua rede de apoio. Dei a conhecer o seu direito ao apoio psicossocial assegurado pelas assistentes sociais, o direito a frequentar grupos de autoajuda e o direito em caso de sobrecarga física e emocional a usufruir de um período de descanso (Regulamento n.º 1/2022 de 10 de janeiro). Esta informação surgiu como uma novidade para a cliente que se demonstrou surpreendida por haver recursos que desconhecia.

Foi realizada de igual forma carta de encaminhamento para o centro de saúde de maneira que a equipa multidisciplinar do centro de saúde pudesse elaborar um Plano de Intervenção Específico (PIE) (Regulamento n.º 1/2022 de 10 de janeiro) adequado às necessidades da cliente e do seu marido.

Eu e a equipa de enfermagem do HDP, por sua vez, disponibilizamo-nos para sermos contactados caso surgisse alguma dúvida, entregamos um folheto informativo institucional sobre a correta utilização dos inaladores prescritos e realizámos o agendamento da consulta de enfermagem subsequente.

Nesta situação estabeleci uma relação terapêutica eficaz, identifiquei eficazmente as necessidades da cliente na sua condição de cuidadora **(1.1)**, demonstrei uma prática que respeita o direito da cliente ao acesso à informação e à assistência necessária **(A2.1)** e capacitei a cliente para a tomada de decisão no processo de cuidar **(C1.1)**. Estas ações visam garantir que a cliente e seu marido recebam o cuidado necessário e se sintam apoiados durante todo o processo de transição de cuidados. Nesta situação de cuidados a transição de cuidados está relacionada à necessidade de garantir a continuidade de cuidados eficaz, promover a segurança da cliente e seu marido, otimizar a eficiência do sistema de saúde, promover a adesão ao tratamento (terapêutica inalatória) e diminuir o risco de futuras admissões hospitalares (Mitchell et al., 2018).

Nos cuidados prestados à população que recorre ao HDP a presença ou ausência da rede de apoio social revelaram-se determinantes na experiência do cliente face ao processo de transição saúde-doença sendo a sua ausência um desafio para o cliente. A rede de apoio social costuma provir de familiares/ amigos e apresenta benefícios físicos, emocionais e financeiros (Alananzeh et al., 2020). É importante o enfermeiro comunicar com a pessoa significativa/cuidador de forma a garantir a consistência e continuidade dos

cuidados (Kitson et al., 2013). Não havendo esse apoio e sabendo que a chave para melhorar a saúde e o bem-estar residem nas capacidades que as pessoas têm à sua disposição para autogerir com sucesso a sua própria motivação e comportamento (Knittle et al., 2020) eu e a equipa de enfermagem demonstrámos disponibilidade em realizar um acompanhamento mais regular tanto presencialmente como por chamada telefónica.

Nestas situações ao priorizar a comunicação eficaz, a promoção da autogestão e a colaboração interprofissional estou a promover intervenções especializadas que asseguram a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica e que garantem uma abordagem centrada no cliente no processo de transição saúde-doença **(1.1; 1.2; 2.1)**, alinhando-me com os princípios da abordagem dos cuidados fundamentais (Kitson, 2018).

Outro desafio com que me deparei foi a colaboração com clientes pouco motivados no controlo da sua doença crónica. Irei dar como exemplo um senhor que compareceu à consulta de enfermagem destinada à pessoa submetida ao tratamento com Ventilação Não Invasiva (VNI). Este senhor com SAOS tinha iniciado tratamento com VNI há cerca de 1 ano, contudo tinha vindo a revelar baixa adesão ao tratamento (cumpria menos de 4 horas por dia).

Recorri ao modelo COM-B (Michie et al., 2011) para identificar o que precisa mudar para que a mudança comportamental seja eficaz. É competência do enfermeiro especialista identificar as barreiras e aspetos a favor que existem ao nível da capacidade (C), da oportunidade (O) e da motivação (M) do cliente (Michie et al., 2011).

Apresento adiante as barreiras e aspetos a favor identificadas: 1) o cliente tem conhecimento sobre as suas doenças crónicas e sobre a manutenção da VNI contudo desvaloriza a necessidade da adaptação à VNI, de uma alimentação saudável e da prática de atividade física; 2) tem uma equipa médica e de enfermagem disponível a ajudar na mudança comportamental, contudo ainda não confia na mesma; 3) trabalha apenas no período noturno o que afeta o ciclo do sono; 4) demonstra pouco interesse em melhorar a sua qualidade de vida e apresenta baixa autoestima.

Por conseguinte, foram definidos como comportamentos alvo a adesão à VNI; os hábitos de vida saudáveis (alimentação, atividade física, sono); os cuidados à pele; a gestão das complicações associadas ao cumprimento da VNI; a terapia postural; a autoestima; confiança na equipa de enfermagem.

Com o objetivo de melhorar a confiança que o cliente detém sobre a equipa de enfermagem foram implementadas técnicas de comunicação terapêutica, nomeadamente, escutar, proporcionar diálogo aberto, confrontar com a realidade, identificar pensamentos e sentimentos, refletir/repetir/devolver, clarificar e validar e encorajar a descrição das perceções (Riley. 2004; Neeb, 2000).

Foi-me possível desta forma integrar os aspetos psicossociais e relacionais necessários para atender às necessidades do cliente (Kitson, 2018) e desenvolver competências específicas em técnicas de comunicação adaptadas à pessoa e ao contexto **(1.1.)**.

Após ter desenvolvido uma relação de confiança no qual o cliente abordou abertamente a baixa autoestima e desmotivação face ao tratamento, apliquei diferentes técnicas de mudança comportamental (TCM) a partir da taxonomia de Michie et al. (2011). Estas TCM foram adaptadas às necessidades individuais do cliente, tendo por base a evidência científica mais recente **(D2.2)** com o objetivo de envolver o cliente rumo ao bem-estar e qualidade de vida **(1.1.)**. A título de exemplo apresento algumas TCM implementadas: Identificar a “pressão do ar” como a barreira que leva ao não cumprimento do CPAP e analisar estratégias para ultrapassar este obstáculo: ajustar os parâmetros ventilatórios em conjunto com a equipa médica (1.2 *Problem solving*); Informar o cliente sobre as consequências de manter hábitos alimentares pouco saudáveis (5.1 *Information about health consequences*); sugerir ao cliente procurar praticar atividades físicas mesmo que de baixa intensidade ao invés das atividades sedentárias (8.2 *Behaviour substitution*); solicitar ao cliente que faça um balanço sobre as vantagens e desvantagens do tratamento com VNI (9.2 *Pros and cons*); instruir o cliente a manter uma agenda de sono consciente, com horas de deitar e levantar fixas (4.2 *Information about antecedents*); instruir o cliente a preencher o PSQI e o ESS nas próximas consultas de enfermagem para controlar a qualidade do sono e a sonolência diurna, respetivamente (2.4 *Self-monitoring of outcome(s) of behaviour*).

Durante a reflexão realizada sobre esta situação clínica (Apêndice III) tomei consciência que minha crença inicial seria a de que o cliente não tinha interesse em melhorar e em ser ajudado e que a minha intervenção seria ineficaz. Após o estabelecimento de uma relação de confiança percebi que haveria possibilidade de a minha intervenção ter alguma eficácia na mudança comportamental do cliente por mais

pequena que fosse. A habilidade de reconhecer e questionar as minhas próprias crenças e preconceitos iniciais em relação ao cliente é parte do autoconhecimento e da consciência pessoal **(D1)**. Assim, aprendi a importância de manter uma mente livre de preconceitos, e aceitar que a mudança é possível mesmo em circunstâncias desafiadoras.

Esta situação de cuidados exemplifica a importância das competências do enfermeiro mestre e especialista no cuidado a clientes com baixa adesão ao tratamento, destacando a necessidade de uma abordagem holística, baseada em evidência científica e centrada no cliente para promover a mudança comportamental e melhorar a sua qualidade de vida. Dada a curta duração do estágio não me foi possível avaliar o efeito da intervenção implementada.

Ao abordar a equipa de enfermagem constatei que a mesma não estava familiarizada com os instrumentos de avaliação utilizados na avaliação da qualidade do sono, PSQI, e da sonolência diurna, ESS. Desta forma, identifiquei a necessidade da avaliação do sono sistematizada por meio de uma ferramenta abrangente, confiável e válida (Khater et al., 2019) para que os cuidados fundamentais como o sono e o descanso sejam prestados com a consistência necessária (Kitson et al., 2013).

Decidi assumir a responsabilidade de ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, tendo por base a evidência científica **(D2.1; D2.2)** e divulguei os instrumentos de avaliação. Esta divulgação foi realizada através da sua colocação no ambiente de trabalho no computador do serviço (Apêndice IV) e na secretária dos enfermeiros de modo que os mesmos pudessem consultar e integrar nos cuidados prestados.

Também constatei que tanto o cliente em questão como outros a quem prestei cuidados não mencionaram alterações no padrão do sono entre as principais preocupações e dificuldades verbalizadas. Contudo, a evidência mais recente revela que estas alterações são comuns em clientes com DPOC (Vanfleteren et al., 2020), com asma (Luyster et al., 2020) e, naturalmente, nas pessoas com distúrbios respiratórios do sono (Foldvary-Schaefer & Waters, 2017) como o SAOS.

Evidenciei que os distúrbios do sono são um problema existente na população que recorre ao HDP ao realizar "(...) uma análise integrada das necessidades da população, na perspectiva de desenvolver estratégias e ações (...) de forma a fomentar o trabalho em equipa (...) e promover a capacidade, motivação e autonomia da população." (Ruivo & Ferrito, 2010, p. 10). Esta análise integrada das necessidades consistiu na avaliação da

qualidade do sono e da sonolência diurna a dez clientes que recorreram ao HDP através dos instrumentos de autopreenchimento supracitados.

Ao discutir os resultados das avaliações realizadas com o meu orientador clínico constatei que existia uma maior prevalência de má qualidade do sono e sonolência diurna na pessoa com SAOS a cumprir VNI. A VNI no domicílio tem potencial para melhorar a qualidade do sono. Por outro lado, a assincronia do cliente-ventilador, as fugas de ar ou os ruídos podem ter um efeito negativo na qualidade do sono (Schwarz et al., 2017). O sono é, portanto, uma necessidade que deve ser priorizada na pessoa a cumprir VNI.

A partir da discussão dos resultados com o meu orientador clínico achámos pertinente a concretização de quatro consultas de enfermagem que tiveram como foco a promoção da adesão à VNI como meio para restabelecer um padrão do sono adequado.

A estrutura desta consulta de enfermagem teve por base o procedimento setorial (Apêndice V) já existente, que tive oportunidade de atualizar. Após a sua leitura reconheci a necessidade de atualização da evidência científica e da integração de temáticas como o sono (Canas-Simão & Clara, 2023) e de uma postura correta durante o sono (Mohammadih et al., 2017). Como tal, realizei a atualização do procedimento setorial, tendo por base as *guidelines* mais recentes da Linde Saúde, da Direção Geral de Saúde, da Organização Mundial de Saúde, do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido entre outras fontes. Foi dado enfoque à relação enfermeiro-cliente e à integração dos aspetos físicos (exemplos: o sono, a nutrição, os cuidados à pele, o conforto, a atividade física), psicossociais e relacionais nos cuidados prestados (Kitson, 2018).

Esta atividade foi uma oportunidade para desenvolver competências de pesquisa (Ruivo & Ferrito, 2010) com o objetivo de promover a integração de novos conhecimentos que contribuem para a prática de cuidados especializados, seguros e competentes (**D2**) e, por sua vez, para o avanço da prática de enfermagem. Este procedimento foi consensualizado com a equipa de enfermagem e atualmente aguarda aprovação pelo Conselho de Administração para publicação.

Após cada consulta de enfermagem, o processo de cuidados de cada cliente foi documentado dada sua importância face à continuidade dos cuidados e para evidenciar a qualidade dos cuidados prestados (Abd El Rahman et al., 2021).

Aquando da documentação dos cuidados prestados a equipa de enfermagem foi capacitada e sensibilizada a anexar os instrumentos de avaliação do sono preenchidos

pelos clientes no respetivo processo informático e a registar os diagnósticos e intervenções tendo como ponto de partida o foco da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem “Sono”. Se o sono dos clientes for priorizado na avaliação do cliente e na documentação de enfermagem as intervenções poderão ser melhor planeadas e os cuidados poderão ser mais centrados na pessoa (Gellerstedt et al., 2019). Esta atividade refletiu o desenvolvimento da competência na avaliação dos resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crónica (1.4) visto promover a monitorização e documentação sistematizada do sono.

Para além das atividades realizadas, assumi um papel de mentoria, apoio e orientação para a prestação de cuidados fundamentais com enfoque na promoção do sono realçando a sua importância no processo terapêutico. Este papel de mentoria e orientação alinhado com o domínio da gestão, permitiu-me coordenar a equipa a executar cuidados promotores do sono e centrados no cliente.

Particpei, com o orientador clínico, no desempenho de funções ao nível do domínio da gestão dos cuidados nomeadamente: requisição dos materiais necessários para o normal funcionamento do serviço; revisão da data de validade do material e sua integridade; certificação que as normas da instituição são cumpridas através da realização de auditorias e supervisão das tarefas delegadas; monitorização na plataforma *Microsoft Power BI* da taxa de conformidade dos indicadores de qualidade (exemplos: percentagem de clientes com adesão ao regime terapêutico; percentagem de clientes na consulta de enfermagem de pneumologia com realização e registo do acolhimento).

Estas atividades deram-me contributos como a melhoria da capacidade de organização, planeamento, olhar crítico, gestão de recursos físicos e utilização de recursos informáticos essenciais à boa liderança **(C2.2)**. A liderança em enfermagem desempenha um papel crucial na promoção de ambientes de trabalho saudáveis, na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e na promoção de melhores resultados para os clientes (Daly et al., 2014).

As atividades desenvolvidas também me permitiram a melhoria da capacidade de gestão de recursos materiais **(C2.1)** que resultou, por fim, num ambiente de cuidados seguro. Sinto desta forma uma responsabilidade acrescida em garantir o rigor na qualidade dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar.

3.3 Reflexão sobre as competências desenvolvidas: Internamentos

Em ambos os contextos clínicos tive como orientadoras clínicas enfermeiras especialistas em enfermagem médico cirúrgica. O estágio clínico no internamento de medicina decorreu entre 25 de setembro a 15 de dezembro de 2023. Já o estágio no internamento de pneumologia decorreu entre 3 de janeiro a 9 de fevereiro de 2024.

Foram delineados como objetivos: 1) Caracterizar a dimensão estrutural e organizacional dos serviços; 2) Desenvolver um cuidado especializado no cliente com alteração do padrão do sono; 3) Gerir os cuidados e os recursos às situações e ao contexto clínico com enfoque na promoção do sono; 4) Descrever a qualidade do sono das pessoas internadas; 5) Atuar como formadora na área da qualidade do sono; 6) Desenvolver projeto de investigação na área da qualidade do sono; 7) Avaliar o efeito de uma intervenção com som na qualidade do sono da pessoa internada com multimorbilidades (Apêndice II). Estes últimos dois objetivos serão aprofundados no capítulo III.

A minha experiência profissional prévia num contexto de cuidados semelhante ao internamento de medicina e o estágio clínico previamente realizado no HDP da mesma ULS, contribuíram significativamente para a minha integração eficaz nas equipas multidisciplinares e dinâmicas dos serviços de medicina e de pneumologia, respetivamente. Após a caracterização dos contextos procedi à leitura dos protocolos e procedimentos implementados de forma a prestar cuidados de enfermagem em congruência com os mesmos.

Começo por abordar o controlo de infeção dada a transversalidade e importância desta temática nos cuidados prestados. As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são uma complicação comum da hospitalização e em grande parte evitável (Liu & Dickter, 2020; Cassini et al., 2016).

Nos contextos clínicos onde estagiei constatei a existência de várias pessoas em isolamento de contacto e, por sua vez, identifiquei a necessidade em garantir o cumprimento das normas e diretrizes para o controlo de infeção visto as mesmas visarem a segurança dos clientes e dos profissionais de saúde e a eficiência dos recursos.

O isolamento de contato destina-se “a prevenir a transmissão de agentes infecciosos (...) que se espalham por contato direto ou indireto com o cliente ou com o ambiente do cliente” (Siegel et al., 2007). Por conseguinte, foram cumpridos escrupulosamente os cuidados na prevenção do controlo de infeção que consistiram na colocação de equipamento de proteção individual (bata e luvas) ao entrar no quarto do cliente e descartá-lo antes de sair do seu quarto (Siegel et al., 2007), no cumprimento dos cinco momentos para a higienização das mãos (DGS, 2019a), no controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies, no manuseamento seguro da roupa e na gestão adequada dos resíduos (DGS, 2017).

O controlo das IACS tem sido reconhecido como uma prioridade devido à crescente tendência da resistência antimicrobiana e ao envelhecimento da população (Bordino et al., 2021; Liu & Dickter, 2020). Para além destes fatores de risco tem-se vindo a provar que a pessoa com doença crónica acarreta maior suscetibilidade de colonização por bactérias resistentes (Zaha et al., 2019). A prevenção das IACS passa pela avaliação e gestão dos fatores de risco (Zaha et al., 2019), nomeadamente, pela eficaz gestão da doença crónica.

Já quando as IACS surgem, as mesmas podem levar ao prolongamento do internamento e podem aumentar a probabilidade de desenvolver complicações (Saavedra et al., 2015) e de reinternamentos (Greco et al., 2015). Numa perspetiva de prevenção de cronicidade, é fundamental a prevenção das IACS.

Para além disto sensibilizei os clientes e suas famílias para o cumprimento das Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). A educação para a saúde foi vital dado o conhecimento e a compreensão das PBCI por parte dos clientes e suas famílias, determinarem a sua experiência relacionada com o cuidado (Fregonese et al., 2023). Desempenhei, desta forma, um papel importante na promoção de ambientes seguros e na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde **(1.3)**.

Decorrente do cuidado ao cliente com doença(s) crónica(s) desenvolvi diversas competências ao nível da gestão e da promoção da autogestão na pessoa com doença crónica. A gestão da doença crónica é definida como “um grupo de intervenções coerentes, projetadas para prevenir ou gerir uma ou mais condições crónicas, usando uma abordagem sistemática e multidisciplinar” (Schrijvers, 2009, p. 2) e o seu objetivo

consiste em identificar pessoas em risco de desenvolver doença(s) crónica(s), promover a autogestão da pessoa e tratar da doença crónica com o máximo de resultado clínico, eficácia e eficiência (Schrijvers, 2009). Como título de exemplo dou a conhecer uma situação de cuidados relacionado com a promoção da autogestão de um cliente após Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Um senhor de 45 anos, consciente e orientado em todas as vertentes, proveniente de um serviço de medicina é admitido com diagnóstico de AVC isquémico esquerdo há 2 semanas. Antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial, dislipidemia e diabetes tipo 2. Nega hábitos tabágicos e etanólicos. Apresenta como sequelas do AVC hemiparesia do lado direito de força grau 3 (movimento do membro contra a gravidade, mas sem resistência) (Medical Research Council, 1976), disartria e disgrafia. Cliente era independente previamente ao AVC e após o mesmo tornou-se dependente em grau moderado nas atividades de vida diária (AVDs) segundo a escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e com alto risco de queda segundo a escala de Morse (Morse et al., 1989). Permaneceu internado a aguardar vaga na rede nacional de cuidados integrados.

Neste período de transição de saúde-doença o cliente foi confrontado com novas limitações motoras. Foi importante incentivar o cliente a falar e expressar seus sentimentos e sua experiência de doença e destacar as suas competências e forças (Grilo et al., 2017) como o apoio da família, a força de vontade do cliente e a sua idade visto que em clientes com menos de 70 anos é observado melhoria funcional até 6 meses após o AVC (Yoo et al., 2020).

Perante a necessidade de iniciação de estratégias de prevenção secundária do AVC foi informado o cliente sobre o processo de doença, os sinais de alerta, o plano de tratamento (esquema medicamentoso e reabilitação) e os fatores de risco modificáveis (Alexandrov, 2019). Desta forma foi possível realizar educação para o cliente e sua família de forma a estarem mais preparados para o momento da alta e para a vida depois do AVC (Alexandrov, 2019).

Quanto ao autocuidado comprometido e numa lógica de ajudar o cliente a estabelecer metas realistas foi importante incentivar o cliente a participar inicialmente em atividades mais simples do autocuidado (higiene; uso do sanitário; vestir/despir) com

o lado não afetado. Posteriormente, foram incluídas novas atividades de forma gradual (Brunner & Suddarth, 2015) envolvendo o hemicorpo afetado.

Dado o cliente apresentar equilíbrio corporal comprometido e movimento corporal diminuído à direita foi dada continuidade ao programa de reabilitação que consistia no treino de exercícios musculares e articulares com o fisioterapeuta e no treino da marcha com andarilho (Santos et al., 2020) com o fisioterapeuta e enfermeiro. De semana para semana o cliente conseguiu aumentar gradualmente a distância da marcha com apoio no andarilho.

A disgrafia foi um aspeto que gerava ansiedade no cliente visto que o mesmo necessitava de assinar alguns documentos. A legibilidade e a clareza da escrita são metas importantes para a pessoa após o AVC (Simpson et al., 2016). Alguns livros disponíveis no serviço dedicados ao treino da caligrafia por repetição demonstraram ser úteis. Após algum treino o cliente conseguiu realizar uma assinatura perceptível e assinar a documentação pendente.

A comunicação comprometida relacionada com a disartria foi um dos vários desafios do cliente e de forma a enfrentá-lo eficazmente foi criado um ambiente tranquilo e sem distrações para facilitar a comunicação e o mesmo foi incentivado a participar de forma ativa nos exercícios com a terapeuta da fala (Brunner & Suddarth, 2015).

Dado o risco de o cliente desenvolver dor no ombro hemiplégico e subluxação foram instituídas medidas preventivas, tais como, avaliação da dor em todos os turnos, auxiliar no correto posicionamento do ombro e instruir a sua mulher a fazer o mesmo com recurso a uma almofada (Teasell et al., 2020).

O isolamento social é experienciado frequentemente por pessoas após o AVC e de forma a evitá-lo foram promovidas interações sociais de forma regular (Brunner & Suddarth, 2015; Venna et al., 2014). O cliente recebia visitas da mulher e permanecia na sala de convívio durante o dia onde assistia a televisão e jogava dominó com os seus pares.

No âmbito da prevenção de queda, foi instruída a esposa sobre medidas preventivas da queda e foi solicitado que providenciasse uns ténis antiderrapantes e confortáveis para o cliente (DGS, 2019b; Teasell et al., 2019). As atividades de autocuidado

eram sempre realizadas com supervisão e com o uso de dispositivos de apoio à marcha (cadeira sanitária, cadeira de rodas e andador) (DGS, 2019 b; Teasell et al., 2019). Garanti também iluminação adequada, elevação das grades da maca, altura da maca baixa e sistema de chamada acessível (DGS, 2019b; Teasell et al., 2019).

Esta situação de cuidados ilustra a importância de promover a autogestão e a autoeficácia num cliente após o AVC. A educação contínua, o suporte emocional, a implementação de estratégias de autocuidado, a facilitação da comunicação, a prevenção do isolamento social e a reabilitação física foram elementos-chave para melhorar a qualidade de vida e a independência deste cliente. Ao envolver o cliente e sua mulher ativamente no processo de recuperação, reforcei a sua confiança e capacidade de gerir sua saúde de forma eficaz **(1.1; 1.2; 2.1)**. Instituí também medidas preventivas ao nível do isolamento social, da queda, da dor, do desuso do hemicorpo afetado e da ocorrência de um novo AVC **(2.2)**. A avaliação e documentação das intervenções foi realizada sistematicamente **(1.4)** de forma a refletir a importância do cuidado especializado do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da PSC.

Quanto ao cuidado especializado ao cliente com doença crónica com enfoque na promoção do sono foi pertinente identificar e atuar sobre os fatores que quebram a relação bidirecional homeostática entre o bem-estar do cliente e o sono de qualidade (Lau et al., 2021; Shen et al., 2022; Weinberg et al., 2016) de forma a promover o sono e bem-estar da pessoa internada.

Isto posto, procedeu-se à avaliação da dimensão física e psicossocial dos clientes alvo de cuidados considerando os aspetos relacionais envolvidos na fundação de uma relação terapêutica de qualidade (Kitson, 2018). Os aspetos relacionais consistiram em incentivar o cliente a falar e expressar seus sentimentos, legitimar a experiência de doença, reconhecer as qualidades do cliente, atender à privacidade, confidencialidade e autonomia do cliente, reconhecer situações difíceis e desafios decorrentes da doença crónica, providenciar suporte, desenvolver confiança, fornecer informação e oferecer esperança realista (Grilo et al., 2017). Decorrente das alterações do padrão de sono na pessoa com doença(s) crónica(s) implementaram-se intervenções de enfermagem promotoras do sono que surgiram da RIL e da pesquisa bibliográfica (Apêndice VI). Estas

intervenções contemplam uma abordagem multidimensional, uma vez que a etiologia dos distúrbios do sono é multifatorial (Giannoccaro et al., 2013).

Durante a prestação de cuidados à pessoa com dor crónica foi observável e quantificável através do PSQI a pobre qualidade do sono. Pessoas com dor crónica apresentam problemas de continuidade e arquitetura do sono e estão 6 a 16 vezes mais propensas a apresentar um diagnóstico de distúrbio do sono do que as pessoas consideradas saudáveis (Mathias et al., 2018).

Dou como exemplo uma cliente que cuidei, de 64 anos que sofrera de um acidente de viação, há um ano, que resultara em múltiplas fraturas. Desde então, sofre de dor crónica, sobretudo na região lombar e membros inferiores, e encontra-se dependente nas AVDs em grau ligeiro de acordo com a escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965). A dor crónica era um aspeto que condicionava o sono da cliente. A dor era avaliada diariamente (Xu et al., 2021) e, dado não aliviar com a terapêutica instituída, eu e a minha orientadora clínica articulamo-nos com a equipa médica para a otimização da terapêutica analgésica. Foram também privilegiadas intervenções não farmacológicas como o auxílio no posicionamento (Khater et al., 2019), massagem corporal (Deng, 2019) com creme hidratante e promovido o envolvimento do marido que proporcionava apoio emocional (Li et al., 2020). A articulação das intervenções farmacológicas e não farmacológicas permitiram o controlo eficaz da dor e do desconforto, possibilitando que a cliente conseguisse executar com independência algumas AVDs que antes não conseguia pela limitação que a dor lhe provocava, tal como, melhorar a qualidade do sono.

A monitorização contínua da dor e da eficácia das intervenções implementadas, a gestão da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, o envolvimento da família, bem como a promoção do sono, do conforto e da independência nas AVDs permitiram o desenvolvimento de competências como a identificação eficaz das necessidades da cliente **(1.1)**, a avaliação dos resultados com base nas respostas da cliente **(1.4)** e a gestão eficaz dos processos terapêuticos em resposta à transição situacional e de adaptação à doença crónica **(2.1)** tendo sempre por base evidência válida e recente **(D2)**.

O sintoma de dispneia comumente observado em ambos os contextos clínicos e mais prevalente na pessoa com doença de foro respiratório, nomeadamente, com DPOC

interfere na qualidade do sono (Seri et al., 2020). Por sua vez, os distúrbios do sono na pessoa com DPOC afetam negativamente a sua qualidade de vida, a frequência dos episódios de agudização e a mortalidade (Vanfleteren et al., 2020; Shah et al., 2019).

Para ilustrar um exemplo clínico, apresento um senhor que cuidei, de 74 anos com Síndrome Demencial e DPOC internado há 4 dias por agudização da DPOC com queixas de dispneia. Desorientado no espaço por períodos, parcialmente dependente nas AVDs segundo a escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965). Anteriormente, vivia com seu filho, que também desempenhava o papel de cuidador.

A situação de agudização gerou no cliente *stress* e ansiedade o que, por sua vez, agravou a sua dispneia e a qualidade do seu sono. Desta forma, surge a necessidade de o enfermeiro promover a autogestão da dispneia combinando intervenções farmacológicas e não farmacológicas (Rafael Henriques et al., 2024).

As intervenções farmacológicas passaram pela administração de terapêutica inalatória, antibioterapia e oxigenoterapia prescrita (Kim & Park, 2020). Já as intervenções não farmacológicas consistiram em tocar música (Ergin et al., 2018) clássica ao deitar, de acordo com preferência do cliente, e capacitar para a realização de exercícios de respiração labial e técnicas de posicionamento (Mohamed, 2019). Estas intervenções não farmacológicas são igualmente benéficas para a gestão da ansiedade (Ergin et al, 2018; Mohamed, 2019). Durante o internamento foi realizada educação terapêutica ao cliente e seu cuidador sobre o que é a dispneia e como geri-la evidenciando a importância da sua gestão eficaz na qualidade do sono.

Nesta situação de cuidados, consegui apoiar e envolver o cliente e cuidador para uma melhor autogestão da doença crónica, reconhecendo as necessidades de intervenção especializada e realizá-la, fundamentada na melhor evidência científica e, tendo por base, numa relação terapêutica eficaz **(1.1; 1.2)**. Ademais, dinamizei a conceção, planeamento e intervenção no controlo da dispneia, da ansiedade e da insónia decorrentes da agudização da doença crónica **(2.1)**. Por fim, valorizei o potencial do cuidador e reconheci a gestão da doença crónica como um fator de *stress* para o cliente e seu cuidador **(1.2)**.

Os distúrbios do sono e os transtornos neurocognitivos frequentemente ocorrem juntos e têm uma relação complexa e bidirecional (Shenker & Singh, 2018). A título de exemplo, dou a conhecer uma senhora que cuidei, de 82 anos com demência com elevado grau de dependência, segundo a escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), e com alto risco de queda segundo a escala de Morse (Morse et al., 1989). Durante o período noturno apresentava várias tentativas de levantar e cantava por períodos, levando a que a mesma apresentasse sonolência excessiva diurna, caracterizada pela “incapacidade de manter a vigília e o estado de alerta durante os principais episódios de vigília do dia” (Viegas et al., 2023, p. 30).

A equipa de enfermagem geria este comportamento e induzia o sono através da administração de terapêutica prescrita (antidepressivos, antipsicóticos e hipnóticos). Esta intervenção pode ser necessária, contudo, a gestão eficaz da agitação na pessoa com demência recai sobretudo na terapia não farmacológica (Watt et al., 2019). No que diz respeito à promoção do sono, intervenções não farmacológicas também devem ser priorizadas sendo a medicação indutora do sono, uma solução a curto prazo (Carrondo et al., 2021; Cipriani et al., 2014).

Como tal, foram privilegiadas intervenções não farmacológicas, tais como, aromaterapia de lavanda (Shady et al., 2019; You et al., 2022) e bebidas quentes ao deitar (Khater et al., 2019). Durante o período diurno promovi interações sociais regulares (Ooms & Ju, 2016) na sala de convívio e forneci atividades à cliente ao longo do dia (Ritmala-Castren et al., 2022), tais como, ouvir música de acordo com a sua preferência, a construção de puzzles e a pintura de desenhos. Estas atividades permitem a estimulação cognitiva que, por sua vez, ajuda no controlo da agitação da pessoa com demência (Watt et al., 2019).

Durante o período diurno, a utilização da terapia de luz brilhante que consiste na exposição à luz é indicada nas pessoas com demência (Lin et al., 2021). Esta exposição adicional à luz pode facilitar o ajuste do relógio circadiano da pessoa (Cipriani et al., 2014). Apesar de não haver recursos disponíveis no internamento para fornecer uma luz de forte intensidade evitei que o ambiente permanecesse escuro durante o dia ligando as luzes disponíveis e mantendo as cortinas abertas para aproveitar a luz natural. No que diz

respeito à rotina do sono também foi importante manter uma rotina diária com hora definida de acordar e deitar (Liu et al., 2020).

A qualidade do sono da cliente foi gradualmente melhorando e deixou de apresentar sonolência excessiva diurna. Por sua vez, as pessoas com quem partilhava quarto deixaram de apresentar interrupções do sono com tanta frequência.

Considero que reconheci as complicações que a demência acarreta na qualidade de vida e do sono da cliente **(1.2)**. Ao priorizar as intervenções não farmacológicas descritas, demonstrei a aplicação da melhor evidência científica na gestão dos sintomas comportamentais na pessoa com demência e na promoção do seu sono **(1.2; D2)**. Garanti igualmente uma abordagem holística e individualizada no cuidado especializado prestado que se ajustou às necessidades da cliente **(1.2)**.

A duração e os distúrbios do sono estão significativamente associados a quedas em adultos de meia-idade e a idosos. Essas associações sublinham a necessidade de intervenções para a prevenção de quedas direcionadas para a duração e distúrbios do sono (Essien et al., 2018). Ao instituir medidas promotoras do sono e gerir os sintomas comportamentais que derivam da síndrome demencial da cliente, atuei na prevenção da queda e, por sua vez, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade **(2.2)**.

Na abordagem aos clientes internados e à equipa de enfermagem foi apurado que um dos principais aspetos que afetavam o sono era o ruído proveniente das admissões no período noturno, do esmagar dos medicamentos e das pessoas internadas que apresentavam períodos de agitação noturna.

As passagens de turno de enfermagem foram momentos oportunos para discutir e refletir aspetos no cuidado ao cliente, como por exemplo, o ruído noturno, de forma a melhorar a tomada de decisão da equipa de enfermagem no que diz respeito à promoção do sono. Está inclusive comprovado a relação entre a qualidade da passagem de turno de enfermagem e as habilidades de tomada de decisão clínica dos enfermeiros (Dewi et al., 2021). Como tal a equipa foi gradualmente sensibilizada para uma prática que passa por respeitar o sono do cliente ao minimizar interrupções. Isto consiste em trabalhar o mais silenciosamente possível durante a noite, atender as chamadas dos clientes num tom de voz baixo e admitir novos clientes silenciosamente (Khater et al., 2019; Liu et al.,

2020; Ritmala-Castren et al., 2022), reduzir as interrupções priorizando os cuidados e organizando os procedimentos de enfermagem para quando eles não estão em repouso (Ho et al., 2021; Khater et al., 2019), nomeadamente, proceder à preparação e esmagamento dos medicamentos a uma hora que não interrompa o sono.

Fomentar a organização dos procedimentos de enfermagem de forma a reduzir as interrupções do sono dos clientes está alinhada com a competência de assegurar a promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem **(2.2)**. Ao reconhecer a importância de respeitar o sono dos clientes e implementar medidas para reduzir o ruído noturno, estou a promover a proteção dos direitos humanos dos clientes, assegurando o seu bem-estar e conforto durante o período de internamento **(A2)**. Por fim, ao identificar as passagens de turno como um momento de aprendizagem e envolver a equipa de enfermagem na reflexão e discussão sobre a importância de respeitar o sono dos clientes estou a promover a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho **(D2.3)**.

Em contexto hospitalar existem fragilidades no que diz respeito à transmissão e registo da informação terapêutica (Costa e Silva et al., 2022). Um dos aspetos observados na admissão do cliente no serviço de pneumologia foi a descontinuidade da terapêutica do domicílio o que impacta várias dimensões da vida do cliente, nomeadamente no padrão de sono. De forma a dar resposta a esta problemática surge a necessidade de otimizar e aplicar a reconciliação terapêutica (Costa e Silva et al., 2022) sendo que os enfermeiros assumem uma intervenção crucial neste processo (Marques & Valentim, 2024).

Dou a conhecer uma senhora que cuidei, de 58 anos, proveniente do serviço de urgência geral que dá entrada por uma infeção respiratória. Tem como antecedentes pessoais depressão e insónia e é independente nas AVDs segundo a escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965). Na admissão à cliente procedi em conjunto com a minha orientadora clínica às seguintes etapas: Recolha dos dados sociodemográficos e informações gerais; obtenção do perfil farmacoterapêutico pré-hospitalar; consulta da prescrição do internamento e identificação das discrepâncias; comunicação das discrepâncias (Costa e Silva et al., 2022). Para além dos dados fornecidos pela cliente

foram consultados os registos informáticos no SClínico Hospitalar e no Registo de Saúde Eletrónico. Através do respeito por estes passos foi possível constatar que o regime terapêutico não contemplava a medicação crónica antidepressiva e hipnótica da cliente. De forma a prevenir o surgimento da síndrome de abstinência associada à interrupção abrupta desta medicação comunicou-se com a equipa médica que prescreveu a mesma considerando o nome da substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem e a posologia de acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde e INFARMED (2024).

Nesta situação clínica foram identificadas as necessidades de intervenção especializada ao identificar a descontinuidade da terapêutica crónica da cliente e otimizar o seu tratamento por meio da reconciliação terapêutica **(1.1)**. Intervim como gestora de risco e fomentei medidas de correção das discrepâncias na prescrição terapêutica, salvaguardando a segurança da cliente e a qualidade dos cuidados **(2.2; 2.3)**. Por sua vez, isto refletiu-se na promoção da segurança da administração de substâncias terapêuticas **(B3.1)**.

Já no que diz respeito ao prolongamento do internamento, este conduz a um aumento das complicações individuais podendo afetar a saúde mental da pessoa internada (Martins et al., 2023) e, por sua vez, a qualidade do seu sono. No serviço de medicina os internamentos prolongados também podem ser caracterizados de internamentos sociais “em que a alta hospitalar é prorrogada para além da alta clínica” (Martins et al., 2023, p. 550).

Exemplificando, um senhor que cuidei, de 52 anos, doente renal crónico, independente nas AVDs segundo a escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), com alta clínica há alguns meses, manteve-se internado a aguardar resolução da sua situação social devido a dificuldades socioeconómicas. O prolongamento do internamento gerou no cliente, gradativamente, ansiedade, frustração e insónia. Foi necessário gerir as expetativas do cliente em relação à data de alta social, dado que esta era adiada, por várias vezes, o que gerava ansiedade no mesmo. Foram equilibradas as expetativas do cliente com os recursos disponíveis para satisfazê-lo, sendo esta uma característica omnipresente na relação entre quem cuida e quem é cuidado (Hunt & May, 2017).

Concomitantemente, implementei intervenções de enfermagem como o aconselhamento psicológico (Erfina et al., 2022; Gao & Su, 2021; Li et al., 2020; Li & Zhang,

2020; Xu et al., 2021;), apoio emocional (Li et al., 2020) e música ao deitar (Khater et al., 2019; Liu et al., 2020; Xu et al., 2021). Esta última passou a fazer parte da rotina diária do cliente. Desta forma, foi possível capacitar o cliente a integrar uma estratégia não farmacológica promotora do sono e do relaxamento (Gong et al., 2020; Li et al., 2020).

Assim, valorizei o potencial do cliente capacitando-o para a gestão situacional, através da gestão de expectativas e integração de uma estratégia (ouvir música) para autogestão da ansiedade e melhoria da qualidade do sono **(1.2)**.

Quanto às precauções de contacto, inerentes ao isolamento de contacto, as mesmas acarretam aspetos negativos para os clientes no que diz respeito aos efeitos psicológicos (Purssell et al., 2020), tais como, ansiedade, depressão, solidão, estigma, frustração, medo, negligência, e sentimentos de exclusão e vergonha (Fregonese et al., 2023).

Foi desenvolvido um estudo caso sobre um senhor com tetraplegia de 42 anos, totalmente dependente nas AVDs na escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965). O mesmo encontrava-se em isolamento de contacto por presença de *pseudomonas aeruginosa* nas úlceras de pressão crónicas infetadas localizadas na região lombar e trocantérica. Não tinha visitas da família/amigos que se encontravam incontactáveis. O cliente via-se privado de comunicar na sala de convívio e de ver televisão, apresentando, desta forma, comprometimento do desempenho de atividades de lazer e isolamento social. Este era um dos principais fatores que afetava o seu sono e a sua saúde mental. Foi fundamental promover suporte emocional (Newman et al., 2016), promover interações sociais entre o cliente, os profissionais de saúde e seus pares (Newman et al., 2016), e providenciar um telemóvel para o cliente ouvir música funaná e assistir aos respetivos videoclips, permitindo que o mesmo se sentisse menos isolado e mais reconectado à sua cultura cabo verdiana.

O aumento da frequência das interações sociais e o envolvimento em atividades sociais pode ter um efeito positivo na perceção de isolamento social da pessoa com lesão na medula espinhal (Newman et al., 2016). Ao promover a participação ativa do cliente na comunidade e a sua inclusão social estou a facilitar o processo de adaptação à sua doença crónica e à situação de hospitalização e de isolamento de contacto **(1.2)**.

Por sua vez, a prestação de cuidados congruentes com a cultura do cliente de ascendência cabo verdiana como, por exemplo, música funaná, promoveram uma melhoria do seu humor e bem-estar. O conhecimento transcultural é importante para os enfermeiros, para que se possam tornar sensíveis às necessidades das pessoas de diversas culturas e prestar cuidados de enfermagem culturalmente adequados (Vilelas & Janeiro, 2012). Por conseguinte, fomentei a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural **(B3.1)** e baseei a minha prática em evidência científica **(D2)**.

A abordagem abrangente e integrada nos cuidados prestados descritos, levou em consideração os aspetos físicos (sono, descanso, dor, desconforto, dispneia, segurança e gestão medicamentosa), os psicossociais (comunicação, respeito, bem-estar emocional, educação e informação, valores e crenças) da pessoa internada, refletindo a essência da teoria dos cuidados fundamentais (Kitson, 2018). Ao considerar todas as dimensões que impactam a experiência de sono da cliente, desenvolvi cuidados de enfermagem centrados na pessoa, conforme preconizado por Kitson (2018).

No que diz respeito à gestão dos cuidados de enfermagem o enfermeiro deverá procurar promover um cuidado de enfermagem de excelência, tendo por base um ou mais métodos de trabalho (Ventura-Silva et al., 2021). Em ambos os contextos clínicos participei no método individual de trabalho sendo que no serviço de pneumologia também é utilizado o método de enfermeiro de referência.

Ambos os métodos estão alinhados com a prestação de cuidados centrados no cliente, contudo o método do enfermeiro de referência “é o método que mais promove o planeamento, a autonomia, a responsabilidade, o domínio decisório e a continuidade de cuidados em enfermagem” (Parreira et al., 2023, p. 180) e reduz o risco da omissão de cuidados (Moura et al., 2020).

Trabalhar com estes dois métodos distintos permitiu-me desenvolver uma compreensão mais abrangente das diferentes abordagens de organização e prestação de cuidados de enfermagem. Além disso, pude aprimorar as minhas competências de organização, comunicação e tomada de decisão ao adaptar-me às especificidades de cada método **(C2.1; C1.1)**.

Na prestação de cuidados trabalhei lado a lado com os técnicos auxiliares de saúde, tendo sido responsável pela delegação e supervisão de tarefas baseadas no princípio de proteção da saúde, segurança e bem-estar das pessoas internadas (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Quando a tarefa era delegada, assegurava que a comunicação e orientação era clara e adequada e que a mesma era desempenhada de acordo com os padrões de qualidade e procedimentos estabelecidos pela instituição (Ordem dos Enfermeiros, 2007) **(C1.2)**.

Simultaneamente, tive a preocupação de fomentar um ambiente positivo e favorável no qual ocorriam partilha de dúvidas e de experiências clínicas com a intenção de desenvolver novas aprendizagens profissionais e pessoais **(C2.2)**.

Foi um contributo importante para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão, ter participado com a enfermeira chefe do serviço de medicina durante dois dias na execução das atividades de gestão, nomeadamente na gestão do material e na construção do horário dos enfermeiros.

Participar nestas atividades permitiu-me compreender melhor a dinâmica administrativa e operacional do serviço. No âmbito da gestão do material percebi que era importante negociar os diferentes pedidos de produtos que surgiam de vários elementos da equipa de enfermagem. É necessário avaliar o custo-benefício que o produto em questão tem e utilizar os recursos já existentes de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados **(C2.1)** sempre com base na evidência científica.

Ainda no domínio da gestão dos cuidados destaco a transição de cuidados. Esta é definida como a movimentação dos clientes entre diferentes ambientes de cuidados à medida que sua condição e necessidade de cuidados mudam durante o curso de uma doença crónica ou aguda (Coleman, 2003).

Alguns elementos-chave que permitiram promover uma transição de cuidados eficaz foi a relação terapêutica adequada, comunicação clara, a educação terapêutica dirigida ao cliente e seu cuidador (Mansukhani et al., 2015; Spehar et al., 2005; Sun et al., 2023), registos de enfermagem realizados numa plataforma eletrónica sob uma perspetiva holística (Sun et al., 2023) e a reconciliação terapêutica (Mansukhani et al., 2015). Foi também importante identificar e articular-me com os profissionais envolvidas

na transição de cuidados de forma a garantir que o cuidado seja coordenado de forma integrada e que dê resposta às necessidades do cliente (Spehar et al., 2005). Tendo isto em consideração, otimizei o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados **(C2.1)** e, por sua vez, promovi a qualidade de vida e satisfação dos clientes, a redução de custos e a redução do risco de readmissões hospitalares (Hu et al., 2020).

As reuniões multidisciplinares que ocorrem no serviço de medicina pelos diferentes profissionais (médicos, assistentes sociais e a enfermeira chefe) são fundamentais para melhorar a coordenação relacional, promovendo uma abordagem integrada e eficaz no cuidado ao cliente (Hartgerink et al., 2014). A discussão da situação clínica e social dos clientes reflete-se numa melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar e no desenvolvimento de competências profissionais (Rosell et al., 2018). Tive a oportunidade de participar numa reunião onde pude colaborar nas decisões da equipa de saúde e melhorar a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar **(C1.1)**.

Podemos entender uma parte do meu percurso de estágio nestes contextos numa perspetiva de translação de conhecimento (Graham et al., 2006). Desta forma, os resultados que surgiram da RIL permitiram validar o problema do sono em pessoas internadas e a identificar, rever e selecionar do conhecimento disponível na evidência para responder ao problema identificado.

Posteriormente, foi realizado no serviço de pneumologia um diagnóstico de situação da quarta semana de janeiro alinhado com a 2º fase - Adaptar o conhecimento ao contexto local (aspetos que desenvolveremos no capítulo seguinte) - e a 3º fase - Avaliar barreiras/facilitadores para o uso do conhecimento - do modelo de translação do conhecimento (Graham et al., 2006).

Realizando um diagnóstico de situação da primeira semana de novembro, através do recurso ao PSQI, concluo que 60% dos clientes internados apresenta baixa qualidade de sono. Foi apurado que, dos 20 clientes internados, 19 apresentam multimorbilidades. A demência é a doença crónica mais comum entre os clientes internados, representando 36% desta mesma amostra. O AVC (22%), a doença renal crónica (14%), o cancro (14%) e a insuficiência respiratória (14%) estão entre as doenças crónicas mais comuns havendo

uma relação complexa e bidirecional entre a qualidade do sono e estas mesmas doenças (Brunetti et al., 2022; Guarnieri & Sorbi, 2015; Knutson et al., 2017; Mogavero et al., 2021).

De forma a avaliar as barreiras/facilitadores para o uso do conhecimento eu e a minha orientadora clínica questionámos a equipa de enfermagem no decorrer do estágio sobre as dificuldades que a mesma tem na promoção do sono na pessoa hospitalizada com multimorbilidades. As respostas dadas recaíram sobretudo na reconciliação terapêutica, no ruído noturno e na documentação das intervenções não farmacológicas promotoras do sono. Por outro lado, reconheci a predisposição e iniciativa dos enfermeiros deste serviço para adquirirem novos conhecimentos.

O estágio clínico foi finalizado no serviço de pneumologia com a sessão de formação (Apêndice VII), intitulada “Promoção do sono na pessoa com multimorbilidade hospitalizada num serviço de pneumologia” dirigida à equipa de enfermagem.

Atuar como formadora permitiu-me ser facilitadora da aprendizagem, ser dinamizadora e gestora da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados e ser reconhecida perante os pares como um elemento de referência na temática em questão, contribuindo desta forma para o desenvolvimento de enfermagem e para a melhoria dos resultados em saúde **(D2.1; D2.2)**.

Na sessão de formação participaram 22 enfermeiros sendo que o serviço de pneumologia apresentou uma taxa de adesão de 88%. Dos 22 participantes 86,4% eram mulheres, 13,6% eram homens e 77% realizaram a avaliação da satisfação em relação à ação de formação. A avaliação foi realizada através do preenchimento de instrumento institucional com escala de *likert* (Apêndice VIII).

Dos formandos que avaliaram a formação:

- 94% demonstraram estar muito satisfeito com a prestação dos formadores em relação ao “domínio dos conteúdos/ competências técnico-científicas”; “metodologia da transmissão de conhecimentos”; “utilização e domínio dos recursos didáticos”.
- 88% demonstraram estar muito satisfeito com “a adequação da formação às suas necessidades e expectativas”; “a qualidade dos conteúdos”; “à possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho”.

- 82% demonstraram estar muito satisfeito com “a qualidade do apoio técnico e administrativo”.
- 76% demonstrou estar muito satisfeito com a “documentação disponibilizada”.
- 35% demonstrou estar muito satisfeito com “as condições da sala”.

Através da análise dos dados constato que todos os aspetos avaliados tiveram uma avaliação bastante positiva à exceção das “condições da sala” no qual os participantes se posicionarem de um modo geral entre o neutro e o satisfeito. Tendo isto em consideração planeio, no futuro, procurar realizar formação num espaço que consiga dar resposta às necessidades de conforto dos participantes se assim o for possível.

3.4 Reflexão sobre as competências desenvolvidas no âmbito da investigação e divulgação científica

Na área da formação assisti a várias formações no qual tive oportunidade de consolidar os meus conhecimentos sobre a temática em questão. Particpei no “3º *Webinar* Nacional e 1º *Webinar* Internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: Inovação em Enfermagem: Produção do Conhecimento e Exercício Clínico”, no dia 7 de fevereiro de 2024 no qual partilhei o estudo caso realizado através de uma comunicação livre (Apêndice IX; Anexo II). Também participei como formanda nas 3as Jornadas do Sono CUF 2023 (Anexo III) e como formanda e moderadora no *Webinar* Internacional sobre "Integração de Cuidados", no dia 5 de janeiro. Ao nível internacional pude partilhar os resultados da RIL alinhados com as etapas do processo de enfermagem em formato de poster no “*online eSleep Europe Virtual Congress 2023*”, nos dias 4 a 6 de outubro de 2023 (Apêndice X; Anexo IV). Adicionalmente, realizei o curso de Suporte Avançado de Vida do Instituto Nacional de Emergência Médica (anexo V), o que levou à melhoria da qualidade da minha intervenção na pessoa em situação crónica.

Todas estas experiências foram fundamentais para desenvolver competências em comunicação e disseminação do conhecimento tendo, por sua vez, demonstrado o compromisso com a formação contínua e a atualização constante do conhecimento **(D2.2)**.

Na área de investigação integrei-me no projeto id.Care - Cuidado centrado para pessoas com doença crónica complexa em contexto agudo e crítico: gerindo o ambiente físico e suportando a tomada de decisão clínica e a autogestão. No âmbito deste projeto, participei em várias atividades integrada na equipa de investigadores: Participação em reuniões de trabalho; desenvolvi a RIL já mencionada e o seu registo no PROSPERO (Apêndice I); submeti o manuscrito na revista *International Nursing Review* em janeiro de 2024 (Apêndice XI) que se encontra na segunda fase de revisão por pares; contribuí para a revisão sistemática em desenvolvimento no projeto id.Care "*The Impact of Sound-Based Interventions on Promoting Sleep Quality in Hospitalized patients: A systematic review*" [CRD42024511972] (construção da estratégia inicial, seleção de artigos e análise crítica do documento final), que se encontra em avaliação pela revista *Nursing Forum*; desenvolvi um estudo piloto, observacional de coorte, intitulado de "Efeito de uma intervenção de som na qualidade do sono na pessoa com multimorbilidades internada"; participei em ações de disseminação do projeto id.Care (Nursing Trends 2024, CIDNUR).

3.4.1 Efeito de uma intervenção de som na qualidade do sono na pessoa com multimorbilidade internada

O desenvolvimento deste estudo-piloto surgiu dada a necessidade de otimizar as intervenções de enfermagem não farmacológicas para melhorar o sono das pessoas hospitalizados (Kuula et al., 2020). Este estudo alinou-se com os objetivos do projeto id.Care, cujo propósito é pelo desenvolvimento de um feixe de intervenções de enfermagem para promover o sono da pessoa hospitalizada.

A estimulação auditiva durante o sono é relatada como uma intervenção segura e de baixo custo (Capezuti et al., 2022; Jespersen et al., 2023; Trahan et al., 2018).

Os sons como o ruído branco (Afshar et al., 2016; Capezuti et al., 2012), a música instrumental (Hansen et al., 2018), a música de relaxamento (Herscher et al., 2021; Ryu et al., 2012), os sons da natureza (Hansen et al., 2018; Nasari et al., 2018; Ryu et al., 2012), a música para controle de ondas delta (Ryu et al., 2012) e a terapia musical dos cinco elementos originária da medicina tradicional chinesa (Wang et al., 2023) foram associados a melhorias significativas na qualidade do sono.

Importa realçar que, embora a música possa ser usada como uma forma de estimulação auditiva para melhorar o sono, ela é categorizada de forma distinta de outros estímulos auditivos, como ruídos coloridos e sons de resposta sensorial autônoma dos meridianos (Yoon & Baek, 2022).

Estudos demonstraram consistentemente que a música é capaz de melhorar a qualidade do sono (Trahan et al., 2018; Ryu et al., 2012), reduzindo a fase N2 do sono (Kuula et al., 2020; Chang et al., 2012) e prolongando o sono REM (Chang et al., 2012). A música também revela ter eficácia no alívio da ansiedade, do *stress*, da depressão e da dor sendo estes fatores de risco para as perturbações do sono (Chang et al., 2012; Hole et al., 2015; Loewy, 2020; Wang et al., 2023; Yvendo, 2016;).

A principal medida de resultado utilizada na literatura para avaliar o sono tem sido a qualidade do sono autorrelatada, sendo também utilizada a polissonografia (Jespersen et al., 2023) e a actigrafia (Forner-Cordero et al., 2018). Existem diversos instrumentos de autorrelato da qualidade do sono e sonolência diurna, contudo optou-se pelo uso do PSQI (João, Becker, Jesus & Martins, 2017) e do ESS (Santos, 2001) por serem amplamente validados, aplicáveis em diversos contextos e traduzidos para português de Portugal.

Compreender as preferências individuais de sono e música é essencial ao planear intervenções de base sonora. Aspectos como preocupações com o sono, suporte externo, relacionamento, rotina de sono estabelecida, humor e relação com a música devem ser considerados para seleccionar a música mais adequada para promover relaxamento e sono reparador (Delle Monache et al., 2022). Além disso, integrar a música de forma culturalmente congruente pode aumentar sua eficácia e aceitação entre as pessoas internadas (Loewy, 2020).

Os enfermeiros gestores e as autoridades hospitalares precisam fornecer treino, equipamentos e instalações adequados aos enfermeiros para facilitar a implementação de uma intervenção promotora do sono baseada no som (Nasari et al., 2018).

O contexto mais habitualmente citado na literatura para o desenvolvimento de intervenções promotoras do sono é os cuidados intensivos, onde é relatado que os clientes têm uma má qualidade do sono (Afshar et al., 2016; Hansen et al., 2018; Jespersen et al., 2023; Loewy, 2020; Nasari et al., 2018; Ryu et al., 2012). No entanto, outros contextos

de cuidados hospitalares também carecem de foco de estudo. Desta forma, propusemos a: Descrever a qualidade do sono das pessoas internadas; verificar se existe associação entre a qualidade do sono e o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes (Hipóteses de investigação (Fortin et al., 2009): 1H₁ Existe correlação entre o perfil sociodemográfico e clínico e a qualidade de sono dos clientes internados; 2H₀ Não existe correlação entre o perfil sociodemográfico e clínico e a qualidade de sono dos clientes internados); avaliar o efeito de uma intervenção com som na qualidade do sono da pessoa internada com multimorbilidades.

Como tal, foi desenvolvido um estudo em dois serviços, de medicina e pneumologia numa ULS do Serviço Nacional de Saúde Português, no período de 1 de novembro de 2023 a 30 de abril de 2024.

A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística por conveniência (Fortin et al., 2009), tendo sido selecionados todos os clientes internados no serviço que cumpriram os critérios de inclusão e que deram o seu consentimento informado e assinado.

Os dados foram recolhidos através do *Charlson Comorbidity Index* (CCI), do PSQI e do ESS. O CCI é das ferramentas mais utilizadas para medir as comorbilidades e foi validada para prever o risco de mortalidade, incapacidade, hospitalização e tempo de internamento em vários contextos clínicos (Charlson et al., 1987). O PSQI é um questionário de autorrelato que avalia a qualidade do sono em um intervalo de tempo de 1 mês. A medida consiste em 19 itens individuais e 7 componentes que produzem uma pontuação global (Buysse et al., 1989). O ESS é uma escala destinada a medir a sonolência diurna que é medida pelo uso de um questionário simples baseado em relatórios retrospectivos relacionados com a probabilidade de adormecer em uma variedade de situações diferentes (Johns, 1991).

Na colheita de dados realizada com o ESS as questões 4 e 8 foram consideradas não aplicáveis dado os participantes não serem passageiros ou conduzirem um automóvel no período em que estão internados. Considerando que nem todos os contextos têm televisão e que nem todos os participantes têm óculos para leitura a questão 1 e 2 foram também consideradas não aplicáveis em vários participantes.

Já o PSQI apesar de avaliar a qualidade do sono num intervalo de tempo de 1 mês foi apenas considerado o período de internamento dos participantes.

Este estudo foca-se na monitorização da qualidade do sono e sonolência diurna e não envolveu o recrutamento de profissionais de saúde. Foi realizado em três fases.

Na fase de pré-intervenção, foram recolhidos os níveis de qualidade do sono, o grau de sonolência diurna e o risco de mortalidade dos clientes com multimorbilidades que consentirem participar no estudo, com pelo menos 3 dias de internamento e com capacidade de verbalizar a sua vontade e exercer a sua autonomia. Foram, para este efeito, aplicados, o PSQI, o ESS e o CCI, respetivamente. Foram também recolhidos os dados sociodemográficos (idade e sexo) relativos aos participantes e as preferências de som/ música.

Na fase da intervenção foi implementada numa amostra de cerca de 19 clientes uma intervenção que tem como foco a promoção do sono com recurso a sons cuja evidência revela serem terapêuticos. A intervenção foi implementada durante 4 dias às 22:30h. O som/música foi reproduzido com uma duração de 40 minutos de acordo com a preferência do cliente e foram providenciados telemóvel e auriculares. Por motivos excecionais, como a alta clínica não prevista dos clientes, a intervenção foi reduzida a 3 dias em 3 participantes.

Na fase pós-intervenção, os níveis de qualidade do sono e sonolência diurna foram avaliados e comparados com os valores anteriores à intervenção para avaliar o efeito da intervenção na qualidade do sono. Nas situações excecionais em que os clientes tinham alta clínica mais cedo que o previsto foi realizado posterior contacto telefónico para realizar a colheita de dados.

Todas as atividades mencionadas foram autorizadas pela Comissão de Ética da ULS (Anexo VI) e a todos os intervenientes envolvidos foi solicitada a livre participação concretizada na assinatura do respetivo consentimento livre e esclarecido (Apêndice XII). Os instrumentos de avaliação também foram utilizados com autorização dos autores dos mesmos (Anexo VII).

Para analisar e interpretar os dados colhidos foram utilizadas as seguintes abordagens estatísticas com recurso ao SPSS: Análise descritiva; teste de *Shapiro-Wilk*; correlação de *Spearman*; o teste de *Wilcoxon*.

A amostra do estudo (n=18) é predominantemente do género masculino (67%) e apresenta uma ampla faixa etária (24 - 85 anos), média de 63,56, e um desvio padrão de 15,82 que sugere uma variação considerável na idade dos participantes (Apêndice XIII – tabela 1.1).

Os participantes apresentam uma pontuação média no instrumento de avaliação do risco de mortalidade, CCI, de 4,22 o que indica que a maioria dos clientes tem uma pontuação ao nível da idade e das morbilidades que podem impactar sua sobrevivência em 10 anos. Há também um desvio padrão de 2,798 o que representa uma grande variação do risco de mortalidade entre os participantes (Apêndice XIII – tabela 1.2).

No parâmetro da idade o score da média (2,06) e da mediana (2,00) revelam valores semelhantes o que indica que a idade dos participantes tende a se concentrar na faixa etária dos 60 aos 69 anos. Naturalmente, quanto maior for a idade maior será o risco de mortalidade (Apêndice XIII – tabela 1.2).

Já no que diz respeito às morbilidades as que apresentaram maior impacto no risco de mortalidade foram o tumor sólido localizado/ metastizado (média 0,56), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) (média 0,33) e a insuficiência cardíaca congestiva (média 0,33). O alto desvio padrão e o máximo de 6 pontos do tumor sólido e da SIDA revelam que ambos apresentam um impacto severo na avaliação do risco de mortalidade. Também foram observados nos participantes outras morbilidades tais como enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, doença vascular periférica, AVC, DPOC, Diabetes *Mellitus*. Estas condições crónicas apresentam um máximo de 1 ponto o que significa que contribuem de igual forma para o risco de mortalidade (Apêndice XIII – tabela 1.2).

A pontuação média na escala de sonolência diurna é de 6,17 havendo variados níveis de sonolência diurna entre os participantes, com alguns reportando sonolência significativa (máximo de 13) (Apêndice XIII – tabela 1.3).

A pontuação média na qualidade do sono é de 11,31 sendo que a maioria dos participantes apresenta uma pontuação acima de 5, ou seja, a maioria apresenta má qualidade do sono (Apêndice XIII – tabela 1.4).

Foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk* (Hernandez, 2021) para verificar a normalidade dos dados colhidos através do PSQI e do ESS. Os parâmetros do PSQI e as questões do ESS (questões 1,3,5,6,7) têm um *p value* inferior a 0,05 o que significa que a distribuição não é normal (Apêndice XIII – tabela 2.1; tabela 2.2; tabela 2.3).

Foram confrontadas as hipóteses de investigação $1H_1$ e $2H_0$ através da correlação de *Spearman* (Rebekić et al., 2015). Foi analisada a relação da idade, do sexo e do *score* da CCI com os parâmetros do PSQI (qualidade subjetiva do sono; latência do sono; duração do sono; eficiência habitual do sono; distúrbios do sono; uso de medicação para dormir; disfunção diurna) antes e após a intervenção de som (Apêndice XIII – tabela 3.1).

Antes da intervenção de som é possível observar a partir dos dados da tabela 3.1 que nenhuma das correlações é estatisticamente significativa (*p-value* > 0.05). A maior correlação observada foi entre o sexo e a latência do sono (*p-value* = 0.056; coeficiente de correlação de -0,458) embora não seja significativa (Apêndice XIII – tabela 3.1).

Após a intervenção de som as correlações mais fortes observadas foram entre a idade e a latência do sono (*p-value* = 0,367), idade e uso de medicação para dormir (*p-value* = 0,413) e o *score* da CCI e eficiência habitual do sono (*p-value* = 0,382), mas todas com *p-values* acima de 0,05 (Apêndice XIII – tabela 3.2).

Como tal, os resultados sugerem a rejeição da hipótese $1H_1$ de que existe correlação entre o perfil sociodemográfico e clínico e a qualidade de sono dos clientes internados.

Na análise do efeito da intervenção na qualidade do sono foram considerados os dados colhidos através do PSQI antes e após a intervenção do som e foi utilizado o teste de *Wilcoxon* (Pestana & Gageiro, 2003). Segundo os resultados do teste (Apêndice XIII – tabela 4.1) a intervenção resultou em uma melhoria significativa (*p-value* = 0,024) na qualidade do sono com uma redução da média do *score* global de 11,22 para 10,17. Foi também observado um efeito positivo significativo na qualidade subjetiva do sono (*p-value* = 0,046) e na eficiência habitual do sono (*p-value* = 0,006) dos participantes. As outras

dimensões do sono não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, indicando que a intervenção não afetou estas áreas de forma significativa.

É possível aferir a partir de todos os resultados obtidos que a intervenção de som mostra potencial para melhorar a qualidade subjetiva do sono e a eficiência habitual do sono. Contudo, a sua influência sobre os restantes parâmetros da qualidade do sono não é clara. A relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas dos clientes e a qualidade do seu sono também não é clara.

Quanto às limitações deste estudo importa destacar que a técnica de amostragem utilizada e o tamanho da amostra limitam a generalização dos resultados; as altas clínicas não previstas reduziram o tempo de intervenção podendo ter limitado a avaliação do impacto da intervenção; o instrumento para avaliação da sonolência diurna, o ESS, apresentou questões/ situações que não se adaptaram ao cliente e ao contexto clínico; o PSQI apresenta como desajuste a avaliação da qualidade do sono num intervalo de tempo de 1 mês; o envolvimento de apenas dois investigadores na colheita de dados limitaram o tamanho da amostra.

Neste estudo não foram controladas variáveis de confundimento, tais como, o estado clínico do cliente e suas comorbilidades, a utilização de medicação indutora do sono, a reconciliação terapêutica, o ambiente hospitalar (ruído, luz, temperatura), rotina de sono prévia e as interações sociais. Estas variáveis devem ser consideradas aquando da análise dos dados.

Para estudos futuros proponho como ajustes metodológicos uma amostragem mais representativa. Quanto ao ESS apesar do instrumento não ser o mais adequado para a população e contexto é o único validado para português que avalia a sonolência diurna.

O desenvolvimento deste estudo piloto envolve competências em pesquisa **(D2.1)** em análise de dados e testes estatísticos. Estas estão relacionadas com a competência em basear a prática clínica em evidência científica **(D2)**. O enfermeiro especialista deve alicerçar os processos de tomada de decisão e intervenções em conhecimento válido e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

O envolvimento da equipa de enfermagem e em particular da orientadora clínica na implementação de intervenções de som evidenciou em mim competências em liderança e gestão de equipa **(B1.2, B1.2.1)**. O enfermeiro especialista deve ser capaz de mobilizar conhecimentos e habilidades para garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, liderando e orientando projetos institucionais na área da qualidade.

Conclusão

No decorrer do relatório de estágio, realizei uma reflexão detalhada sobre as atividades e competências desenvolvidas nas áreas da gestão, da formação e investigação e prestação de cuidados, alinhadas com os quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista e atendendo às competências de mestre.

Esta reflexão sublinha a importância da minha atuação enquanto EEMC e mestre, estando mais capacitada para gerir recursos de forma eficaz, colaborar com equipas multidisciplinares, desenvolver projetos de investigação e intervenção, contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e compartilhar com clareza as evidências relevantes com a comunidade académica, científica e profissional.

Além disso, destaquei o desenvolvimento de competências enquanto EEMC na área de enfermagem à PSC tendo demonstrado capacidade na gestão de situações crónicas complexas, e em particular na pessoa hospitalizada com alteração de padrão de sono ao assegurar a qualidade e segurança da prestação de cuidados e a melhoria da qualidade do sono dos clientes internados. A promoção do sono foi evidenciada como um cuidado fundamental que carece de atenção pelos enfermeiros.

Durante a concretização deste projeto, defrontei-me com várias limitações que influenciaram o seu desenvolvimento e resultados. Uma das principais limitações foi a gestão do tempo enquanto trabalhadora-estudante, o que exigiu um equilíbrio entre as responsabilidades profissionais e académicas. Além disso, a minha inexperiência na execução das etapas do processo de investigação tornou necessário um esforço adicional para adquirir e desenvolver competências nesta área, exigindo maior perseverança e dedicação.

No âmbito do projeto de investigação como referido anteriormente tive como limitações o envolvimento de apenas dois investigadores na colheita de dados, o pequeno tamanho da amostra, as altas clínicas dos participantes não previstas, a utilização de um instrumento para avaliação da sonolência diurna utilizado não adaptado ao cliente e ao contexto clínico e a utilização de um instrumento de avaliação da qualidade do sono que avalia num intervalo de tempo de 1 mês, o que se mostrou inadequado. Contudo importa

realçar que estas limitações devem-se a fatores sobre os quais não se teve controlo, nomeadamente, os investigadores disponíveis para a colheita de dados, o número de clientes internados que consentiram em participar, as altas clínicas inesperadas e a existência de um único instrumento de avaliação de sonolência diurna validado cientificamente e disponível em português.

A promoção de intervenções sobre o sono pode ser conseguida através do estabelecimento de políticas e protocolos hospitalares que reconheçam a importância da promoção do sono, forneçam orientações claras e recursos adequados para os enfermeiros. Devem ser realizadas auditorias regulares para garantir a adesão às melhores práticas na promoção do sono. Além disso, devem ser desenvolvidos programas educativos para enfermeiros, de forma a abordar as complexidades da promoção do sono em clientes hospitalizados com multimorbilidades.

Do ponto de vista da investigação, é crucial promover estudos que investiguem o efeito de diferentes intervenções promotoras do sono em clientes hospitalizados com multimorbilidades e avaliar os resultados a longo prazo destas mesmas intervenções na melhoria da saúde e qualidade de vida dos clientes.

Olhando para o futuro, pretendo continuar a desenvolver estas mesmas competências, com enfoque na área da promoção da qualidade do sono na pessoa com multimorbilidade hospitalizada tendo como um dos objetivos contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem através da aplicação de práticas baseadas em evidências e do desenvolvimento de projetos inovadores. Assim, pretendo dar continuidade ao trabalho desenvolvido durante este percurso ao publicar a RIL realizada e os resultados do estudo “Efeito de uma intervenção de som na qualidade do sono na pessoa com multimorbilidades internada”.

Esta jornada de aprendizagem foi enriquecedora e inspiradora, proporcionando-me oportunidades únicas de crescimento pessoal e profissional e permitindo-me alcançar os objetivos a que me propus.

Referências Bibliográficas

Abd El Rahman, A. I., Ibrahim, M. M., & Diab, G. M. (2021). Quality of Nursing Documentation and its Effect on Continuity of patients' care. *Menoufia Nursing Journal*, 6(2), 1–18. <https://doi.org/10.21608/menj.2021.206094>

Administração Central do Sistema de Saúde & INFARMED. (2024). *Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde*. Circular Normativa Conjunta n.º 001/ACSS/INFARMED.

https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Prescri%C3%A7%C3%A3o/bcd0b378-3b00-4ee0-9104-28d0db0b7872

Afshar, P., Bahramnezhad, F., Asgari, P., & Shiri, M. (2016). Effect of white noise on sleep in patients admitted to a coronary care. *Journal of Caring Sciences*, 5(2), 103–109. <https://doi.org/10.15171/jcs.2016.011>

Alananzeh, I., Lord, H. & Fernandez R. (2021). Social Support for Arab People with Chronic Conditions: A Scoping Review. *Clinical Nursing Research*. 30(4):380-391. <https://doi.org/10.1177/1054773820932262>

Alexandrov, A.W. (2019). Acute Stroke Nursing Management. Em J. Williams, L. Perry, & C. Watkins (Eds.), *Stroke Nursing* (1.^a ed., pp. 75–102). Wiley. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/9781119581161.ch4>

Alves, M., Monteiro, E., Nogueira, M., Távora, C., Sarmiento, F., Marques Macedo, I. ... Nunes Silva, G. (2023). Night-time noise and sleep quality in an internal medicine ward in Portugal: An Observational Study. *Acta Médica Portuguesa*. <https://doi.org/10.20344/amp.19042>

American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association: The official guide of the APA style American Psychological Association. In *Contemporary Psychology: A Journal of Reviews*. <https://doi.org/http://doi.org/10.1037/0000165-000>

Bähler, C., Huber, C. A., Brüngger, B., & Reich, O. (2015). Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: A claims data based observational study. *BMC health services research*, 15, 23. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0698-2>

Bartfay, E., Stewart, P., Bartfay, W., & Papaconstantinou, E. (2019). Is there an association between physical activity and sleep in community-dwelling persons with dementia: An exploratory study using self-reported measures? *Healthcare*, 7(1), 6. <https://doi.org/10.3390/healthcare7010006>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bernhofer, E. I., Higgins, P. A., Daly, B. J., Burant, C. J., & Hornick, T. R. (2014). Hospital lighting and its association with sleep, mood and pain in medical inpatients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1164–1173. <https://doi.org/10.1111/jan.12282>

Biderman, A., Carmel, S., Amar, S. & Bachner, Y. (2021). Care for caregivers- a mission for primary care. *BMC Fam Pract*, 22, 227. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01579-6>

Bjørk, I. T., Lomborg, K., Nielsen, C. M., Brynildsen, G., Frederiksen, A. M. S., Larsen, K., ... Stenholt, B. (2013). From theoretical model to practical use: An example of knowledge translation. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2336–2347. <https://doi.org/10.1111/jan.12091>

Bordino, V., Vicentini, C., D'Ambrosio, A., Quattrocchio, F., Zotti, C. M., Novati, R. ... Mura, I. (2021). Burden of healthcare-associated infections in Italy: Incidence, attributable mortality and disability-adjusted life years (DALYs) from a nationwide study, 2016. *Journal of Hospital Infection*, 113, 164–171. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.04.023>

Broeiro, P. (2015). Multimorbilidade e comorbilidade: Duas perspectivas da mesma realidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 31(3), 150–160. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i3.11520>

Brunetti, V., Rollo, E., Broccolini, A., Frisullo, G., Scala, I., & Della Marca, G. (2022). Sleep and stroke: Opening our eyes to current knowledge of a key relationship. *Current neurology and neuroscience reports*, 22(11), 767–779. <https://doi.org/10.1007/s11910-022-01234-2>

Brunner & Suddarth (2015). *Manual de enfermagem médico-cirúrgica* (13ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Buysse, D. J. (2014). Sleep health: can we define it? does it matter?. *Sleep*, 37(1), 9–17. <https://doi.org/10.5665/sleep.3298>

Burger, P., Van den Ende, E. S., Lukman, W., Burchell, G. L., Steur, L. M. H., Merten, H... Gemke, R. J. B. J. (2022). Sleep in hospitalized pediatric and adult patients – A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine: X*, 4, 100059. <https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2022.100059>

Canas-Simão, H. & Clara, A. S. (2023). Sono normal e evolução ao longo da vida. In Sousa, S., Peralta, A. R., Clara, A. S. & Bugalho, A. (Coords). *Sono para medicina geral e familiar* (pp.9-20). Lisboa: LIDEL.

Carrondo, P., Cardoso, A., Moreira, D., Silva, P. & Cruz, J. (2021). Perturbações do sono: Insónia. pp.1-4. Boletim do Centro de Informação do Medicamento. *Ordem dos Farmacêuticos*. https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/boletimcim_jul_set_2021_9312507706189359b9d9cd.pdf

Capezuti, E., Pain, K., Alamag, E., Chen, X., Philibert, V., & Krieger, A. C. (2022). Systematic review: Auditory stimulation and sleep. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 18(6), 1697–1709. <https://doi.org/10.5664/jcsm.9860>

Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Abu Sin, M., Blank, H. P., Ducomble, T. ... Suetens, C. (2016). Burden of six healthcare-associated infections on european population health: Estimating incidence-based disability-adjusted life years through a population prevalence-based modelling study. *PLoS medicine*, 13(10), e1002150. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002150>

Chang, E. T., Lai, H. L., Chen, P. W., Hsieh, Y. M., & Lee, L. H. (2012). The effects of music on the sleep quality of adults with chronic insomnia using evidence from polysomnographic and self-reported analysis: A randomized control trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 921–930. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.019>

- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of chronic diseases*, 40(5), 373–383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
- Chattu, V. K., Sakhamuri, S. M., Kumar, R., Spence, D. W., BaHammam, A. S., & Pandi-Perumal, S. R. (2018). Insufficient sleep syndrome: Is it time to classify it as a major noncommunicable disease?. *Sleep Science*, 11(2). <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20180013>
- Cipriani, G., Lucetti, C., Nuti, A., & Danti, S. (2014). Wandering and dementia. *Psychogeriatrics*, 14(2), 135–142. <https://doi.org/10.1111/psyg.12044>
- Coleman E. A. (2003). Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 549–555. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51185.x>
- Costa e Silva, T., Dias, P., Alves e Cunha, C., Feio, J., Lavrador, M., Oliveira, J. ... Castel-Branco, M. (2022). Reconciliação terapêutica na admissão de um serviço de medicina interna: Estudo-Piloto. *Acta Médica Portuguesa*, 35(11), 798–806. <https://doi.org/10.20344/amp.16892>
- Coutinho, S. A. M. & Chagas, D. R. S. (2014). Ciclo sono-vigília – uma abordagem fisiológica e farmacológica. *ACTA MSM*. 2(1), 33-67. https://revista.souzamarques.br/index.php/ACTA_MSM/article/download/69/321/920
- Cruz, T., García, L., Álvarez, M. A., & Manzanero, A. L. (2022). Sleep quality and memory function in healthy ageing. *Neurología (English Edition)*, 37(1), 31–37. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2018.10.024>
- Daly, J., Jackson, D., Mannix, J., Davidson, P., & Hutchinson, M. (2014). The importance of clinical leadership in the hospital setting. *Journal of Healthcare Leadership*, 75. <https://doi.org/10.2147/JHL.S46161>

Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). *Procede à alteração do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. Diário da República, Série I. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Delle Monache, S., Jia, D., Kamphuis, D., & Özcan, E. (2022). Exploring profiling and personalisation in sleep music design: Towards conceptualising musical sleep aids for hospital use. *AudioMostly* 2022, 129–136. <https://doi.org/10.1145/3561212.3561245>

Deng, G. (2019). Integrative medicine therapies for pain management in cancer patients. *Cancer J.* 25(5), 343–348. <https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000399>

Dewi, N. A., Yetti, K., & Nuraini, T. (2021). Nurses' critical thinking and clinical decision-making abilities are correlated with the quality of nursing handover. *Enfermería Clínica*, 31, S271–S275. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.09.014>

Dickson, G. T., & Schubert, E. (2019). How does music aid sleep? Literature review. *Sleep Medicine*, 63, 142–150. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.05.016>.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019a). *Higiene das mãos nas unidades de saúde (Norma nº 007/2019)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019b). *Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares (Norma nº 008/2019)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2022). *Plano nacional de saúde 2021-2030*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt/>

DuGoff, E. H., Canudas-Romo, V., Buttorff, C., Leff, B., & Anderson, G. F. (2014). Multiple chronic conditions and life expectancy: A life table analysis. *Medical Care*, 52(8), 688–694. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000166>

- Erfina, E., Nurmauli, N., Hariati S., Andriani, A. & Mckenna, I. (2022). Effectiveness of a multimodal nursing intervention on quality of sleep, fatigue, and level of depression among Indonesian patients with gynecological cancer: A pilot study. *Cancer Nurs.* 0(0), 1-9. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001158>
- Ergin, E., Sagkal Midilli, T., & Baysal, E. (2018). The effect of music on dyspnea severity, anxiety, and hemodynamic parameters in patients with dyspnea. *Journal of hospice and palliative nursing*, 20(1), 81–87. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000403>
- Essien, S. K., Feng, C. X., Sun, W., Farag, M., Li, L., & Gao, Y. (2018). Sleep duration and sleep disturbances in association with falls among the middle-aged and older adults in China: A population-based nationwide study. *BMC geriatrics*, 18(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0889-x>
- Foldvary-Schaefer, N. R., & Waters, T. E. (2017). Sleep-Disordered Breathing. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 23 (4), 1093–1116. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000522245.13784.f6>
- Forner-Cordero, A., Umemura, G., Furtado, F., & Gonçalves, B. (2018). Comparison of sleep quality assessed by actigraphy and questionnaires to healthy subjects. *Sleep science (Sao Paulo, Brazil)*, 11(3), 141–145. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20180027>
- Fortin, MF., Côte, J & Filipn, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (1st ed.). Loures: Lusodidacta.
- Franco, A. & Peralta, A. R. (2023). Exames complementares de diagnóstico. In Sousa, S., Peralta, A. R., Clara, A. S. & Bugalho, A. (Coords). *Sono para medicina geral e familiar* (pp.43-55). Lisboa: LIDEL.
- Fregonese, L., Currie, K., & Elliott, L. (2023). Hospital patient experiences of contact isolation for antimicrobial resistant organisms in relation to health care-associated infections: A systematic review and narrative synthesis of the evidence. *American Journal of Infection Control*, 51(11), 1263–1271. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2023.04.011>

- Gandhi, K. D., Mansukhani, M. P., Silber, M. H., & Kolla, B. P. (2021). Excessive daytime sleepiness: A clinical review. *Mayo Clinic Proceedings*, 96(5), 1288–1301. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.08.033>
- Gao, C., Guo, J., Gong, T. T., Lv, J. L., Li, X. Y., Liu, F. H., ... Wu, Q. J. (2022). Sleep duration/quality with health outcomes: An umbrella review of meta-analyses of prospective studies. *Frontiers in medicine*, 8, 813943. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.813943>
- Gao, G., & Su, J. (2021). Nursing intervention based on smart medical care on the sleep quality of cardiology patients. *Journal of healthcare engineering*, 9947438. <https://doi.org/10.1155/2021/9947438>
- Gellerstedt, L., Medin, J., & Karlsson, M. R. (2014). Patients' experiences of sleep in hospital: A qualitative interview study. *Journal of Research in Nursing*, 19(3), 176–188. <https://doi.org/10.1177/1744987113490415>
- Gellerstedt, L., Medin, J., Kumlin, M., & Rydell Karlsson, M. (2019). Nursing care and management of patients' sleep during hospitalization: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19–20), 3400–3407. <https://doi.org/10.1111/jocn.14915>
- Giannoccaro, M. P., Moghadam, K. K., Pizza, F., Boriani, S., Maraldi, N. M., Avoni, P. ... Plazzi, G. (2013). Sleep disorders in patients with spinal cord injury. *Sleep Medicine Reviews*, 17(6), 399–409. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2012.12.005>
- Godos, J., Grosso, G., Castellano, S., Galvano, F., Caraci, F., & Ferri, R. (2021). Association between diet and sleep quality: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 57, 101430. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101430>.
- Gong, L., Ruan, C., Yang, X. & Lin, W. (2020). Effects of predictive nursing Intervention among patients with acute stroke. *Iranian journal of public health* 50(7), 1398–1404. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i7.6629>
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13–24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>

- Grandner, M. A. (2019). Social-ecological model of sleep health. *Sleep and Health*, 45–53. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815373-4.00005-8>
- Greco, G., Shi, W., Michler, R. E., Meltzer, D. O., Ailawadi, G., Hohmann, S. F. ... & Gardner, T. J. (2015). Costs associated with health care-associated infections in cardiac surgery. *Journal of the American College of Cardiology*, 65(1), 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.09.079>
- Grilo, A. M., dos Santos, M. C., Gomes, A. I., & Rita, J. S. (2017). Promoting Patient-Centered Care in Chronic Disease. *InTech*. <https://doi.org/10.5772/63030>
- Guarnieri, B., & Sorbi, S. (2015). Sleep and Cognitive Decline: A Strong Bidirectional Relationship. It Is Time for Specific Recommendations on Routine Assessment and the Management of Sleep Disorders in Patients with Mild Cognitive Impairment and Dementia. *European neurology*, 74, 43–48. <https://doi.org/10.1159/000434629>
- Hansen, I. P., Langhorn, L., & Dreyer, P. (2018). Effects of music during daytime rest in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 23(4), 207–213. <https://doi.org/10.1111/nicc.12324>
- Hartgerink, J. M., Cramm, J. M., Bakker, T. J. E. M., Van Eijsden, A. M., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2014). The importance of multidisciplinary teamwork and team climate for relational coordination among teams delivering care to older patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 791–799. <https://doi.org/10.1111/jan.12233>
- Hernandez, H. (2021). Testing for Normality: What is the Best Method? *ForsChem Research*, vol. 6, 1-38. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.13926.14406>.
- Herscher, M., Mikhaylov, D., Barazani, S., Sastow, D., Yeo, I., Dunn, A. S., & Cho, H. J. (2021). A sleep hygiene intervention to improve sleep quality for hospitalized patients. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 47(6), 343–346. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.02.003>
- Ho, T., Tan, M., Perez, M., Tan, N., & Mordiffi, Z. (2021). Conducive environments reduce sleep disturbances and improve sleep quality: A quality improvement project. *JBI Evid Implement*. 19:105–117. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000265>

- Hu, J., Wang, Y., & Li, X. (2020). Continuity of care in chronic diseases: A concept analysis by literature review. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 50(4), 513–522. <https://doi.org/10.4040/jkan.20079>
- Huang, H. H., Stubbs, B., Chen, L. J., Ku, P. W., Hsu, T. Y., Lin, C. W., ... Wu, S. H. (2023). The effect of physical activity on sleep disturbance in various populations: A scoping review of randomized clinical trials. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 20(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12966-023-01449-7>
- Hunt, K. J., & May, C. R. (2017). Managing expectations: Cognitive authority and experienced control in complex healthcare processes. *BMC Health Services Research*, 17(1), 459. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2366-1>
- Jamshidi, S., Parker, J. S., & Hashemi, S. (2020). The effects of environmental factors on the patient outcomes in hospital environments: A review of literature. *Frontiers of Architectural Research*, 9(2), 249–263. <https://doi.org/10.1016/j.foar.2019.10.001>
- Jespersen, K. V., Hansen, M. H., & Vuust, P. (2023). The effect of music on sleep in hospitalized patients: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Health*, 9(4), 441–448. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2023.03.004>
- João, K., Becker, N., Jesus, S. & Martins, R. (2017). Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry Res.*, 247, 225-229. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.042>
- Jolfaei, A. G., Makvandi, A., & Pazouki, A. (2014). Quality of sleep for hospitalized patients in rasoul-akram hospital. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4219901/pdf/MJIIRI-28-73.pdf>
- Kerkhof, G. A. (2017). Epidemiology of sleep and sleep disorders in the netherlands. *Sleep Medicine*, 30, 229–239. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.09.015>
- Khater, W., Masha'al, D., & al-Sayaheen, A. (2019). Sleep assessment and interventions for patients living with cancer from the patients' and nurses' perspective. *International Journal of Palliative Nursing*, 25(7), 316–324. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.7.316>

Kim, J. W., & Park, E. Y. (2020). Self-management of oxygen and bronchodilators to relieve the dyspnoea of lung cancer with pneumoconiosis. *International Journal of Palliative Nursing*, 26(4), 167–174. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.4.167>

Kitson, A, Conroy, T, Kuluski, K, Locock, L & Lyons, R (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. Adelaide, South Australia: School of Nursing, the University of Adelaide. https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf

Kitson, A. L. (2018). The fundamentals of care framework as a point-of-care nursing theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.000000000000027125>

Knittle, K., Heino, M., Marques, M. M., Stenius, M., Beattie, M., Ehbrecht, F., ... Hankonen, N. (2020). The compendium of self-enactable techniques to change and self-manage motivation and behaviour v.1.0. *Nature human behaviour*, 4(2), 215–223. <https://doi.org/10.1038/s41562-019-0798-9>

Knutson, K. L., Phelan, J., Paskow, M. J., Roach, A., Whiton, K., Langer, G., ... Hirshkowitz, M. (2017). The national sleep foundation's sleep health index. *Sleep health*, 3(4), 234–240. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.05.011>

Kuula, L., Halonen, R., Kajanto, K., Lipsanen, J., Makkonen, T., Peltonen, M., & Pesonen, A. K. (2020). The effects of presleep slow breathing and music listening on polysomnographic sleep measures – a pilot trial. *Scientific Reports*, 10(1), 7427. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-64218-7>

Lau, E. Y. Y., Li, C., Hui, C. H., Cheung, S. F., Lam, J., & Cheung, S. H. (2021). A longitudinal investigation of the bidirectional relationship of sleep quality with emotional stability and social cynicism in a large community sample. *Sleep Health*, 7(3), 384–389. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2021.03.007>

Li, J., Yuan, Q. & Chen, L. (2020). Effects of psychological nursing on mood, psychology, sleep and quality of life of patients with cervical cancer after neoadjuvant chemotherapy. *Int J Clin Exp Med*. 13(4), 2823-2831. <https://e-century.us/files/ijcem/13/4/ijcem0107047.pdf>

- Li, J. & Zhang, H. (2020). The effect of psychological nursing on medication adherence, unhealthy emotion and sleep disorders in patients with endometrial cancer. *Acta Medica Mediterranea*, 38, 1311. https://doi.org/10.19193/0393-6384_2022_2_199
- Lin, F., Su, Y., Weng, Y., Lin, X., Weng, H., Cai, G. & Cai, G. (2021). The effects of bright light therapy on depression and sleep disturbances in patients with Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med*, 83, 280-289. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.03.035>.
- Liu, Y., Ni, X., Wang, R., Liu, H. & Guo, Z. (2022). Application of rational emotive behavior therapy in patients with colorectal cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *International Journal of Nursing Sciences*. 9, 147-154. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.02.002>
- Liu, J. & Dickter, J. (2020). Nosocomial Infections. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 30(4), 637–652. <https://doi.org/10.1016/j.giec.2020.06.001>
- Liu, S., Zhang, H., Wang, F. & Zhang, Y. (2020). Specific nursing effectively improves dyspnea and sleep quality of patients with lung cancer undergoing chemotherapy. *Int J Clin Exp Med*. 13(11), 8206-8215. <https://e-century.us/files/ijcem/13/11/ijcem0111359.pdf>
- Loewy, J. (2020). Music Therapy as a Potential Intervention for Sleep Improvement. *Nature and Science of Sleep*, Volume 12, 1–9. <https://doi.org/10.2147/NSS.S194938>
- Luyster, F. S., Shi, X., Baniak, L. M., Morris, J. L., & Chasens, E. R. (2020). Associations of sleep duration with patient-reported outcomes and health care use in US adults with asthma. *Annals of allergy, asthma & immunology: official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 125(3), 319–324. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2020.04.035>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14258950/>

Manian, F. A., & Manian, C. J. (2015). Sleep quality in adult hospitalized patients with infection: An Observational Study. *The American Journal of the Medical Sciences*, 349(1), 56–60. <https://doi.org/10.1097/MAJ.0000000000000355>

Mansukhani, R. P., Bridgeman, M. B., Candelario, D., & Eckert, L. J. (2015). Exploring transitional care: Evidence-based strategies for improving provider communication and reducing readmissions. *P & T: a peer-reviewed journal for formulary management*, 40(10), 690–694.

Marques & Valentim (2024). O papel do enfermeiro na reconciliação terapêutica em contexto hospitalar: Uma revisão de scoping. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5(Supii), 17-18. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5iSupii.671>

Martins, M., Mesquita, A., Carvalho, L., Martins, F., Silva, M., Leitão, H., & Nunes, M. (2023). Fatores de Risco para Alta Prorrogada por Motivos Sociais: Um Estudo Retrospectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 36(9), 550–558. <https://doi.org/10.20344/amp.18888>

Martins da Silva, R., Afonso, P., Fonseca, M., & Teodoro, T. (2020). Comparing sleep quality in institutionalized and non-institutionalized elderly individuals. *Aging & Mental Health*, 24(9), 1452–1458. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1619168>

Mathias, J. L., Cant, M. L., & Burke, A. L. J. (2018). Sleep disturbances and sleep disorders in adults living with chronic pain: A meta-analysis. *Sleep Medicine*, 52, 198–210. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.05.023>

Medic, G., Wille, M., & Hemels, M. (2017). Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nature and Science of Sleep*, 9, 151–161. <https://doi.org/10.2147/NSS.S134864>

Medical Research Council (1976) Aids to Examination of the Peripheral Nervous System. Memorandum No. 45. *Her Majesty's Stationary Office*, London. <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221-AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>

Mitchell, S. E., Laurens, V., Weigel, G. M., Hirschman, K. B., Scott, A. M., Nguyen, H. Q. ... Jack, B. W. (2018). Care transitions from patient and caregiver perspectives. *The Annals of Family Medicine*, 16(3), 225–231. <https://doi.org/10.1370/afm.2222>

Michie, S., van Stralen, M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterizing and designing behaviour change interventions. *Implementation science*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>

Mogavero, M. P., DelRosso, L. M., Fanfulla, F., Bruni, O., & Ferri, R. (2021). Sleep disorders and cancer: State of the art and future perspectives. *Sleep Medicine Reviews*, 56, 101409. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.101409>

Mohamed, S. A. (2019). The effects of positioning and pursed-lip breathing exercise on dyspnea and anxiety status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(6), 41. <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n6p41>

Mohammadieh, A., Sutherland, K. & Cistulli, P. (2017), Sleep disordered breathing: Management update. *Intern Med J*, 47: 1241-1247. <https://doi.org/10.1111/imj.13606>

Moita, J. & Pinto, P. (2023). Classificação das doenças do sono. In Sousa, S., Peralta, A. R., Clara, A. S. & Bugalho, A. (Coords). *Sono para medicina geral e familiar* (pp.21-26). Lisboa: LIDEL.

Morse, J. M., Morse, R. M., & Tylko, S. J. (1989). Morse Fall Scale (MFS). *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t24759-000>

Moura, E., Lima, M., Peres, A., Lopez, V., Batista, M., & Braga, F. (2020). Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2103–2112. <https://doi.org/10.1111/jonm.12846>

Nasari, M., Ghezeljeh, T., & Haghani, H. (2018). Effects of nature sounds on sleep quality among patients hospitalized in coronary care units: A randomized controlled clinical trial. *Nursing and Midwifery Studies*, 7(1), 18. https://doi.org/10.4103/nms.nms_39_17

Neeb, K. (2000). Fundamentos de enfermagem de saúde mental. Loures: Lusociência.

Neto, M., Soares, E., & Duarte, G. (2023). Sleep changes in adult depressive patients: An integrative review. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27(4), 1704–1714. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i4.2023-008>

Newman, S., Li, C., & Krause, J. (2016). Social isolation after spinal cord injury: Indicators from the Longitudinal Aging Study. *Rehabilitation Psychology*, 61(4), 408–416. <https://doi.org/10.1037/rep0000112>

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percurso*. 17, 2-9.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico/ Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2021). Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas.

Ooms, S., & Ju, Y. E. (2016). Treatment of Sleep Disorders in Dementia. *Current Treatment Options in Neurology*, 18(9), 40. <https://doi.org/10.1007/s11940-016-0424-3>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Conselho de enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos enfermeiros. (2007). *Parecer nº 136 / 2007 - Delegação*. Concelho Jurisdicional. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf

Paixão, E., Branco, M. J., & Contreiras, T. (2006). *Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental*. Lisboa: National Institute of Health Dr. Ricardo Jorge. <https://core.ac.uk/download/pdf/70638674.pdf>

Park, M. J., Yoo, J. H., Cho, B. W., Kim, K. T., Jeong, W. C., & Ha, M. (2014). Noise in hospital rooms and sleep disturbance in hospitalized medical patients. *Environmental Health and Toxicology*, 29, e2014006. <https://doi.org/10.5620/eht.2014.29.e2014006>

Parker, M. E. & Smith, M. C. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice*. 4th Edition, F.A. Davis Company, Philadelphia. 26

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Oliveira, A. (2023). Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. Em Ordem dos Enfermeiros; Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenos; Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (Eds.), *Gestão nas Organizações de Saúde* (Vol. 2; pp. 147–193).

https://www.researchgate.net/publication/368472162_Metodos_de_trabalho_para_a_prestacao_de_cuidados_de_enfermagem_Capitulo_3_-_Gestao_nas_Organizacoes_de_Saude_Volume_2

Patel, K. M., Metersky, K. (2022). Reflective practice in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 33, 180–187. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12350>

Parreira, S. & Peralta, A. R. (2023). Fisiologia básica do sono. In Sousa, S., Peralta, A. R., Clara, A. S. & Bugalho, A. (Coords). *Sono para medicina geral e familiar* (pp.1-7). Lisboa: LIDEL.

Pessôa, C. L. C., Mattos, M. J. D. S., Alho, A. R. M., Fischmann, M. M., Haerdy, B. M., Côrtes, A. C. C., ... Brignol, S. M. S. (2019). Most frequent errors in inhalation technique of patients with asthma treated at a tertiary care hospital. *Einstein (São Paulo)*, 17(2), eAO4397. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AO4397

Pestana. H. & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3rd ed.). Lisboa: Sílabo.

Purssell, E., Gould, D., & Chudleigh, J. (2020). Impact of isolation on hospitalised patients who are infectious: Systematic review with meta-analysis. *BMJ Open*, 10(2), e030371. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030371>

Rafael Henriques, H., Correia, A., Santos, T., Faria, J., Sousa, D., Portela, J., & Teixeira, J. (2024). Nursing interventions to promote dyspnea self-management of complex chronic patients: An integrated review. *International Journal of Nursing Sciences*, 11(2), 241–257. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.03.008>

Ramar, K. Matrolha, R. K., Carden, K. A., Martin, J. L., Abbasi-Feinberg, F., Aurora, N., ... Trotti, L. M. (2021). Sleep is essential to health: an American academy of sleep medicine position statement. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 17(10), 2115-2119. <https://doi.org/10.5664/jcsm.9476>

Rebekić, A., Lončarić, Z., Petrović, S., & Marić, S. (2015). Pearson's or spearman's correlation coefficient: Which one to use? *Poljoprivreda*, 21(2), 47-54. <https://doi.org/10.18047/poljo.21.2.8>

Regulamento n.º 429/2018 (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Diário da República, Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 1/2022 de 10 de janeiro. (2022). *Estatuto do cuidador informal*. Diário da República, Série I (Nº 6 de 10-01-2022), 21-36. <https://files.dre.pt/1s/2022/01/00600/0002100036.pdf>

Reis, C., Dias, S., Rodrigues, A. M., Sousa, R. D., Gregório, M. J., Branco, J., ... & Paiva, T. (2018). Sleep duration, lifestyles and chronic diseases: A cross-sectional population-based study. *Sleep Science*, 11(4), 217-230. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20180036>.

Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4ª ed.). Loures: Lusociência

Ritmala-Castren, M., Salanterä, S., Holm, A., Heino, M., Lundgren-Laine, H. & Koivunen, M. (2022). Sleep improvement intervention and its effect on patients' sleep on the ward. *J Clin Nurs*. 31(1-2), 275-282. <https://doi.org/10.1111/jocn.15906>

Rizzuto, D., Melis, R. J. F., Angleman, S., Qiu, C., & Marengoni, A. (2017). Effect of chronic diseases and multimorbidity on survival and functioning in elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(5), 1056-1060. <https://doi.org/10.1111/jgs.14868>

- Romana, G., Kislaya, I., Salvador, M. R., Gonçalves, S. C., Nunes, B., & Dias, C. (2019a). Multimorbidade em Portugal: Dados do primeiro inquérito nacional de saúde com exame físico. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 30–37. <https://doi.org/10.20344/amp.11227>
- Romana, G., Kislaya, I., Salvador, M. R., Gonçalves, S. C., Nunes, B., & Dias, C., M. (2019b). Healthcare use in patients with multimorbidity. *European Journal of Public Health*. 1-7. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz118>
- Rosell, L., Alexandersson, N., Hagberg, O. & Nilbert, M. (2018). Benefits, barriers and opinions on multidisciplinary team meetings: a survey in Swedish cancer care. *BMC Health Serv Res*, 18, 249. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2990-4>
- Ruivo, A & Ferrito, C. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Percurso*, 15, 1-37.
- Ryu, M., Park, J. S., & Park, H. (2012). Effect of sleep-inducing music on sleep in persons with percutaneous transluminal coronary angiography in the cardiac care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5–6), 728–735. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03876.x>
- Santos, C. R. (2001). Avaliação da sonolência diurna excessiva: Adaptação cultural e linguística da escala de sonolência de Epworth para a população portuguesa. (Monografia de licenciatura em neurofisiologia). Escola Superior de Tecnologia do Porto, Porto.
- Santos, G., Santos, B. & Melo, J. (2020). A percepção da pessoa internada sobre sua vivência no hospital. *Rev. Nufen: Phenom. Interd.*, 12(2), 1-19. <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.nº02artigo63>
- Santos, J. T., Campos, C. M. S. & Martins, M., M. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 36-43. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>
- Saavedra, C. H., Ordóñez, K. M., & Díaz, J. A. (2015). Impacto de la infección nosocomial en un hospital de Bogotá (Colombia): efectos en mortalidad y costos. *Revista chilena de infectología*, 32(1), 25-29. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000200004>

Schrijvers G. (2009). Disease management: a proposal for a new definition. *International journal of integrated care*, 9, e06. <https://doi.org/10.5334/ijic.301>

Schwarz, S. B., Magnet, F. S., & Windisch, W. (2017). Impact of home mechanical ventilation on sleep quality. *Current opinion in pulmonary medicine*, 23(6), 500–505. <https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000424>

Serin, E. K., Ister, E. D., & Ozdemir, A. (2020). The relationship between sleep quality and dyspnea severity in patients with COPD. *African health sciences*, 20(4), 1785–1792. <https://doi.org/10.4314/ahs.v20i4.32>

Shady, K., Nair, J. & Crannell, C. (2019). Lavender aromatherapy: Examining the effects of lavender oil patches on patients in the hematology-oncology setting. *Clin J Oncol Nurs*. 23(5), 502-508. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.502-508>

Shah, A., Ayas, N., Tan, W. C., Malhotra, A., Kimoff, J., Kaminska, M., ... Jen, R. (2020). sleep quality and nocturnal symptoms in a community-based COPD cohort. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 17(1), 40–48. <https://doi.org/10.1080/15412555.2019.1695247>

Shen, C., Mireku, M. O., Di Simplicio, M., Dumontheil, I., Thomas, M. S. C., Rössli, M., ... & Toledano, M. B. (2022). Bidirectional associations between sleep problems and behavioural difficulties and health-related quality of life in adolescents: Evidence from the SCAMP longitudinal cohort study. *JCPP Advances*, 2(3), e12098. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12098>

Shenker, J. I., & Singh, G. (2017). Sleep and Dementia. *Missouri medicine*, 114(4), 311–315.

Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2007). 2007 Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in health care settings. *American Journal of Infection Control*, 35(10), S65–S164. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.10.007>

Simpson, B., McCluskey, A., Lannin, N., & Cordier, R. (2016). Feasibility of a home-based program to improve handwriting after stroke: A pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 38(7), 673–682. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1059495>

Spehar, A. M., Campbell, R. R., Cherrie, C., Palacios, P., Scott, D., Baker, J. L., ... Wolfson, J. (2005). Seamless Care: Safe Patient Transitions from Hospital to Home. In Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al. (Eds.). *Advances in patient safety: From research to implementation* (Vol. 1: Research Findings). Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20459/>

Sun, M., Liu, L., Wang, J., Zhuansun, M., Xu, T., Qian, Y., & Dela Rosa, R. (2023). Facilitators and inhibitors in hospital-to-home transitional care for elderly patients with chronic diseases: A meta-synthesis of qualitative studies. *Frontiers in public health, 11*, 1047723. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1047723>

Távora, C., Silva, J., Alves, M., Fonseca, T., & Paiva, T. P. (2022). Tratamento da insónia no doente idoso hospitalizado. *Medicina Interna, 29* (3), 215-220. <https://doi.org/10.24950/RSPMI.458>

Teasell, R., Salbach, N. M., Foley, N., Mountain, A., Cameron, J. I., Jong, A. D., ... Lindsay, M. P. (2020). Canadian stroke best practice recommendations: Rehabilitation, recovery, and community participation following stroke. *International Journal of Stroke, 15*(7), 763–788. <https://doi.org/10.1177/1747493019897843>

Trahan, T., Durrant, S. J., Müllensiefen, D., & Williamson, V. J. (2018). The music that helps people sleep and the reasons they believe it works: A mixed methods analysis of online survey reports. *PloS one, 13*(11), e0206531. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206531>

Vanfleteren, L. E. G. W., van 't Hul, A. J., Kulbacka-Ortiz, K., Andersson, A., Ullman, A., & Ingvar, M. (2020). Challenges to the Application of Integrated, Personalized Care for Patients with COPD-A Vision for the Role of Clinical Information. *Journal of clinical medicine, 9*(5), 1311. <https://doi.org/10.3390/jcm9051311>

Veale, D., Ali, S., Papageorgiou, A., & Gournay, K. (2020). The psychiatric ward environment and nursing observations at night: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 27*(4), 342–351. <https://doi.org/10.1111/jpm.12583>

- Venna, V. R., Xu, Y., Doran, S. J., Patrizz, A., & McCullough, L. D. (2014). Social interaction plays a critical role in neurogenesis and recovery after stroke. *Translational psychiatry*, 4(1), e351. <https://doi.org/10.1038/tp.2013.128>
- Ventura-Silva, J., Silva Martins, M., Lima Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Viegas, A., Dias, M., Duarte, D., Ferreira, M., Buzaco, R., Ana, P., ... Coelho, T. (2023). *Avaliação do idoso: Um guia prático para a consulta de medicina geral e familiar*. GESI: Grupo de Estudos de Saúde do Idoso. https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2023/11/Guia-Pratico-idoso_2023.pdf
- Vilelas, J. & Janeiro, S. (2012). Transculturalidade: O enfermeiro com competência cultural. *Rev. Min. Enferm.* 16(1), 120-127. <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n1a17.pdf>
- Wang, F. & Bíró, É. (2021). Determinants of sleep quality in college students: A literature review. *EXPLORE*, 17(2): 170-177. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.11.003>
- Wang, X., Yin, X., Liu, P., Wang, A., Mu, W., Xu, J. ... Wang, Y. (2023). The effect of Baduanjin Qigong combined with five-elements music on anxiety and quality of sleep in asymptomatic patients with COVID-19 infection: A randomised controlled trial. *Heliyon*, 9(8), e18962. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e18962>
- Watson, N. F., Badr, M. S., Belenky, G., Bliwise, D. L., Buxton, O. M., Buysse, D. ... Heald, J. L. (2015). Joint consensus statement of the american academy of sleep medicine and sleep research society on the recommended amount of sleep for a healthy adult: Methodology and discussion. *Sleep*, 38(8), 1161–1183. <https://doi.org/10.5665/sleep.4886>
- Watt, J. A., Goodarzi, Z., Veroniki, A. A., Nincic, V., Khan, P. A., Ghassemi, ... Straus, S. E. (2019). Comparative Efficacy of Interventions for Aggressive and Agitated Behaviors in Dementia: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 171(9), 633. <https://doi.org/10.7326/M19-0993>

Weinberg, M. K., Noble, J. M., & Hammond, T. G. (2016). Sleep well feel well: An investigation into the protective value of sleep quality on subjective well-being. *Australian Journal of Psychology*, 68(2), 91–97. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12098>

Xu, Z., Li, J., Qin, S. & Huang, S. (2021). Study on influencing factors and nursing intervention effect of sleep disorders in esophageal cancer patients after radiotherapy. *Acta Medica Mediterranea*, 37, 3595-3601. <https://doi.org/10.19193/0393-6384.2021.6.566>

Yoo, J. W., Hong, B. Y., Jo, L., Kim, J. S., Park, J. G., Shin, B. K., & Lim, S. H. (2020). Effects of Age on Long-Term Functional Recovery in Patients with Stroke. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(9), 451. <https://doi.org/10.3390/medicina56090451>

Yoon, H., & Baek, H. J. (2022). External auditory stimulation as a non-pharmacological sleep aid. *Sensors*, 22(3), 1264. <https://doi.org/10.3390/s22031264>

You, L., Guo, N., Wang, T., Yu, X., Kang, X., Guan, Y., & Bai, C. (2022). Effects of aromatherapy on fatigue, quality of sleep and quality of life in patients with inflammatory bowel disease: A feasibility study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 49, 101648. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101648>

Zaha, D. C., Kiss, R., Hegedűs, C., Gesztelyi, R., Bombicz, M., Muresan, M., ... Micle, O. (2019). Recent Advances in Investigation, Prevention, and Management of Healthcare-Associated Infections (HAIs): Resistant Multidrug Strain Colonization and Its Risk Factors in an Intensive Care Unit of a University Hospital. *BioMed Research International*, 2019, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2019/2510875>

Zomers, M. L., Hulsege, G., van Oostrom, S. H., Proper, K. I., Verschuren, W. M. M., & Picavet, H. S. J. (2017). Characterizing adult sleep behavior over 20 years: The population-based doetinchem cohort study. *Sleep*, 40(7). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsx085>