



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica

Promover o Sono e a Saúde Mental - Repara &
Protege - Projeto de Desenvolvimento de
Competências Clínicas Especializadas na Área de
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Sara Maria Oliveira Cadima

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

PROMOVER O SONO E A SAÚDE MENTAL -
REPARA & PROTEGE - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO
DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

PROMOTING SLEEP AND MENTAL HEALTH -
REPAIR & PROTECT - PROJECT FOR THE DEVELOPMENT
OF SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN THE FIELD OF
MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

Relatório de Estágio de Natureza Profissional
Orientado pela Professora Doutora Isilda Ribeiro e
Coorientado pela Professora Doutora Rosa Silva

Sara Maria Oliveira Cadima

Porto, junho 2024

“Se eu puder proporcionar um determinado tipo de relação, a outra pessoa descobrirá dentro de si a capacidade de usar essa relação para o seu crescimento, e a mudança e o desenvolvimento pessoal ocorrerão.”

Carl Rogers

“The best way to find yourself is to lose yourself in the service of others.”

Mahatma Gandhi

DEDICATÓRIA

A todas as Pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental, que confiaram, que estiveram disponíveis e que partilharam. Os meus desejos que vossa saúde mental e o vosso sono se tornem mais positivos.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a mim mesma, por me manter flexível, por me respeitar e aceitar crescer neste processo de aprendizagem e de desenvolvimento como pessoa e profissional.

Em seguida devo um agradecimento franco e genuíno a todas as Pessoas que cruzaram este meu caminho, que também foi vosso, nestes últimos dois anos:

Às professoras Doutoradas Isilda Ribeiro e Rosa Silva pela relação de amizade, pela orientação, pela partilha de conhecimento, pela motivação e confiança dada no caminho.

Às colegas do Mestrado, que amigas ficaram, pelo apoio absoluto e pela motivação, pela partilha de risos, de conhecimento, desabafos e de horas de sono, especialmente, à Raquel e à Elisabete, que a amizade continue a cruzar este nosso caminho.

Aos Enfermeiros Orientadores e Enfermeiros que se cruzaram no caminho, nos contextos de estágio...

Às Enf^a Daniela, Andreia e Joana, à Enf^a Purificação, pela partilha de conhecimento, pela serenidade e pela empatia.

À Enf^a Paula e restante equipa, pelo apoio e motivação, pela aprendizagem e pelas oportunidades.

À Enf^a Cristina e a toda equipa, ao Enf^o José pela partilha de conhecimento e pela confiança.

Aos meus pais, Manuela e Vitor, em especial, pelo apoio, pelo carinho, pela compreensão dos atrasos às refeições e pela motivação que foi incondicional.

Às minhas irmãs, Cristina e Marta, pela motivação, pela compreensão, pelas palavras de força.

Em especial, às minhas amigas, à Joana e à Berta, pelo incentivo constante e pela amizade, pela aceitação e pela distância, que é grande, mas os laços mantem-se fortes.

Aos colegas do serviço de medicina intensiva polivalente, pelos desabafos, pela compreensão, pela escuta e entreaajuda diária.

Aos colegas do Mestrado, pela partilha de conhecimento, pela união, pela escuta e aprendizagem, não tem preço.

Aos professores do Mestrado, pelo ensino, pela integração, pelo humor na vida, pela partilha, pela motivação e pela saúde mental.

ABREVIATURAS

DBAS - Escala das Crenças e Atitudes Disfuncionais sobre o Sono

EE - Enfermeiro Especialista

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMP - Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria

ICN - International Council of Nursing

MESMP - Mestrado Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

NANDA-I - NANDA International, Inc.

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem

OCDE - Organização para Cooperação e o Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

PSQI - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

UC - Unidade Curricular

RESUMO

A redação deste relatório teve como principal objetivo demonstrar o percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências durante o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Deste percurso, salienta-se a demonstração do desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista e competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Igualmente foi integrado neste relatório a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1991), a Teoria centrada na Pessoa (Rogers, 1961) e a Teoria das Transições (Meleis, 2000; 2010) que contribuíram para a fundamentação da prática clínica de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

Por outro lado, este relatório foca-se num domínio da enfermagem do “Sono”, sobre o qual é demonstrado a sua relevância em ESMP, nomeadamente na promoção de Saúde Mental e na prevenção da doença.

Este processo de aprendizagem fortaleceu-se ao longo dos contextos clínicos, particularmente no internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença, no contexto comunitário e no contexto de respostas diferenciadas.

Primeiramente, realizou-se uma pesquisa e breve revisão da literatura mais relevante às necessidades em Saúde Mental, que demonstrou a existência de uma relação significativa entre a Saúde Mental e o Sono das pessoas.

Ao longo dos contextos clínicos, o processo de Tomada de Decisão em Enfermagem permitiu a organização, documentação e análise. E as Taxonomias e a Ontologia da Enfermagem permitiram descrever os cuidados através da linguagem comum entre os enfermeiros. Este processo iniciou-se pela avaliação do contexto, seguindo-se uma análise das necessidades em Saúde Mental. Prontamente, identificaram-se os diagnósticos de enfermagem, que encontraram possibilidade de melhoria ou de resolução, com recurso ao planeamento das intervenções e atividades de enfermagem especializadas, adequadas à pessoa e ao contexto em que se insere. A avaliação dos resultados obtidos, permitiu avaliar a prática desenvolvida e examinar com crítica e ponderação a aprendizagem alcançada.

Nos contextos clínicos de Saúde Mental, intervir na promoção do sono, potencia a sua reparação e prevenção de complicações, contribuindo positivamente para o estado de Saúde Mental da pessoa. Pode-se concluir que este percurso permitiu a aquisição das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e coadjuvou no autoconhecimento desta autora, tanto como pessoa, bem como profissional de saúde, que possibilitará igualmente futuros contributos para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica; Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental Psiquiátrica; Saúde Mental; Promoção da Saúde; Qualidade do Sono.

ABSTRACT

The purpose of this report was to demonstrate the learning journey and development of skills in the Master's Degree Program in Mental Health and Psychiatric Nursing. This journey highlights the development of both common nursing specialist skills and specific skills in Mental Health and Psychiatric Nursing. The report also integrates Peplau's Theory of Interpersonal Relations (1991), Rogers' Person-Centered Theory (1951), and Meleis' Transitions Theory (2000; 2010), which contribute to the clinical practice foundation of Mental Health and Psychiatric Nursing (MHPN). Furthermore, this report focuses on a nursing domain of "Sleep", showcasing its relevance in Mental Health and Psychiatric Nursing, particularly in promoting mental health and preventing illness. This learning process was strengthened throughout various clinical contexts, particularly in the care of individuals experiencing acute illness decompensation, in community settings, and in specialized care contexts.

A brief literature review was conducted, contributing essential scientific evidence regarding mental health needs and their relationship with sleep. Across clinical contexts, the Nursing Decision-Making process facilitated organization, documentation, and analysis. Nursing Taxonomies and Ontology allowed for describing care through a common language among nurses. This process began with context assessment, followed by an analysis of mental health needs. Nursing diagnoses were promptly identified, offering opportunities for improvement or resolution through specialized nursing interventions and activities tailored to the individual and their context. Evaluating outcomes allowed for critical examination of the practice and learning achieved. Intervening in sleep promotion across different mental health clinical contexts enhances sleep repair and positively contributes to the individual's mental health. In conclusion, this journey facilitated the acquisition of both common and specific skills of the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist, fostering self-awareness both personally and professionally. It will also contribute to future advancements in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Keywords: Psychiatric Nursing; Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatry; Mental Health; Health Promotion; Sleep Quality.

INDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----------|
| <i>Figura 1 - Adaptado de “A saúde mental tem um valor intrínseco e instrumental, ajudando-nos a conectar, a funcionar, a lidar e a prosperar”.</i> | <i>15</i> |
| <i>Figura 2 - Adaptado de “Inter-relações entre os domínios da saúde e do bem-estar”.</i> | <i>17</i> |
| <i>Figura 3 - Adaptado de “A saúde cerebral e os seus determinantes”.</i> | <i>18</i> |
| <i>Figura 4 - Neurotransmissores promotores do Sono, adaptado.....</i> | <i>27</i> |
| <i>Figura 5 - “Conceptual model of sleep health”.....</i> | <i>28</i> |
| <i>Figura 6 - Adaptado de “The social-ecological model of sleep health”.....</i> | <i>30</i> |
| <i>Figura 7 - Variação dos parâmetros e fases do sono com a idade.....</i> | <i>34</i> |
| <i>Figura 8 - Recomendações pela National Sleep Foundation para a duração do sono ao longo do ciclo de vida.</i> | <i>36</i> |
| <i>Figura 9 - Adaptado de “Fases sobrepostas nas relações entre Enfermeira-Cliente”.....</i> | <i>42</i> |
| <i>Figura 10- “Transições: Uma teoria de médio-alcance”.</i> | <i>45</i> |

INDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| <i>Tabela 1 - Adaptado da(de Bienassis et al., 2022; OECD, 2013)- “Elementos na medição do bem-estar subjetivo”.</i> | 19 |
| <i>Tabela 2 - Resumo e adaptação dos métodos de Avaliação da Saúde Mental - OECD (2023).</i> | 21 |
| <i>Tabela 3 - Os parâmetros do sono.</i> | 31 |
| <i>Tabela 4 - Instrumentos de Avaliação do sono.</i> | 38 |
| <i>Tabela 5 - Adaptado de “Eventos que levam ao processo de transição”.</i> | 44 |
| <i>Tabela 6 - Critérios de diagnóstico da Perturbação da Insónia segundo DSM-V (Psychiatric Association, 2014).</i> | 47 |
| <i>Tabela 7 - Os Dados e os Diagnósticos de Enfermagem decorrentes do Domínio de Enfermagem “Sono”.</i> | 49 |
| <i>Tabela 8 - Instrumentos de Avaliação, Objetivos, Resultados e Intervenções de Enfermagem no “Sono Comprometido”.</i> | 52 |
| <i>Tabela 9 - Instrumentos de Avaliação, Objetivos, Resultados e Intervenções de Enfermagem no “Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono”.</i> | 54 |
| <i>Tabela 10 - Instrumentos de Avaliação, Objetivos, Resultados e Intervenções de Enfermagem no “Potencial para melhorar significado atribuído ao sono comprometido”.</i> | 55 |
| <i>Tabela 11 - Instrumentos de Avaliação, Objetivos, Resultados e Intervenções de Enfermagem “Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e estado de saúde”.</i> | 55 |
| <i>Tabela 12 - Relação entre Diagnósticos Médicos e Domínios de Enfermagem no contexto de internamento agudos.</i> | 59 |
| <i>Tabela 13 - Desenvolvimento de Competências Comuns: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, segundo o Regulamento n.º 149/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019a).</i> | 89 |
| <i>Tabela 14 - Desenvolvimento de Competências Comuns: Melhoria Contínua da Qualidade, segundo o Regulamento n.º 149/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019a).</i> | 91 |
| <i>Tabela 15 - Desenvolvimento de Competências Comuns: Gestão dos Cuidados segundo o Regulamento n.º 149/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019a).</i> | 93 |

| | |
|--|------------|
| <i>Tabela 16 - Desenvolvimento de Competências Comuns: Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, segundo o Regulamento n.º 149/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019a).</i> | <i>94</i> |
| <i>Tabela 17 - Desenvolvimento de Competências Específicas ESMP: Conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, segundo o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018).</i> | <i>96</i> |
| <i>Tabela 18 - Desenvolvimento de Competências Específicas de ESMP: Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, segundo o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018).</i> | <i>97</i> |
| <i>Tabela 19 - Desenvolvimento de Competências Específicas: Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, segundo o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018).</i> | <i>99</i> |
| <i>Tabela 20 - Desenvolvimento de Competências Específicas de ESMP: Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, segundo o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018).</i> | <i>101</i> |

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| NOTA INTRODUTÓRIA | 9 |
| PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 13 |
| 1. Da Saúde Ao Bem-Estar Mental | 14 |
| 1.1. Do Bem-Estar à Qualidade de Vida | 16 |
| 1.2. Da Avaliação à Promoção da Saúde Mental | 20 |
| 2. O Sono | 25 |
| 2.1. Os Ritmos Circadianos | 25 |
| 2.2. O Ciclo Sono-Vigília..... | 26 |
| 2.3. Dimensões do Sono | 30 |
| 2.4. Do Comportamento de Saúde à Promoção do Sono | 36 |
| 3. Pressupostos Teóricos em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica | 41 |
| 3.1. Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem | 41 |
| 3.2. Teoria Centrada na Pessoa | 43 |
| 3.3. Teoria das Transições..... | 44 |
| 3.4. Da Avaliação à Intervenção de Enfermagem no Sono..... | 46 |
| PARTE II - CONTEXTOS DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL | 57 |
| 1. Contexto de Internamento de Pessoas com Problemas Agudos..... | 57 |
| 1.1. Breve caraterização do contexto..... | 57 |
| 1.2. Processo de Tomada de Decisão | 61 |
| 1.2.1. Avaliação, Diagnósticos e Objetivos de Enfermagem | 61 |
| 1.2.2. Intervenções de Enfermagem e a Intervenção de Relação de Ajuda Profissional . | 65 |
| 1.2.3. Análise Crítica..... | 66 |
| 2. Contexto Comunitário | 68 |
| 2.1. Breve Caraterização do Contexto | 68 |
| 2.2. Processo de Tomada de Decisão | 70 |
| 2.2.1. Avaliação, Diagnósticos e Objetivos de Enfermagem | 71 |
| 2.2.2. Intervenções de Enfermagem e a Intervenção Psicoeducativa | 74 |
| 2.2.3. Análise Crítica..... | 76 |

| | |
|--|-----|
| 3. Contexto de Áreas Diferenciadas..... | 77 |
| 3.1. Breve Caraterização do Contexto | 77 |
| 3.2. Processo de Tomada de Decisão | 78 |
| 3.2.1. Avaliação, Diagnósticos e Objetivos de Enfermagem | 79 |
| 3.2.2. Intervenções de Enfermagem, a Intervenção Psicoeducativa e a Técnica de Medicação Artístico-Expressiva | 83 |
| 3.2.3. Análise Crítica..... | 84 |
| | |
| PARTE III - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA | 89 |
| | |
| 1. Análise Crítica Do Desenvolvimento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista 89 | |
| | |
| 2. Análise Crítica Do Desenvolvimento Das Competências Específicas De Enfermagem De Saúde Mental E Psiquiátrica | 95 |
| | |
| SÍNTESE FINAL..... | 104 |
| | |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 106 |
| | |
| ANEXOS..... | 126 |
| | |
| Anexo I - Instrumento De Avaliação - EQ-5D-5L | 127 |
| | |
| Anexo II - Instrumento De Avaliação - EQ-5D-Y..... | 131 |
| | |
| Anexo III - Instrumento De Avaliação - PSQI..... | 135 |
| | |
| Anexo IV - Instrumento De Avaliação - NOC “Cognição” (0900)..... | 140 |
| | |
| APÊNDICES | 142 |
| | |
| Apêndice I - Consentimento Informado | 143 |
| | |
| Apêndice II - Questionário Sociodemográfico - I..... | 146 |
| | |
| Apêndice III - Questionário Sociodemográfico - II | 150 |
| | |
| Apêndice IV - Questionário Sociodemográfico - III | 156 |

| | |
|---|-----|
| Apêndice V - Diário Do Sono - Contexto Internamento De Agudos E Comunitário | 159 |
| Apêndice VI - Diário Do Sono - Contexto Áreas Diferenciadas | 161 |
| Apêndice VII - Planeamento Das Sessões - Intervenção Psicoeducativa - Contexto De Internamento De Agudos..... | 174 |
| Apêndice VIII - Planeamento Das Sessões - Intervenção Psicoeducativa - Contexto Comunitário | 181 |
| Apêndice IX - Planeamento Das Sessões - Intervenção Psicoeducativa - Contexto Áreas Diferenciadas..... | 187 |
| Apêndice X - Planeamento Das Sessão - Intervenção De Relaxamento - Contexto De Internamento De Agudos..... | 192 |
| Apêndice XI - Planeamento Das Sessões - Intervenção De Mediação Artístico-Expressiva - Contexto Áreas Diferenciadas | 195 |
| Apêndice XII - Materiais - Cartões Do Sono | 201 |
| Apêndice XIII - Resultados - Diários Do Sono | 204 |
| Apêndice XIV - Participação Em Eventos Científicos..... | 209 |
| Apêndice XV - Estudo De Caso - Contexto De Internamento De Agudos | 214 |

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito das unidades curriculares (UC) - “Módulo I” e “Módulo II” referentes ao “Estágio de natureza profissional com relatório”, ambas inseridas no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP), foi realizado um período de estágio em três contextos clínicos durante o ano letivo de 2023/2024, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Sob a orientação da Professora Doutora Isilda Ribeiro e coorientação da Professora Doutora Rosa Silva, foi delineado um trabalho de projeto e posteriormente elaborado um relatório final que analisa e reflete o desenvolvimento profissional, com vista ao desenvolvimento de competências comuns e específicas de um Enfermeiro Especialista (EE) na área de Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica (ESMP). O estágio de natureza profissional final, correspondente à UC “Módulo II”, iniciou-se a 18 de setembro de 2023 e concluiu-se a 12 de janeiro de 2024.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, n.º 515/2018 publicado em Diário da República, os cuidados de enfermagem centram-se na *“promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427). Por outro lado, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) *“para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427). Nesta perspetiva, o EEESMP desenvolve um juízo clínico e estabelece uma relação terapêutica única e eficaz, que em situações de vulnerabilidade e particularidades, pode mitigar dilemas éticos que afetam a natureza da relação enfermeiro-pessoa. Além disso, estas competências fomentam o desenvolvimento de relações de confiança com o cliente e potenciam a melhoria da perceção sobre os problemas e a capacidade de identificar novas soluções, resultando numa promoção e proteção da saúde mental efetiva, numa prevenção da doença mental, num tratamento e numa reabilitação psicossocial da pessoa, família ou grupo. Esta constitui uma prática clínica específica da especialidade de saúde mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Cuidar de pessoas com perturbação de saúde mental, requer uma abordagem humanística e centrada na pessoa, tanto na avaliação e como na intervenção especializada, perseguindo elevados padrões de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017a). O EEESMP integra continuamente a literatura e a investigação na sua prática clínica, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, nomeadamente da ESMP (Ordem dos

Enfermeiros, 2018, 2023).

A World Health Organization (2021b) define que existem determinantes em saúde que afetam a saúde física, a saúde mental e o bem-estar da pessoa. Como por exemplo, os fatores socioeconómicos, a educação, o emprego e o acesso aos serviços de saúde (World Health Organization, 2021b). Por outro lado, existem os fatores comportamentais como a alimentação, o exercício físico, o consumo de tabaco, de drogas e de álcool que desempenham um papel crucial na saúde em geral. Além disso, os fatores genéticos, como o ambiente físico e o apoio social contribuem para determinar o estado de saúde da pessoa (Knight, 1998). Quando se trata da saúde mental, os determinantes são semelhantes aos da saúde em geral, porém focam-se no bem-estar psicológico. Assim, as experiências de vida traumáticas, o *stress* crónico, a solidão e a discriminação podem ter um impacto significativo. O acesso aos cuidados de saúde mental, a adesão ao tratamento e o estigma em relação à saúde mental, produzem resultados que são determinantes no sucesso da recuperação da pessoa.

A literatura demonstra que os problemas do sono têm implicações na saúde mental, no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas, e que, a pandemia da COVID-19 veio agravar, como confirmado por inúmeros estudos (Liu et al., 2021; Merikanto et al., 2022; Morin et al., 2021).

Os problemas do sono são considerados uma responsabilidade social e um assunto relevante em saúde, em todo o mundo. Os determinantes da saúde do sono referem-se aos fatores que influenciam a qualidade e a quantidade do sono da pessoa, como por exemplo: os hábitos de sono, como os horários regulares, um ambiente confortável e a higiene do sono. Os fatores psicológicos, como o *stress*, a ansiedade e as perturbações do sono, também podem afetar a qualidade do sono. Os fatores ambientais, como o ruído e a luz, também tem impacto na qualidade do sono (Buysse, 2014; Philippens et al., 2022).

Estes determinantes em saúde, mais precisamente em saúde mental e na saúde do sono estão interligados e influenciam-se mutuamente. Num recente estudo realizado na Europa, 67% dos adultos reportaram perturbações do sono, pelo menos uma vez por noite. Neste estudo internacional, o país que demonstrou mais problemas do sono foi Portugal, com 22,1% da amostra a apresentar problemas do sono, seguido de França, da Bélgica e do Reino Unido (Baranowski & Jabkowski, 2023). Num outro estudo internacional, com aproximadamente, 11006 adultos, em 12 países, 50% dos participantes reconheceram que o sono teve um impacto significativo na sua saúde e bem-estar geral, superando a importância atribuída à alimentação (41%) e à prática de exercício físico (40%) (Philips, 2021). Aproximadamente, 80% das pessoas demonstraram querer melhorar a qualidade do seu sono e a maioria, cerca de 60%, procurou aconselhamento junto de profissionais de saúde (Philips, 2021).

No entanto, a prática clínica dos enfermeiros na área da saúde do sono, demonstra reduzido impacto na literatura e é pouco claro o seu papel (Buchan et al., 2023). Deste modo, sendo os enfermeiros considerados uma das maiores equipas na área da saúde que presta cuidados de enfermagem

diariamente (durante 24 horas), e o EEESMP é um enfermeiro com competências específicas na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, como descreve o Regulamento da OE n.º 515/2018, surgiu o título para este relatório de “PROMOVER O SONO E A SAÚDE MENTAL - REPARA & PROTEGE”.

O intuito de se realizar este MESMP, foi adquirir competências do EEESMP com o objetivo de promover melhorias significativas na saúde da pessoa, da família e da comunidade/grupo com necessidades e perturbação de saúde mental, que requerem uma intervenção de enfermagem especializada. Adicionalmente, a atividade profissional atual da candidata ao título de EEESMP, desenvolve-se numa Unidade de Cuidados Intensivos, no qual a comunicação e a relação terapêutica com a pessoa em situação crítica e a família, têm um papel relevante no bem-estar e na saúde mental de todos os intervenientes, pessoas e profissionais. Por vezes, esta relação interpessoal apresenta desafios aos profissionais de saúde, e por isso, ao desenvolver competências nesta área reformulei a conceção de cuidados e, conseqüentemente, proporcionei bem-estar e saúde mental às pessoas alvo dos meus cuidados, assim como estive disponível e ofereci os meus conhecimentos ao nível da escuta ativa, da comunicação eficaz e da gestão de conflitos.

O objetivo principal deste “Módulo II” resulta da aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP, durante os três contextos clínicos de estágio. Deste modo, foram definidos os seguintes subcapítulos com base no Regulamento OE n.º 140/2019, isto é, para o desenvolvimento das competências comuns do EE nos seus diferentes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e aprendizagens profissionais. Por outra perspetiva, foram igualmente definidos os subcapítulos com base no regulamento da OE n.º 515/2018, com o intuito de desenvolver competências específicas do EEESMP nos domínios: do conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, da assistência à pessoa família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; da ajuda à pessoa integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental e da prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais para manter, melhorar e recuperar a saúde.

Surgiram necessidades nos três contextos clínicos que validaram a escolha da temática e fundamentaram a elaboração de um plano de intervenção individual e grupal, alinhado igualmente com as necessidades identificadas na pessoa, na família e no grupo. Este plano de intervenção permitiu concretizar as intervenções próprias do EEESMP, no âmbito dos cuidados em ESMP, sendo uma ferramenta facilitadora do processo de aprendizagem. Surgem, portanto, metas referentes à população-alvo (pessoa e/ou grupo), enquadrados no plano de intervenção, que são as seguintes: promover o conhecimento e a gestão de estratégias adaptativas na melhoria da qualidade do sono e promover o conhecimento e gestão das estratégias indutoras de bem-estar e de saúde mental.

Como objetivo adicional, assoma-se a elaboração deste relatório final, no âmbito do “Módulo II”, constituindo-se como uma ferramenta de avaliação no âmbito do Curso MESMP, de modo a refletir e analisar os processos de tomada de decisão, as aprendizagens, os desafios e dificuldades, a aquisição e o desenvolvimento de competências do EEESMP.

Relativamente à estrutura deste relatório, este divide-se em três partes principais, sendo que primeira parte se inicia com o enquadramento teórico central, onde são explorados os conceitos e teorias que servem de base ao tema em estudo. A segunda parte é dedicada à caracterização dos contextos clínicos, onde decorreram os estágios de natureza profissional, e, sucessivo desenvolvimento do plano de intervenção individual e de grupo no âmbito do cuidar em ESMP. Na terceira parte, é demonstrada a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP com uma análise crítica. Por fim, emerge uma síntese final reflexiva de todo o percurso e do desenvolvimento das competências de EEESMP.

Nos contextos clínicos as pessoas demonstraram necessidades que foram sendo suprimidas através da participação nas atividades propostas e planificadas nos diferentes contextos e no decorrer do desenvolvimento das competências de EE. Os enfermeiros encontram-se no centro dos cuidados à pessoa, família e grupo, no qual o desenvolvimento das relações é fundamental para quem procura e necessita de cuidados de saúde. Deste modo, na enfermagem é considerada uma componente essencial a relação interpessoal, na qual é fundamental uma abordagem centrada no cliente e orientada na recuperação. Nos cuidados de saúde mental, as pessoas requerem maior motivação para recuperar sendo ainda mais relevante a construção desta relação interpessoal. A Terapia centrada no Cliente ou Terapia centrada na Pessoa (*Client-Centered Therapy or Person-Centered Therapy*), desenvolvida por Rogers na década de 1940, permite demonstrar o crescimento, o desenvolvimento e a satisfação da pessoa em si mesma, num processo conhecido como “*Autorrealização ou Autoconcretização*” (*self-actualization*) (C. R. Rogers, 1951; Yao & Kabir, 2023). Na mesma perspetiva, Peplau na década de 50 (1991) demonstrou que a Relação Interpessoal, entre enfermeiro-cliente é dinâmica e evolutiva, com diferentes fases e papéis desempenhados pelo Enfermeiro. Por fim, a Teoria das Transições de Meleis et al. (2000) demonstra a resposta da pessoa perante uma mudança na sua vida, como por exemplo, um nascimento de um filho ou o luto.

Para a aquisição do conhecimento e para o desenvolvimento deste relatório recorreu-se à realização do enquadramento teórico relativo à temática em análise, através de uma revisão narrativa da literatura. Utilizou-se o repositório científico *EBSCOhost* com acesso às bases de dados (*MEDLINE, CINAHL, Psychology & Behavioral Sciences Collection e ERIC*) e priorizaram-se os estudos com texto integral mais recentes, ou seja, até 5 anos (2019-2024). Por fim, foram adicionados ao longo da redação deste relatório, e sempre que necessário, estudos e literatura de fontes externas em suporte físico da biblioteca da ESEP ou de outras fontes relevantes.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo Luft et al. (2022) os quadros teóricos providenciam uma interpretação dos fenómenos estudados, enquanto os quadros conceptuais esclarecem pressupostos sobre o fenómeno a ser estudado. Deste modo, esta autora explora um foco de enfermagem o “Sono”, resultando numa breve revisão da literatura com o intuito de orientar e fundamentar as intervenções de enfermagem no estágio de natureza profissional.

Este capítulo inicia-se por uma abordagem da definição de saúde até à definição de bem-estar. Em seguida, é explorada a sua definição e coaduna-se na promoção da saúde mental.

Numa breve leitura, o dicionário da língua portuguesa esclarece os seguintes termos, “reparar” significa “consertar; restaurar; emendar; corrigir; recuperar; restabelecer” (Porto Editora, n.d.-c) e “proteger” significa “colocar ao abrigo de; preservar; abrigar; guardar” (Porto Editora, n.d.-b).

De acordo com o REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro n.º 161/96, publicado no Diário da República, refere que a enfermagem tem como objetivo principal “prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, 1996, p. 2960). Particularmente, na ESMP *“O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais”* (Ordem dos Enfermeiros, 2017a, p. 2). Assim sendo, pode-se afirmar que os cuidados de ESMP, possuem funções de manter e preservar, melhorar e recuperar a saúde das pessoas, sãs ou com perturbação de saúde mental ou problemas do sono, que serão alvo dos cuidados.

Nos seguintes capítulos será desenvolvida uma revisão da literatura explorando os conceitos, as necessidades e respostas adequadas de cuidados de saúde mental, nomeadamente no domínio do sono. Sendo a ESMP sustentada na evidência científica e baseada nas teorias de enfermagem, nas teorias da psicologia, nas teorias psicossociais ou neurobiológicas, esta autora procurou uma abordagem holística, centrada na pessoa e no potencial da relação terapêutica durante transições de saúde-doença.

1. Da Saúde ao Bem-Estar Mental

A carta da World Health Organization (1946) expôs a definição de saúde como, *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”* (World Health Organization, 1946, p. 100). Esta carta igualmente, afirma que *“O mais elevado nível de saúde possível é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição económica ou social”* (World Health Organization, 1946, p. 100) e que para a plena realização da saúde, é essencial que os benefícios dos conhecimentos médicos e psicológicos sejam estendidos a todos.

Segundo o ICN (2019) define saúde como um *“Status: processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou de enfermidade”*.

Subsequente a definição da World Health Organization (1946) as críticas surgiram, centralizaram-se na sua não especificidade, como por exemplo, na ausência de definição de “bem-estar” e na inclusão de “completo”. Exprimindo que a maioria das pessoas não é saudável e a saúde tornou-se num objetivo inatingível. No entanto, a definição aparentemente irrealista da WHO levou a esforços posteriores para quantificar a saúde. Deste modo, torna-se relevante uma definição de saúde mental e de bem-estar de modo a completar a definição de saúde da World Health Organization (1946).

A World Health Organization (2001) definiu saúde mental como *“um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas atividades, consegue lidar com os stresses normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para sua comunidade”* (World Health Organization, 2001, p. 5). Ter saúde mental não significa por si só, não ter doença mental, ambas, a saúde mental e a doença mental, podem coexistir. A saúde mental é também reconhecida como um estado de equilíbrio que inclui “o eu”, os outros e o ambiente (World Health Organization, 2005). Também referiu que a saúde mental, a saúde física e a funcionalidade da pessoa influenciam-se mutuamente ao longo do tempo (World Health Organization, 2005).

Em 2022, a WHO redigiu um relatório em que refere que a saúde mental é tão importante como a saúde física. Refere que *“Quando temos saúde mental, podemos lidar com o stress da vida, realizar as nossas próprias aptidões, aprender e trabalhar bem e contribuir ativamente para as nossas comunidades”* (World Health Organization, 2022, p. 11) esclarecendo a definição de 2001. *“Ter saúde mental significa que somos mais capazes de nos conectar, funcionar, lidar e prosperar”* (World Health Organization, 2022, p. 11). A Figura 1 abaixo demonstra o valor intrínseco e instrumental da saúde mental na vida das pessoas.

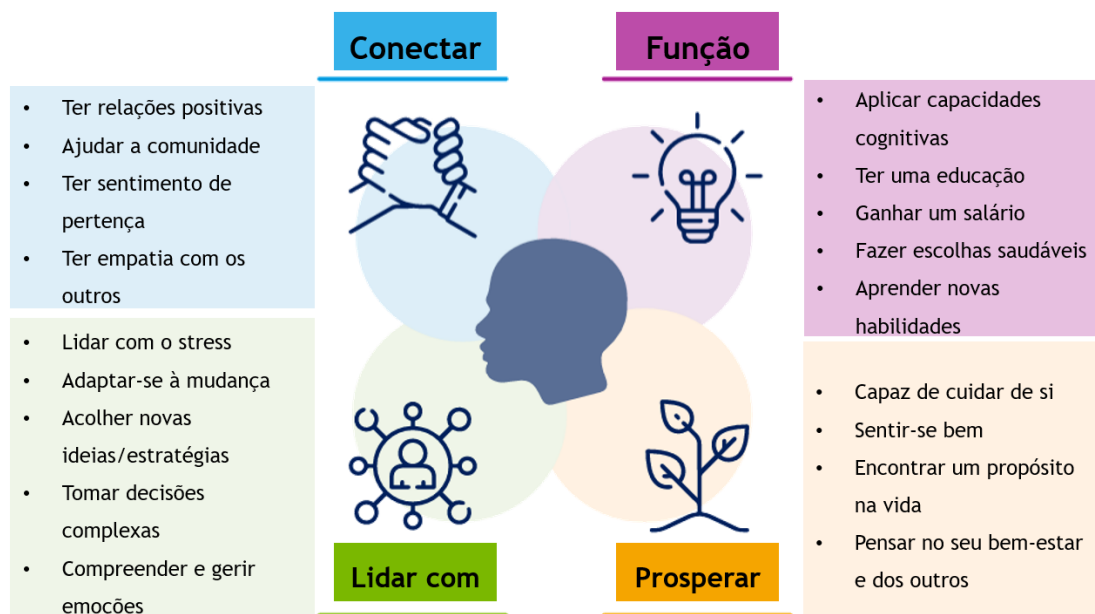


Figura 1 - Adaptado de “A saúde mental tem um valor intrínseco e instrumental, ajudando-nos a conectar, a funcionar, a lidar e a prosperar”.

Fonte: (World Health Organization, 2022, p. 11).

“A saúde mental é determinada por uma interação complexa de fatores individuais, familiares e comunitários, e fatores estruturais” (World Health Organization, 2022, p. 20). Os determinantes em saúde mental dependem “das circunstâncias em que nascemos, crescemos e vivemos a nossa vida” (World Health Organization, 2022, p. 19).

O Plano de Ação Global para a Saúde Mental 2013-2030 tem como objetivos gerais a promoção do bem-estar mental, a prevenção das perturbações de saúde mental, a prestação de cuidados, a melhoria da recuperação, a promoção dos direitos humanos e a redução da mortalidade, da morbidade e da incapacidade que coexiste nas pessoas com perturbações de saúde mental (World Health Organization, 2021a). Este plano assenta em seis princípios transversais que são os seguintes:

1) Saúde para todos - Independentemente da idade, do sexo, do estatuto socioeconómico, da raça, da etnia ou da orientação sexual, e de acordo com o princípio da equidade.

2) Direitos humanos - As estratégias, ações e intervenções de saúde mental para tratamento, prevenção e promoção devem estar em conformidade com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (World Health Organization, 2021a, 2022). Como por exemplo, o Dia Mundial da Saúde Mental, celebrado a 10 de outubro, em 2023 a WHO criou uma campanha de consciencialização da promoção da saúde mental. A campanha intitulada de “*Our minds, our rights*”, teve o intuito de

aumentar a literacia em saúde mental, aumentar a consciencialização e impulsionar ações que promovam e protejam a saúde mental de todos como um direito humano universal.

3) Prática baseada na evidência. As estratégias e intervenções de saúde mental para o tratamento, a prevenção e a promoção devem ter bases científicas, adequadas à cultura e contexto de cada pessoa.

4) Ao longo do ciclo de vida. As políticas, os planos e os serviços de saúde mental devem atender às necessidades de saúde e sociais ao longo das fases da vida, incluindo a infância, a adolescência, a idade adulta e a velhice.

5) Em vários setores. Uma resposta abrangente e coordenada em saúde mental exige parcerias com múltiplos sectores públicos, como a saúde, a educação, o emprego, a justiça, a habitação, os sectores sociais e outros sectores relevantes, bem como o sector privado, adequado ao contexto de cada país.

6) Empoderamento das pessoas com perturbações de saúde mental e outras incapacidades. As pessoas com perturbações de saúde mental e incapacidades psicossociais devem ser capacitadas e envolvidas na proteção da saúde mental, na política, no planeamento, na legislação de modo a reduzir o estigma, na prestação de cuidados, na monitorização, na investigação e na avaliação de resultado desses cuidados (World Health Organization, 2021a).

Deste modo, a WHO mantém a afirmação que a saúde mental se define por “Um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com o *stress* da vida, perceber as suas capacidades, aprender bem e trabalhar bem, e contribuir para as suas comunidades. A saúde mental é uma componente integrante da saúde e do bem-estar e é mais do que a ausência de perturbações de saúde mental” (World Health Organization, 2022, p. 8).

1.1. Do Bem-Estar à Qualidade de Vida

O bem-estar espiritual significa encontrar o propósito de vida, viver e compreender os valores e crenças que guiam essas ações (WHO, 2016; World Health Organization, 2021b). O bem-estar espiritual tem um efeito positivo na saúde do cérebro, na saúde física e na saúde mental que, por sua vez, tem efeitos positivos na saúde social e planetária. Na Figura 2 é possível observar as relações que existem entre os domínios da saúde e do bem-estar (Owolabi et al., 2023).

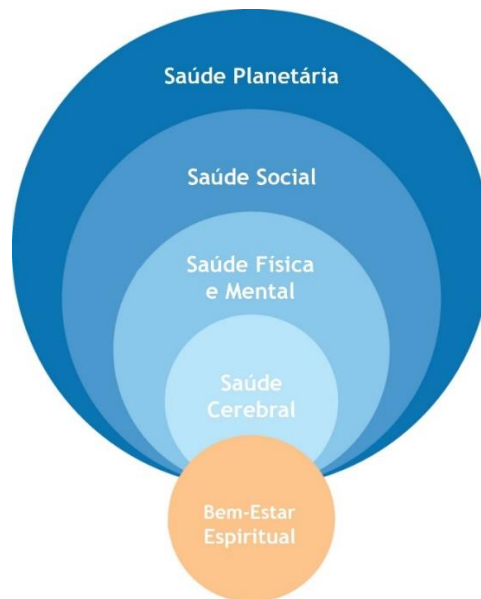


Figura 2 - Adaptado de "Inter-relações entre os domínios da saúde e do bem-estar".

Fonte:(Owolabi et al., 2023, p. 375).

A Academia Europeia de Neurologia refere que é essencial conhecer os determinantes em saúde cerebral. Estes são uma área complexa de estudo, que requerem um plano político, económico, social e ambiental que permita uma proteção e uma prevenção de fatores geradores de doença cerebral (Bassetti et al., 2022). Por outro lado, um plano que seja capaz de preservar a saúde do cérebro através da manutenção das interações sociais, de um sono de qualidade adequada, de uma alimentação saudável em conjunto com exercício físico regular são fatores determinantes na saúde cerebral, como demonstrado na Figura 3.

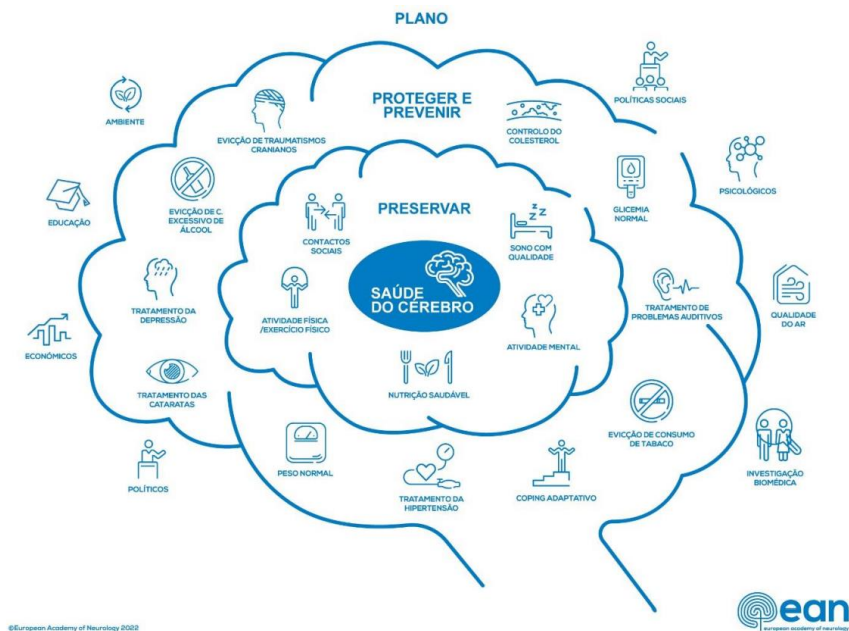


Figura 3 - Adaptado de “A saúde cerebral e os seus determinantes”.

Fonte: (Bassetti et al., 2022, p. 2561).

A saúde física e a saúde mental estão intimamente relacionadas através de comportamentos e mecanismos, como demonstrado num estudo realizado por Avan et al. (2022). A saúde mental e a saúde física são componentes que interagem entre si, e a saúde cerebral é o meio pela qual ambas podem advir. A plasticidade do cérebro é imensurável e o desenvolvimento cerebral ocorre ao longo da vida, através da estimulação cognitiva, psicológica e social aliadas, por exemplo a um sono de qualidade adequada (Avan et al., 2022). A saúde cerebral é essencial para a saúde física, para a saúde mental e para o bem-estar.

Segundo o dicionário da língua portuguesa “bem-estar” é definido como um “estado de contentamento físico e espiritual; tranquilidade, conforto” (Porto Editora, n.d.-a). Por outro lado, no dicionário da língua inglesa “well-being” define-se por “the state of feeling healthy and happy” (Cambridge University Press, s.d.) e “wellness” define-se por “the state of being healthy, especially when it is something that you actively try to achieve” (Cambridge University Press, s.d.). A World Health Organization (1946) atribui ao “bem-estar” uma parte integrante na definição de saúde em geral. Ao utilizar-se uma abordagem positiva para avaliar o bem-estar da vida das pessoas, nomeadamente, na avaliação das pessoas com perturbações de saúde mental, a WHO (2021), refere que “a saúde mental é um estado de bem-estar mental” (World Health Organization, 2022, p. 8) agregando o bem-estar e a saúde mental.

Existem duas abordagens possíveis na avaliação do bem-estar, que podem ser subjetiva e objetiva.

De modo, a avaliar o “bem-estar objetivo” é necessário compreender a sua multidimensionalidade e que para diferentes organizações inclui diferentes fatores de avaliação (Voukelatou et al., 2021). A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico(OECD, 2013) refere 11 tópicos, desses Voukelatou et al. (2021) reúne seis tópicos essenciais e mensuráveis na avaliação do “bem-estar objetivo”, que são a saúde, as oportunidades de emprego, o desenvolvimento socioeconómico, o ambiente, a segurança e as políticas do país/organização.

Por outro lado, o “bem-estar subjetivo”, é conhecido como o termo científico da felicidade, é um valor primordial na vida das pessoas (Voukelatou et al., 2021). Neste estudo são apresentadas cinco dimensões que são essenciais na avaliação do “bem-estar subjetivo” que são a genética humana, as necessidades básicas e psicológicas universais (a disponibilidade de alimentos, o abrigo, os efeitos positivos, a autonomia e a liberdade), o ambiente social (satisfação com a educação), o ambiente económico (satisfação com os rendimentos) e o ambiente político (liberdade política, democracia) (Voukelatou et al., 2021).

Já a OCDE afirmou em 2022, que o “bem-estar subjetivo” é um domínio prioritário. Definiu “*bem-estar*” como um “*bom estado mental, incluindo as várias avaliações, positivas e negativas, que as pessoas fazem das suas vidas e as reações afetivas das pessoas às suas experiências*” (de Bienassis et al., 2022, p. 20). Incluindo pelo menos três elementos diferentes: a avaliação da vida, o afeto e a eudaimonia. São três termos relevantes na medição do “bem-estar subjetivo”, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Adaptado da(de Bienassis et al., 2022; OECD, 2013)- “Elementos na medição do bem-estar subjetivo”.

| Avaliação da Vida | Afeto | Eudaimonia |
|--|--|---|
| Uma avaliação reflexiva sobre a vida de uma pessoa ou algum aspeto específico dela | Os sentimentos ou estados emocionais de uma pessoa, normalmente medidos com referência a um determinado momento no tempo | Uma sensação de sentido e propósito na vida, ou bom funcionamento psicológico |

Fonte: (de Bienassis et al., 2022, p. 20).

O bem-estar mental/*wellness* é considerado um substantivo ativo, enquanto o bem-estar/*wellbeing* é considerado um substantivo passivo. Isto pode ser interpretado como uma diferença em termos de responsabilidade: a responsabilidade pelo estado de bem-estar pode ser externa à pessoa, enquanto a responsabilidade do bem-estar mental é habitualmente da responsabilidade da pessoa (Bart et al., 2018).

No contexto da pandemia da COVID-19, a *Eurofound* avaliou o bem-estar mental da população durante diferentes fases da pandemia, no ano de 2020. Concluiu que, em média, o bem-estar mental entre os inquiridos da UE aumentou entre abril e julho. No mesmo estudo, Portugal também demonstrou aumento no bem-estar, no mesmo período, no entanto, continua a ser considerado um dos países com menor nível de bem-estar, quando comparado com os restantes países da UE (Ahrendt et al., 2020).

A WHO e os modelos de bem-estar também destaparam um caminho para noções como, a Qualidade de Vida, relacionada com a saúde, que agora é aceite como um construto essencial e mensurável (Buysse, 2014). A Qualidade de Vida foi definida pela WHO como “percepções dos indivíduos sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization, 1995, p. 1405). Esclarece ainda que é um “conceito abrangente que incorpora de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e as suas relações com características relevantes no ambiente”(World Health Organization, 1998, p. 10).

O conceito de Qualidade de Vida agora inclui novos aspetos relacionados com o bem-estar da pessoa, especificamente a percepção subjetiva da pessoa sobre o que é mais importante na sua vida. “A Qualidade de Vida tornou-se mais uma percepção pessoal e não apenas uma entidade objetiva e mensurável”. A Qualidade de Vida não é diretamente mensurável. As abordagens terapêuticas devem centrar-se na pessoa e não nos resultados obtidos através dos instrumentos. Avaliar o bem-estar de uma pessoa após um tratamento é fundamental para compreender a eficácia dessa intervenção (Cai et al., 2021).

1.2. Da Avaliação à Promoção da Saúde Mental

Os instrumentos de avaliação que foram incluídos pretendem avaliar resultados específicos na área da saúde mental e podem ser do tipo, perguntas de um único item até um conjunto de perguntas com pontuação, com validação psicométrica para uma determinada população e contexto. Na Tabela 2 são resumidos os métodos de avaliação na saúde mental, bem como estão representados exemplos desses métodos ou instrumentos de avaliação.

Tabela 2 - Resumo e adaptação dos métodos de Avaliação da Saúde Mental - OECD (2023).

| Método de Avaliação | Definição | Avaliação exemplo |
|--|---|---|
| Perguntas sobre diagnósticos anteriores | Perguntas com um único item, relativo ao diagnóstico de perturbação de saúde mental (por exemplo, Perturbação Depressiva Major, Perturbação de Ansiedade Generalizada ou outras condições de saúde mental), nos últimos 12 meses ou ao longo da vida. | “Alguma vez um médico, um enfermeiro ou outro profissional de saúde lhe disse que possui alguma destas condições? - Ansiedade Resposta: Sim/Não” |
| Perguntas sobre sintomas percebidos | Perguntas com um único item, relativo aos sintomas de perturbações de saúde mental, percebidos nos últimos 12 meses ou ao longo da vida, sem a referência explícita de um diagnóstico médico. | “Durante os últimos 12 meses, teve alguma das seguintes doenças ou condições? - Depressão. Resposta: Sim/Não”, entre outros. |
| Perguntas sobre ideação suicida e tentativas de suicídio | Perguntas com um único item relativo à percepção de ideação suicida, aos comportamentos autolesivos ou às tentativas de suicídio. | “Nos últimos 12 meses, pensou em suicidar-se? Resposta: Sim/Não” “Alguma vez tentou cometer o suicídio? (últimos 12 meses) Resposta: Sim/Não”, entre outros. |
| Perguntas sobre o estado geral de saúde mental | Perguntas com um único item relativo à classificação da saúde mental em geral e, assim, detêm ambos os componentes da doença e da saúde mental positiva. | “Em geral, como está a sua saúde mental? (últimas 4 semanas) Resposta: Excelente / Muito Bom / Bom / Justa / Pobre”, entre outros. |
| Indicadores positivos de saúde mental | Inclui questões relativas à saúde mental positiva: Avaliação da vida, o Afeto, a Eudaimonia (perguntas sobre qualidade de vida, se a vida tem valor ou se é | WHO-5, SF-12, SF-36, SWLS, MHC-SF, WHOQOL-Bref, entre outros. |

| | | |
|--|--|--|
| | significativa), bem como escalas uniformizadas de saúde mental positiva (diferentes dimensões da saúde mental positiva com componente de bem-estar social). | |
| Instrumentos tipo inquéritos | São instrumentos com vários itens que avaliam os sintomas (em vez dos diagnósticos) associados às condições/perturbações de saúde mental. | MHI-5, PHQ-9, SCOFF, HADS, entre outros. |
| Entrevistas estruturadas | As entrevistas estruturadas são consideradas o <i>gold-standard</i> para avaliar as perturbações de saúde mental, ao longo da vida. | CIDI com duração aproximada de 75 min. |
| Tópicos adicionais relacionados com a saúde mental | Incluem a utilização de medicação e serviços de saúde mental; a saúde mental das crianças e jovens no agregado familiar; a solidão e o <i>stress</i> , a resiliência e a autoeficácia; as atitudes em relação à saúde mental, incluindo o estigma e a literacia, e questões sobre as necessidades não satisfeitas. | Tópico - Solidão e <i>stress</i> : Instrumentos tipo inquéritos ou através de indicadores; avaliam a solidão e os vínculos sociais: Escala de Solidão da UCLA, entre outros. |

CIDI: Composite International Diagnostic Interview (Nelson, 1999; Wittchen & Nelson, 1996).

Escala de Solidão de UCLA (University of California, Los Angeles): (Russell et al., 1980).

HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007).

MHC-SF: Continuum de Saúde Mental - versão reduzida (Fonte et al., 2020).

MHI-5: Inventário de Saúde Mental (Pais Ribeiro, 2001).

PHQ-9: Patient Health Questionnaire -9 (Kroenke et al., 2001).

SCOFF: Presença e gravidade dos sintomas de anorexia nervosa e bulimia nervosa (Morgan, 2000).

SF-12: Short-Form Health Survey - 12 questões (Ware et al., 1996)

SF-36: Short-Form Health Survey - 36 questões (Ware & Sherbourne, 1992)

SWLS: Escala de Satisfação com a vida (Diener et al., 1985)

WHO-5: Índice de Bem-Estar da WHO (World Health Organization, 1998).

WHOQOL-Bref: Avaliação da Qualidade de Vida da WHO - versão breve (Vaz Serra et al., 2006).

Relativamente aos resultados encontrados neste estudo da OECD (2023) “*Measuring Population Mental Health*”, compreende-se que podem ser utilizados mais do que um método de avaliação, incluindo um conjunto de instrumentos que podem avaliar diferentes tópicos relacionados com a saúde mental, por exemplo a solidão e o *stress*.

A OECD (2023) recomenda que a avaliação da população inclua informações sobre as condições de vida (o rendimento, a riqueza, os resultados do mercado de trabalho, a qualidade da habitação), a qualidade de vida (saúde física, habilitações académicas, a qualidade ambiental) e as relações (as interações sociais, a confiança, a segurança). Recomenda que na avaliação do bem-estar é importante compreender como a saúde mental é afetada e influencia a vida das pessoas.

Um dos instrumentos de avaliação mais utilizados para a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde é o European Quality of life- Five Dimensions (EQ-5D) (Devlin et al., 2020; P. L. Ferreira et al., 2019). Foi introduzida pelo Grupo EuroQol, em 2009, os seus resultados são úteis e podem ser facilmente convertidos em anos de vida ajustados pela qualidade, e depois traduzir em avaliações do custo-utilidade do estado de saúde das populações. Este instrumento, de autopreenchimento, encontra-se validado para a população portuguesa (P. L. Ferreira et al., 2013). O EQ-5D-5L consiste essencialmente em duas partes: uma parte descritiva EQ-5D e a Escala Visual Analógica (EQ-EVA). A parte descritiva compreende cinco dimensões: a mobilidade; o autocuidado; as atividades habituais; a dor/desconforto; e a ansiedade/depressão. Em 2019, o EQ-5D, passou a incluir cinco níveis (5L), sendo que cada dimensão apresenta as seguintes possibilidades: sem problemas; problemas ligeiros, problemas moderados; problemas graves e problemas extremos. Cada pessoa avalia o seu estado de saúde, assinalando a caixa junto à frase mais adequada em cada uma das cinco dimensões. Esta decisão resulta num número de um dígito que expressa o nível selecionado para essa dimensão. A pontuação para as cinco dimensões descreve o estado de saúde da pessoa, naquele momento. Cada uma das cinco dimensões que compõem o sistema descritivo EQ-5D é dividida em cinco níveis de problemas percecionados: NÍVEL 1: indicando nenhum problema; NÍVEL 2: indicando problemas leves; NÍVEL 3: indicando problemas moderados; NÍVEL 4: indicando problemas graves; NÍVEL 5: indicando incapacidade/problemas extremos. Um estado de saúde único é definido pela combinação de um nível de cada uma das cinco dimensões. Um total de 3125 estados de saúde possíveis podem ser definidos desta forma. Cada estado é mencionado por um código de 5 cinco dígitos. Por exemplo, no sentido horário a partir do topo do diagrama, o estado 12345 indica que não há problemas com a mobilidade, problemas ligeiros nos autocuidados, lavar-se ou o vestir-se, problemas moderados na realização de

atividades habituais, dor ou desconforto intensos e ansiedade ou depressão extremas, enquanto o estado 11111 indica que não há problemas em nenhuma das cinco dimensões. Por outro lado, a EQ-EVA regista a autoavaliação do estado de saúde da pessoa numa Escala Visual Analógica Vertical, onde os parâmetros são classificados como “A melhor saúde que pode imaginar” - “100” e “A pior saúde que pode imaginar” - “0”. A EQ-EVA pode ser usada como uma medida quantitativa (escala numerada de 0 a 100) do resultado do estado de saúde, pois reflete a apreciação da própria pessoa.

Este instrumento tem vindo a ser estudado, nomeadamente as suas características psicométricas e responsividade em avaliar o estado de saúde em pessoas com perturbação de saúde mental, nomeadamente a depressão e a ansiedade (Feng et al., 2021; Sandin et al., 2023). Além de que este instrumento apresenta fundamentação na literatura e possibilidade de aplicação em pessoas de diferentes faixas etárias, como por exemplo, a crianças e adolescentes (EQ-5D-Y) (Golicki & Młyńczak, 2022).

Particularmente, em Portugal tem decorrido estudos em que a avaliação da saúde mental num ponto de vista, positivo, inclui conceitos como o bem-estar, o benefício e os resultados positivos na vida da pessoa, deste modo vários autores tem vindo a desenvolver como exemplo, estudos, programa de promoção de saúde mental positiva e guia orientador de boas práticas no âmbito da literacia em saúde mental positiva (D. Carvalho et al., 2022; Costa et al., 2020; F. Sampaio et al., 2022, 2023; Sequeira, 2021; Teixeira et al., 2022).

Lluch Canut (2003) desenvolveu o Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva, no qual integra os seguintes fatores: a Satisfação Pessoal (F1), a Atitude Pró-Social (F2), o Autocontrolo (F3), a Autonomia (F4), a Resolução de Problemas e a Autorrealização (F5) e as Habilidades de Relacionamento Interpessoal (F6). Mais recentemente, em Portugal, a autora Teixeira et al. (2020) desenvolveu um programa de promoção de saúde mental positiva para adultos.

As avaliações dos elementos positivos da saúde mental tornam-se como um recurso determinante na promoção da saúde da pessoa, do grupo e da comunidade, favorecendo um modelo de saúde mental positiva (modelo salutogénico), em oposição ao modelo centrado na doença (modelo biomédico). Compreende-se que a promoção em saúde mental apresenta ganhos ao nível de saúde mental e deverá diminuir o risco da perturbação de saúde mental (Keyes, 2013). Por outro lado, “as perdas em saúde mental aumentam o risco de desenvolver perturbação de saúde mental ao longo do tempo” sugerindo que a proteção da saúde mental pode reduzir a incidência e a prevalência da mesma (Keyes, 2013, p. 23). Sendo relevante que a promoção da saúde mental procura promover a manutenção ou a melhoria da saúde mental positiva, melhorando a capacidade da pessoa para lidar com os acontecimentos de vida negativos (Keyes, 2013).

2. O Sono

No dicionário da língua portuguesa “Sono” define-se por um “estado normal de repouso, caracterizado pela supressão da atividade perceptiva e da motricidade voluntária, com diversos graus de profundidade, por uma dificuldade maior ou menor de provocar o despertar, por uma alteração mais ou menos acentuada da atividade elétrica do cérebro e por certa atividade mental (sonho)” (Porto Editora, n.d.-b).

Neste capítulo do Sono serão brevemente abordados nos seguintes subcapítulos, os ritmos circadianos, o ciclo de sono-vigília, as dimensões do sono e a relação entre sono e saúde mental.

2.1. Os Ritmos Circadianos

Os ritmos circadianos são oscilações endógenas autossustentáveis que organizam o tempo dos sistemas biológicos para otimizar a fisiologia, o comportamento da pessoa e a saúde. Estes ritmos internos de aproximadamente 24 horas desempenham um papel fundamental na regulação de uma ampla gama de processos biológicos, incluindo o ciclo sono-vigília, a regulação hormonal, o metabolismo, a função imunológica e a regulação do humor. Ao coordenar estes processos com as variações diárias do ambiente, os ritmos circadianos ajudam os organismos a adaptarem-se às mudanças ambientais e a manterem um estado de equilíbrio dinâmico (W. H. Walker et al., 2020).

Os ritmos circadianos são influenciados por sinais ambientais regulares, principalmente a variação de luz e da escuridão ao longo do dia. A principal influência ambiental é a luz, que é captada pelos olhos e transmitida ao núcleo supraquiasmático no cérebro, o qual auxilia como um "relógio biológico" que sincroniza os ritmos circadianos do corpo com o ciclo diário de luz e de escuridão (Codoñer-Franch et al., 2023; W. H. Walker et al., 2020).

Os ritmos circadianos permitem que os organismos antecipem mudanças no ambiente externo, como a chegada da luz do dia ou a escuridão da noite. Isto é crucial para que os organismos se preparem adequadamente para atividades específicas, como a alimentação, o descanso e a atividade física, otimizando assim sua sobrevivência e o seu desempenho (Codoñer-Franch et al., 2023).

Ao sincronizar o funcionamento biológico com o ambiente externo, os ritmos circadianos permitem que os organismos respondam de forma eficaz a desafios e oportunidades, tanto físicos quanto sociais. Isto inclui a coordenação de atividades diurnas e noturnas, a adaptação a mudanças sazonais e o ajuste a horários de trabalho e eventos sociais (Blume et al., 2019).

Os ritmos circadianos desempenham um papel crucial na regulação da homeostase, mantendo um equilíbrio dinâmico dentro do corpo. Influenciam uma variedade de processos fisiológicos, incluindo a temperatura corporal, a produção de hormonas, no metabolismo, a função imunológica e a regulação do sono, entre outros. São observáveis em vários níveis de organização biológica, desde o nível molecular, onde genes específicos regulam a expressão de proteínas que regulam o ritmo circadiano, até ao nível social, onde padrões comportamentais e de atividade são influenciados pelos ritmos circadianos individuais e coletivos (Lane et al., 2023).

Por fim, estes pontos destacam a importância dos ritmos circadianos na coordenação dos processos biológicos e comportamentais dos organismos com o ambiente externo, contribuindo para sua adaptação e sobrevivência.

2.2. O Ciclo Sono-Vigília

De um ponto de vista clínico, o sono e a vigília podem ser definidos como estados comportamentais endógenos, recorrentes, que refletem mudanças coordenadas na organização funcional dinâmica do cérebro e que otimizam a fisiologia, o comportamento e a saúde (NIMH, 2012). Os processos homeostáticos e circadianos regulam a propensão para a vigília e para o sono. A vigília ou estado de alerta é um estado contínuo em que o organismo se encontra sensível a estímulos, tanto externos quanto internos (NIMH, 2012).

O NIMH (2012) refere que o Ciclo Sono-Vigília pode apresentar tópicos essenciais na sua definição que englobam a reversibilidade, a sua estrutura complexa, a sua intensidade e duração, as experiências no período de vigília, o impacto ao nível celular e as suas propriedades restauradoras que influenciam o período de vigília.

O sono é reversível e é tipicamente caracterizado por recumbência postural, quiescência comportamental e redução da capacidade de resposta durante o mesmo. O sono é de facto reversível, na medida que as pessoas despertam dele. Durante o sono, há tipicamente uma mudança na postura para uma posição mais recumbente, a atividade comportamental diminui (quiescência), e a capacidade de resposta a estímulos externos é reduzida. A sua estrutura é complexa, que envolve

ciclos dos estados NREM (*Non-Rapid Eye Movement*) / REM (*Rapid Eye Movement*). O sono consiste em ciclos de sono NREM e de sono REM, que ocorrem em padrões previsíveis ao longo da noite. Estes ciclos são caracterizados por padrões distintos de atividade neuronal e mudanças fisiológicas. O sono NREM e REM possuem substratos neuronais distintos (o circuito, os transmissores e os moduladores) e propriedades oscilatórias do eletroencefalograma (EEG). O sono NREM é caracterizado por atividade de ondas lentas, enquanto o sono REM está associado a movimentos rápidos dos olhos e a padrões de EEG mais dessincronizados (NIMH, 2012).

A intensidade do sono e a sua duração são afetadas por mecanismos de regulação homeostática, que regulam o impulso do sono, refletindo a necessidade do corpo por descanso e por recuperação. Os padrões de sono podem ser influenciados por experiências, emoções e atividades durante a vigília. O *stress*, a excitação e outros fatores podem impactar tanto na qualidade quanto na quantidade do sono. O sono é observável em vários níveis de organização biológica, incluindo em processos celulares, ligações neurais e nas mudanças fisiológicas sistêmicas (NIMH, 2012). Os principais neurotransmissores envolvidos na promoção do sono e do estado de alerta encontram-se na Figura 4. O estado do cérebro e o nível de alerta são influenciados pela hiperatividade relativa a um grupo ou a outro. Os processos circadianos e homeostáticos utilizam estes neurotransmissores e outros para exercer a sua influência nos ritmos do ciclo sono-vigília do cérebro.

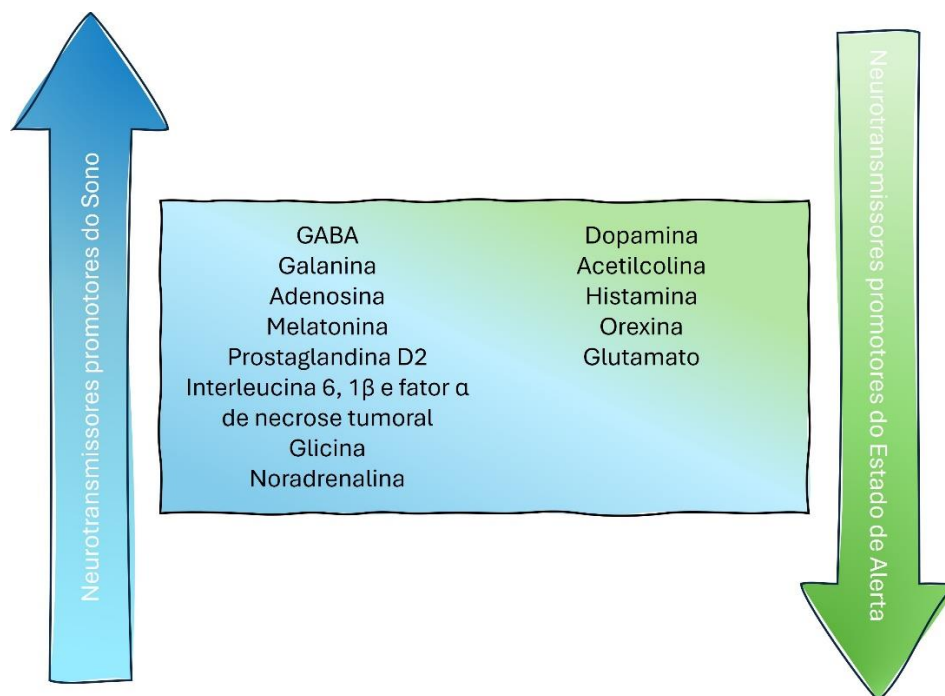


Figura 4 - Neurotransmissores promotores do Sono, adaptado.

Fonte: (Bollu et al., 2018, p. 86).

O Ciclo Sono-Vigília é ainda influenciado pela interação entre os ritmos circadianos e a regulação homeostática do sono (Foster, 2020). Os ritmos circadianos influenciam os padrões de sono e a vigília, determinando os momentos em que o corpo está naturalmente predisposto a dormir ou a ficar acordado. As complexas interações associadas ao Ciclo Sono-Vigília são reguladas, em circunstâncias normais, por dois controladores endógenos, denominados processo homeostático (Processo S), que aumenta com a função da vigília, e um processo circadiano (Processo C). Isto tem sido denominado o modelo de “Dois Processos” do sono, que explica amplamente como o Ciclo Sono-Vigília é alinhado ao ritmo circadiano (Foster, 2020).

Por último o sono tem funções restauradoras, permitindo a recuperação e a reparação dos processos fisiológicos. Ele também desempenha um papel na consolidação da memória, na regulação emocional e nas funções cognitivas, otimizando o desempenho neurocomportamental durante a vigília (NIMH, 2012).

Estas características alinham-se com a natureza multidimensional do sono e demonstram como possui um papel essencial na manutenção da saúde mental e no bem-estar da pessoa (NIMH, 2012).

Segundo Buysse (2014), o sono é multidimensional e após uma revisão da literatura apresentou um modelo, como representado na Figura 5, semelhante aos propostos por muitos outros autores, que postula que várias dimensões do sono-vigília podem afetar os resultados na saúde e na função da pessoa. Os processos intermédios podem incluir processos epigenéticos, moleculares e celulares que, por sua vez, afetam os restantes sistemas. O modelo também reconhece que as relações entre o Ciclo Sono-Vigília e os resultados moleculares, celulares, de sistemas e ao nível do organismo são recíprocas, bem como, o sono afeta a funcionalidade e a saúde da pessoa, e por sua vez, a funcionalidade e a saúde da pessoa influenciam o Ciclo Sono-Vigília (Buysse, 2014).

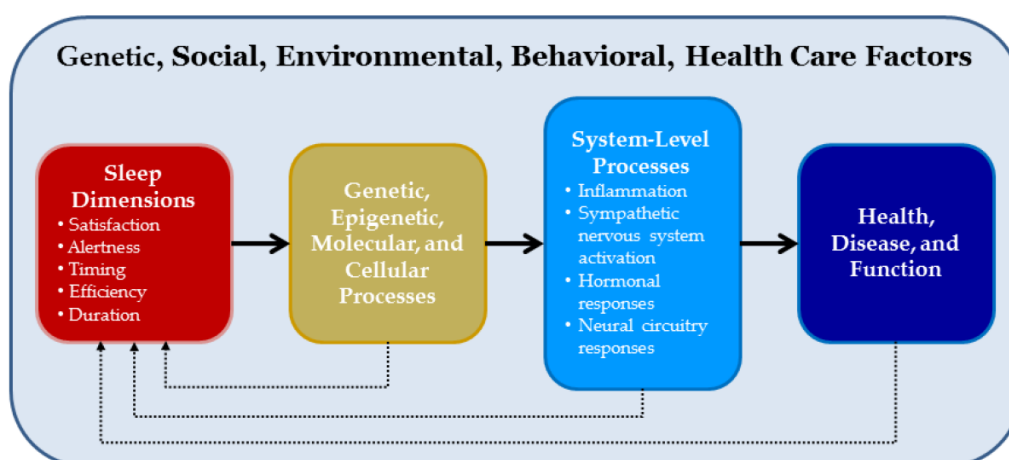


Figura 5 - “Conceptual model of sleep health”.

Fonte: (Buysse, 2014, p. 11).

Mais recentemente, Grandner (2019) corrobora Buysse (2014) referindo que o modelo de Saúde do Sono também pode ser usado para avaliar o papel do sono na saúde, sendo o sono mais do que apenas um conjunto de processos fisiológicos interligados entre si. Como demonstra a Figura 6 os fatores individuais (genéticos, as crenças, as atitudes, os comportamentos, a fisiologia, a saúde) influenciam o sono diretamente. No entanto, os fatores sociais (a casa, a família, a escola, a vizinhança, a religião, o estado socioeconômico) e os fatores comunitários (sociedade que funciona 24h/7 dias por semana, a Política, a Geografia, o Ambiente, a Discriminação e o Racismo) influenciam indiretamente os fatores individuais, que por sua vez influenciam o sono. Por outro lado, o Sono, pode afetar diferentes domínios da funcionalidade da pessoa, como por exemplo, afeta a saúde em geral e vários domínios da saúde (física, imunitária, cognitiva, emocional, metabólica, cardiovascular). Este modelo foi adaptado na medida em que, representa uma visão global da saúde do sono mais atual.

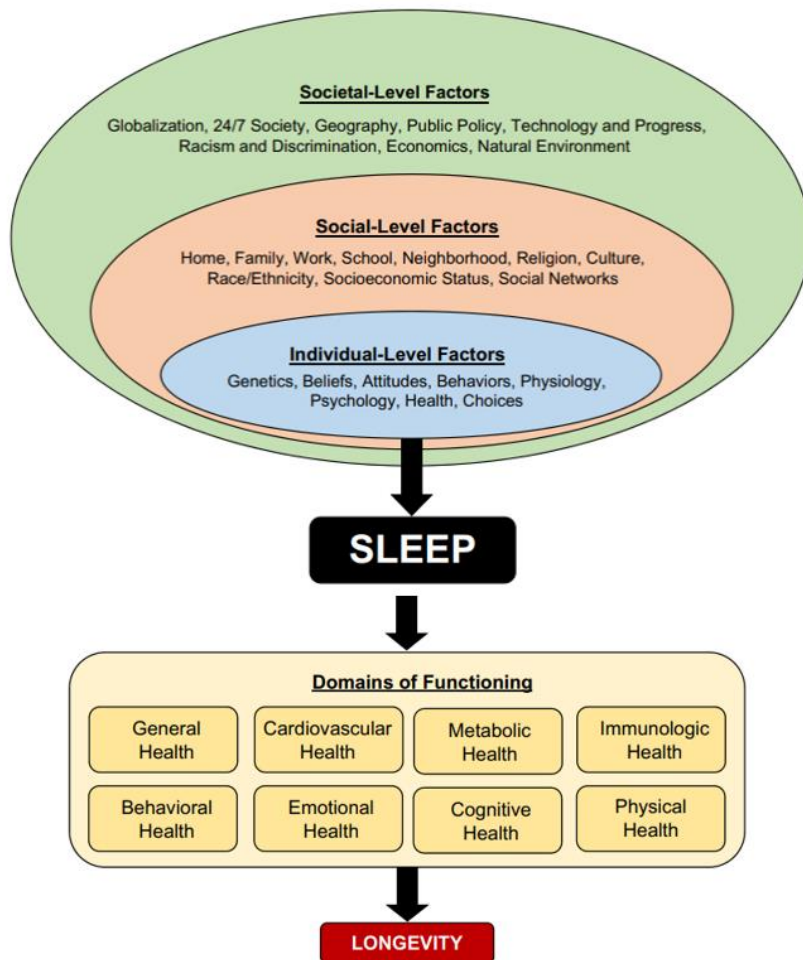


Figura 6 - Adaptado de “The social-ecological model of sleep health”.

Fonte: (Grandner, 2019, pp. 49-51).

2.3. Dimensões do Sono

Buysse (2014) refere que existem cinco dimensões do sono, que são consideradas indicadores próprios da saúde do sono. A Duração do Sono refere-se ao tempo que uma pessoa está a dormir durante um período de 24 horas. Uma duração adequada do sono está associada a melhores resultados de saúde, mas tanto a insuficiência quanto o excesso de sono podem ter consequências negativas.

O *Timing* do Sono, esta dimensão diz respeito ao alinhamento do sono com os ritmos circadianos naturais do corpo. O timing do sono é considerado ótimo quando está alinhado com o ciclo natural de

sono-vigília do indivíduo. Desvios deste ritmo, como horários de sono irregulares ou interrupções frequentes, podem levar a resultados de saúde negativos.

A Eficiência do Sono refere-se à percentagem do tempo total passado na cama realmente a dormir (Shrivastava et al., 2014). Uma maior eficiência do sono indica melhor qualidade do sono, pois reflete um tempo mínimo gasto acordado durante o período de sono.

A Satisfação/Qualidade do Sono reflete as percepções subjetivas do sono, incluindo sentimentos de satisfação com o sono e a qualidade em geral do sono.

A Regularidade do Sono refere-se à consistência dos padrões de sono, incluindo a hora de dormir e a hora de acordar. Os padrões de sono regulares estão associados a uma melhor saúde do sono, enquanto padrões de sono irregulares podem perturbar os ritmos circadianos e levar a consequências negativas para a saúde.

Estas dimensões são escolhidas pela sua relação com os resultados em saúde, com a sua capacidade de serem expressas de forma positiva, a mensurabilidade em vários níveis de análise (autorrelato, o comportamento e a fisiologia) e a sua validade aparente. Ainda que outras dimensões do sono, como a restauração do sono ou a sensação de descanso, existam, elas podem ser menos estabelecidas em termos da sua associação com os resultados em saúde (Buysse, 2014).

Perante estas dimensões do sono, Buysse (2014) refere que “A saúde do sono é um padrão multidimensional de sono-vigília, adaptado às exigências individuais, sociais e ambientais, que promove o bem-estar físico e mental. Uma boa saúde do sono é caracterizada por satisfação subjetiva, tempo apropriado, duração adequada, alta eficiência e alerta sustentado durante as horas de vigília” (p.12).

Deste modo, as dimensões do sono, são também referidas como parâmetros do sono que permitem uma avaliação mais objetiva do mesmo. Na tabela 3 encontra-se um resumo desses parâmetros e os seus indicadores.

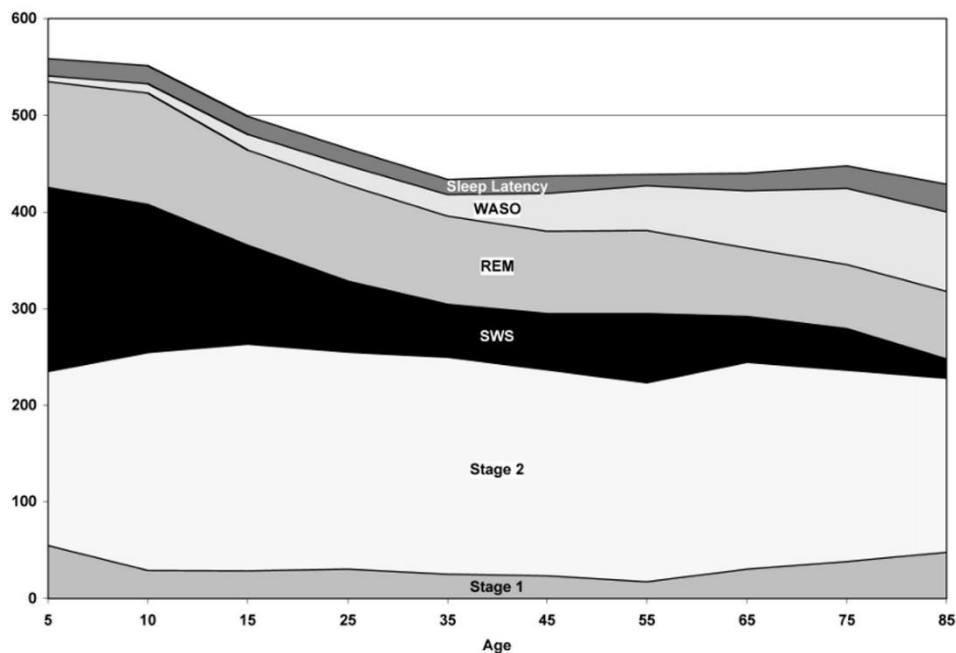
Tabela 3 - Os parâmetros do sono.

| Parâmetros do sono | Definição | Indicadores |
|--|---|---|
| <i>Total Sleep Time (TST)</i> Tempo total de sono | Quantidade total de tempo de sono durante um período de registo, durante 24 horas (vigília provisória não está incluída) (Kubitz et al., 1996). | • Indicador da duração/quantidade de sono adequado. |

| | | |
|---|--|--|
| <p><i>Sleep Onset Latency (SOL)</i></p> <p>Latência de início de sono</p> | <p>Duração do tempo entre o momento em que as luzes são apagadas como uma tentativa de dormir até o momento em que a pessoa realmente adormece (Kubitz et al., 1996).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Indicador da rotina na hora de dormir; • Indicador da facilidade para adormecer. |
| <p><i>Wake After Sleep Onset (WASO)</i></p> <p>Despertar após o início do sono</p> | <p>Total de tempo passado acordado após o início do sono (Shrivastava et al., 2014).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Indicador da fragmentação do sono; • Indicador da qualidade do sono e da continuidade do sono. |
| <p><i>(Number of) Awakenings After Sleep Onset (NAASO)</i></p> <p>Número (N.º) de despertares após o início do sono</p> | <p>N.º total de despertares após o início do sono, consistindo em curtos despertares espontâneos (variando de segundos a minutos) e despertares de longa duração antes do despertar final do período de sono (Åkerstedt et al., 2002).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Indicador da fragmentação do sono; • Indicador da qualidade do sono e da continuidade do sono. |
| <p><i>Sleep Efficiency (SE)</i></p> <p>Eficiência do sono</p> | <p>Porcentagem do tempo total na cama realmente passado a dormir (Shrivastava et al., 2014).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Indicador geral da qualidade do sono. |
| <p><i>REM Onset Latency</i></p> <p>Latência no início de sono-REM</p> | <p>Tempo desde o início do sono até ao primeiro episódio de sono de Movimento Rápido dos Olhos (REM) (Kubitz et al., 1996).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Indicador de um marcador biológico potencial para perturbações relacionadas com o sono (por exemplo, apneia do sono) ou alterações na medicação usada para induzir sono. |
| <p><i>Sleep Quality</i></p> <p>Qualidade do sono</p> | <p>Um sono de boa qualidade produz a sensação de estar repousado e restaurado ao acordar (Ong et al., 2017).</p> <p>A ocorrência de sintomas associados a baixa qualidade de sono: durante pelo menos três noites por semana, ter problemas em iniciar ou manter o sono, acordar demasiado cedo ou ter um sono não reparador (Van Laethem et al., 2013).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Indicador geral de percepção do sono; <p>Pode ser conciliado com outros parâmetros do sono, como a eficiência do sono, a latência do sono e perturbações do sono (Kovacevic et al., 2018).</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <i>Sleep Disturbances</i> Perturbações do sono | Qualquer interrupção, mensurável ou subjetivamente percebida, do padrão normal sono-vigília de uma pessoa que interfira com o início do sono ou a manutenção do sono (Basner & McGuire, 2018; Onakpoya et al., 2015). | <ul style="list-style-type: none"> Indicador da qualidade do sono |
| <i>Sleep Architecture</i> Estrutura do sono | Estrutura dos ciclos de sono e fases do sono durante a noite, incluem cinco fases, ou seja, a fase 1 (transição para o sono), a fase 2 (sono leve), a fase 3 e a fase 4 (sono profundo) e fase 5 Sono-REM (Harding & Feldman, 2008). | <ul style="list-style-type: none"> Indicador da quantificação/mapeamento das características do sono que permitem um diagnóstico específico do sono e possibilita as comparações interpessoais e intrapessoais. |
| <i>Insomnia</i> Insônia | Inclui os sintomas semelhantes aos da baixa qualidade de sono, mas estes sintomas duram mais de um mês e levam a consequências na vida diária da pessoa (Van Laethem et al., 2013). | <ul style="list-style-type: none"> Indicador de perturbação do sono |

Nesta Figura 7 é demonstrada a variação nas diferentes fases do sono e na vigília após início do sono (WASO) e latência do sono (em minutos), de acordo com a idade. Nesta meta-análise, foram estudadas crianças desde os cinco anos de idade até pessoas com 85 anos de idade. Verificou-se que a percentagem de sono em fase um aumentou com a idade ao longo de toda a idade adulta. A percentagem de sono em fase dois aumentou com a idade desde a infância (cinco anos ou mais) até à velhice. Após os 60 anos de idade, apenas a eficiência do sono continuou a diminuir significativamente, todos os outros parâmetros do sono permaneceram inalterados (Ohayon et al., 2004).



| | Direction of the Evaluation | | |
|------------------|-----------------------------|---------------|---------|
| | C -> A | YA -> MA -> E | E -> OE |
| Total sleep time | ↔ | ↓ | ↔ |
| Sleep latency | ↔ | ↔ | ↔ |
| Sleep efficiency | ↔ | ↓ | ↓ |
| Stage 1 % | ↔ | ↑ | ↔ |
| Stage 2 % | ↑ | ↑ | ↔ |
| SWS % | ↓ | ↓ | ↔ |
| REM % | ↑ | ↓ | ↔ |
| REM latency | ↓ | ↔ | ↔ |
| WASO | ↓ | ↑ | ↔ |

C refers to children (5-12 years old); A, adolescents (13-18 years old); YA, young adults (18-40 years old); MA, middle-aged adults (40-60 years old); E, elderly (60-70 years old); OE, old elderly (≥70 years old); SWS, slow-wave sleep; REM, rapid eye movement; WASO, wake after sleep onset;
 ↔ Unchanged; ↓ Decrease; ↑ Increase

Figura 7 - Variação dos parâmetros e fases do sono com a idade.

Fonte: Adaptado de (Ohayon et al., 2004, pp. 1269-1270).

Neste estudo (Figura 7) foram encontradas diferenças entre sexos, nomeadamente nas mulheres, nos seguintes parâmetros, no TST, na eficiência do sono, na percentagem de fase 1 do sono e na latência do sono REM, indicando que o efeito da idade sobre estes parâmetros foi mais relevante no sexo feminino. Pode-se compreender que as mulheres possuem um maior TST e de latência do sono, do que homens com mesma idade, bem como as mulheres possuem uma fase 2 do sono em menor percentagem e uma maior percentagem de SWS do que homens com a mesma idade (Ohayon et al., 2004).

Assim, sendo, é relevante refletir sobre as recomendações estudadas para a quantidade de sono

adequado, para cada faixa etária de forma a promover a saúde do sono. Está recomendado que nas crianças seja de pelo menos 13 horas de sono, sendo benéfico para a criança e para uma saúde mental futura saudável (Paruthi et al., 2016). Em crianças em idade escolar, existem poucos dados, mas crianças que dormem pelo menos 10 horas apresentam menos problemas de saúde e crianças com menos de 8 horas de sono tem apresentado aumento de comportamentos de Perturbação da Hiperatividade e do Déficit de Atenção (PHDA).

Em adolescentes, os dados sugerem que oito a nove horas de sono parecem ideais para a saúde mental e menos oito horas está associada ao aumento do comportamento inadequado, incluindo tentativas de suicídio e abuso de substâncias (Paruthi et al., 2016). Nesta população, menos de cinco horas e mais de dez horas de sono também foi associado a um aumento da probabilidade de suicídio, embora a causalidade não possa ser determinada (Fitzgerald et al., 2011).

No consenso entre American Academy of Sleep Medicine e Sleep Research Society (2015) alerta que *“dormir menos de sete horas por noite regularmente está associado a resultados adversos para a saúde, incluindo ganho de peso e obesidade, diabetes, hipertensão, doenças cardíacas e acidente vascular cerebral, depressão e aumento do risco de morte”* (p.843). Acrescenta que a função imunológica fica comprometida, ocorre aumento da dor, o desempenho da pessoa nas atividades de vida diária fica comprometido, levando ao aumento de erros e maior risco de acidentes. Por outro lado, afirmam que dormir mais de 9 horas por noite regularmente pode ser apropriado para adultos jovens, pessoas que recuperam de dívidas de sono e pessoas com doenças, no entanto para outras pessoas dormir mais de nove horas por noite, está associado a um risco para a saúde (Watson et al., 2015). Deste modo, é recomendado que dormir sete ou mais horas por noite regularmente promove a saúde (Watson et al., 2015).

Por último, nas pessoas com idade superior a 65 anos, os padrões e a distribuição do sono sofrem alterações quantitativas e qualitativas significativas. Os idosos tendem a ter mais dificuldade em adormecer e mais dificuldade em permanecer a dormir. A capacidade para adormecer e de se manter a dormir, é muitas vezes secundária às comorbilidades e ao uso de medicamentos (polimedicados), estando menos vezes associada ao processo de envelhecimento, deste modo as horas recomendadas encontram-se entre as sete e as oito horas (Chaput et al., 2018; Hirshkowitz et al., 2015). Na Figura 8 abaixo é possível observar as diferentes recomendações ao longo do ciclo de vida.

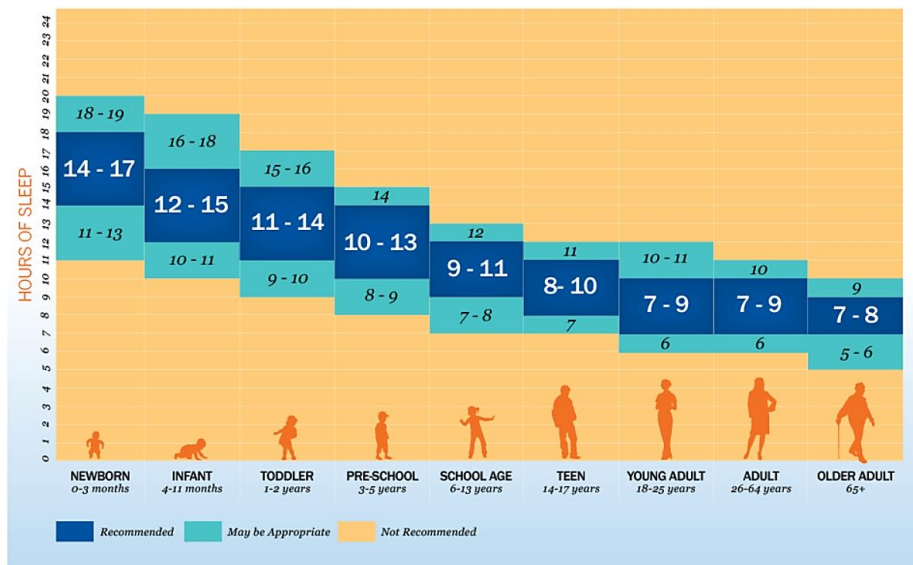


Figura 8 - Recomendações pela National Sleep Foundation para a duração do sono ao longo do ciclo de vida.

Fonte: (Hirshkowitz et al., 2015, pp. 41-43).

2.4. Do Comportamento de Saúde à Promoção do Sono

A World Health Organization (2005) referiu que existem duas possibilidades de causar problemas em saúde mental, uma primeira hipótese é através dos sistemas fisiológicos, como o sistema neuroendócrino e sistema imunológico. E a segunda hipótese é através do comportamento de saúde. O termo “comportamento de saúde” abrange uma variedade de determinantes, tais como a alimentação saudável, o exercício físico regular e um sono em quantidade e qualidade adequada, a prevenção do consumo de tabaco, usar o cinto de segurança e a adesão ao regime terapêutico, são exemplos.

As hipóteses fisiológica e comportamental são distintas, mas interagem entre si, e com o ambiente social envolvente. Os comportamentos de saúde podem afetar a fisiologia (por exemplo, o consumo de tabaco e um estilo de vida sedentário diminuem a função do sistema imunológico) e o sistema fisiológico pode influenciar comportamentos de saúde, por exemplo, o cansaço pode levar a acidentes. A saúde mental (incluindo, as emoções e os padrões de pensamento) surge como uma chave determinante na saúde em geral (World Health Organization, 2005). As perturbações da ansiedade e

as perturbações do humor, por exemplo, alteram a função do sistema endócrino e imunológico, aumentando a probabilidade do desenvolvimento de doenças físicas. O *stress* está relacionado com o desenvolvimento da gripe comum e atrasa a cicatrização das feridas. Deste modo, a WHO afirma que “O comportamento de saúde de uma pessoa depende em grande medida do estado da sua saúde mental” (p.7). Deste modo, é relevante melhorar o estado da saúde mental, para que as pessoas com perturbação de saúde mental sejam capazes de adquirir melhores comportamentos de saúde (World Health Organization, 2005).

Apesar de, em 2001, as perturbações de saúde mental serem comuns na população, hoje conhece-se melhor a sua epidemiologia, incluindo o seu início, a prevalência e as interações entre os seus determinantes (World Health Organization, 2022).

As perturbações do sono-vigília abrangem 10 Perturbações ou grupos de perturbações: perturbação de insónia, perturbação de hipersonolência, narcolepsia, perturbações do sono relacionados com a respiração, perturbação do sono-vigília do ritmo circadiano, perturbações de despertar do sono não REM (rapid eye movement - movimentos rápidos dos olhos), perturbação do pesadelo, perturbação comportamental do sono REM, síndrome das pernas inquietas e perturbação do sono induzido por substância/ medicamento (APA, 2014). Segundo o browser ICD-11 da World Health Organization (2024), as perturbações do sono-vigília são caracterizadas por uma “*dificuldade de iniciar ou manter o sono, sonolência excessiva, perturbações respiratórias durante o sono, perturbações do ciclo sono-vigília, movimentos anormais durante o sono, ou eventos fisiológicos ou comportamentais problemáticos que ocorrem na transição sono-vigília, durante o sono, após o despertar (perturbações da parassónia)*” (World Health Organization, 2024).

O DSM-V refere que as perturbações do sono estão frequentemente associadas a perturbações como a depressão, a ansiedade e neurocognitivas, que devem ser consideradas na avaliação e no tratamento (APA, 2013). Nestes estudos sobre a relação entre o sono e a saúde, verificou-se que as perturbações do sono estão associadas a um elevado risco de desenvolvimento de problemas neurológicos e de saúde mental, como o acidente vascular cerebral, as perturbações neurodegenerativas e a depressão (Foster, 2020; Winkelman et al., 2008; Spira et al., 2014; Ma et al., 2020; Sabia et al., 2021). Igualmente as perturbações do sono foram referidas como agravantes do curso de outras perturbações neurológicas, como a epilepsia, a enxaqueca, as perturbações neuroimunológicas e as condições de dor (Foster, 2020).

O diagnóstico diferencial em sintomas relacionados com o sono-vigília exige o uso de abordagens multidimensionais, sendo que é regra a coexistência de condições clínicas associadas, como perturbações do sono relacionados com a respiração, com Perturbações cardíacas e pulmonares (p. ex. insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crónica), com perturbações neurodegenerativas (p. ex., doença de Alzheimer) e com perturbações do sistema musculoesquelético (p. ex., osteoartrite) são as condições que mais se destacam entre estas comorbilidades (APA, 2014).

Estas perturbações não apenas perturbam o sono como também podem agravar durante o mesmo (p. ex., apneias prolongadas ou arritmias eletrocardiográficas durante o sono-REM; despertares que causam desorientação em pessoas portadoras de demência (APA, 2014).

Nesta meta-análise por Palmer et al. (2023) demonstrou que a perda de sono produziu efeitos positivos e significativos nos sintomas de ansiedade, revelando que o efeito é mais robusto em pessoas mais jovens. Pessoas com ansiedade apresentam uma hipoatividade no córtex pré-frontal medial, que está diretamente relacionada com compromisso do sono.

Desta forma é relevante avaliar o sono de forma compreender o seu compromisso. Existem vários instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa, no entanto, foram estudados mais aprofundadamente os instrumentos com particular interesse para esta temática do sono, a sua aplicabilidade nas diferentes populações (clínica e não clínicas), o seu custo e disponibilidade para utilização em contexto clínico. Na tabela 4 encontram-se disponíveis os instrumentos de avaliação subjetiva do sono.

Tabela 4 - Instrumentos de Avaliação do sono.

| Instrumentos de Avaliação |
|--|
| Avaliação subjetiva do sono |
| Questionário de Pittsburgh sobre a Qualidade do Sono [<i>Pittsburgh Sleep Quality Index - (PSQI)</i>] foi desenvolvido por (Buysse et al., 1989); primeira validação para a população portuguesa (Marques et al., 2013), seguintes validações para população portuguesa com diferente idades e condições clínicas (Del Rio João et al., 2017; Gomes et al., 2018). |
| Escala das Crenças e Atitudes Disfuncionais sobre o Sono [<i>Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS)</i>] com validação psicométrica por Espie et al. (2000) validação para população portuguesa por Clemente et al. (2023). |
| Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência (AQSA) [<i>The Adolescent Sleep-Wake Scale - ASWS</i>] foi validada para a população portuguesa por Cortez (2014). |
| Diário do Sono ou <i>Sleep Diary</i> foi desenvolvido através de um <i>focus group</i> (consenso de peritos), onde foram estabelecidas orientações para a constituição de um diário do sono (Carney et al., 2012), não apresenta validação para população portuguesa. |
| Avaliação subjetiva da insónia |
| Índice de Gravidade da Insónia [<i>Insomnia Severity Index - ISI</i>] foi desenvolvido por Morin et al. (2011), validação para a população portuguesa por Clemente et al. (2021). |

PSQI é um dos instrumentos mais validado e utilizado internacionalmente na avaliação do sono. Apresenta 19 itens de avaliação que se encontram organizados em sete parâmetros, que são a qualidade subjetiva do sono, a latência do sono, a duração do sono, a eficiência habitual do sono, as perturbações do sono, o uso de medicação para dormir e disfunções diurnas (Buysse et al., 1989). Cada item é classificado com 0, 1, 2 ou 3 pontos, sendo que a pontuação total do instrumento é conseguida através da adição das classificações dos 19 itens. Os cinco itens finais são destinados apenas à colheita para informação clínica. A pontuação total pode variar entre 0 e 21. A classificação da qualidade do sono é estabelecida tendo em conta o ponto de corte de 5 pontos; isto é, considera-se que um resultado total de PSQI ≤ 5 indica uma boa qualidade do sono e uma pontuação final de PSQI > 5 sugere baixa qualidade do sono (Gomes et al., 2018).

O Índice de gravidade da insónia é um dos instrumentos essenciais neste domínio do sono, particularmente no sono comprometido - presença de insónia. É uma escala de autoavaliação que avalia a natureza, a severidade e o impacto da insónia no último mês. É formada por sete itens que são avaliados numa escala de tipo Likert. A sua pontuação total varia entre 0-28, e, pode ser avaliada em quatro níveis: entre 0-7 = ausência de insónia; entre 8-14 = insónia abaixo do limiar; entre 15-21 = insónia moderada; e entre 22-28 = insónia grave (Clemente et al., 2021).

A AQSA avalia a qualidade de sono percebida, por adolescentes entre os 12 até 18 anos de idade. Apresenta 28 itens, que podem ser respondidos através de uma escala de tipo Likert de 5 pontos. Pontuações mais elevadas indicam maior qualidade do sono. É constituída por cinco subescalas: ir para a cama (5 itens), adormecer (6 itens), manter o sono (6 itens), reiniciar o sono após acordar durante a noite (6 itens) e processo de vigília (5 itens) (Cortez, 2014).

A Polissonografia é considerada como medida *gold-standard* para avaliar o sono medindo-o diretamente através da eletrofisiologia cerebral, durante uma noite de sono. No entanto, a polissonografia requer, técnico especializado e tem limitações significativas, nomeadamente o elevado custo e carga de trabalho para as pessoas em avaliação, mesmo quando realizada em casa e sem supervisão clínica. Para colher dados através da polissonografia é necessário um estudo ao longo de várias noites, pois é de notar que existe um impacto dos procedimentos no estudo do sono e que, ocorre uma variabilidade natural do sono de uma noite para outra. A actigrafia e os diários de sono são métodos de avaliação do sono preferencialmente escolhidos, devido a limitações da polissonografia em avaliar os fatores determinantes do sono e a variabilidade que ocorrer nos padrões de sono (Lehrer et al., 2022).

Por outro lado, a actigrafia de pulso, é um método que avalia o sono, inferido pela falta de movimento. É útil para avaliar padrões naturais de sono-reposo, uma vez que os dados são colhidos de forma contínua e não invasiva ao longo dos dias (Ancoli-Israel et al., 2003). Apresenta menor carga de trabalho para as pessoas em avaliação, tem um custo mais acessível que a Polissonografia é mais

objetiva do que os diários do sono, no entanto apresenta uma baixa especificidade para discriminar o despertar do sono quando a atividade é baixa (Lehrer et al., 2022).

Em 2012, Carney e colaboradores realizaram um *focus group* para determinar os critérios que o diário do sono, preferencialmente deve integrar. O diário do sono é considerado o método *gold-standard* na avaliação subjetiva do sono. Apresenta baixo custo e de fácil acesso, no entanto representa uma carga de trabalho diária para a pessoa avaliada. O diário do sono determina as características habituais do sono, incluindo o tempo dentro e fora da cama, o momento de início do sono e da vigília, o número, a duração e as razões dos acordares após o início do sono (Carney et al., 2012). É recomendado a utilização do diário do sono durante pelo menos uma semana, sendo que duas semanas até um mês é preferível devido à variabilidade natural dos padrões de sono (de Alcantara Borba et al., 2020).

Neste estudo por Lehrer et al. (2022) foi comparada a utilização da polissonografia, da actigrafia e do diário do sono, durante três noites seguidas, em mulheres durante a transição para a menopausa. Verificaram que actigrafia e polissonografia produziram resultados semelhantes da duração e da eficiência do sono. O diário do sono produziu resultados mais elevados para o tempo passado na cama, para o tempo total de sono e para a eficiência do sono, em comparação com a polissonografia e a actigrafia. Estes resultados foram semelhantes aos resultados encontrados por outros autores em estudos comparativos na perturbação depressiva e bipolar (Kaplan et al., 2012; Mccall & Mccall, 2012).

3. Pressupostos Teóricos em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Neste capítulo, o objetivo foi aprofundar as bases teóricas da enfermagem, nomeadamente em saúde mental que integram as bases teóricas atuais desta área de especialidade. Deste modo, iniciou-se uma abordagem à Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem, seguindo-se uma abordagem humanística e centrada na pessoa e por último uma abordagem que integra a Teoria das Transições, na qual é inerente a sua aplicabilidade ao longo do ciclo de vida e transversal na área da Enfermagem.

Para concluir, recorreu-se a utilização da linguagem comum na Enfermagem, as Taxonomias da Enfermagem referidas como relevantes na documentação e registo em enfermagem (da Cruz Sequeira & Sampaio, 2018)e, mais recentemente à Ontologia da Enfermagem(Ordem dos Enfermeiros, 2024) para documentar o Processo de Tomada de Decisão, particularmente no domínio do sono.

3.1. Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem

A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau é uma das bases fundamentais da ESMP e oferece uma contribuição significativa para a prática de enfermagem como um todo. Desenvolvida na década de 1950, a teoria destaca a importância das interações entre enfermeiro-cliente no processo terapêutico (H. Peplau, 1991).

Peplau foi uma enfermeira pioneira na investigação e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, nomeadamente na área da ESMP. Enfatizou a natureza dinâmica e evolutiva das relações interpessoais na enfermagem. Segundo a sua teoria, o enfermeiro desempenha múltiplos papéis ao longo do processo de cuidado, incluindo líder, facilitador, educador e defensor. O objetivo final destes papéis é promover a saúde mental e emocional da pessoa (H. Peplau, 1991).

É central para Peplau que o conceito de enfermagem tenha na sua base uma relação interpessoal terapêutica. Os enfermeiros devem estar ativamente envolvidos no estabelecimento de uma relação colaborativa com a pessoa, baseada na confiança, no respeito mútuo e na compreensão. Essa relação é vista como essencial para a identificação das necessidades da pessoa, na promoção do autoconhecimento e na facilitação do crescimento pessoal (H. Peplau, 1991; H. E. Peplau, 1992).

H. Peplau (1991) identificou quatro fases no processo de relação interpessoal na enfermagem: a orientação, a identificação, a exploração e a resolução. Durante a fase de orientação, a pessoa e o enfermeiro conhecem-se e estabelecem uma relação. Na fase de **identificação**, a pessoa expressa os seus sentimentos e as suas necessidades, enquanto o enfermeiro oferece apoio e empatia. Na fase de exploração, o foco está na compreensão mais aprofundada dos problemas da pessoa e na procura de soluções. Finalmente, na fase de resolução, a pessoa adquire uma nova visão e desenvolve habilidades para lidar com os seus problemas ou desafios, como é possível observar na Figura abaixo (H. Peplau, 1991).

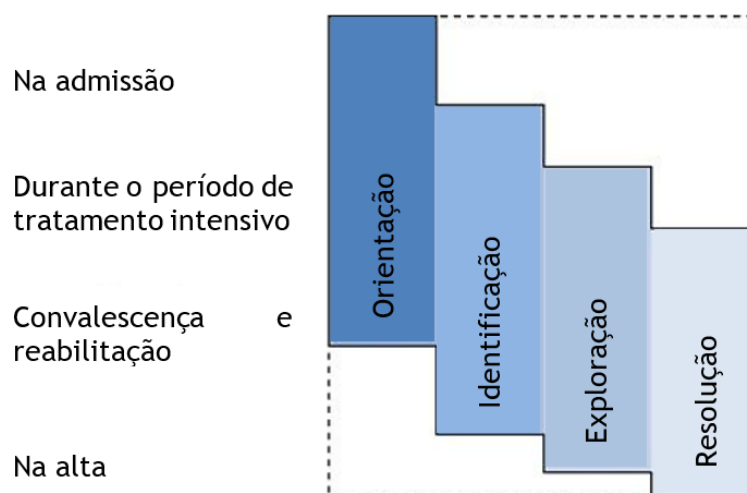


Figura 9 - Adaptado de “Fases sobrepostas nas relações entre Enfermeira-Cliente”.

Fonte:(H. Peplau, 1991, p. 21).

H. Peplau (1991) foi mais além, destacou a relevância da comunicação terapêutica na enfermagem, encorajou os enfermeiros a desenvolverem habilidades de escuta ativa, empatia e assertividade para facilitar uma comunicação eficaz e significativa para as pessoas.

Resumindo a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (H. Peplau, 1991; H. E. Peplau, 1992, 1997) esta oferece uma estrutura relevante para compreender e promover a intervenção em ESMP, pelas dificuldades na comunicação e na relação que as pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental apresentam.

3.2. Teoria Centrada na Pessoa

A teoria centrada no cliente de Carl Rogers é uma abordagem humanista da psicoterapia que coloca o cliente ou a pessoa no centro do processo terapêutico. Rogers acreditava que as pessoas tinham uma bondade inerente a si mesmas e uma tendência intrínseca para o crescimento e para a autorrealização, e que, essa capacidade de autorrealização podia ser desenvolvida num ambiente terapêutico (C. R. Rogers, 1951).

A abordagem centrada no cliente de Rogers baseia-se em três princípios fundamentais: a empatia, a aceitação incondicional e a congruência (C. R. Rogers, 1951; Yao & Kabir, 2023).

Rogers defendia que o terapeuta demonstra empatia quando ocorre uma compreensão profunda e sensível dos sentimentos e experiências do cliente, permitindo que este se sinta verdadeiramente compreendido e aceite (C. R. Rogers, 1951; Yao & Kabir, 2023).

Por outro lado, acreditava que a aceitação incondicional ocorre quando o terapeuta aceita o cliente incondicionalmente, sem julgamento ou crítica. Conduzindo à concepção de um ambiente seguro e de apoio, onde o cliente poderia explorar seus pensamentos, sentimentos e comportamentos sem medo de rejeição (C. R. Rogers, 1951; Yao & Kabir, 2023).

Por último, existe congruência quando o terapeuta é genuíno e autêntico na sua interação com o cliente. Comunicando abertamente os seus próprios sentimentos e experiências, promovendo a confiança e a transparência na relação terapêutica (C. R. Rogers, 1951; Yao & Kabir, 2023).

A utilização dos princípios da abordagem da terapia centrada no cliente de Rogers, pode ser relevante e benéfica (C. R. Rogers, 1951). Por exemplo, na Motivação para a mudança, os EEESMP podem ajudá-los a sentirem-se valorizados e capacitados no seu processo de recuperação. Isto pode aumentar a autoestima e a autoconfiança das pessoas, permitindo-lhes assumir um papel mais ativo no processo de mudança.

Por outra perspetiva, no desenvolvimento da relação terapêutica, os EEESMP podem criar um ambiente terapêutico seguro e de apoio, onde as pessoas se sentem compreendidas e aceites. Promovendo e facilitando a expressão de sentimentos e preocupações, originando a resolução de conflitos internos e o desenvolvimento de estratégias de adaptativas saudáveis.

Igualmente, ao facilitar o crescimento pessoal das pessoas, os EEESMP possuem competências para ajudar na compreensão aprofundada dos seus próprios pensamentos, sentimentos e necessidades, demonstrando congruência e autenticidade na interação com as pessoas. Como resultado, podem ocorrer novas aprendizagens mais significativas para o crescimento pessoal do terapeuta (C. Rogers,

2023).

A construção de uma relação terapêutica forte e positiva entre o enfermeiro e a pessoa, pode aumentar a adesão ao regime terapêutico, por permitir à pessoa uma maior motivação e apoio no seu processo de recuperação (C. Rogers, 2023).

Em resumo, a abordagem centrada no cliente de C. R. Rogers (1951) pode ser uma ferramenta valiosa na prática de ESMP, permitindo aos EEESMP criar relações terapêuticas mais significativas e facilitar o crescimento e a recuperação das pessoas com perturbação de saúde mental.

3.3. Teoria das Transições

“Os enfermeiros despendem uma grande parte do seu tempo a cuidar de pessoas, que estão a experienciar uma ou mais mudanças nas suas vidas e que podem muito bem ter impacto ou efeito na saúde” (J. C. Carvalho & Cordeiro, 2018, p. 55).

A teoria das transições de médio-alcance, proposta por Afaf Meleis e desenvolvida anteriormente (Jacobson, 1980; Schumacher, 1995) e baseada em conceitos anteriormente desenvolvidos por Meleis & Trangenstein (1994), oferece uma estrutura abrangente para compreender as mudanças significativas e as experiências de transição ao longo do ciclo de vida da pessoa.

Segundo Meleis existem um conjunto de eventos que podem levar a um processo de transição. A transição inicia e termina em dois momentos, não simultâneos (Meleis, 2010). Existem eventos ou circunstâncias que podem ser consideradas precursoras do início do processo de transição, é possível observar na Tabela abaixo.

Tabela 5 - Adaptado de “Eventos que levam ao processo de transição”.

| Doença | Perda/Luto | Gravidez |
|-------------|----------------|------------|
| Recuperação | Imigração | Reforma |
| Nascimento | Migração | Envelhecer |
| Morte | Hospitalização | |

Fonte: (Meleis, 2010).

A Teoria das Transições engloba três conceitos centrais, nomeadamente, a natureza das transições, que inclui o tipo, os padrões e as propriedades das experiências da transição; as condições da transição facilitadoras e inibidoras relacionadas com a pessoa, comunidade e sociedade; os padrões de resposta que incluem os indicadores de processo; indicadores de resultado e, por fim, as intervenções de enfermagem (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000) como é possível observar a sua estrutura na Figura 10.

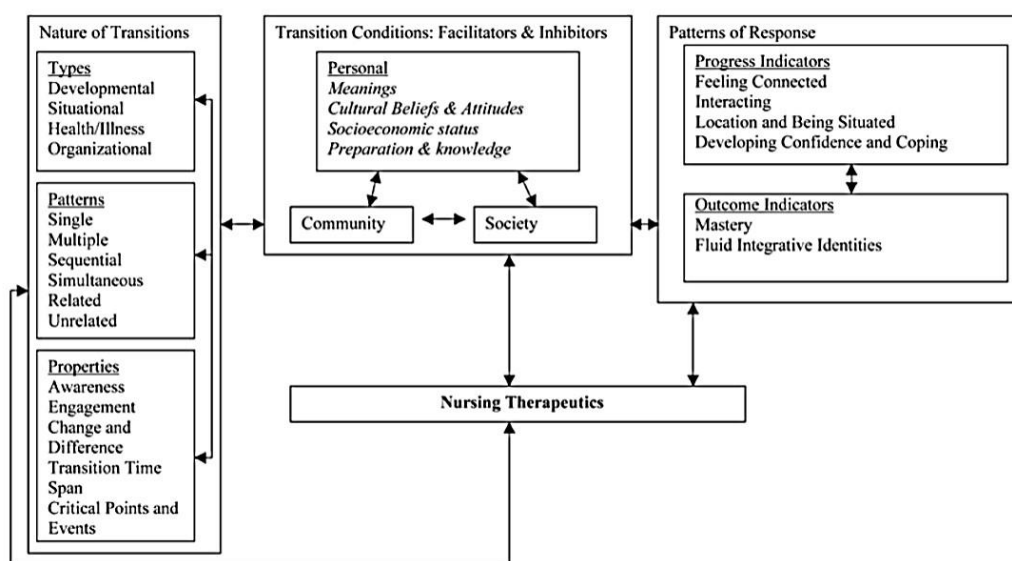


Figura 10- "Transições: Uma teoria de médio-alcance".

Fonte: (Meleis, 2010, p. 56).

Meleis (2010) destaca três grandes áreas das intervenções de enfermagem: a promoção, a prevenção e a intervenção que englobam um conjunto de ações planeadas que visam promover a saúde e prevenir a doença.

Assistir no processo de transição implica clareza de comunicação, gestão do ambiente, continuidade de cuidados, e envolvimento de uma equipa de transição multidisciplinar. Cuidados de enfermagem holísticos, permitem o enfermeiro dotar a pessoa (alvo de cuidados) de mecanismos que lhe permitam atingir uma transição saudável, capacitando-a para a tomada de decisão, para o autocuidado, promovendo a sua autoconfiança e a sua autorrealização (Meleis, 2010).

No contexto da ESMP, as transições podem incluir a transição de um estado de saúde mental estável para um estado de crise, referente ao tipo de transição saúde-doença, como por exemplo em diferentes níveis de cuidado (como hospitalização, cuidados em ambulatório e/ou cuidados

domiciliários) (Lindmark et al., 2019).

A Teoria das Transições enfatiza a importância de compreender não apenas o evento de transição em si, mas também os fatores internos e externos que influenciam a forma como a pessoa lida com a transição. Isto inclui fatores como recursos pessoais internos, apoios sociais, história de saúde mental, as estratégias de *coping* e a qualidade do relacionamento terapêutico com os Enfermeiros.

Para EEESMP, esta teoria oferece uma estrutura útil para orientar na prática clínica. Os princípios da teoria das transições são úteis para avaliar as necessidades individuais pessoas durante períodos de mudança, desenvolver intervenções de enfermagem centradas pessoa e promover a resiliência e adaptação positiva às transições.

Além disso, a Teoria das Transições destaca a importância da continuidade do cuidado ao longo das diferentes fases da transição. Os EEESMP desempenham um papel fundamental na coordenação do cuidado, facilitando a comunicação entre diferentes profissionais de saúde e serviços, e apoiando as pessoas na transição saudável entre os diferentes níveis de cuidados.

Em resumo, a Teoria das Transições de Meleis (2000, 2010) é altamente relevante para a ESMP, pois apresenta uma estrutura conceitual abrangente para compreender e intervir nas experiências de transição das pessoas, promovendo melhores resultados de saúde mental e de bem-estar da população, onde as transições são frequentemente marcadas por desafios emocionais, cognitivos e comportamentais.

3.4. Da Avaliação à Intervenção de Enfermagem no Sono

No ICN (2019) existe o foco de enfermagem “Sono” que se define por “Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos”. Quando o “sono” evolve para um *status* negativo, o termo denomina-se “Sono comprometido”. A este diagnóstico de enfermagem podem estar associados outros diagnósticos sequentes, como a “Hipersônia”, a “Insônia”, o “Sonambulismo”, “Risco de Sono Comprometido” e a “Privação do Sono”.

No DSM-V as perturbações do sono persistentes (como a insônia e a sonolência excessiva) são fatores de risco estabelecidos para o desenvolvimento subsequente de perturbação de saúde mental e de perturbação do sono induzido por substâncias. Podem também representar uma expressão prodrômica de um episódio de perturbação de saúde mental, valorizando a intervenção precoce na prevenção ou atenuação de um episódio completo de perturbação de saúde mental (APA, 2014).

Na enfermagem o diagnóstico de “Insónia” define-se por “*Sono comprometido: incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar de estar posicionado confortavelmente num ambiente agradável; desperto; falta de sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas.*” (ICN, 2019).

Segundo a literatura a insónia é a perturbação do sono mais comum. No DSM-V a perturbação da insónia reúne os seguintes critérios de insatisfação, predominantes na quantidade ou na qualidade do sono associadas a um (ou mais) dos seguintes sintomas que se encontram na Tabela 6.

Tabela 6 - Critérios de diagnóstico da Perturbação da Insónia segundo DSM-V (APA, 2014).

| |
|---|
| 1. Dificuldade para iniciar o sono. |
| 2. Dificuldade para manter o sono, que se caracteriza por despertares frequentes ou por problemas em regressar ao sono depois de cada despertar. |
| 3. Despertar antes do horário habitual caracterizado pela incapacidade de regressar ao sono. |
| A insónia causa um sofrimento clinicamente significativo e afeta a funcionalidade social, profissional, educacional, académica, comportamental da pessoa. As alterações do sono ocorrem em pelo menos três noites durante a semana e permanecem durante 3 meses. Surgem da falta de oportunidades adequadas para dormir. A insónia não pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos associados ao consumo de substâncias (p. ex., abuso de drogas ilícitas, medicamentos). |

Por outro lado, o diagnóstico de enfermagem de “Sonolência” deriva do diagnóstico de “Consciência comprometida”. O ICN (2019) define “Sonolência” como “Consciência comprometida: torpor pernicioso, adormecimento não natural”.

No entanto, a Perturbação da Hipersonolência inclui critérios principais de referidos pela própria pessoa, uma sonolência excessiva (hipersonolência) apesar do período principal do sono durar no mínimo 7 horas, com pelo menos um, entre os seguintes sintomas: “*Períodos recorrentes de sono ou de cair no sono no mesmo dia*”, “*Um episódio de sono principal prolongado de mais de 9 horas por dia que não é reparador (i.e., não é revigorante)*” e “*Dificuldade de estar totalmente acordado depois de um despertar abrupto*” (APA, 2014, pp. 368-369).

Este estudo divide em duas definições a hipersônia e a hipersonolência. A hipersônia define-se como *“um estado de sonolência excessiva que pode resultar numa diminuição da funcionalidade e afetar negativamente o desempenho”* da pessoa. Entretanto, a hipersonolência é definida como *“uma incapacidade (da pessoa) permanecer acordada e alerta durante elevados períodos de vigília, resultando em períodos de necessidade irreprimível de sono ou lapsos não intencionais de sonolência ou sono”* (Bollu et al., 2018, p. 85).

Apesar da relevância da sonolência para ESMP, optou-se pela avaliação geral do sono da pessoa, nos diferentes contextos clínicos de saúde mental, proporcionando uma avaliação transversal, incluindo a sonolência e a disfunção diurna como um parâmetro a ser avaliado.

Num ponto de vista dos diagnósticos de enfermagem, a NANDA-I caracteriza a *“perturbação no padrão de sono”* por acordares/despertares por tempo limitado devido a fatores externos (NANDA-I, 2018). Por outro lado, o diagnóstico de enfermagem da *“insônia”* descreve como uma *“Perturbação na quantidade e qualidade do sono que prejudica o desempenho normal das funções da vida diária”*(NANDA-I, 2018, p. 384).

Por último a *“Privação do Sono”* é definida por um conjunto de *“Períodos prolongados sem suspensão sustentada natural e periódica do estado de consciência relativa que proporciona o descanso”* (NANDA-I, 2018, p. 389). É considerado privação do sono quando a pessoa está > 18h em período de vigília, sendo escolhido este período com base nas recomendações de duração mínima de horas de sono noturno para adultos (7h) (Hirshkowitz et al., 2015). Existem três termos associados à privação do sono. Este estudo demonstrou que a privação do sono pode ocorrer em pessoas que experienciam entre 18h até 110 horas de privação de sono. Por outro lado, a restrição do sono ocorre quando as pessoas experienciam um encurtar da duração habitual do sono, por uma ou mais noites (Palmer et al., 2023). Por último na fragmentação do sono/ Sono fragmentado as pessoas sofrem acordares forçados durante a noite de sono (Palmer et al., 2023).

Nesta meta-análise por Palmer e colaboradores (2023), verificaram em 151 estudos que a perda de sono em geral, demonstra um resultado mais forte e robusto no afeto positivo em comparação com os restantes estados emocionais. A privação do sono, a restrição do sono e o sono fragmentado reduziram o afeto positivo (emoções como a alegria, a gratidão e empatia), sendo que a dimensão do resultado foi maior com a privação do sono. Estes resultados corroboram outro estudo que examinou as flutuações do sono e do humor no dia a dia, validando que é necessário obter um sono adequado e suficiente, para experienciar afeto positivo pela pessoa (Palmer et al., 2023). A redução do afeto positivo está consistentemente associada à redução da qualidade de vida e a complicações na saúde mental, incluindo nas perturbações marcadas por anedonia e diminuição da antecipação de resposta (Palmer et al., 2023; Watson et al., 2015).

Para responder aos diagnósticos de enfermagem identificados nesta população, recorreu-se às

taxonomias da Enfermagem (ICN, 2019; NANDA-I, 2018), à Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024) e à evidência científica relevante a este contexto. De acordo com as diferentes etapas da conceção de cuidados, da Ontologia da Enfermagem, dela fazem parte quatro classes de informação: dados que resultam de avaliação a partir do cliente, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem. Este novo pilar, representa o culminar do comportamento de construção formal da intencionalidade associada ao processo de conceção de cuidados. Assim, os 4 pilares podem ser descritos como: (i) os dados que resultam da apreciação do cliente; (ii) os focos/diagnósticos; (iii) as intervenções de enfermagem, e; (iv) salientamos a inclusão dos objetivos na estrutura de conteúdos da Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024). A Ontologia de Enfermagem é um modelo formal de produção automática, sistemática e fiável de um painel de indicadores, relativos aos contributos dos cuidados de enfermagem para a saúde da população ou, por outras palavras, indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, para efetivamente dar visibilidade àquilo que a população alcança com os cuidados de enfermagem(Ordem dos Enfermeiros, 2024).

Deste modo, para reunir os dados que suportam os diagnósticos de enfermagem relacionados com o domínio de enfermagem “Sono” desenvolveu-se a Tabela 7.

Tabela 7 - Os Dados e os Diagnósticos de Enfermagem decorrentes do Domínio de Enfermagem “Sono”.

| Domínio de Enfermagem “Sono” (Ordem dos Enfermeiros, 2024) | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de Enfermagem: “Sono comprometido”(ICN, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2024) | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Duração do Sono (não dormiu, dormiu por curtos períodos, dormiu por longos períodos)(Ordem dos Enfermeiros, 2024) - Qualidade do sono (Sono não reparador, com dificuldade em adormecer; Sono não reparador e intermitente; Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente; Sono reparador) (Ordem dos Enfermeiros, 2024) - Número de Horas de Sono Noturno ((Ordem dos Enfermeiros, 2024) - Número de Horas de Sono Diurno(Ordem dos Enfermeiros, 2024) | |
| <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de Enfermagem: “Perturbação no padrão de sono” (NANDA-I, 2018) | |
| Caraterísticas definidoras(NANDA-I, 2018) | Fatores relacionados(NANDA-I, 2018) |
| <ul style="list-style-type: none"> - Despertar não intencional | <ul style="list-style-type: none"> - Barreira ambiental |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade no desempenho das funções diárias - Dificuldade para iniciar o sono - Dificuldade para manter o sono - Insatisfação com o sono - Não se sentir descansado | <ul style="list-style-type: none"> - Interrupção causada pelo parceiro de sono - Padrão de sono não restaurador - Privacidade insuficiente <p>Condição associada(NANDA-I, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imobilização |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de Enfermagem: “Insônia” (NANDA-I, 2018) | |
| <p>Caraterísticas definidoras(NANDA-I, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acordar cedo demais - Alteração na concentração - Alteração no afeto - Alteração no humor - Alteração no padrão de sono - Aumento de acidentes - Aumento do absenteísmo - Dificuldade para iniciar o sono - Dificuldade para manter o sono - Perturbação do sono que produz consequências no dia seguinte - Energia insuficiente - Estado de saúde comprometido - Insatisfação com o sono - Padrão de sono não restaurador - Redução na qualidade de vida | <p>Fatores relacionados (NANDA-I, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade - Barreira ambiental - Cochilos frequentes durante o dia - Consumo de álcool - Depressão - Desconforto físico - <i>Stressores</i> - Higiene do sono inadequada - Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo - Medo - Pesar/Luto <p>Condições associadas(NANDA-I, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fármacos - Alteração hormonal |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de Enfermagem: “Privação do Sono” (NANDA-I, 2018) | |
| <p>Caraterísticas definidoras (NANDA-Inc., 2018)</p> | <p>Fatores relacionados (NANDA-Inc., 2018)</p> |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Agitação - Alteração na concentração - Alucinações - Ansiedade - Apatia - Capacidade funcional diminuída - Combatividade - Confusão - Estado de sonolência - Fadiga - Inquietação - Irritabilidade - Letargia - Mal-estar - Nistagmo passageiro - Paranoia transitória - Sensibilidade aumentada à dor - Tempo de resposta prolongado - Tremores nas mãos | <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente excessivamente estimulante - Assincronia circadiana prolongada - Barreira ambiental - Confusão no final do dia - Desconforto prolongado - Higiene do sono inadequada por tempo prolongado - Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo - Mudanças de estágios de sono relacionadas à idade - Padrão de sono não restaurador - Sonambulismo - Terror noturno <p>Condições associadas (NANDA-I, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apneia do sono - Condições com movimento periódico de membros - Demência - Enurese relacionadas com o sono - Ereções dolorosas relacionadas com o sono - Hipersonolência idiopática do sistema nervoso central - Narcolepsia - Pesadelos - Regime de tratamento |
|---|---|

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de Enfermagem: “Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono” (Ordem dos Enfermeiros, 2024) |
| <p>- Conhecimento sobre promoção do sono (necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir; necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir; facilitador) (Ordem dos Enfermeiros, 2024)</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de Enfermagem: “Potencial para melhorar significado atribuído ao compromisso do sono”(Ordem dos Enfermeiros, 2024) |
| <p>- Significado atribuído ao compromisso do sono (desvalorização; não dificultador) (Ordem dos Enfermeiros, 2024)</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de Enfermagem: “Disposição para sono melhorado” (NANDA-I, 2018) |
| <p>Característica definidora(NANDA-I, 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expressa o desejo de melhorar o sono |

A nova versão da Ontologia de Enfermagem, os objetivos como parte integrante, tornando este processo progressivo e dinâmico, no sentido de uma adequada representação do conhecimento de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

A incorporação dos objetivos acrescenta coerência relacional entre os focos de atenção/diagnósticos de enfermagem e as intervenções, torna mais clara as intenções dominantes da conceção de cuidados e permite evoluir para a definição de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem, com maior fiabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

De forma a integrar os objetivos, as intervenções de enfermagem, os resultados de enfermagem e os instrumentos de avaliação relacionados com o sono comprometido foi elaborada as Tabela 8, 9, 10 e 11.

Nas tabelas seguintes considerou-se a utilização dos níveis de evidência presentes nas recomendações do Joanna Briggs Institute (2013) a utilização das taxonomias da enfermagem e da Ontologia da Enfermagem.

Tabela 8 - Instrumentos de Avaliação, Objetivos, Resultados e Intervenções de Enfermagem no “Sono Comprometido”.

| Sono Comprometido | | | |
|-------------------|---------------|----------------------------|-----------------|
| Objetivos de | Resultados de | Intervenções de Enfermagem | Instrumentos de |

| Enfermagem | Enfermagem | | avaliação |
|---|---------------------------|---|--|
| Determinar evolução do Sono (Ordem dos Enfermeiros, 2024) | Sono Adequado (ICN, 2019) | <p>a. Avaliar evolução do sono comprometido (Ordem dos Enfermeiros, 2024)</p> <p>b. Referenciar sono comprometido ao médico (Ordem dos Enfermeiros, 2024)</p> | <p>Resultado NOC “Sono” (Moorhead et al., 2010)</p> <p>Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (Buysse et al., 1989; Gomes et al., 2018)</p> |
| Melhorar Sono (Ordem dos Enfermeiros, 2024) | Sono Adequado (ICN, 2019) | <p>a. Gerir medicação(Ordem dos Enfermeiros, 2024)</p> <p>(Controle de medicamentos) (Bulechek et al., 2010; Johnson et al., 2013)</p> <p>b. Implementar estratégias de promoção do sono (Ordem dos Enfermeiros, 2024)</p> <p>(Melhora do Sono; Controlo do Ambiente - conforto; Aromoterapia; Musicoterapia) (Bulechek et al., 2010; Johnson et al., 2013)</p> <p>c. Executar Técnica de Relaxamento: Treino Autogénico (Coelho & Sousa, 2020; Pinheiro et al., 2015)(2.d)</p> <p>(Terapia de relaxamento; Treino de Autossugestão) (Bulechek et al., 2010; Johnson et al., 2013)</p> <p>d. Executar Técnica de Relaxamento: Imaginação Guiada (Nooner et al., 2016) (2.d)</p> <p>(Terapia de relaxamento; Estimulação da Imaginação) (Bulechek et al., 2010)</p> <p>e. Executar Técnica de Relaxamento Muscular progressiva (Parás-Bravo et</p> | <p>Diário do Sono</p> <p>(Carney et al., 2012)</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | al., 2017) (2.d) (Terapia de relaxamento; Relaxamento muscular progressivo) (Bulechek et al., 2010; Johnson et al., 2013). | |
|--|--|---|--|

Tabela 9 - Instrumentos de Avaliação, Objetivos, Resultados e Intervenções de Enfermagem no “Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono”.

| Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono (Ordem dos Enfermeiros, 2024) | | | |
|---|--|--|--|
| Objetivos de Enfermagem | Resultados de Enfermagem | Intervenções de Enfermagem | Instrumentos de avaliação |
| Promover adesão: estratégias promotoras do sono (Ordem dos Enfermeiros, 2024) | - Adoção de estratégias promotoras do sono (Ordem dos Enfermeiros, 2024) | a. Avaliar a evolução do conhecimento sobre promoção do sono (Ordem dos Enfermeiros, 2024) | Resultado NOC “Cognição” (Moorhead et al., 2010) |
| Promover adesão: estratégias promotoras de relaxamento | -Satisfação com a autogestão das estratégias promotoras do sono e disponibilidade para melhorar(Ordem dos Enfermeiros, 2024) | b. Executar Intervenção Psicoeducativa (Chinvararak et al., 2024) (1.c) | Resultado NOC “Sono” (Moorhead et al., 2010) |
| Promover adesão: estratégias promotoras de bem-estar | - Adoção de estratégias promotoras de relaxamento | c. Ensinar sobre padrão de sono (Ordem dos Enfermeiros, 2024) | Resultado NOC “Bem-estar pessoal”(Moorhead et al., 2010) |
| | - Adoção de estratégias promotoras de bem-estar | d. Ensinar sobre complicações do Sono Comprometido (Ordem dos Enfermeiros, 2024) | Resultado NOC “Estado de conforto: psicoespiritual” (Moorhead et al., 2010) |
| | | e. Ensinar sobre estratégias de promoção do sono (Ordem dos Enfermeiros, 2024) | Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh - PSQI (Buysse et al., 1989; Gomes et al., 2018) |
| | | f. Ensinar sobre estratégias promotoras de relaxamento (Chinvararak et al., 2024) (1.c) | Diário do Sono (Carney et al., 2012) |
| | | g. Ensinar sobre estratégias promotoras de bem-estar (Chinvararak et al., 2024) (1.c) | |
| | | h. Ensinar técnica de restrição | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | do sono (Armstrong et al., 2024) (1.c) i. Ensinar técnica controlo de estímulos (Jansson-Fröjmark et al., 2024) (1.a) | |
|--|--|--|--|

Tabela 10 - Instrumentos de Avaliação, Objetivos, Resultados e Intervenções de Enfermagem no “Potencial para melhorar significado atribuído ao sono comprometido”.

| Potencial para melhorar significado atribuído ao sono comprometido | | | |
|---|--|--|--|
| Objetivos de Enfermagem | Resultados de Enfermagem | Intervenções de Enfermagem | Instrumentos de avaliação |
| Promover adesão: estratégias promotoras do sono (Ordem dos Enfermeiros, 2024) | -Adoção de estratégias promotoras do sono (Ordem dos Enfermeiros, 2024) -Satisfação com a autogestão das estratégias promotoras do sono e disponibilidade para melhorar (Ordem dos Enfermeiros, 2024) | a. Avaliar evolução do significado atribuído ao compromisso do sono (Ordem dos Enfermeiros, 2024) b. Assistir o cliente a analisar significado dificultador (Ordem dos Enfermeiros, 2024) | Escala de DBAS-30 (Crenças Disfuncionais sobre o Sono) ou versão reduzida (DBAS-SF-16) (Clemente et al., 2023; Espie et al., 2000) |

Tabela 11 - Instrumentos de Avaliação, Objetivos, Resultados e Intervenções de Enfermagem “Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e estado de saúde”.

| Potencial para melhorar consciencialização da relação entre sono e estado de saúde | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Objetivos de Enfermagem | Resultados de Enfermagem | Intervenções de Enfermagem | Instrumentos de avaliação |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Promover autocontrole: saúde</p> <p>Promover adesão: estratégias promotoras do sono (Ordem dos Enfermeiros, 2024)</p> | <p>-Consciencialização da relação entre sono e estado de saúde</p> <p>-Disponibilidade para melhorar</p> | <p>a. Avaliar evolução da consciencialização da relação entre sono e estado de saúde</p> <p>b. Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização</p> <p>c. Analisar com cliente a relação entre sono e estado de saúde</p> | <p>Entrevista clínica</p> <p>Diário do Sono (Carney et al., 2012)</p> <p>Resultado NOC “Qualidade de Vida” (Moorhead et al., 2010)</p> <p>EQ-5D-5L (EuroQol Research Foundation, 2019) e EQ-5D-Y-3L (EuroQol Research Foundation, 2017)</p> |
|--|--|--|---|

Verifica-se que na Teoria das Transições de Meleis (2000), existem condições e propriedades das transições que são relevantes avaliar. Particularmente, ao nível das propriedades, a consciencialização e o envolvimento da pessoa durante o processo de mudança são relevantes para uma transição saudável. Do mesmo modo, ao nível das condições pessoais, o conhecimento, os significados, as capacidades e o acesso a recursos são essenciais avaliar, para assistir a pessoa neste processo de transição.

Como demonstrado nos diagnósticos “Potencial para melhorar significado atribuído ao compromisso do sono”(Ordem dos Enfermeiros, 2024) e “Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono”(Ordem dos Enfermeiros, 2024) ambos identificam que a pessoa apresenta necessidades em melhorar o conhecimento e significado(s), que expressa disponibilidade para melhorar, que expressa vontade de aprender e adotar novas estratégias de promoção do sono, de promoção do bem-estar, e por fim, melhorar o seu estado de saúde.

PARTE II - CONTEXTOS DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O desenvolvimento das competências de EE e de EEESMP decorre durante a prática clínica nos contextos de estágio, nomeadamente numa unidade de internamento de pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, numa unidade de cuidados de saúde comunitária e numa unidade de cuidados de saúde mental diferenciada.

1. Contexto de Internamento de Pessoas com Problemas Agudos

Este subcapítulo inicia-se por uma breve caracterização do contexto clínico, que decorre num internamento de pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental, seguido pelo processo de tomada de decisão, desde a avaliação de enfermagem até à avaliação de resultados.

1.1. Breve caracterização do contexto

Os serviços de internamento de agudos continuam a ser uma componente fundamental nos departamentos de Psiquiatria para a estabilização psicopatológica de doentes em crise e em recidiva (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Num serviço de internamento de pessoas com problemas agudos em saúde mental, foi possível observar o contexto de cuidados, os seus recursos humanos, os recursos físicos e materiais, o número de doentes, o rácio de Enfermeiro-Pessoa, os principais diagnósticos médicos, domínios de enfermagem e diagnósticos de enfermagem. É de referenciar que 52% dos profissionais de saúde são enfermeiros e destes 72%, são EEESMP (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

É de referir que o rácio Enfermeiro-Pessoa é de um enfermeiro responsável para oito pessoas no turno da manhã e de um enfermeiro responsável para 13 pessoas no turno da tarde e noite. O Regulamento n.º 743/2019 “Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem”, indica que “devem existir pelo menos dois enfermeiros” EESMP por cada três elementos de enfermagem, e pelo menos um EEESMP em cada turno (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 140)

como decorre neste serviço de internamento.

Em cada turno está assegurado um EEESMP, sendo que três enfermeiros asseguram o turno da manhã, dois enfermeiros asseguram o turno da tarde e outros dois asseguram o turno da noite. Neste serviço de internamento, existem três enfermeiros que integram igualmente a equipa comunitária de saúde mental, possibilitando a observação participativa nos cuidados de Enfermagem da Equipa Comunitária de Saúde Mental.

Esta unidade de internamento apresenta uma capacidade máxima para 26 doentes internados, encontrando-se frequentemente completa na sua lotação máxima. Sendo que a maior parte destas pessoas pertence à área de residência respetiva a esta unidade local de saúde e uma pequena parte, cerca de quatro a cinco pessoas, é fora de área.

No momento do estágio, metade das pessoas doentes encontravam-se em regime voluntário de internamento e outra metade em regime involuntário de internamento. A média de idades entre as pessoas internadas era de 54 anos de idade. Dos 26 doentes, cinco encontravam-se internados a aguardar resposta social da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (RNCCISM) com o intuito da reabilitação psicossocial. Esta rede de cuidados “têm como finalidade ajudar a definir um projeto individual de intervenção (PII) e acompanhá-lo na sua execução, com o objetivo de, no mais curto espaço de tempo, a pessoa com doença mental grave possa recuperar as suas competências psicossociais e reintegrar-se na sua família e comunidade” (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2022, p. 2).

Em conjunto com os enfermeiros durante este estágio, foram avaliados frequentemente os doentes que apresentavam alterações do quadro psicopatológico no turno anterior e que requeriam intervenção autónoma ou interdependente de enfermagem, como a administração de medicação SOS para estabilização clínica. Foram igualmente asseguradas as orientações e a gestão na participação nas atividades com intuito terapêutico: sociais e ocupacionais durante a manhã, como por exemplo, a hidroterapia. O tempo de internamento de cada pessoa depende da sua condição psicopatológica prévia, da gravidade da perturbação de saúde mental, da adesão ao regime terapêutico e da estabilidade psicopatológica ao longo do internamento, e do envolvimento do cuidador/familiar durante o mesmo internamento.

O serviço reunia condições físicas para a realização de intervenções de ESMP. Deste modo os EEESMP realizam Intervenção Psicoterapêutica individual e grupal no internamento, preferencialmente durante a manhã ou durante a tarde, após as refeições. A intervenção individual, numa fase intermédia do internamento, permite que os doentes exponham as suas preocupações perante um *setting* próprio, confidencial e sigiloso. Por outro lado, na intervenção em grupo, como por exemplo através da Intervenção de Psicoeducação na pessoa com Psicose, existe a oportunidade de partilhar experiências entre os intervenientes e as suas famílias, o estreitamento de relações entre os

intervenientes, o apoio mútuo e aprendizagem de estratégias de *coping* face à condição de saúde-doença de cada interveniente.

Na preparação para a alta, os EEESMP desempenham um papel ativo no planeamento da alta, colaborando em equipa multidisciplinar para elaborar planos de cuidados individualizados e garantir que as pessoas e as famílias tenham acesso aos recursos e serviços necessários após a alta. Encaminhar para serviços de acompanhamento, como por exemplo, para a Equipas de Intervenção Comunitária em Saúde Mental (EICSM) da população adulta. “As equipas comunitárias de saúde mental desenvolvem as suas atividades fora do hospital, relativamente à população pela qual são responsáveis, em articulação com as outras áreas funcionais do respetivo serviço local de saúde mental, outras estruturas de saúde, locais de trabalho ou quaisquer entidades significativas para a promoção da saúde mental” (Decreto-Lei n. o 113/2021 de 14 de dezembro, 2021, p. 114). Oferecem um acompanhamento próximo e direto na comunidade ou para projetos de reabilitação psicossocial e de *recovery*, em estruturas que promovem a saúde mental, treinando a autonomia, a (re)inclusão social e combatendo o estigma (Decreto-Lei n. o 113/2021 de 14 de dezembro, 2021).

Uma breve análise de situação desenvolvida no âmbito da ESMP, nomeadamente neste contexto, permite compreender os fatores principais que influenciam as pessoas com problemas agudos de saúde mental. Este processo é fundamental para avaliar as necessidades, identificar problemas de enfermagem prioritários e desenvolver intervenções de enfermagem especializadas eficazes. Esta análise procura compreender a prevalência das perturbações de saúde mental, o motivo do internamento neste contexto de cuidados de saúde mental e que recursos disponíveis tem para prevenção, tratamento e reabilitação. Em suma, esta breve análise de situação na área da Saúde Mental desempenha um papel crucial no planeamento e na implementação de intervenções especializadas destinadas a melhorar a saúde mental e o bem-estar das pessoas e da comunidade.

Para uma melhor compreensão do contexto de estágio, procedeu-se a uma observação geral dos domínios de enfermagem, segundo a Ontologia da Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024) em comparação com os Focos/Diagnósticos de Enfermagem(ICN, 2019) (e dos Diagnósticos médicos mais comuns (World Health Organization, 2024) respetivos aos doentes nesse momento, internados, como é possível observar na Tabela 12.

Tabela 12 - Relação entre Diagnósticos Médicos e Domínios de Enfermagem no contexto de internamento agudos.

| Diagnósticos Médicos - (World Health Organization, 2024) | Focos e Diagnósticos de Enfermagem(ICN, 2019) | Domínios de Enfermagem - Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, |
|--|--|--|
|--|--|--|

| 2024) | | | |
|---|--------------------------|---|---|
| Esquizofrenia ou outras perturbações primárias, não especificadas; | ou outras psicóticas não | “Abuso de Substâncias”; “Abuso do Tabaco”; “Alucinação”; “Ansiedade”; “Delírio”; “Não adesão ao regime terapêutico”; “Processo Familiar Comprometido”; “Sono Comprometido”. | Comportamento Aditivo; Comportamento Destrutivo; Percepção; Autogestão do regime terapêutico; Emoção; Pensamento; Sono; Autocuidado, (Processo familiar). |
| Perturbação depressiva de episódio único ou recorrente, moderado, não especificada. | leve, não | “Abuso do Tabaco”; “Ansiedade”; “Humor depressivo”; “Não adesão ao regime terapêutico”. “Processo Familiar Comprometido”; “Sono Comprometido”. | Comportamento Aditivo; Comportamento Destrutivo; Emoção; Autogestão do regime terapêutico; Sono; (Processo familiar). |
| Demência, desconhecida ou não especificada | causa ou não | “Défice no autocuidado”; “Humor depressivo”; “Memória Comprometida”; “Não adesão ao regime terapêutico”; “Processo Familiar Comprometido”; “Sono Comprometido”. | Memória; Sono; Autocuidado; Autogestão do regime terapêutico; (Processo familiar). |
| Perturbação Bipolar Tipo I, Perturbação Bipolar Tipo II ou não especificada | | “Ansiedade”; “Euforia” “Humor depressivo”; “Não adesão ao regime terapêutico”; “Processo Familiar Comprometido”; “Sono Comprometido”. | Emoção; Autogestão do regime terapêutico; Sono; (Processo familiar). |

Por último, foram identificados que os motivos de internamento mais comuns nesta unidade de cuidados de saúde mental, eram relativos a comportamentos destrutivos (agressivos e autodestrutivos), autogestão do regime terapêutico comprometido, pensamento comprometido, ideação suicida com tentativa de suicídio, insuficiência de recursos de apoio na comunidade ou familiar.

1.2. Processo de Tomada de Decisão

Na profissão de enfermagem existe um processo de tomada de decisão que permite, identificar focos de atenção, que após avaliação inicial e colheita de dados, é possível nomear diagnósticos de enfermagem (Johnson et al., 2013).

Este subcapítulo inicia-se pela avaliação inicial de enfermagem, seguindo-se a identificação dos diagnósticos de enfermagem prioritários e mais relevantes na tomada de decisão clínica. Estabeleceram-se objetivos e metas em concordância com o cliente (pessoa e grupo). Ao planeamento das intervenções e das atividades que as concretizam assoma-se a justificação da intervenção especializada de ESMP, de acordo com o regulamento da OE nº 515/2018.

Por último, decorreu a avaliação final, com recurso a uma análise crítico-reflexiva, avaliação dos ganhos em saúde e avaliação da efetividade da intervenção de enfermagem especializada ESMP na pessoa.

1.2.1. Avaliação, Diagnósticos e Objetivos de Enfermagem

Inicialmente na primeira semana do estágio, e em conjunto com as enfermeiras tutoras, foi realizada uma avaliação das pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental para identificar a possibilidade de intervenção de ESMP. Verificou-se que não seria possível intervir em grupo na fase inicial do estágio, devido ao grupo heterogéneo, à instabilidade psicopatológica da maioria das pessoas internadas e recentes admissões. Deste modo, optou-se pela adequação das intervenções interdependentes de enfermagem e intervenções autónomas individualizadas. Nessa fase inicial, surgiu igualmente a oportunidade de intervenção especializada em ESMP centrada na pessoa a partir do estudo de caso.

Foi relevante na avaliação do estudo de caso, a utilização de instrumentos de avaliação tais como, o resultado NOC “Cognição” com intuito de avaliar a cognição da pessoa previamente à intervenção de ESMP (Coelho, Sequeira, et al., 2020). O PSQI (Gomes et al., 2018) e a EQ-5D-5L (EuroQol Research Foundation, 2019) a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) (Pais-Ribeiro et al., 2007)

validadas para a população portuguesa. Estes instrumentos foram escolhidos por permitirem avaliar a gravidade dos sintomas da ansiedade e da depressão, a qualidade do sono e o estado de saúde da pessoa em estudo de caso, naquele momento.

As técnicas/competências de comunicação desempenharam um papel fundamental neste processo, permitindo desenvolver uma relação terapêutica com a pessoa, como referido por Sequeira & Coelho (2016). Estes autores referem que existem seis tipos de atitudes mais frequentes nos contextos de saúde, que são a aceitação, a interpretação, a orientação, a exploração, o apoio e a compreensão. Tendo sido privilegiadas as atitudes de apoio e de exploração.

Por outro lado, existe uma lista variada de técnicas de comunicação verbal. Neste contexto foi utilizada como frequência a técnica de comunicação verbal, como é exemplo o parafraseamento. Esta técnica ofereceu um *feedback* à pessoa sobre a compreensão da mensagem, utilizando a reflexão, a repetição e a devolução da mensagem, demonstrando interesse e atenção pelo recetor (o enfermeiro) à mensagem emitida pela pessoa (Sequeira & Coelho, 2016). Também se utilizou a técnica do questionamento, esta técnica foi particularmente relevante na colheita de dados. As perguntas escolhidas para a avaliação inicial, foram do tipo abertas, adequadas ao momento, e orientadas para as necessidades identificadas pela pessoa. Gradualmente, no desenvolvimento da relação terapêutica, foi possível utilizar perguntas fechadas, mais dirigidas a informações concretas de factos sucedidos/passados ou para validação de informação clínica. Por último, foi importante no estudo de caso e perante outras intervenções de enfermagem, executar uma comunicação empática. A empatia permitiu conhecer e compreender o estado da outra pessoa, incluindo uma componente cognitiva (compreender o que a pessoa estava a pensar) e emocional (compreender os sentimentos que estava a sentir). Para que esta fosse terapêutica, é importante, que a enfermeira seja capaz de “entrar” na situação/experiência da pessoa, para aprofundar o conhecimento sobre a sua vivência (Sequeira & Coelho, 2016).

Foi possível executar técnicas de comunicação não verbal com a pessoa em estudo de caso, bem como com as restantes pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental, naquela unidade durante o período de estágio. A escuta permite demonstrar o interesse pelas necessidades, inquietações e problemas, bem como demonstra respeito e aceitação da pessoa que é alvo dos cuidados. A escuta ativa envolve perpetuamente a utilização da técnica de comunicação “escutar a pessoa”, sendo que se decorre perante “uma interação, num *setting* próprio, na qual o enfermeiro escuta, presta atenção, atribui significado e dá *feedback* ao outro” (Coelho & Sequeira, 2020, p. 178) requer um ambiente terapêutico e exige disponibilidade e interesse genuíno do enfermeiro.

Também foi possível utilizar o método da Entrevista Clínica. O planeamento de uma Entrevista Semiestruturada centrada na pessoa do estudo de caso, permitiu a obtenção de informações detalhadas/dados sobre a sua história de vida, história médica, história psicossocial, sintomas atuais,

fatores desencadeantes e outras necessidades de enfermagem identificadas (Sequeira & Fortuño, 2016).

Durante o contexto de estágio também se procedeu a uma colaboração interprofissional, em conjunto com outros profissionais de saúde, como psiquiatras, assistentes sociais e restante equipa de enfermagem, para obter uma compreensão abrangente da pessoa com necessidades de cuidados de saúde mental, de forma a integrar um plano de cuidados holístico e centrado na pessoa.

Em relação à avaliação da cognição, foi utilizado o instrumento NOC “Cognição” validado para a população portuguesa por (Coelho et al., 2019) que se encontra em anexo (Anexo IV). O resultado NOC “Cognição” é um instrumento com 13 indicadores utilizados para avaliar o estado cognitivo. Cada indicador possui uma resposta de um a cinco pontos (1-5). As pontuações finais possíveis variam de 13 a 65. Quanto maior a pontuação, melhor o estado cognitivo da pessoa avaliada, de notar que este instrumento possui valores corte para anos de escolaridade.

Existem outros instrumentos de avaliação da cognição/estado cognitivo, como o Mini Mental State Examination (MMSE) validado para população portuguesa por Guerreiro et al. (1994), o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) validado para a população portuguesa por Freitas et al. (2014) e o *Six Item Cognitive Impairment Test* (6-CIT) validado para a população portuguesa por Apóstolo et al. (2018). No entanto, estes instrumentos apresentam algumas limitações sociodemográficas, avaliam diferentes estados cognitivos e estão validadas em contextos clínicos Áreas Diferenciadas (Coelho et al., 2019). Sendo relevante, para este tipo de intervenção de ESMP, o desenvolvimento de uma Intervenção Psicoterapêutica, é recomendado pelo Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem, a utilização dos Classificação dos Resultados de Enfermagem/ Nursing Outcomes Classification (NOC) (Moorhead et al., 2010) na avaliação da pessoa (F. Sampaio et al., 2018). Assim, optou-se pela utilização deste instrumento NOC “Cognição” (Coelho et al., 2019)

Por outro lado, o modelo psicoterapêutico de (F. Sampaio et al., 2018) e segundo as orientações de (Coelho, Sampaio, Teixeira, et al., 2020), a Intervenção Psicoterapêutica de Relação de Ajuda Profissional, inclui como requisitos principais, o alvo ser uma única pessoa, a pessoa tem interesse, participa ativamente e é capaz de identificar o seu problema. Sendo critérios de exclusão, o défice cognitivo, estado confusional agudo, hostilidade/agressividade, agitação psicomotora, sintomas positivos exacerbados e idade inferior a 18 anos.

Esta intervenção apresenta como indicação terapêutica para a sua prescrição os domínios de enfermagem “Autoconceito”, “Ansiedade”, “Humor depressivo”, “Crise”, “Coping”, “Esperança” entre outros (Coelho, Sequeira, et al., 2020). Neste estudo de caso, a pessoa encontrava-se em crise, que pode ser definido como “*Status comprometido: tensão temporária, com comunicação ineficiente, dificuldade na resolução de problemas e incapacidade em reconhecer ou aceder a recursos*” (ICN, 2019) e os restantes domínios de enfermagem comprovaram-se presentes após a avaliação inicial.

Devido à sua situação clínica, recente, isto é, internamento associado a tentativa de suicídio (por ingestão medicamentosa), com a sua aceitação e procura em resolver o problema, foi decidido em conjunto com a EEESMP tutora que seria uma Intervenção Psicoterapêutica adequada a pessoa, naquele momento.

A pessoa sobre a qual se realizou um estudo de caso, não demonstrou apresentar défice cognitivo e os diagnósticos de enfermagem de “Ansiedade”, “Humor Depressivo”, “Comportamento Autodestrutivo” também foram identificados. O processo de tomada de decisão em enfermagem na pessoa decorreu em estudo de caso, durante o tempo deste contexto clínico, encontra-se disponível em Apêndice (Apêndice XV).

Outras Intervenções Psicoterapêuticas, tais como a reestruturação cognitiva, o aconselhamento ou a intervenção em crise não foram consideradas adequadas pelas contraindicações que estas referem, tais como uma situação crónica ou de longa duração em que a pessoa se encontrava e pelo estado de descompensação/agudização da doença mental (F. M. C. Sampaio et al., 2023).

Numa fase intermédia do estágio, encontravam-se reunidas as condições para a realização de uma intervenção grupal. Pré-intervenção de enfermagem grupal, procedeu-se a uma colheita de dados com recurso aos instrumentos de avaliação validados para esta população, que foram o PSQI (Gomes et al., 2018), o EQ-5D-5L (EuroQol Research Foundation, 2019), e um questionário sociodemográfico. Este questionário sociodemográfico incluiu questões sociodemográficas e questões relativas ao conhecimento sobre o sono e sobre o impacto na saúde mental, que se encontra em Apêndice (Apêndice II). De referir que o grupo de pessoas que apresentou défice cognitivo ou debilidade intelectual, foi excluído do grupo de intervenção (Coelho, Sequeira, et al., 2020).

Ainda em relação ao grupo, foram identificados os diagnósticos de enfermagem de “Sono Comprometido”, “Potencialidade para melhorar conhecimento sobre promoção do sono”, “Potencialidade para melhorar significado atribuído sono comprometido” e “Potencialidade para melhorar consciencialização sobre a relação entre sono e estado de saúde”, com base na nomenclatura utilizada na Taxonomia (ICN, 2019; NANDA-I, 2018) na Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024). No grupo foram igualmente selecionados os objetivos de “Determinar a evolução do sono”, “Melhorar a evolução do sono”, “Promover a adesão: estratégias promotoras do sono”, “Promover a adesão: estratégias promotoras de bem-estar” e “Promover a consciencialização da relação entre o sono e o estado de saúde” que respondem aos diagnósticos de enfermagem referidos inicialmente (ICN, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2024). Os critérios de inclusão e de exclusão que permitiram a seleção das pessoas, para esta intervenção encontram-se no planeamento da sessão de Intervenção Psicoeducativa em Apêndice (Apêndice VII).

1.2.2. Intervenções de Enfermagem e a Intervenção de Relação de Ajuda Profissional

Neste contexto clínico, como referido anteriormente, aplicou-se o método de estudo de caso. Foi possível a execução de outras Intervenções de ESMP, como a Técnica de Relaxamento Autogénico e a Intervenção Psicoeducativa em grupo. Optou-se por dar ênfase, à Intervenção Psicoterapêutica de Relação de Ajuda Profissional, no entanto, o seu planeamento encontra-se disponível no Apêndice referente ao Estudo de Caso (Apêndice XV).

A Relação de Ajuda Profissional começou a ser desenvolvida por Carl Rogers em 1985, no entanto Peplau em 1952, já demonstrara o conceito de Relação de Ajuda Profissional nos cuidados de enfermagem (Carvalho & Cordeiro, 2018). Em enfermagem “três autores destacaram-se no estudo da Relação de Ajuda Profissional: Hélène Lazure (1994), Margot Phaneauf (2005) e Jacques Chalifour (2008, 2009)” (F. Sampaio & Sequeira, 2016, p. 272). Mais recentemente, em Portugal, foi aprofundado o conhecimento e aplicabilidade clínica desta intervenção como uma Intervenção Psicoterapêutica no âmbito da ESMP (Coelho et al., 2021).

Segundo Carl Rogers (1985) a Relação de Ajuda Profissional era definida como *“uma situação na qual um dos participantes procura promover, numa parte ou outra, ou ambas, uma maior apreciação, expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo”* (F. Sampaio & Sequeira, 2016, p. 272).

Esta Intervenção Psicoterapêutica possui como objetivo principal capacitar a pessoa para a resolução do seu problema (Coelho, Sequeira, et al., 2020). Recomenda-se que o enfermeiro deva possuir competências de comunicação verbal e não-verbal, o respeito, a empatia, autenticidade, compaixão e esperança, a capacidade de não julgar, sendo capaz de aceitar a pessoa e compreender e aceitar o seu problema (Coelho, Sampaio, & Sequeira, 2020; Sequeira, Sampaio, et al., 2016).

No processo de tomada de decisão segundo o modelo de intervenção psicoterapêutica, a estrutura das sessões planeadas inclui um plano no mínimo de 3 e no máximo de 12 sessões. Deste modo foram planeadas 5 sessões: uma sessão de avaliação inicial que se estendeu para duas sessões; 3 sessões de intervenção intermédia e uma sessão de avaliação final (Coelho, Sequeira, et al., 2020; F. Sampaio et al., 2018). As sessões de intervenção intermédias foram orientadas por domínios de enfermagem relevantes à pessoa e que no momento, se encontravam comprometidos, como relatadas no estudo de caso (Apêndice XV). Os domínios do sono e da emoção (Ansiedade e Humor Depressivo), foram identificados pela pessoa como necessidades prioritárias.

As durações das sessões consistiram em aproximadamente 45-60 minutos, tal como recomendado no modelo psicoterapêutico de F. Sampaio et al. (2018). Foram distribuídas duas sessões por semana, sendo que ocorreu uma semana com 3 sessões, que incluiu a participação da pessoa na Intervenção

de Relaxamento - Técnica do Treino Autogénico (Coelho & Sousa, 2020).

Foi relevante no decorrer da intervenção da Relação de Ajuda Profissional que o enfermeiro (terapeuta) promovesse um *setting* próprio, permitindo um ambiente terapêutico. Manter a privacidade, ser um espaço confortável para a pessoa e para o enfermeiro e que evite interrupções ou ruído indesejável é essencial para o sucesso terapêutico (Coelho et al., 2020).

As sessões foram planeadas sessão a sessão, com o intuito de adequar às necessidades identificadas pela pessoa, permitindo o envolvimento da mesma neste processo de transição de saúde-doença.

Nas sessões intermédias além ter sido desenvolvido um plano de atividades básicas de vida diária com a pessoa, de forma a melhorar o seu bem-estar e a facilitar a autonomia futura da vida da mesma, diariamente a pessoa preenchia o diário do sono e procurava exprimir emoções antes de dormir e depois de acordar, procurando também a reflexão sobre o fator precursor dessa emoção.

Por último, de referir que neste contexto também foi desenvolvido uma sessão de treino de competências sociais, particularmente no estudo de caso, com o intuito de ajudar/assistir a pessoa a procurar um emprego, uma atividade remunerada que correspondesse ao seu interesse pessoal e aos seus objetivos de vida. Por outro lado, também em colaboração com assistente social, a pessoa de confiança e a pessoa-alvo foi desenvolvido um plano de objetivos futuros, no qual incluía estratégias de suporte financeiro, apoio social e atividades comunitárias realistas, que eram preocupações/necessidades relevantes para a pessoa-alvo.

1.2.3. Análise Crítica

No decorrer da avaliação inicial da Intervenção Psicoterapêutica de Relação de Ajuda Profissional sobre a pessoa em estudo de caso, compreendeu-se que a técnica de comunicação não-verbal, o silêncio, foi essencial compreender. Deste modo, existiu necessidade em prolongar a sessão de avaliação inicial, para uma segunda sessão. Verificou-se que durante a primeira sessão, a pessoa demorava demasiado tempo a responder, não respondia ou respondia de forma dicotómica, mesmo utilizando questões abertas. Foi um processo de tomada de consciência necessário para esta autora. Para compreender melhor o silêncio, procurou-se identificar a sua causa e esclarecer o seu comportamento. Por outro lado, também foi considerado relevante oferecer tempo, permitindo à pessoa momento de reflexão, através de um tempo de pausa, criando espaço para a pessoa organizar o seu discurso e expressão de emoções, algo igualmente validado por outros autores (Sequeira &

Coelho, 2016). Outro desafio encontrou-se na capacidade desta autora em encontrar o equilíbrio no envolvimento entre o “mundo” da pessoa e o distanciamento consciente, que foi necessário e é característico do profissional (Sequeira & Coelho, 2016).

Também é importante revelar que pode ser considerado um impasse terapêutico, a resistência pela pessoa na exploração do seu problema. Verificou-se algumas formas de resistência tais como, o “evitar pensar no problema”: referindo “Não quero pensar nisso” quando foi questionada sobre o motivo do seu internamento e o “recusar-se a falar” perante outras questões de exploração sobre a família, a perturbação de saúde mental. Sequeira (2016) refere que pode ser considerada uma relutância natural ou defesa por parte da pessoa, no entanto considera-se que foi necessário maior empenho na construção da relação terapêutica e na confiança para que esta resistência diminuísse. Recorreu-se então à Escala de avaliação da relação terapêutica do Enfermeiro [Therapeutic Relationship Assessment Scale (TRAS-Nurse)] validada para a população portuguesa por Coelho et al. (2021), com o intuito de refletir e tomar consciência das fases da relação terapêutica de forma a otimizar a intervenção especializada em ESMP.

Por fim, na avaliação do processo, foi possível analisar com a pessoa, que o silêncio nas sessões iniciais correspondia a efeitos secundários da medicação (lentificação na resposta), aos efeitos do sono comprometido (cansaço diurno/disfunção diurna) e à desconfiança nas relações com os outros que a pessoa foi desenvolvendo nos últimos meses, demonstrando o desenvolvimento de uma relação de confiança com a pessoa. Nas sessões intermédias foi introduzida a Técnica de Relaxamento do Treino Autogénico (Coelho & Sousa, 2020), a qual era realizada primariamente à sessão de Relação de Ajuda, demonstrando ser eficaz na redução da ansiedade na pessoa e permitindo uma maior expressão de emoções e de reflexão, durante a intervenção de relação de ajuda.

Com recurso aos instrumentos de avaliação inicial, a avaliação final incluiu o PSQI, o EQ-5D-5L, a HADS, o diário do sono, elaboração de um plano de prevenção e gestão de fatores geradores de *stress*, a elaboração de um plano de ação e prevenção de recaída e uma elaboração de tabela terapêutica, para prevenir complicações associada à perturbação de saúde mental crónica que apresentava a pessoa alvo dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

Verificou-se que o sono se manteve comprometido, no entanto existiu ligeira melhoria ao nível do parâmetro da disfunção diurna do PSQI. Ocorreu uma melhoria nos efeitos emocionais referidos pela pessoa, nomeadamente a ansiedade era menor nos últimos dias ao acordar e deitar, os acordares noturnos deviam-se ao ruído do quarto (partilhado com outras pessoas), não sendo causado pelos pensamentos ruminativos que se encontravam na avaliação inicial. É de mencionar que a Técnica de Relaxamento tenha tido uma melhoria ligeira no bem-estar e uma redução na ansiedade, referida pela pessoa e verificada na HADS (Pais-Ribeiro et al., 2007).

De referir ainda que a intervenção farmacológica possuiu um papel preponderante na estabilização

dos sinais e sintomas da perturbação depressiva e da insónia. Nomeadamente a sua otimização foi realizada duas vezes após referência ao médico responsável da presença dos efeitos secundários decorrentes desta, como o cansaço e a sonolência associada.

A satisfação da pessoa-alvo dos cuidados foi sendo avaliada sessão a sessão, otimizando a Intervenção Psicoterapêutica no seu decorrer, tal como recomendada pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2017a). Encontra-se disponível o diário do sono, referente à pessoa que foi alvo dos cuidados através da metodologia do estudo de caso, conseguindo verificar algumas mensagens/reflexões relativamente aos efeitos emocionais negativos do sono durante aquela semana de avaliação (Apêndice XIII).

Considera-se que foi efetiva a escolha desta Intervenção Psicoterapêutica de Relação de Ajuda Profissional para responder aos diagnósticos de enfermagem identificados nesta pessoa, alvo dos cuidados. Sendo ainda de acrescentar que outras intervenções psicoterapêuticas, como a Técnica de Relaxamento do Treino Autogénico (Coelho & Sousa, 2020) e da Intervenção Psicoeducativa possam também ter produzido efeitos positivos no estado de saúde da pessoa. Embora os ganhos em saúde sejam reduzidos, verificaram-se ligeiras melhorias e como resultado principal, a alta do internamento. Esta alta decorreu quatro dias após a última sessão, na qual, a pessoa demonstrou envolvimento, autonomia e melhoria no estado clínico geral.

Para concluir, neste estudo de meta meta-análise os resultados fundamentam que perturbações do sono, particularmente pesadelos e a insónia, aumentam o risco de comportamentos suicidários em pessoas com perturbação depressiva, demonstrando que é relevante a promoção do sono e do bem-estar para promover mudança de comportamentos (Wang et al., 2019).

2. Contexto Comunitário

Este subcapítulo inicia-se por uma breve caracterização do contexto clínico, que decorre num contexto comunitário, seguindo-se pelo processo de tomada de decisão, desde a avaliação de enfermagem até avaliação de resultados e análise crítica.

2.1. Breve Caraterização do Contexto

Num contexto comunitário, particularmente numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), com a realização de 125 horas de estágio, foi possível a observação do seu contexto, dos cuidados prestados e dos seus recursos, bem como o rácio de Enfermeiro-Pessoa e os principais domínios de enfermagem. Neste subcapítulo proceder-se-á a uma breve caracterização do período de estágio referente ao contexto comunitário.

As Unidades de Cuidados na Comunidade “prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família” (p.8957), publicado em Diário da República, (Decreto-Lei n.º 239/2015, de 14 de outubro, 2015).

No contexto observado a equipa era composta por 8% eram EEESMP, 16% eram Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 8% eram Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, 8% eram Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 25% eram Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 43% eram Enfermeiros Generalistas.

Durante o estágio profissional no contexto comunitário foi possível observar que o EEESMP recebe pessoas por referência do Hospital da unidade local de saúde que irão necessitar de vigilância/acompanhamento no seu regresso ao domicílio devido à sua condição de saúde/patologia mental. Por outro lado, também recebe referência de pessoas provenientes das Unidades de Saúde Familiar referentes à sua unidade local de saúde, que pelas suas necessidades demonstradas ou referidas, necessitam de avaliação e intervenção de ESMP.

Para uma melhor compreensão do contexto de estágio, procedeu-se a uma seleção dos domínios de enfermagem, que são mais comumente identificados pela EEESMP, que são “Autogestão do regime terapêutico”, “Comportamento interativo”, “Emoção”, “Memória”, “Pensamento” e “Sono” segundo a Ontologia da Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

No contexto comunitário foi também possível observar a relevância do plano local de saúde no planeamento e desenvolvimento de intervenções especializadas de saúde mental na comunidade.

O refere que o plano local de saúde é realizado pelo ACES (Agrupamento de Centros de Saúde), no qual se identificam e priorizam as necessidades da comunidade, se planeiam a criação de ambientes e metas favoráveis à adoção de estilos de vida mais saudáveis e as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) fazem parte integrante (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, 2008). O plano local de saúde deste contexto comunitário incluía como principais objetivos intervir em diagnósticos médicos identificados na população. Particularmente, a intervenção/prevenção em

peças com acidente vascular cerebral, intervenção/prevenção em peças com demência e nos seus cuidadores/família, em intervenção em peças com Diabetes e por última intervenção/prevenção em peças com excesso de peso/obesidade, através da promoção de estilos de vida saudáveis. O EEESMP participa ativamente nos diferentes projetos desenvolvidos neste plano local de saúde.

O EEESMP desenvolve a sua atividade na comunidade em articulação e colaboração na prestação de cuidados com as áreas de Saúde Escolar, Saúde Materna, Saúde Ocupacional, Educação para a Saúde, Cuidados Continuados (Equipa Coordenadora Local, Equipa Cuidados Continuados Integrados e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos) e Comunidade. Como exemplo, no contexto observado o EEESMP presta apoio à Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), ao Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde PAPVSS. Por outro lado, a sua participação ativa em grupo de grávidas, no Curso de Preparação para o parto, é essencial para promover o bem-estar e Saúde Mental Perinatal. Igualmente relevante, participar ativamente no grupo de grávidas e/ou puérperas, no Curso de Massagem Infantil, permite manter uma avaliação próxima às peças de forma a vigiar e a promover a saúde mental destas e do recém-chegado membro da família.

Por último, a sua participação e desenvolvimento do Projeto de familiares cuidadores, permite avaliar e intervir autonomamente em duas peças, a que cuida e a que está a ser cuidada. Assim, o EEESMP ao acompanhar o processo de transição destas peças e intervém efetivamente na prevenção e promoção da Saúde Mental, na pessoa, na família e na comunidade.

2.2. Processo de Tomada de Decisão

Neste subcapítulo procedeu-se ao desenvolvimento do processo de enfermagem, aliando a pessoa, o grupo e a comunidade. Foram identificados nesta população diagnósticos de enfermagem, recorrendo-se à taxonomia (ICN, 2019) à Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024) e à evidência científica relevante a este contexto.

Este processo iniciou-se pela avaliação inicial de enfermagem, seguindo-se a identificação dos diagnósticos de enfermagem prioritários e mais relevantes na tomada de decisão clínica. Estabeleceram-se objetivos e metas em concordância com o cliente (pessoa, grupo ou comunidade). Ao planeamento das intervenções e das atividades que as concretizam assoma-se a justificação da intervenção especializada de ESMP, de acordo com o regulamento da OE nº 515/2018.

Por último, decorreu a avaliação final, com recurso a uma análise crítico-reflexiva, avaliação dos

ganhos em saúde e avaliação da efetividade da intervenção de enfermagem especializada ESMP na pessoa, no grupo e na comunidade.

Por último, decorreu a avaliação final, com recurso a uma análise crítica-reflexiva, avaliação dos ganhos em saúde e avaliação da efetividade da intervenção de enfermagem especializada ESMP na pessoa e no grupo.

2.2.1. Avaliação, Diagnósticos e Objetivos de Enfermagem

Neste subcapítulo será desenvolvido a fase inicial do processo de tomada decisão que inclui, a avaliação, a identificação dos diagnósticos e objetivos de enfermagem. Na primeira semana do estágio, e em conjunto com a enfermeira tutora, foi realizada uma avaliação da comunidade, e das pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental que poderiam ser ajudadas com recurso a intervenção de ESMP.

De referir que surgiu igualmente a oportunidade de intervenção especializada em ESMP centrada na pessoa a partir do estudo de caso, que decorreu numa fase intermédia-final deste contexto clínico. A pessoa em estudo de caso foi referenciada para a EEESMP (tutora) pela Unidade de Saúde Familiar, com interesse em integrar o projeto dos “cuidadores” e por apresentar os diagnósticos de enfermagem de “Sono comprometido”, “Ansiedade” e “Memória comprometida”. Foi relevante na avaliação inicial, a utilização de instrumentos de avaliação tais como, o resultado NOC “Cognição” com intuito de avaliar a cognição da pessoa previamente à intervenção de ESMP (Coelho et al., 2019). O PSQI (Gomes et al., 2018), a EQ-5D-5L (EuroQol Research Foundation, 2019) e os Resultados NOC “Nível de Ansiedade” (Coelho et al., 2019) e NOC “Autocontrolo de Ansiedade” (F. M. C. Sampaio et al., 2018) (validadas para a população portuguesa. O Diário do Sono (Carney et al., 2012) foi entregue à pessoa e foi explicado o seu preenchimento diário, no decorrer das próximas duas semanas (Apêndice V). Estes instrumentos foram escolhidos por permitirem avaliar a gravidade dos sintomas e gestão da ansiedade, a qualidade e quantidade do sono e o estado de saúde da pessoa que foi alvo dos cuidados, tendo como método o estudo de caso.

É de notar que o contexto comunitário possui uma particularidade no espaço físico, dado que o mesmo é reduzido. Esta situação foi ultrapassada através da negociação do agendamento da sessão de avaliação inicial e restantes sessões, no espaço domiciliar da pessoa em estudo de caso.

Optou-se pela abordagem da intervenção em grupo dada a sua frequência neste contexto comunitário. Foi assim, priorizada a intervenção em grupo em relação à intervenção centrada na pessoa, pelo facto

de no contexto de internamento de agudos ter sido aprofundado um exemplo desta abordagem.

Numa primeira análise da comunidade, existiam grupos já formados neste contexto comunitário. Um grupo perinatal (mãe/pai) e um grupo de cuidadores. Estes grupos apresentavam homogeneidade na sua constituição, foram grupos de curta duração e delimitados no tempo de 3 meses para o grupo perinatal e de 6 meses para o grupo dos cuidadores. As avaliações de enfermagem incluíram os mesmos instrumentos de avaliação, sendo que os questionários sociodemográficos foram ajustados às condições que caracterizavam os grupos naquele momento.

O grupo de cuidadores encontrava-se inserido num projeto para os Cuidadores, um programa psicoeducativo de capacitação do cuidador. Apresentava seis sessões no total, uma sessão por mês, nas quais foram integradas duas sessões Psicoeducativas sobre o Sono no mesmo dia por gestão de recursos e de tempo. As restantes sessões pré-estabelecidas eram em formato de ensino presencial, cada sessão possuía uma duração entre 90 minutos e 120 minutos e eram realizadas na UCC.

O grupo de “cuidadores” era um grupo fechado, com um número fixo de sessões pré-estabelecidas no seu planeamento e constituído por 15 elementos. Nas sessões estavam presentes em média, entre 8-10 pessoas. Segundo Liebmann (2004) o grupo fechado facilita o conhecimento e relação entre os intervenientes, promovendo um espaço de confiança e de partilha (F. M. C. Sampaio et al., 2023). Foi verificado após avaliação inicial que apresentavam necessidades de cuidados de saúde mental, nomeadamente no domínio do sono e do estado de saúde. Utilizaram-se os instrumentos de avaliação do estado de saúde - EQ-5D-5L (EuroQol Research Foundation, 2019) e do sono - PSQI (Gomes et al., 2018) em concomitância com um questionário sociodemográfico, um questionamento aberto e fechado sobre o sono e as suas complicações associando o papel situacional do cuidador.

Os objetivos definidos para o grupo de “cuidadores” (cuidadores informais) foram “Promover o papel de cuidador: sono/repouso”, “Promover adesão: estratégias promotoras do sono”, “Promover adesão: estratégias promotoras do bem-estar” e “Promover a consciencialização da relação entre sono e estado de saúde” segundo a Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024) e taxonomias de Enfermagem (ICN, 2019; NANDA-I, 2018).

Estes objetivos permitiram dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados “Potencial para melhorar a promoção do sono”, “Potencial para melhorar o significado atribuído ao sono comprometido”, “Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre sono e estado de saúde” e “Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre sono e papel de cuidador”, segundo a Ontologia de Enfermagem(Ordem dos Enfermeiros, 2024) e taxonomias de Enfermagem (ICN, 2019; NANDA-I, 2018).

O grupo perinatal que inclui período pré-natal e pós-parto (ICN, 2019), encontrava-se inserido no projeto de adaptação à gravidez, preparação para o parto, recuperação pós-parto e massagem infantil. Apresentava treze sessões pré-natal e cinco sessões pós-parto, eram realizadas duas sessões

por semana, sendo que cinco sessões possuíam formato de ensino presencial e o restantes formato de ensino à distância (*online*). Cada sessão possuía duração entre 90 minutos e 120 minutos. Foram integradas neste projeto duas sessões Psicoeducativas sobre o sono.

O grupo perinatal era um grupo semiaberto, com um compromisso de assiduidade no seu planeamento e constituído inicialmente por 10 pessoas do sexo feminino, grávidas no terceiro trimestre, no qual os companheiros (pais) também eram parte constituinte. À medida que o tempo de gravidez foi evoluindo, algumas pessoas foram deixando o grupo, por variadas razões, como dificuldades na gestão familiar, e raramente eram adicionadas novas pessoas ao grupo. Segundo Liebmann (2004) é frequente existirem estes tipos de grupo em contexto comunitário (F. M. C. Sampaio et al., 2023).

Foi verificado após avaliação inicial que apresentavam necessidades de cuidados de saúde mental, nomeadamente no domínio do sono e do estado de saúde. Na avaliação utilizaram-se os instrumentos de avaliação do estado de saúde - EQ-5D-5L (EuroQol Research Foundation, 2019) e do sono - PSQI (Gomes et al., 2018) em concomitância com um questionário sociodemográfico, um questionamento aberto e fechado sobre o sono, a história da gravidez e o papel parental desenvolvimental, desenvolvido em conjunto com a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e EEESMP (tutora).

Os objetivos definidos para o grupo perinatal foram “Promover o papel parental desenvolvimental: sono/repouso”, “Promover a consciencialização sobre a relação entre o sono e o estado de saúde”, “Promover adesão: estratégias promotoras do sono”, “Promover adesão: estratégias promotoras do bem-estar” e “Promover consciencialização da relação entre sono e gravidez” segundo a Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024) e taxonomias de Enfermagem (ICN, 2019; NANDA-I, 2018).

Estes objetivos permitiram dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados “Potencial para melhorar a promoção do sono”, “Potencial para melhorar o significado atribuído ao sono comprometido”, “Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre sono e estado de saúde”, “Potencial para melhorar conhecimento sobre sono do recém-nascido” e “Potencial para melhorar consciencialização da relação entre sono e gravidez” segundo a Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024) e taxonomias de Enfermagem (ICN, 2019; NANDA-I, 2018).

As sessões de avaliação inicial procuraram avaliar o domínio do sono, estado de saúde, adaptação à gravidez e ao Papel Parental aliando o foco de conhecimento nos mesmos.

Na avaliação da cognição das pessoas que constituíam os grupos de cuidadores, foram incluídos no grupo para intervenção, todas as pessoas com pontuação total superior a 40 (pessoas com escolaridade entre um ano e 11 anos) e pontuação total superior a 57 (pessoas com escolaridade superior a 11 anos) (Coelho et al., 2019; Coelho, Sequeira, Mar, et al., 2020). Como critérios de exclusão, foram excluídas as pessoas que apresentavam estado confusional agudo, agitação/inquietação psicomotora, défice

cognitivo grave e sintomas heterólogos exacerbados (F. Sampaio et al., 2018).

Assim, para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem referidos acima, em ambos os grupos, e após análise dos resultados iniciais, foi decidido em conjunto com a EEESMP (tutora) que seria benéfico uma Intervenção Psicoeducativa para ambos os grupos, grupo de cuidadores e grupo perinatal (Amaral et al., 2020). Foram seguidas as orientações do modelo de Intervenção Psicoterapêutica de F. Sampaio et al. (2018) e o procedimento desenvolvido por Sousa et al. (2016) na preparação das sessões de Intervenção Psicoeducativa para ambos os grupos.

Durante este estágio de natureza profissional, também foi possível a realização de avaliação de enfermagem durante visitas domiciliárias e visitas na comunidade (Estruturas residenciais para pessoas idosas) em pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental, como por exemplo, com Perturbação Depressiva e Perturbação Neurocognitiva. Estas visitas domiciliárias e comunitárias permitem uma aproximação do EEESMP com a pessoa, a família, a comunidade e o meio envolvente, permitindo possibilidades de intervenção de ESMP adaptadas ao seu contexto (A. Ferreira, 2014; Oliveira et al., 2022).

2.2.2. Intervenções de Enfermagem e a Intervenção Psicoeducativa

Neste subcapítulo será abordada a Intervenção Psicoeducativa, particularmente no grupo perinatal e intervenções de enfermagem que foram consideradas relevantes para aprendizagem.

Neste contexto comunitário, é de notar que foram desenvolvidas outras Intervenções de ESMP, tais como, a referência de pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental para outros profissionais de saúde (médico psiquiatra e psicólogo). Sucedeu a necessidade durante a intervenção individual através do método do estudo de caso, de referenciar para Psicologia. Da análise dos dados resultantes da avaliação inicial e de processo, durante as sessões de Intervenção Psicoeducativa, a pessoa demonstrou apresentar sinais e sintomas que permitiu identificar limitações, nas responsabilidades dos saberes da área de ESMP em conjunto com a EEESMP tutora.

Habitualmente a Intervenção Psicoeducativa, pode ser executada por enfermeiros, individualmente ou em grupo. No entanto a Intervenção Psicoeducativa passou a ser utilizada em grupos, sendo amplamente utilizada na gestão de sinais e sintomas de perturbações de saúde mental em vários contextos, como por exemplo Intervenção Psicoeducativa em Pessoas com Psicose (Cummings & Cummings, 2008). Alguns autores referem que a Intervenção Psicoeducativa pode ser eficaz na

promoção do sono e do bem-estar em pessoas, através da promoção da consciencialização dos pensamentos, atitudes e crenças dificultadoras/mal adaptativas em relação ao sono (Quintiliani et al., 2020).

A Intervenção Psicoeducativa utiliza técnicas que visa melhorar e capacitar as pessoas em literacia de saúde mental, e é considerada um subtipo de educação em saúde (Atri & Sharma, 2007). A Intervenção Psicoeducativa também promove comportamentos de procura de saúde, na pessoa, no grupo ou na comunidade (Amaral et al., 2020). O objetivo da Intervenção Psicoeducativa é então de promover a literacia em saúde mental, nomeadamente através de processo de consciencialização e transmissão de conhecimento, resultando numa adoção de estratégias que permitem à pessoa uma capacidade para autogestão e satisfação da sua saúde mental (Amaral et al., 2020).

Tal como referido por Park et al. (2020) a transição e a adaptação à parentalidade, inicia-se com a gravidez e continua no período pós-parto, é uma transição do tipo desenvolvimental, essencial na qual a mãe, o pai, o casal e a família estão perante uma mudança que é simultânea para todos (Park et al., 2020). Acrescenta que a depressão pós-parto pode atingir uma prevalência de 17% nas mulheres, e que quando não tratada pode evoluir para Perturbação depressiva grave, podendo culminar no suicídio, num cenário mais crítico (Park et al., 2020).

Num estudo desenvolvido por Fonseca et al. (2017) mais especificamente sobre a depressão, foi avaliada a literacia em mulheres, grávidas e no período pós-parto. Nesse estudo verificou-se que 34% destas apresentavam sintomas psicopatológicos significativos. As mulheres apresentaram níveis moderados de literacia, nomeadamente mais literacia sobre sintomas da depressão e menos sobre o tratamento. Por outro lado, as mulheres com níveis mais baixos de escolaridade e menos rendimentos revelaram níveis mais baixos de literacia (Fonseca et al., 2017).

Segundo o modelo de Intervenção Psicoterapêutica e a sua implementação clínica, por F. Sampaio et al. (2018), uma Intervenção Psicoterapêutica deverá incluir sessões de avaliação inicial, sessões intermédias e sessão de avaliação final. A sessão preferencialmente tem uma duração de 45 a 60 minutos. Em sessões de ambulatório ou comunitárias, é recomendado uma a duas sessões intermédias. Deste modo, para esta Intervenção Psicoeducativa, para o grupo perinatal, foram planeadas uma sessão de avaliação inicial e final, duas sessões intermédias (pré-natal e uma pós-parto), com uma duração de 45 a 60 minutos, que decorreram na UCC, numa sala que reunia condições físicas e um *setting* adequado.

A primeira sessão intermédia, decorreu no período pré-natal, com uma semana de diferença da avaliação inicial. Utilizaram-se os métodos expositivo e interrogativo, para abordar o conhecimento sobre sono durante a gravidez e as suas complicações associadas, sobre as estratégias de promoção do sono e do bem-estar neste período, e incluiu-se uma interação no grupo, no qual se promoveu a consciencialização da relação entre sono e a gravidez através da construção de “relógios biológicos”.

Nesta interação também se procurou analisar os significados dificultadores relativos ao sono comprometido na gravidez.

A segunda sessão intermédia, decorreu no período pós-parto, com duas semanas de diferença da primeira sessão. Utilizaram-se os métodos expositivo e interrogativo, para abordar o conhecimento sobre o sono durante o período do pós-parto e as suas complicações associadas, sobre as estratégias de promoção do sono e do bem-estar neste período, e incluiu-se uma interação no grupo, no qual se promoveu a consciencialização da relação entre sono e o pós-parto, particularmente, as diferenças entre os sintomas que existem no período “Baby Blues” e na “Depressão Pós-parto”. Nesta interação também se procurou analisar os significados dificultadores relativos ao sono comprometido no pós-parto. O planeamento das sessões encontra-se disponível em Apêndice (Apêndice VIII).

2.2.3. Análise Crítica

De refletir, que o período de conceção, antes da gravidez, seria um momento de igual relevância para intervenção de ESMP, nomeadamente através do Aconselhamento na Preconceção. Estudos recentes validam que não existem intervenções de saúde perinatais no domínio do sono ou da saúde mental, que incluam a preconceção, ainda que, cada vez mais mulheres expressem um desejo por informação neste momento da sua vida, e que cada vez mais estudos refiram a necessidade de prevenção de complicações futuras no momento da preconceção (Fowler et al., 2023; Kamali et al., 2018; Ladyman et al., 2021; R. Walker et al., 2021).

Embora os resultados referidos por alguns autores tenham demonstrado níveis baixos de eficácia, as intervenções de promoção do sono (independentemente do método utilizado) podem ser benéficas para melhorar a qualidade do sono do cuidador (Cooper et al., 2022).

A satisfação da pessoa alvo dos cuidados foi sendo avaliada sessão a sessão, otimizando a Intervenção Psicoeducativa no seu decorrer, tal como recomendada pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2017a). Encontra-se disponível um dos diários do sono, de uma grávida que participou na Intervenção Psicoeducativa (Apêndice XIII).

Em relação, à intervenção de promoção do sono perinatal, existem evidências confiáveis de que intervir no sono e na saúde mental no início da gravidez, mais tarde na gravidez ou no período do pós-parto pode prevenir a chegada de complicações, como a depressão pós-parto (Ladyman et al., 2021, 2022). Outros autores, como Manber et al. (2024) e Bei et al. (2023) desenvolveram estudos

experimentais, *Randomized Controlled Trials* - e os seus resultados demonstraram que intervenções no domínio do sono, que incluem métodos cognitivo-comportamentais, de psicoeducação, de modificação do comportamento e de análise de significados, tem mais sucesso na melhoria da qualidade de sono, na diminuição da gravidade dos sintomas da insónia, durante o primeiro ano pós-parto.

Relativamente à avaliação da satisfação, no grupo perinatal, em ambas as sessões de Intervenção Psicoeducativa, as mulheres referiram que foi positiva a aprendizagem. Particularmente em relação à experiência indutora de consciencialização da relação entre o sono e o estado de saúde na gravidez/pós-parto, a interação entre o grupo foi essencial. As grávidas/puérperas foram mais participativas e, deste modo, demonstrou um resultado positivo face à intervenção utilizada.

Kempler et al. (2020) num estudo experimental desenvolveu a Intervenção Psicoeducativa no domínio do sono e verificou que a interação do grupo possuiu um papel significativo, aos 4 meses pós-parto, na qual favoreceu os resultados na qualidade do sono e dos sintomas da insónia que é muitas vezes frequente no período pós-parto.

Foi possível concluir que a promoção da comunicação em grupo, que pode ser uma relevante estratégia terapêutica, pois os seus elementos comunicam através da partilha de experiências e vivências similares, como por exemplo, sucedeu no grupo perinatal e no grupo de cuidadores, que favoreceu a consciencialização de estratégias de promoção do sono e do bem-estar.

3. Contexto de Áreas Diferenciadas

Este subcapítulo inicia-se por uma breve caracterização do contexto clínico, que decorre num contexto comunitário, seguindo-se pelo processo de tomada de decisão, desde a avaliação de enfermagem até avaliação de resultados e análise crítica.

3.1. Breve Caraterização do Contexto

O Contexto de estágio de áreas diferenciadas deverá abranger “Centros especializados de atendimento de doentes com comportamentos aditivos; serviços de psiquiatria forense, pedopsiquiatria, gerontopsiquiatria; psiquiatria de ligação, entre outros” (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p. 272).

Num serviço de saúde infantil e adolescência, com a realização de 90 horas de estágio observou-se o contexto, os seus recursos humanos e os seus recursos físicos e materiais, o número de doentes, o rácio de Enfermeiro-Pessoa, os principais diagnósticos médicos e de enfermagem.

No contexto observado a equipa era composta por EEESMP, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeiros de Cuidados Gerais, Assistente Social, Médicos Especialistas, Psicólogo, Terapeutas e Técnico Administrativo. Neste momento, 37% dos Enfermeiros são EEESMP, 25% tem especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica e 38% são Enfermeiros de Cuidados Gerais. Deste modo, EEESMP apresenta desafios na prestação de cuidados de ESMP pelo rácio enfermeiro-pessoa ser reduzido.

Para uma melhor compreensão do contexto de estágio, procedeu-se a uma seleção dos domínios de enfermagem, que são mais comumente identificados pela EEESMP, que são o “Autoconceito”, a “Emoção”, a “Autogestão do Regime Terapêutico”, o “Comportamento Interativo”, o “Desenvolvimento físico”, o “Pensamento”, o “Comportamento destrutivo”, o “Sono” e o “Processo familiar” seguindo a Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

O EEESMP desempenha um papel crucial no cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com perturbação de saúde mental. Executa avaliação geral, identifica diagnósticos de enfermagem de saúde mental em crianças e adolescentes, através da observação e avaliação do estado emocional e comportamental da criança/adolescente.

Colaboram em equipa multidisciplinar com outros profissionais de saúde, como terapeutas, como psicólogos, como psiquiatras e assistentes sociais para garantir uma abordagem integrada e contínua no tratamento.

O apoio emocional e a orientação aos pais e familiares dos adolescentes em tratamento são o foco central. Assistem na gestão de estratégias de *coping*, para promover um ambiente de apoio e compreensão para a criança/adolescente, na admissão, durante o internamento e na preparação da alta.

3.2. Processo de Tomada de Decisão

Neste subcapítulo procedeu-se ao desenvolvimento do processo de enfermagem, aliando a pessoa e o grupo. Foram identificados nesta população diagnósticos de enfermagem, deste modo recorreu-se à taxonomia (ICN, 2019), à Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024) e à evidência científica relevante a este contexto.

Este processo iniciou-se pela avaliação inicial de enfermagem, seguindo-se a identificação dos diagnósticos de enfermagem prioritários e mais relevantes na tomada de decisão clínica. Estabeleceram-se objetivos e metas em concordância com o cliente (pessoa e grupo). Ao planeamento das intervenções e das atividades que as concretizam assoma-se a justificação da intervenção especializada de ESMP, de acordo com o regulamento da OE nº 515/2018.

Por último, decorreu a avaliação final, com recurso a uma análise crítico-reflexiva, avaliação dos ganhos em saúde e avaliação da efetividade da intervenção de enfermagem especializada ESMP na pessoa e no grupo.

3.2.1. Avaliação, Diagnósticos e Objetivos de Enfermagem

Neste subcapítulo será desenvolvido a fase inicial do processo de tomada decisão que inclui, a avaliação, a identificação dos diagnósticos e objetivos de enfermagem. Na primeira semana do estágio, e em conjunto com a enfermeira tutora, foi realizada uma avaliação geral das pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental que poderiam ser ajudadas com recurso a intervenção de ESMP.

Neste contexto de áreas diferenciadas, surgiu a oportunidade de intervenção de enfermagem autónoma, interdependente e especializada ESMP, na pessoa e no grupo.

Durante o tempo de estágio, diariamente procedeu-se à avaliação de enfermagem autónoma com recurso à identificação de domínios e diagnósticos, e planeamento de intervenções do tipo vigilância/avaliação, tais como “Avaliar evolução do sono”; “Avaliar emoção”: “Avaliar evolução da ansiedade” e “Avaliar evolução do humor depressivo”; “Avaliar Autoconceito: “Avaliar evolução do autoconceito comprometido”; “Avaliar Pensamento”: “Avaliar evolução da obsessão”, “Avaliar evolução da ideação suicida”; “Avaliar comportamento destrutivo”: “Avaliar evolução do comportamento autodestrutivo”; “Avaliar desenvolvimento: Adolescência”: “Avaliar evolução da autonomia face a necessidades desenvolvimentais: ingestão nutricional”, “Avaliar evolução da

autonomia face a necessidades desenvolvimentais: sono/repouso”, “Avaliar a evolução da autogestão do regime terapêutico”, “Avaliar comportamento interativo”, entre outros, segundo as taxonomias de Enfermagem (Bulechek et al., 2010; ICN, 2019; Moorhead et al., 2010; NANDA-I, 2018) e a Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

Primeiramente, a comunicação com as adolescentes incluiu estratégias que o EEESMP privilegia, particularmente foram utilizadas estratégias como o respeito pelo espaço pessoal, a valorização do seu conhecimento, mostrar disponibilidade, procurar envolver o adolescente nas tomadas de decisão, incentivar a participar, privilegiando a escuta e ser flexível na abordagem de diferentes perspetivas possíveis (Sequeira & Sequeira, 2016).

Por outro lado, neste contexto foi possível realizar duas intervenções de ESMP grupais. Os critérios de inclusão para o grupo foram ser adolescente, estar internado no contexto no momento da intervenção, demonstrar interesse e disponibilidade em aprender novas estratégias de promoção do sono e de bem-estar (F. Sampaio et al., 2018). Como critérios de exclusão foram excluídas da Intervenção Psicoeducativa os adolescentes que apresentavam estado confusional agudo, agitação/inquietação psicomotora, défice cognitivo grave e sintomas heterólogos exacerbados (F. Sampaio et al., 2018).

Quando se introduziu este estágio, o grupo de adolescentes que se formou era do tipo aberto, constituído por 6 elementos, em que as idades estavam compreendidas entre os 12-17 anos, todas as adolescentes possuíam o diagnóstico médico de “Perturbação do Comportamento Alimentar” (World Health Organization, 2024). Segundo Liebmann (2004) o grupo aberto permite a livre entrada e saída dos seus elementos, por se ter formado no contexto de internamento e a desta forma partilha é mais superficial (F. M. C. Sampaio et al., 2023). Foi verificado após avaliação inicial que apresentavam necessidades de cuidados de saúde mental, nomeadamente nos domínios do “Sono”, da “Emoção” e do “Estado de saúde”, segundo as taxonomias de enfermagem (ICN, 2019; NANDA-I, 2018) e a Ontologia de Enfermagem(Ordem dos Enfermeiros, 2024).

Na avaliação inicial do grupo de adolescentes, recorreu-se à utilização de instrumentos de avaliação tais como, o PSQI (Gomes et al., 2018), a EQ-5D-Y-3L (EuroQol Research Foundation, 2017) validadas para a população portuguesa e para adolescentes. O instrumento de avaliação utilizado na avaliação do estado de saúde dos adolescentes foi EQ-5D-Y-3L. Este instrumento avalia a qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças a partir dos 8 anos de idade. Os adolescentes avaliam a sua saúde em cinco dimensões com três níveis de gravidade e classificam a sua saúde geral, naquele momento, numa escala visual analógica (EQ EVA) (EuroQol Research Foundation, 2017). O instrumento de avaliação EQ-5D-Y-3L encontra-se em Anexo (Anexo II). Por exemplo, este estudo demonstrou a aceitação do instrumento EQ-5D-Y-3L entre os adolescentes, internados num departamento de saúde infantil e adolescência com perturbações de saúde mental (Krig et al., 2021). Por último, utilizou-se um questionário sociodemográfico, com um questionamento aberto e fechado sobre o sono e as suas complicações associadas. Também se utilizou a Escala de Avaliação da Qualidade do Sono na

Adolescência (AQSA) (Cortez, 2014), com o intuito de avaliar o conhecimento, as crenças e as atitudes sobre o sono. No momento atual, todas as adolescentes deste grupo encontravam-se com mais de 16 anos, sendo que todas aceitaram o consentimento, livre, esclarecido e informado relativamente às sessões de avaliação e às sessões de intervenção.

O Diário do Sono foi usado como um instrumento de avaliação subjetiva do sono, bem como para a avaliação da(s) emoção(ões) diária(s) percebidas, avaliação de pensamentos disfuncionais, crenças relativas ao sono, e como uma ferramenta para treino de controlo de estímulos. Alguns autores referem que a capacidade adequada em diferenciar as emoções, demonstra uma relação causal entre a identificação de emoções específicas e a regulação emocional e comportamental (Fleming, 2023; Plutchik, 1982). Desta forma recorreu-se à utilização da “Roda das Emoções” desenvolvida por Plutchik (1982) Willcox (1982), numa versão mais recente e adaptada para avaliar e especificar as emoções associadas ao sono comprometido. Este diário do sono para o contexto de áreas diferenciadas, foi adaptado e desenvolvido por esta autora (Apêndice VI). Foi fundamentado nos critérios definidos internacionalmente (Carney et al., 2012) e procurou-se a elaboração de uma estrutura e de uma linguagem adequada à fase de desenvolvimento. Incluiu-se um espaço de apresentação pessoal “O meu perfil” aliando uma perspetiva de desenvolvimento do autoconceito e de uma apresentação utilizada nas redes sociais. A inclusão de um “Espaço para reflexão” uma área de escrita livre (Travers, 2011) que permite escrita de pensamentos, atividades e outros assuntos relevantes para as adolescentes e de um “Espaço de criatividade” para escrita, desenho ou outra forma de arte. Por último, a elaboração da capa do diário, foi igualmente intencional e com intuito terapêutico. O Diário do sono foi entregue à pessoa e foi explicado o seu preenchimento diário, para as próximas duas semanas.

Os instrumentos de avaliação permitiram avaliar a gravidade dos sintomas, a qualidade e quantidade do sono, o estado de saúde das pessoas alvo de cuidados deste contexto, as adolescentes.

Os objetivos definidos para o grupo de adolescentes foram “Determinar a evolução do sono”, “Melhorar o sono”, “Promover autonomia face a necessidades desenvolvimentais: vigilância e promoção da saúde”, “Promover autonomia face a necessidades desenvolvimentais: sono/repouso” e “Promover a consciencialização da relação entre sono e estado de saúde”. segundo a Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024) e taxonomias de Enfermagem (ICN, 2019; NANDA-I, 2018).

Os objetivos supramencionados admitiram responder aos diagnósticos de enfermagem identificados “Sono comprometido”, “Potencial para melhorar conhecimento sobre sono”, “Potencial para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde”, “Potencial para melhorar o significado atribuído ao sono comprometido”, “Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre sono e estado de saúde” segundo a Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024) e taxonomias de Enfermagem (ICN, 2019; NANDA-I, 2018). Desta forma, para responder aos diagnósticos

referidos verificou-se que a Intervenção Psicoeducativa sobre o Sono, poderia ser eficaz. O planeamento das sessões relativas à Intervenção Psicoeducativa deste contexto de Áreas Diferenciadas encontra-se disponível em Apêndice (Apêndice IX).

Como segunda intervenção de ESMP grupal, compreendeu-se que os diagnósticos de enfermagem de “Ansiedade”, de “Comportamento Autodestrutivo” e de “Autoconceito comprometido”, segundo a Ontologia (Ordem dos Enfermeiros, 2024), eram frequentes no grupo. A Intervenção Psicoterapêutica - Técnica da Mediação Artístico-Expressiva poderia ser parte integrante na resolução dos mesmos. Reconhece-se que o principal objetivo desta intervenção é a criação de um ambiente terapêutico, que permita a liberdade expressiva, através do uso de técnicas artísticas, procurando aprofundar o *self*, motivar a expressão de emoções e de pensamentos, enquanto a arte como mediadora entre um mundo e o outro (F. M. C. Sampaio et al., 2023).

Para a preparação desta Intervenção Psicoterapêutica - Técnica de Mediação Artístico- Expressiva, foi identificado em conjunto com as adolescentes, com a terapeuta ocupacional e EEESMP tutora quais os gostos pessoais e mediadores preferidos. Foi possível compreender, que existia graus de motivação diferentes para os diferentes mediadores expressivos, particularmente duas adolescentes preferiam a escrita e outras duas adolescentes preferiam o desenho. Igualmente foi verificado que na sessão de avaliação inicial existia duas adolescentes, com “Comportamento interativo comprometido” e “Humor depressivo”, e ainda uma adolescente com diagnóstico de enfermagem de “Luto”. De referir que estes diagnósticos também podem encontrar respostas nesta Intervenção da Técnica de Medicação Artístico-Expressiva, tal como referido pelo autor F. M. C. Sampaio et al. (2023).

Por último, neste contexto foi igualmente desenvolvido um processo de tomada de decisão sobre a pessoa-alvo dos cuidados, através do método de estudo de caso. Esta adolescente apresentava diagnóstico médico de “Perturbação do Comportamento Alimentar”, “Anorexia Nervosa” do tipo “Padrão Restritivo” (World Health Organization, 2024) e “Perturbação Depressiva” (World Health Organization, 2024) sendo que tinha sido admitida no internamento recentemente. Em conjunto com a EEESMP (tutora), procedeu-se a uma identificação dos domínios de enfermagem, com base na história médica e de enfermagem da admissão. Recorreu-se à Entrevista clínica na sessão de avaliação inicial, com intuito de identificar e clarificar as necessidades, identificadas *à priori* e para caracterizar o contexto atual da adolescente (Sequeira & Fortuño, 2016) Esta adolescente era elemento constituinte do grupo e aceitou participar nas intervenções ESMP grupais.

Para concluir todas as adolescentes presentes na avaliação de enfermagem, consentiram a colheita de dados, e foi obtido consentimento, livre e esclarecido relativamente à participação na intervenção de enfermagem.

3.2.2. Intervenções de Enfermagem, a Intervenção Psicoeducativa e a Técnica de Medicação Artístico-Expressiva

Neste subcapítulo será abordada a Técnica de Medicação Artístico-Expressiva. Sendo que serão mencionadas outras intervenções de enfermagem que foram executadas durante o período de estágio.

Neste contexto de áreas diferenciadas, é de notar que foi executada outra Intervenções de ESMP, como a “Escuta ativa”. Neste contexto clínico, de áreas diferenciadas, a intervenção de “Escuta Ativa” possuiu um papel preponderante na relação terapêutica entre os adolescentes e o EEESMP. No estudo de Zugai et al. (2013), a relação terapêutica foi considerada ser um método eficaz para os enfermeiros garantirem o aumento de peso e uma melhor experiência de internamento para as adolescentes com o diagnóstico médico de “Perturbação de Comportamento Alimentar”. Demonstrou que relações terapêuticas, são benéficas e podem melhorar o tratamento e, possivelmente, melhorar os resultados para as adolescentes.

“Escutar” é uma das técnicas de comunicação que os Enfermeiros utilizam com mais frequência. “A escuta implica ouvir, estar atento, decodificar, a mensagem e dar *feedback*.” (Coelho & Sequeira, 2020, p. 177). A compreensão e a empatia são essenciais na intervenção de enfermagem da “Escuta ativa” pois permitem a expressão de sentimentos e pensamentos, sem juízo de valor. É um processo dinâmico e no qual está envolvido o corpo, as atitudes e o interesse, possibilitando uma expressão da pessoa mais verdadeira (Coelho & Sequeira, 2020). Sempre que foi identificada a necessidade de partilhar um problema ou dificuldade em expressar emoções, a escuta ativa foi prescrita e foi executada num *setting* adequado que permitiu utilizar outras técnicas de comunicação, como o silêncio (Coelho & Sequeira, 2020). Contudo, permitiu responder frequentemente aos diagnósticos de Enfermagem “Ansiedade” e de “Humor depressivo”, segundo a Ontologia de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024) neste período de estágio.

No decorrer do estágio, também existiu a oportunidade de executar a intervenção de enfermagem de “Orientar sobre estratégias para melhorar o comportamento autodestrutivo” que permitiu dar resposta ao diagnóstico de enfermagem de “Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do comportamento autodestrutivo”, segundo as taxonomias de Enfermagem (ICN, 2019; NANDA-I, 2018) e Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024). Atividades que concretizam esta intervenção incluíram a negociação da quantidade e qualidade de alimentos a ingerir, de acordo com os gastos nutricionais diários e o estabelecimento de objetivos diários e semanais com as adolescentes, foi realizada em conjunto com a equipa médica (Ribeiro et al., 2020). Alguns autores demonstram que a “Reestruturação cognitiva” como Intervenção Psicoterapêutica poderia responder a este diagnóstico, no entanto, neste contexto de áreas diferenciadas, as adolescentes encontravam-se num momento de descompensação psicopatológica aguda, o que

corresponde a um dos critérios de exclusão para esta intervenção (F. M. C. Sampaio et al., 2023).

Segundo o modelo de Intervenção Psicoterapêutica e a sua implementação clínica, por (F. Sampaio et al., 2018), uma Intervenção Psicoterapêutica deverá incluir sessões de avaliação inicial, sessões intermédias e sessão de avaliação final. A sessão preferencialmente tem uma duração de 45 a 60 minutos. Em sessões em contexto de internamento, é recomendado duas a três sessões intermédias. Deste modo, para esta Intervenção Psicoterapêutica, Técnica de Medicação Artístico-Expressiva, para este grupo de adolescentes, foram planeadas uma sessão de avaliação inicial e final, 2 sessões intermédias, com uma duração de 60 -70 minutos. No entanto, esta técnica também pode ser executada num período de 50 a 90 minutos (Knill, P., Levine, E., Levine, 2005; F. M. C. Sampaio et al., 2023).

A primeira sessão intermédia, decorreu com dois dias de diferença da avaliação inicial. Utilizaram-se elementos expressivos adequados e escolhidos por cada adolescente. Nesta intervenção procurou-se promover a interação no grupo. O tema da primeira sessão foi o “O meu perfil”, com o intuito de promover o autoconceito e a expressão artístico-expressiva da identidade de cada adolescente.

A segunda sessão intermédia, decorreu duas semanas depois da primeira sessão, devido a interrupção letiva. Utilizaram-se os mesmos elementos expressivos da primeira sessão. E nesta intervenção também se procurou promover a interação no grupo. O tema desta sessão foi a “Expressão Criativa”, com o intuito de promover a expressão de emoções face a acontecimentos diários ou experiências vividas no internamento.

O planeamento das sessões relativas à Intervenção Psicoterapêutica - Técnica de Mediação Artístico-Expressiva encontra-se disponível em Apêndice (Apêndice XI).

3.2.3. Análise Crítica

Para iniciar esta análise crítica, foi importante refletir sobre a presença de impasse terapêutico. No método de estudo de caso, adolescente alvo dos cuidados, várias vezes demonstrou resistência na exploração do seu problema, recusou-se a falar perante questões emocionais, de exploração sobre a família ou sobre a perturbação de saúde mental. Apesar se ser considerada como uma relutância natural por parte da pessoa, considerou-se que neste contexto estaria associada ao diagnóstico de enfermagem “Humor depressivo”, aliada à situação clínica em que a adolescente se encontrava. Como reflexão, depreendeu-se que foi necessário recorrer à Escala de Avaliação da Relação Terapêutica do

Enfermeiro, da autora (Coelho et al. (2021), com o objetivo de melhorar e tomar nova consciência das fases da relação terapêutica, para adequar uma intervenção especializada em ESMP. Por fim, na avaliação de processo, foi possível analisar com a pessoa, que o silêncio nas sessões iniciais correspondia a efeitos secundários da medicação (lentificação na resposta) e aos efeitos do sono comprometido (cansaço diurno/disfunção diurna). A medicação foi alterada duas vezes nesta fase inicial para diminuição dos efeitos secundários, que surtiu efeito gradual.

A realização da avaliação final do grupo, com recurso aos instrumentos utilizados na avaliação inicial, o PSQI, o EQ-5D-Y-3L e o diário do sono, ficou comprometida pelo tempo de estágio reduzido deste contexto clínico.

No entanto, foi realizada na terceira sessão, uma avaliação final individual com a adolescente alvo dos cuidados, para determinar a evolução do estado de saúde, do sono e da emoção. Desta forma, os efeitos emocionais associados ao sono comprometido, a adolescente referiu que a ansiedade era menor durante as atividades diurnas. Por outro lado, a adolescente estava mais participativa, com sorrisos espontâneos, autónoma nas atividades básicas de vida diária. Também de referir que os acordares noturnos diminuíram e que a sua causa mudou. Eram causados inicialmente pelo medo e pelos pensamentos ruminativos associados ao ganho de peso e à relação familiar, neste momento, a adolescente referia que eram devido ao ruído ambiente. Verificou-se ainda que o sono se manteve comprometido, no entanto existiu uma ligeira melhoria ao nível do parâmetro da fadiga diurna. Estas melhorias, depreendem-se que sucederam devido ao ajuste da medicação e à terapia familiar na qual a adolescente estava a participar. É de mencionar que a Técnica de Relaxamento autogénico ou de imaginação guiada poderia ter sido realizada neste contexto e nesta adolescente - alvo dos cuidados, para redução do *stress*, diminuição da ansiedade e equilíbrio do humor (Blum et al., 2021; Zisopoulou & Varvogli, 2023). No entanto, por gestão de recursos no serviço e devido ao tempo reduzido deste contexto, a sua realização foi comprometida.

Ainda a referir que existem outras intervenções Psicoterapêuticas relevantes neste contexto de áreas diferenciadas. O “Aconselhamento” é uma Intervenção Psicoterapêutica que procura promover o insight da pessoa para o seu problema/situação em que se encontra. Por outro lado, foca-se nos pontos saudáveis, apoia a pessoa no processo de tomada de decisão e potencia o seu autoconhecimento e a sua capacidade de resolução de problemas (F. M. C. Sampaio et al., 2023). Neste estudo experimental de (Yildirim & Aylaz, 2021) foi desenvolvida a intervenção do aconselhamento em pessoas jovens com diagnóstico de “Comportamento Autodestrutivo” segundo a Ontologia da Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2024) associada à perturbação do comportamento alimentar. Verificaram que o aconselhamento focado na resolução de problemas, proporcionou uma diminuição da ansiedade e aumentou a adesão a comportamentos de um estilo de vida saudável. Pode-se analisar que a Intervenção Psicoterapêutica do “Aconselhamento” também poderia ser útil neste contexto de áreas diferenciadas, nomeadamente para jovens com este tipo de diagnóstico de

enfermagem e diagnóstico médico.

Alguns autores demonstraram benefícios no sono nos adolescentes, perante as intervenções cognitivo-comportamentais do sono, sendo que são mais eficazes nos adolescentes com elevados níveis de ansiedade e sintomas depressivos (Blake et al., 2018). Outro resultado importante deste estudo demonstrou que os adolescentes com níveis mais baixos de autoeficácia podem necessitar de intervenções dirigidas, como por exemplo, entrevista motivacional, para ajudar o adolescente a identificar e resolver ambivalências, criar e fortalecer a motivação no processo de mudança de comportamento, e para permitir o alcance de objetivos decorrentes da intervenção (Blake et al., 2018). Naturalmente, é possível analisar que intervenções de abordagem cognitiva possuem mais eficácia quando associadas a intervenções de abordagem comportamental. Depreende-se que neste contexto de áreas diferenciadas seria relevante futuramente, uma abordagem cognitivo-comportamental no domínio do sono e do autoconceito.

De refletir que neste contexto de áreas diferenciadas, as adolescentes incluíram diferentes tópicos nos seus diários, através da descrição e reflexão de eventos negativos e positivos da vida, bem como dificuldades na alimentação e no internamento, também escreveram sobre esperança e preocupações, sobre seu futuro e recuperação da perturbação de saúde mental tal como refere no seu estudo Metsäranta et al. (2019). Em relação ao desenvolvimento do Instrumento do Diário do Sono, esta autora, num estudo experimental, verificou que um diário pode ser um instrumento/ferramenta benéfico para os adolescentes que têm sintomas depressivos, pois possuem um espaço para refletir os seus pensamentos (Metsäranta et al., 2019). De mencionar que outro autor tem vindo a referir que a Arte como terapia quando utilizada em adolescentes com “Perturbação do Comportamento Alimentar” é eficaz na melhoria do Autoconceito (Chaves, 2011). A arte como terapia pode ser efetiva na promoção de saúde mental positiva, com promoção do “Autoconceito” e promoção do “Equilíbrio do Humor” (Heenan, 2006; Oliveira et al., 2023). Por conseguinte, é considerado que este instrumento, o Diário do sono, poderia representar oportunidade para estudos e intervenções futuras na área de ESMP, neste contexto clínico, na adolescência, pelas possibilidades que pode representar como técnica de promoção de saúde mental, de promoção do sono com recurso a Técnica de Mediação Artístico-Expressiva.

A satisfação da adolescente em estudo de caso e das restantes adolescentes que incluíram o grupo, foi referida pelas próprias individualmente no final de cada sessão. As adolescentes também referiram satisfação com as intervenções aos restantes enfermeiros nos dias seguintes. A família (pai/mãe) de duas adolescentes, que incluíram o grupo, também referiu que estavam motivadas e mais comunicativas depois da Intervenção Psicoeducativa e Intervenção da Técnica de Mediação Artístico-Expressiva.

Pode-se observar os resultados obtidos de três diários do sono, que foram desenvolvidos por adolescentes, sendo que o diário do sono mais completo se refere à adolescente que foi alvo dos

cuidados através do método de estudo de caso (Apêndice XIII).

Considera-se que foi efetiva a escolha das Intervenções, quer a Intervenção Psicoeducativa sobre o Sono, quer a Intervenção Psicoterapêutica - Técnica de Medicação Artístico-Expressiva, para responder aos diagnósticos de enfermagem identificados no grupo-alvo dos cuidados. E que a realização da Intervenção Psicoeducativa também foi relevante para a consciencialização da relação entre o sono e o estado de saúde.

Pese embora que os ganhos em saúde sejam reduzidos, verificaram-se ligeiras melhorias, no envolvimento das adolescentes nas atividades diárias, na relação interpessoal com o grupo e com a família. Como resultado, a alta do internamento sucedeu-se para metade do grupo, pelo alcance dos objetivos de cada adolescente e pela sua estabilidade psicopatológica.

No capítulo seguinte, sucederá a Parte III deste relatório que integra na componente de análise crítica do desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMP.

PARTE III - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

No que respeita ao desenvolvimento de competências, esta terceira parte, encontra-se dividida em dois subcapítulos. O primeiro subcapítulo integra as competências comuns de EE e o segundo capítulo integra as competências específicas do enfermeiro especialista em ESMP.

1. Análise Crítica do Desenvolvimento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

No que concerne às competências em comum com os enfermeiros especialistas, autonomamente em cada área da sua especialidade, serão descritas em cada subcapítulo, o caminho que fundamentou a sua concretização na área da especialidade de ESMP.

O Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019a) define um conjunto de competências comuns do EE que se dividem em 4 domínios: o domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; o domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; o domínio da Gestão dos Cuidados e o domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. Estes domínios encontram-se divididos em tabelas, nas quais são descritas e analisadas as atividades que permitiram o desenvolvimento das competências, sendo enaltecida a sua relevância na área de ESMP.

Tabela 13 - Desenvolvimento de Competências Comuns: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, segundo o Regulamento n.º 149/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019a).

| Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal |
|---|
|---|

| |
|-------------------------|
| Unidades de Competência |
|-------------------------|

- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a da deontologia profissional.
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Na carta dos direitos humanos fundamentais, é de notar dois artigos relativos à dignidade humana, o Artigo 1.º que refere que “A dignidade do ser humano é inviolável. Deve ser respeitada e protegida” e o Artigo 3.º “Todas as pessoas têm direito ao respeito pela sua integridade física e mental” (p.394) (Parlamento Europeu, 2016). A dignidade é o valor inerente ao ser humano, assim, um dos objetivos da política de saúde mental é “Promover a titularidade efetiva dos direitos fundamentais das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental” (...) (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, p.4). Deste modo, em todos os momentos, foram garantidos os direitos e a autonomia das pessoas, sendo respeitados em todas as etapas do processo de tomada de decisão em enfermagem, incluindo o direito à privacidade, dignidade, e participação ativa no planeamento das intervenções de enfermagem.

Na carta dos direitos humanos fundamentais da UE (2016) afirma ainda, no Artigo 3.º, que “devem ser respeitados, designadamente: a) O consentimento livre e esclarecido da pessoa, nos termos da lei” (Parlamento Europeu, 2016, p.394). Como descrito na lei de saúde mental em 21 de julho de 2023, as pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental têm o direito de “Decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, na medida da sua capacidade, sobre a sua participação em investigação e ensaios ou estudos clínicos ou atividades de formação, nos termos da lei” (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho - Lei da Saúde Mental, 2023, p. 4). Foi obtido o consentimento livre, informado e esclarecido das pessoas, sempre antes, de realizar uma intervenção de enfermagem. Particularmente, foi redigido um consentimento informado para a inclusão nas Intervenções ESMP, particularmente participação na Intervenção Psicoeducativa grupal, que decorreu nos três contextos clínicos. Este consentimento explica de forma clara, os benefícios, os riscos e as opções disponíveis, como por exemplo, desistir de continuar a participar na intervenção, em qualquer momento do estudo ou da intervenção, sem penalização para a pessoa, disponível em Apêndice (Apêndice I).

O Artigo 8.º da carta dos direitos humanos fundamentais, refere que a “Todas as pessoas têm direito à proteção dos dados de carácter pessoal que lhes digam respeito” e acrescenta que “Esses dados devem ser objeto de um tratamento leal, para fins específicos e com o consentimento da pessoa interessada ou com outro fundamento legítimo previsto por lei” (Parlamento Europeu, 2016, p. 395). Assim, como referido no consentimento informado, os instrumentos de avaliação e questionários que possuam dados relativos ao estado de saúde das

peças com necessidades de cuidados de saúde mental, serão destruídos no final do estudo. Executou-se um procedimento cuidado no tratamento dos dados e na partilha dos mesmos, durante a redação deste relatório. Respeitou-se e protegeu-se a confidencialidade das informações das pessoas, garantindo que apenas as pessoas autorizadas tenham acesso aos registos e outras informações sensíveis.

Como descrito no Código Deontológico, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, o enfermeiro “encontra-se obrigado ao dever de segredo profissional, em consequência da relação terapêutica próxima que estabelece com as pessoas de quem cuida, sedimentada na confiança” (Ordem dos Enfermeiros, 2017b, p. 1271).

A colaboração interprofissional, nomeadamente com outros profissionais de saúde, decorreu nos diferentes contextos clínicos, respeitando as suas áreas de conhecimento e competência, dentro da área da enfermagem especializada ou com outras áreas de saúde, como médico psiquiatra, assistente social e psicólogo, contribuindo assim, para uma abordagem integrada e centrada na pessoa (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho - Lei da Saúde Mental, 2023).

Por último, de modo a salvaguardar a segurança da pessoa e de prevenir ofensas graves e iminentes ao próprio corpo, e, excepcionalmente como último recurso, foram adotadas medidas coercivas para o efeito, implicando decisão clínica em equipa transdisciplinar, uma monitorização clínica contínua e registada no processo clínico regularmente (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho - Lei da Saúde Mental, 2023).

Tabela 14 - Desenvolvimento de Competências Comuns: Melhoria Contínua da Qualidade, segundo o Regulamento n.º 149/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019a).

| Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade |
|---|
| Unidades de Competência |
| <ul style="list-style-type: none">• Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.• Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.• Garante um ambiente terapêutico e seguro. |

A participação ativa e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem, que são suscetíveis de melhoria contínua nos diferentes serviços de saúde, como a implementação de estratégias de promoção do sono e do bem-estar foi fundamentada na revisão narrativa e integrativa da literatura.

Foi possível colaborar com outros profissionais de saúde na definição de metas e objetivos estratégicos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental nos contextos clínicos. A promoção do sono e a promoção do estado de saúde, nos diferentes contextos, permitiram a adoção de estratégias adequadas para uma maior satisfação com o sono, que por sua vez se traduziu numa maior satisfação com o estado de saúde.

Como por exemplo, o desenvolvimento de programas de prevenção de complicações associadas ao sono comprometido foi desenvolvido nos diferentes contextos clínicos. Por outro lado, a preparação da alta no contexto de internamento de agudos inicia-se na admissão da pessoa. Nesta lógica, foi desenvolvido um plano de gestão de crise associado às necessidades de cuidados de saúde mental da pessoa em estudo de caso, que permitiu, na sessão final, planear e preparar a pessoa para prevenção de situações de crise e de recaída.

Belsiyal et al. (2022) refere que o ambiente terapêutico ou *Therapeutic Milieu* é uma cultura que proporciona relações interpessoais terapêuticas, e que é enriquecida pelo sentido/foco em cooperar com as pessoas; acrescenta, que as suas características físicas são calmantes e proporcionam segurança e conforto. Ainda é relevante que *Therapeutic Milieu* ou ambiente terapêutico, é definido como uma estruturação científica do ambiente no qual promove mudanças comportamentais e melhora a saúde mental da pessoa (LeCuyer, 1992). Deste modo garantir um ambiente terapêutico, permite a criação de um espaço de confiança e de aceitação entre as pessoas, particularmente em contextos clínicos de ESMP. Por exemplo, no internamento, recorreu-se a uma sala destinada a consulta, que reunia as condições para avaliação e intervenção de ESMP. Demonstrar disponibilidade e executar escuta ativa permite uma comunicação aberta e demonstra respeito e empatia pelas pessoas (Coelho & Sequeira, 2020). Deste modo, nos diferentes contextos, procurou-se frequentemente garantir um ambiente terapêutico, com *setting* próprio, que permitisse a criação de um espaço de confiança e de relação terapêutica.

Tabela 15 - Desenvolvimento de Competências Comuns: Gestão dos Cuidados segundo o Regulamento n.º 149/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019a).

| Domínio da Gestão dos Cuidados |
|--|
| Unidade de Competência |
| <ul style="list-style-type: none"> • Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. • Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. |
| <p>Na área da ESMP, o EEESMP gere os cuidados de enfermagem e vai além dos cuidados diretos à pessoa alvo. Desempenham funções fundamentais na coordenação de equipas multidisciplinares e na otimização dos recursos disponíveis para garantir a excelência dos cuidados de enfermagem prestados.</p> <p>As competências comunicacionais são úteis e essenciais na comunicação entre profissionais, na liderança de equipa, na gestão de conflitos, entre outros. Assim, EEESMP procura liderar pelo exemplo, promovendo uma cultura de comunicação efetiva, pela assertividade, empatia e aceitação, na relação com outros profissionais de saúde da equipa. A construção e transmissão das mensagens, a adequação da voz e clareza na linguagem, é também verificada aquando da partilha de informações clínicas na equipa de profissionais de saúde. Incluir o respeito e a aceitação das diferenças técnicas, emocionais, culturais e de opinião, contribui para a qualidade dos cuidados e para uma coesão da equipa multiprofissional (Sequeira, Falcó-Pegueroles, et al., 2016).</p> <p>Nos diferentes contextos de estágio, foi relevante a partilha de informação com os EEESMP, relativamente, à evidência científica recente e às orientações das melhores práticas relativas ao processo de tomada de decisão em enfermagem. Promovendo uma melhoria da qualidade dos cuidados, mas também favorecendo um ambiente de aprendizagem contínuo e de crescimento profissional para os EEESMP.</p> <p>No que concerne a liderança e a gestão dos recursos, o EEESMP é flexível e adapta-se a diferentes contextos clínicos, que incluem diferentes recursos físicos e materiais e estilos de liderança. Por exemplo, no contexto comunitário, recorreu-se à adaptação da realização da entrevista clínica em contexto domiciliário, no qual a pessoa é o centro e o meio ambiente é gerido por si. Assim, negociou-se com a pessoa e com a EEESMP, um espaço adequado, sem interrupções e no qual pudesse ser desenvolvido um ambiente terapêutico, com recursos</p> |

materiais e físicos semelhantes aos recursos encontrados em ambiente clínico. A pessoa em estudo de caso colaborou de modo efetivo e demonstrou satisfação durante as sessões de avaliação e de intervenção.

Por outro lado, uma comunicação eficaz ajuda a criar e a desenvolver relacionamentos saudáveis entre os profissionais de saúde, promovendo um ambiente de confiança e de respeito na equipa. O estilo de liderança transformacional é um estilo de liderança que presta apoio, motiva e incentiva os profissionais de saúde, oferece feedback positivo e demonstra respeito. Todos estes fatores são significativos para a satisfação profissional dos enfermeiros (Jankelová & Joniaková, 2021).

Em resumo, o EEESMP com competências de gestão de cuidados de enfermagem, otimiza a resposta da equipa e procura garantir a qualidade dos cuidados prestados em contextos de saúde mental agudos, comunitários ou de áreas diferenciadas.

Tabela 16 - Desenvolvimento de Competências Comuns: Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, segundo o Regulamento n.º 149/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019a).

| Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais |
|---|
| Unidades de Competência |
| <ul style="list-style-type: none">• Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.• Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. |
| <p>Na área de ESMP o EEESMP desenvolve competências na área do conhecimento que influencia a sua prática clínica e fundamenta-se em pressupostos teóricos de enfermagem e evidência científica atual.</p> <p><i>“A good self-skills enable the learner to effectively manage the self and deal with the intense emotional engagement that entails both constructive and unstructured interactions within an authentic learning environment”</i> (Ndawo, 2022, p. 2).</p> <p>O EEESMP reconhece a importância do autoconhecimento como uma competência de gestão eficaz de si mesmo enquanto pessoa e profissional.</p> <p>Durante os diferentes contextos clínicos, foi relevante a obtenção de feedback pelos profissionais de saúde, nomeadamente dos EEESMP orientadores/professores, tutores de estágio</p> |

clínico e enfermeiros coordenadores. O principal objetivo foi melhorar autoconhecimento e identificar estratégias assertivas na prática clínica. Desenvolver competências de comunicação, particularmente, um estilo de comunicação assertivo nos contextos clínicos, foi fundamental para expressar as opiniões, as necessidades de cuidados em saúde mental identificadas e reconhecer as limitações, de forma clara e respeitadora, tanto da pessoa alvo dos cuidados, bem como dos profissionais de saúde e do contexto em que se inserem (Sequeira & Coelho, 2016).

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica n.º 515/2018 da OE pede que o EEESMP *“incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização”* (p.21427). Considerando que é elementar na prática clínica do EEESMP a fundamentação em evidência científica e o comprometimento em manter-se atualizado. Durante este o último ano, no percurso deste MESMP surgiu oportunidade de participar em seminários de “Enfermagem de Saúde Mental” e “Saúde Mental da Infância e Adolescência”, “Encontro nacional de CEESMP” e “Workshop - Técnica de Modificação do Comportamento” (Apêndice XIV - Participação em Eventos Científicos).

Para concluir, reconhece-se que ao longo deste processo de aprendizagem procurou-se desenvolver uma educação contínua e um autoconhecimento pessoal e profissional perante os desafios e oportunidades que surgem no percurso que desenvolveu nos contextos clínicos, e futuramente desenvolverá na prática clínica.

2. Análise Crítica do Desenvolvimento das Competências Específicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

No que concerne às competências específicas de ESMP estas permitem demonstrar um “conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.

21427).

Ao longo deste subcapítulo são referidas as competências específicas do EEESMP de acordo com o Regulamento da OE n.º 515/2018, com recurso de fundamentação na evidência, e, decorrente da prática clínica nos diferentes contextos de estágio.

Tabela 17 - Desenvolvimento de Competências Específicas ESMP: Conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, segundo o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018).

| |
|---|
| Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional |
| Unidade competência |
| <ul style="list-style-type: none">• Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e Psicoeducativas. |
| <p>Na prática clínica da ESMP, a consciência de si mesmo é essencial para o EEESMP. Por exemplo, durante o estabelecer de uma relação terapêutica ou na execução de intervenções de enfermagem com intuito terapêutico, o EEESMP demonstra consciência de si mesmo (Younas et al., 2020). A <i>“autoestima é uma consequência da autoconsciência; ou seja, tomar consciência de si mesmo pode aumentar ou diminuir a autoestima. Autoconsciência é a capacidade de aprender com precisão sobre si mesmo, mas autoestima é a capacidade de identificar seu valor”</i> (Younas et al., 2020). Significa que o EEESMP deve estar atento às suas próprias emoções, reações e respostas corporais/não-verbais durante as interações terapêuticas. É fulcral que o EEESMP seja capaz de reconhecer quando as suas próprias emoções podem influenciar a relação com a outra pessoa. Assim, lidar com as emoções, através da reflexão, de forma a garantir que não interferem no sucesso terapêutico, é uma das estratégias que foram adotadas.</p> <p>Como por exemplo, foi identificado que a utilização do silêncio, como técnica de comunicação não-verbal pode ser útil, no entanto, é preciso tempo e autoconhecimento do profissional para ser mais eficaz na sua utilização. A reflexão sobre esta técnica permitiu identificar, a emoção de medo, aliada aos sentimentos de frustração, desânimo e impotência perante o impasse terapêutico que decorreu na fase inicial. Por outro lado, permitiu compreender que através da compreensão empática, um esforço e interesse verdadeiros podem ajudar a encontrar o momento adequado para a sua utilização pelo profissional. Ainda que Sequeira (2016) refira que pode ser natural do processo de relação terapêutica, ocorrer relutância e defesa por parte da</p> |

pessoa, foi desafiante gerir este processo terapêutico, este processo de conhecimento e consciência de mim, como pessoa e como profissional, foi uma real instigação à gestão do eu. De salientar que se recorreu à Escala de avaliação da relação terapêutica do Enfermeiro (TRAS-Nurse) para monitorizar e otimizar a relação terapêutica (Coelho et al., 2021).

Em resumo, EEESMP demonstra a tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e durante execução de intervenções de ESMP aliando uma autoconsciência emocional e uma autoavaliação contínua, com empatia e aceitação pela pessoa alvo dos cuidados.

Tabela 18 - Desenvolvimento de Competências Específicas de ESMP: Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, segundo o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018).

| Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental |
|--|
| Unidade competência |
| <p>Unidades de Competência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente. • Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família. • Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos. |
| <p>O processo de tomada de decisão em enfermagem inicia-se pela avaliação da pessoa e das suas necessidades de saúde, especificamente em ESMP, inicia-se pelas suas necessidades de saúde mental consideradas pela pessoa, pelos cuidadores/pessoas de confiança e pelos profissionais de saúde.</p> <p>O EEESMP utiliza uma abordagem holística, humanística centrada na pessoa (H. Peplau, 1991; H. E. Peplau, 1992, 1997; C. Rogers, 2023; C. R. Rogers, 1951) e no seu processo de transição (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).</p> |

Na avaliação das necessidades em saúde mental do grupo e comunidade, existe a consideração dos diversos contextos sociais, nos quais se reconhece fatores como a cultura, o ambiente, a economia, a política e o acesso aos serviços de saúde, dado que os mesmos podem influenciar a saúde mental de uma população.

Recorreu-se a elaboração de um enquadramento teórico no âmbito do sono e da saúde mental, de modo a identificar dados significativos sobre a prevalência de perturbações de saúde mental, os determinantes sociais da saúde mental e as necessidades específicas da comunidade relativamente aos serviços e recursos de saúde mental disponíveis. Desta forma, nos diferentes contextos, respeitando as diferentes populações que os caracterizavam, foram elaborados questionários sociodemográficos, com uma segunda parte que incluía um questionamento sobre o conhecimento sobre o sono, incluindo as complicações, incluindo as estratégias de promoção do sono e de saúde mental consideradas satisfatórias para as pessoas. Por outro lado, também foi relevante a utilização dos instrumentos de PSQI (Gomes et al., 2018), EQ-5D-5L (EuroQol Research Foundation, 2019), EQ-5D-Y-3L (EuroQol Research Foundation, 2017) para avaliar o sono e o estado de saúde das pessoas adequados aos diferentes contextos.

Ao realizar uma avaliação global da história de saúde, o EEESMP enfatiza a história de saúde mental da pessoa e da família. A entrevista clínica permitiu colher dados detalhados sobre a história de saúde mental e de perturbação de saúde mental, tal como refere Sequeira & Fortuño (2016). Também permitiu conhecer os tratamentos anteriores, os fatores de risco e fatores protetores de saúde mental. A história familiar de saúde mental, os eventos traumáticos e outros domínios fisiológicos que contribuíram para identificar o estado de saúde geral da pessoa atualmente.

Além disso, EEESMP através da identificação de comorbilidades médicas, como o abuso de substâncias, a análise dos estilos de vida e outros fatores que possam influenciar a saúde mental e o bem-estar da pessoa, reconhece que existe uma ligação entre saúde mental e saúde física.

Com base na avaliação das necessidades de cuidados em saúde mental na comunidade, o EEESMP coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção da saúde mental e prevenção de perturbações de saúde mental da comunidade. No contexto comunitário, foi possível colaborar com outros profissionais de saúde, nomeadamente Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e de Saúde Infantil e Pediátrica, na preparação e organização das sessões de Intervenção Psicoeducativa relativas ao domínio do sono no período perinatal. Para além do mais colaborar com Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária na preparação e organização das sessões de Intervenção Psicoeducativa relativas ao domínio do sono para o grupo dos cuidadores.

Estas intervenções Psicoeducativas foram inseridas em projetos estabelecidos, que incluem

educação em saúde, grupos de apoio (grupo de cuidadores e grupo perinatal), que possuem intervenções para redução do estigma, entre outras iniciativas. É essencial a avaliação e monitorização continua do impacto destes projetos na comunidade, adequando as intervenções para garantir resultados efetivos e prevenir complicações futuras, tal como referidas no “*Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*” (Ordem dos Enfermeiros, 2023). A mesma fonte afirma que “*Os indicadores de processo denotam o que é realmente feito ao prestar e receber cuidados. Estes incluem as atividades do cliente na procura e execução de cuidados, bem como as atividades do profissional ao identificar um diagnóstico e recomendar ou implementar o tratamento*” (p.9).

Em resumo, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica executa uma avaliação abrangente das necessidades de saúde mental da pessoa, de grupos e da comunidade. Executa uma avaliação global da história de saúde com destaque na saúde mental da pessoa e da família. Colabora projetos de promoção da saúde mental e de prevenção de perturbações de saúde mental da comunidade. Essas atividades são essenciais para melhorar o bem-estar mental e promover a resiliência da comunidade e por isso entende-se que os estágios realizados permitiram o desenvolvimento destas competências.

Tabela 19 - Desenvolvimento de Competências Específicas: Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, segundo o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018).

Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto

Unidade competência

- Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.
- Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.
- Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.
- Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.
- Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde

mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.

Para a identificação do diagnóstico de enfermagem de saúde mental, o EEESMP utiliza uma variedade de técnicas e de instrumentos de avaliação, como entrevistas clínicas, questionários e observação do comportamento, para avaliar o estado de saúde mental da pessoa, da família/grupo e comunidade. Reconhecer sinais e sintomas de perturbações de saúde mental é uma das competências de aprendizagem que o EEESMP desenvolve no seu percurso do curso de MESMP. Sendo que o percurso de estágio permitiu sistematizar o conhecimento formal na prática clínica.

Por outro lado, a análise dos resultados prováveis é realizada com base na avaliação inicial. O EEESMP colabora com a pessoa e com os profissionais de saúde para estabelecer metas específicas e mensuráveis para a intervenção. Conhecer os indicadores sensíveis em saúde mental é essencial para que estes, possam ser monitorizados ao longo do tempo, de forma a avaliar a evolução da pessoa durante e após a intervenção. Tal como refere a OE (2023) “Os indicadores de resultado evidenciam os efeitos dos cuidados no estado de saúde dos clientes e populações”, que incluem “as melhorias no conhecimento do cliente e mudanças salutareis no comportamento do mesmo, assim como o grau de satisfação do cliente com o cuidado” (Ordem dos Enfermeiros, 2023, p. 9).

O EEESMP desenvolve planos de cuidados que abordam as necessidades pessoais e coletivas do grupo. A Intervenção Psicoeducativa desenvolvida no domínio do sono, permitiu envolver o grupo e as necessidades pessoais, caracterizando-se como um subtipo de educação em saúde mental, com o objetivo geral de promoção da resiliência e de literacia em saúde mental. Em seguida, a implementação de um plano de cuidados incluiu intervenções de enfermagem que se focaram na adesão e autogestão medicamentosa, em intervenções psicoterapêuticas que permitem a gestão emocional, cognitiva e comportamental da pessoa, ou intervenções de enfermagem Psicoeducativas, que fomentaram a educação sobre a perturbação de saúde mental (Depressão pós-parto e Período Baby Blues - no grupo perinatal), promoção de saúde mental e a prevenção de complicações.

O EEESMP utiliza a metodologia de gestão de caso que lhe permite coordenar as respostas dos serviços de saúde e serviços sociais necessários para retorquir às necessidades da pessoa. Como por exemplo, foi realizada a referenciação para outros profissionais de saúde, outros serviços de saúde comunitária e/ou serviços de saúde mental especializados, como o hospital ou para a rede de cuidados continuados integrados em saúde mental. No contexto de saúde comunitário procedeu-se à referenciação da pessoa para apoio psicológico. No contexto de internamento de agudos, procedeu-se à referenciação da pessoa em estudo de caso, para equipa comunitária de

saúde mental referente à unidade local de saúde, uma decisão tomada em conjunto com a pessoa para que o resultado terapêutico obtido no internamento se pudesse prolongar na comunidade. De lembrar que as equipes comunitárias “são responsáveis por assegurar, em registro contínuo, todas as funções necessárias num nível de atendimento especializado e diferenciado, incluindo avaliação de necessidades, diagnóstico, consulta, intervenções terapêuticas, visitas domiciliares e intervenções de reabilitação, tendo como objetivo a recuperação global da pessoa com doença mental” (Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro, 2021, p. 113).

O desenvolvimento desta competência foi iniciado nos contextos clínicos e no decorrer do MESMP. O crescimento desta competência é contínuo na vida profissional, na prática clínica e através da participação ou colaboração em projetos de saúde mental que potenciam o crescimento do EEESMP.

Tabela 20 - Desenvolvimento de Competências Específicas de ESMP: Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, segundo o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018).

Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde

Unidade competência

- Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.
- Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.
- Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

Para coordenar, desenvolver e implementar intervenções Psicoeducativas e outros processos

socioterapêuticos e psicoterapêuticos, com treino em saúde mental, o EEESMP utiliza uma abordagem multidimensional (Moyo et al., 2022).

Esta abordagem inicia-se pela avaliação das necessidades, que se traduzem em domínios de enfermagem, segundo a ontologia (Ordem dos Enfermeiros, 2024) e as taxonomias de enfermagem (ICN, 2019; NANDA-I, 2018). Deste modo, por exemplo, antes de implementar a Intervenção Psicoeducativa ou implementar o treino da técnica de restrição do sono ou o treino da técnica de controlo de estímulos, foi crucial a realização de uma avaliação geral dos domínios de enfermagem, nomeadamente nos domínios que podem gerar indicadores sensíveis aos cuidados de saúde mental. Esta avaliação decorreu nos diferentes contextos clínicos e possibilitou a identificação de iliteracia em saúde mental e da iliteracia de estratégias de promoção do sono e do bem-estar mental.

O desenvolvimento da Intervenção Psicoeducativa nos diferentes contextos, incluiu a preparação dos materiais, dos recursos físicos e humanos, sendo que foi necessário adaptá-la às especificidades e atividades diárias de cada serviço em conjunto com a EEESMP tutora.

Para uma implementação com efetividade, a Intervenção Psicoeducativa foi desenvolvida em colaboração com EEESMP tutora. Garantir que a Intervenção Psicoeducativa alcance o a pessoa ou o grupo-alvo pretendido, foi uma das responsabilidades que foi continuamente refletida em conjunto durante o processo terapêutico.

Como referido nas análises críticas associadas a cada contexto, foi relevante o envolvimento da pessoa e do grupo-alvo, na colheita de dados e na obtenção do *feedback* dos elementos participantes no final de cada sessão.

Em segundo ponto, uma abordagem centrada na pessoa, possibilitou ao futuro EEESMP a adoção de estratégias, nas quais se reconhece o interesse e a colaboração da pessoa, que permitiu, a relação terapêutica. Através da construção de uma relação terapêutica efetiva no decorrer do processo terapêutico, foi possível estabelecer objetivos e resultados realistas para que uma transição saudável fosse alcançada, respeitando e aceitando o tempo necessário para a pessoa-alvo dos cuidados.

As intervenções de psicoterapêuticas de relaxamento, nomeadamente, treino da Técnica de Relaxamento autogénico, foi desenvolvida no contexto de internamento de agudos e comunitário com os estudos de caso. Compreende-se que este treino de Técnica de Relaxamento, possuiu uma função integrante no processo terapêutico, na promoção do bem-estar mental. Por outro lado, no contexto de áreas diferenciadas, foi possível compreender que a Técnica de Medicação Artístico-Expressiva permitiu a expressão de emoções e melhorar a relação interpessoal do grupo.

No contexto de internamento de agudos, considerou-se relevante para o processo terapêutico psicossocial, a colaboração da pessoa, na realização de um plano de reabilitação psicossocial. Particularmente, foi envolvida a assistente social e a pessoa de confiança, em sessão familiar, para o estabelecimento de resultados específicos que envolviam a autonomia, funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social. Por exemplo, neste estudo de caso, incluiu o treino de competências sociais na penúltima sessão, nomeadamente, foram abordados os tópicos de como procurar emprego e como obter apoio social, bem como a participação em atividades comunitárias de promoção da qualidade de vida, como o voluntariado na sua área de residência.

O desenvolvimento desta competência foi igualmente iniciado nos contextos clínicos e no decorrer do MESMP. O crescimento desta competência é contínuo na vida profissional, na prática clínica e através da participação ou colaboração em projetos de saúde mental que potenciam o aprimorar do crescimento do EEESMP.

SÍNTESE FINAL

Com o desenvolvimento deste relatório foi possível compreender as contribuições que a prática clínica teve em diferentes contextos de saúde mental, no desenvolvimento de competências ao nível pessoal e profissional, no âmbito da ESMP. Embora o propósito principal desta UC “Módulo II” fosse prestar cuidados que respondessem às necessidades de saúde mental, da pessoa, do grupo e da comunidade, no mesmo espaço temporal, permitiu o iniciar de um crescimento profissional para uma futura EEESMP.

Na conceção dos cuidados e no processo de tomada de decisão em enfermagem, foram envolvidos os pressupostos teóricos da ESMP. Nomeadamente, foi utilizada uma abordagem humanística, que incluiu a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (H. Peplau, 1991; H. E. Peplau, 1992, 1997) a Teoria Centrada na Pessoa (C. R. Rogers, 1951) e a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000, 2010). Estes pressupostos permitem afirmar que uma perspetiva humanística centrada na pessoa, que envolve todas as fases de vida, e as transições inerentes à mesma, bem como uma reflexão e análise contínua das relações interpessoais e os seus resultados terapêuticos, são condições essenciais para um planeamento e desenvolvimento de cuidados de ESMP mais terapêuticos.

Procurou-se desenvolver um plano de enfermagem diferenciado, adequado à pessoa e ao seu contexto, ao seu ambiente, e que fosse promotor do sono, da saúde mental e do bem-estar. Por conseguinte, neste processo de cuidados foi desenvolvida uma avaliação da pessoa, grupo e comunidade, com destaque nas necessidades de cuidados de saúde mental, realistas, do contexto e do ambiente em que se encontra. O planeamento de intervenções foi sendo adequado aos recursos, ao tempo disponível e às características e critérios necessários para implementação de uma determinada intervenção. A avaliação de resultados foi realizada através do *feedback* ou de instrumentos de avaliação utilizados inicialmente. Por último, a avaliação final da intervenção desenvolvida, nem sempre foi conseguida, essencialmente, o tempo demonstrou ser um fator relevante no processo terapêutico que na verdade, depende da pessoa e do terapeuta. Os resultados obtidos, permitiram uma avaliação da eficácia das intervenções, permitiram um ajustar da intervenção sessão a sessão e permitiram desenvolver uma análise crítica e reflexiva da sua prática.

Optou-se por iniciar este caminho de desenvolvimento de competências pelo contexto de internamento de pessoas com problemas agudos, seguindo-se o contexto comunitário e por último, o contexto de áreas diferenciadas.

No primeiro contexto de internamento de pessoas com problemas agudos, identificou-se nas pessoas necessidades de cuidados de saúde mental, nas quais a Intervenção Psicoeducativa, a Intervenção

Psicoterapêutica de Relação de Ajuda Profissional e a Intervenção Psicoterapêutica - Técnica de Relaxamento Autogénico, responderam aos diagnósticos que daí surgiram. Neste sentido, pelo comportamento, pelo *feedback* e pelas tomadas de decisão, das próprias pessoas, após as intervenções, acredita-se que os objetivos e os resultados estabelecidos, foram alcançados.

No segundo momento, num contexto comunitário, foi possível compreender que a Intervenção Psicoeducativa teve um papel principal. Foram identificadas necessidades de cuidados de saúde mental, em diferentes grupos de pessoas, um grupo perinatal e grupo de cuidadores, sendo que também foi relevante a gestão de um caso clínico usando a metodologia do estudo de caso. Particularmente neste contexto, a pessoa alvo de cuidados, encontra-se frequentemente no seu ambiente familiar, sendo que a adequação das intervenções de enfermagem, pode ser mais eficaz por essa razão. Ao longo das sessões de grupo, denotou-se que a relação interpessoal é relevante para o sucesso terapêutico, devido ao efeito de grupo, que revela apoio emocional nas experiências, que são semelhantes para os seus membros.

No terceiro e último momento, a Intervenção Psicoeducativa e a Intervenção Psicoterapêutica - Técnica de Medicação Artístico-Expressiva, desenvolvidas num grupo de adolescentes, em contexto de internamento, permitiu responder aos diagnósticos de enfermagem identificados inicialmente. Por outro lado, neste contexto também se verificou o impacto que a Relação Terapêutica, quando efetiva, pode ter no sucesso dos processos terapêuticos das adolescentes. Considera-se que o tempo foi crucial e que para futuros estudos neste contexto, é necessário que este seja estendido, de forma a obter conhecimento sobre o verdadeiro impacto da Intervenção Psicoterapêutica e Psicoeducativa.

O EEESMP quando presente nos variados contextos de saúde mental, é facilitador do processo de transição, ao longo do ciclo de vida da pessoa e é considerado relevante para o sucesso terapêutico da pessoa. Uma relação terapêutica efetiva deve ser implementada na interação com a pessoa, sujeita a cuidados de enfermagem, desde a avaliação inicial.

Este percurso desenvolvido nas UC de “Módulo I” e “Módulo II” do curso de MESMP, permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas EEESMP, como a aquisição de um autoconhecimento e autoconsciência pessoal e profissional. Considera-se, ainda que foram alcançados os objetivos estabelecidos inicialmente, para a elaboração deste relatório, e que, o mesmo pode ser útil para o desenvolvimento de melhores práticas e para futuros estudos em ESMP. Por fim, o projeto “Promover o sono e a saúde mental - Repara & Protege” destacou-se como uma iniciativa essencial dentro da Área da Especialidades da ESMP. Ao abordar a interseção entre os domínios do sono e do estado de saúde, verificou-se que saúde mental, era um fator essencial na promoção e procura de melhores comportamentos de saúde.

Desta forma prevenir e promover é tanto mais relevante quanto é tratar dos diagnósticos de enfermagem que advém de algum grau de comprometimento do sono e/ou da saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2022). *Guia de referência para as Unidades e Equipas de Saúde Mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. DRS - Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/?lang=pt#tab_documentacao
- Ahrendt, D., Carbita, J., Clerici, E., Hurley, J., Leoncikas, T., Mascherini, M., Riso, S., & Sandor, E. (2020). Living, working and COVID-19. Em *Publications Office of the European Union*.
- Åkerstedt, T., Knutsson, A., Westerholm, P., Theorell, T., Alfredsson, L., & Kecklund, G. (2002). Sleep disturbances, work stress and work hours: A cross-sectional study. *Journal of psychosomatic research*, 53, 741-748. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00333-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00333-1)
- Amaral, A. C., Almeida, E., & Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed., pp. 174-179). Lidel.
- Ancoli-Israel, S., Cole, R., Alessi, C., Chambers, M., Moorcroft, W., & Pollak, C. P. (2003). The role of actigraphy in the study of sleep and circadian rhythms. Em *Sleep* (Vol. 26, Número 3). <https://doi.org/10.1093/sleep/26.3.342>
- Armstrong, S., Pattinson, J., Siriwardena, A. N., Kyle, S. D., Bower, P., Yu, L. M., Yang, Y., Ogburn, E., Begum, N., Maurer, L., Robinson, B., Gardner, C., Lee, V., Gavriloff, D., Espie, C. A., & Aveyard, P. (2024). Nurse-delivered sleep restriction therapy in primary care for adults with insomnia disorder: a mixed-methods process evaluation. *British Journal of General Practice*, 74(738). <https://doi.org/10.3399/BJGP.2023.0162>
- Atri, A., & Sharma, & M. (2007). Psychoeducation: Implications for the Profession of Health Education. *Californian Journal of Health Promotion*, 5(4).
- Avan, A., Hachinski, V., Aamodt, A. H., Alessi, C., Ali, S., Alladi, S., Andersen, R., Anderson, K. K., Avan, A., Azarpazhooh, M. R., Bassetti, C. L. A., Brainin, M., Brodtmann, A., Buchan, A. M., Charway-Felli, A., Cipriano, L. E., Endres, M., Evans, T. G., Federico, A., ... Wilk, P. (2022). Brain health: Key to health, productivity, and well-being. *Alzheimer's and Dementia*, 18(7). <https://doi.org/10.1002/alz.12478>
- Baranowski, M., & Jabkowski, P. (2023). Gender and socioeconomic patterning of self-reported sleep problems across European countries. *European Journal of Public Health*, 33(2). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad012>

- Bart, R., Ishak, W. W., Ganjian, S., Jaffer, K. Y., Abdelmesseeh, M., Hanna, S., Gohar, Y., Azar, G., Vanle, B., Dang, J., & Danovitch, I. (2018). The assessment and measurement of wellness in the clinical medical setting: A systematic review. Em *Innovations in Clinical Neuroscience* (Vol. 15, Números 9-10).
- Basner, M., & McGuire, S. (2018). WHO environmental noise guidelines for the european region: A systematic review on environmental noise and effects on sleep. Em *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 15, Número 3). <https://doi.org/10.3390/ijerph15030519>
- Bassetti, C. L. A., Endres, M., Sander, A., Crean, M., Subramaniam, S., Carvalho, V., Di Liberto, G., Franco, O. H., Pijnenburg, Y., Leonardi, M., & Boon, P. (2022). The European Academy of Neurology Brain Health Strategy: One brain, one life, one approach. *European Journal of Neurology*, 29(9). <https://doi.org/10.1111/ene.15391>
- Bei, B., Pinnington, D. M., Quin, N., Shen, L., Blumfield, M., Wiley, J. F., Drummond, S. P. A., Newman, L. K., & Manber, R. (2023). Improving perinatal sleep via a scalable cognitive behavioural intervention: Findings from a randomised controlled trial from pregnancy to 2 years postpartum. *Psychological Medicine*, 53(2). <https://doi.org/10.1017/S0033291721001860>
- Belsiyal, Cx., Rentala, S., & Das, A. (2022). Use of therapeutic milieu interventions in a psychiatric setting: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 11(1). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1501_21
- Blake, M. J., Blake, L. M., Schwartz, O., Raniti, M., Waloszek, J. M., Murray, G., Simmons, J. G., Landau, E., Dahl, R. E., McMakin, D. L., Dudgeon, P., Trinder, J., & Allen, N. B. (2018). Who benefits from adolescent sleep interventions? Moderators of treatment efficacy in a randomized controlled trial of a cognitive-behavioral and mindfulness-based group sleep intervention for at-risk adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 59(6). <https://doi.org/10.1111/jcpp.12842>
- Blum, H., Rutt, C., Nash, C., Joyce, V., & Buonopane, R. (2021). Mindfulness Meditation and Anxiety in Adolescents on an Inpatient Psychiatric Unit. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 27(2). <https://doi.org/10.1080/08854726.2019.1603918>
- Blume, C., Garbazza, C., & Spitschan, M. (2019). Effects of light on human circadian rhythms, sleep and mood. Em *Somnologie* (Vol. 23, Número 3). <https://doi.org/10.1007/s11818-019-00215-x>
- Bollu, P. C., Manjamalai, S., Thakkar, M., & Sahota, P. (2018). Hypersomnia. Em *Missouri medicine* (Vol. 115, Número 1). <https://doi.org/10.26562/ijiris.2024.v1002.06>

- Buchan, C., Powell, S., Grivell, N., O'Brien, D., & Gordon, C. J. (2023). The sleeping giant - Nurses' professional principal practice in managing sleep health and sleep disorders in Australia and New Zealand: A cross-sectional study. *Collegian*, 30(4). <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2023.03.004>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & McCloskey Dochterman, J. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) Tradução da 5ª Edição* (5ª ed.). Elsevier.
- Buysse, D. J. (2014). Sleep health: can we define it? does it matter? Em *Sleep* (Vol. 37, Número 1). <https://doi.org/10.5665/sleep.3298>
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2). [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Cai, T., Verze, P., & Bjerklund Johansen, T. E. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going? *Uro*, 1(1). <https://doi.org/10.3390/uro1010003>
- Cambridge University Press. (sem data-a). Well-being. Em *Cambridge dictionary*. Obtido 24 de Março de 2024, de <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english-portuguese/well-being>
- Cambridge University Press. (sem data-b). Wellness. Em *Cambridge dictionary*. Obtido 24 de Março de 2024, de <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english-portuguese/wellness>
- Carney, C. E., Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Krystal, A. D., Lichstein, K. L., & Morin, C. M. (2012). The consensus sleep diary: Standardizing prospective sleep self-monitoring. Em *Sleep* (Vol. 35, Número 2). <https://doi.org/10.5665/sleep.1642>
- Carvalho, D., Sequeira, C., Querido, A., Tomás, C., Morgado, T., Valentim, O., Moutinho, L., Gomes, J., & Laranjeira, C. (2022). Positive Mental Health Literacy: A Concept Analysis. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.877611>
- Carvalho, J. C., & Cordeiro, R. A. (2018). *Theories of the Interpersonal Relationships, Transitions and Humanistic Theories: Contribution to Frameworks of Psychiatric/Mental Health Nursing in Europe*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_5
- Chaput, J. P., Dutil, C., & Sampasa-Kanyinga, H. (2018). Sleeping hours: What is the ideal number and how does age impact this? Em *Nature and Science of Sleep* (Vol. 10). <https://doi.org/10.2147/NSS.S163071>
- Chaves, E. (2011). *The creation of art books with adolescents diagnosed with an eating disorder: effectiveness, self-esteem, and related factors* [University of Denver].

<https://digitalcommons.du.edu/etd>

- Chinvararak, C., Kirdchok, P., Wonglertwisawakorn, C., Pumjun, P., & Kerdcharoen, N. (2024). Efficacy of online psychoeducation and relaxation training program (OnPR) on mental health problems in COVID-19 patients: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 35. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100705>
- Clemente, V., Marques, D. R., Miller-Mendes, M., Morin, C. M., Serra, J., & Allen Gomes, A. (2023). The Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep scale: Dimensions of the European Portuguese DBAS-30 and development of a new short version (DBAS-SF-16). *Sleep Medicine*, 106. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2023.03.021>
- Clemente, V., Ruivo Marques, D., Miller-Mendes, M., Morin, C. M., Serra, J., & Allen Gomes, A. (2021). The European Portuguese version of the insomnia severity index. *Journal of Sleep Research*, 30(1). <https://doi.org/10.1111/jsr.13198>
- Codoñer-Franch, P., Gombert, M., Martínez-Raga, J., & Cenit, M. C. (2023). Circadian Disruption and Mental Health: The Chronotherapeutic Potential of Microbiome-Based and Dietary Strategies. Em *International Journal of Molecular Sciences* (Vol. 24, Número 8). <https://doi.org/10.3390/ijms24087579>
- Coelho, J., Martins, A. R., Sampaio, F., Sequeira, C., Fortuño, M., & Roldán-Merino, J. (2019). *Adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas do resultado NOC «Cognição» numa amostra portuguesa de pessoas adultas com doença mental*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.36359.96168>
- Coelho, J., Sampaio, F., Nogueira, M., Sequeira, C., Fortuño, M., & Roldán-Merino, J. (2021). Development and psychometric properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(6). <https://doi.org/10.1111/jpm.12796>
- Coelho, J., Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020). Relação de Ajuda. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed., pp. 183-185). Lidel.
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0274>
- Coelho, J., & Sequeira, C. (2020). Escuta ativa. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*.

- Coelho, J., Sequeira, C., Fortuño, M., & Roldán-Merino, J. (2020). *Relação de Ajuda: Manual de Operacionalização da Intervenção de Enfermagem* (1ª ed.). Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Coelho, J., & Sousa, L. (2020). Relaxamento. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed., pp. 202-210). Lidel.
- Cooper, C. J., Owen, P. J., Sprajcer, M., Crowther, M. E., Craige, E. A., Ferguson, S. A., Gupta, C. C., Gibson, R., & Vincent, G. E. (2022). Interventions to improve sleep in caregivers: A systematic review and meta-analysis. Em *Sleep Medicine Reviews* (Vol. 64). <https://doi.org/10.1016/j.smr.2022.101658>
- Cortez, C. de A. S. (2014). Qualidade do sono , higiene do sono e crenças sobre o sono em adolescentes: estudo exploratório com adolescentes entre os 14 e os 18 anos. Em *Repositório da Universidade de Lisboa*.
- Costa, T. F. O., Sampaio, F. M. C., Da Cruz Sequeira, C. A., Ribeiro, I. M. O. C., & De Oliveira Parola, V. S. (2020). Mental health first aid programs: A scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 18(9). <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00292>
- Cummings, N. A., & Cummings, J. L. (2008). Psychoeducation in Conjunction with Psychotherapy Practice. Em *Evidence-Based Adjunctive Treatments*. <https://doi.org/10.1016/B978-012088520-6.50004-4>
- da Cruz Sequeira, C. A., & Sampaio, F. M. C. (2018). *Taxonomies: Towards a Shared Nomenclature and Language*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_4
- de Alcantara Borba, D., Reis, R. S., de Melo Lima, P. H. T., Facundo, L. A., Narciso, F. V., Silva, A., & de Mello, M. T. (2020). How many days are needed for a reliable assessment by the Sleep Diary? *Sleep Science*, 13(1). <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20190131>
- de Bienassis, K., Hewlett, E., Kendir, C., Kristensen, S., Mainz, J., & Klazinga, N. (2022). Establishing standards for assessing patient-reported outcomes and experiences of mental health care in OECD countries: technical report of the PaRIS mental health working group pilot data collection. *OECD Health Working Papers*, 135.
- Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro, 104 (2021). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938>
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, 1182 (2008). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, 2959 (1996). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

- Decreto-Lei n.º 239/2015, de 14 de outubro, 8957 (2015).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/239-2015-70686133>
- Del Rio João, K. A., Becker, N. B., de Neves Jesus, S., & Isabel Santos Martins, R. (2017). Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry Research*, 247. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.042>
- Devlin, N., Parkin, D., & Janssen, B. (2020). Methods for Analysing and Reporting EQ-5D Data. Em *Methods for Analysing and Reporting EQ-5D Data*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-47622-9>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. Em *Journal of Personality Assessment* (Vol. 49, Número 1).
- Espie, C. A., Inglis, S. J., Harvey, L., & Tessier, S. (2000). Insomniacs' attributions: Psychometric properties of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale and the Sleep Disturbance Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(2). [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00090-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00090-2)
- EuroQol Research Foundation. (2017). *Questionário de Saúde (versão portuguesa) EQ-5D-Y Paper Self-Complete v1.1*. <https://euroqol.org/register/obtain-eq-5d/available-versions/>
- EuroQol Research Foundation. (2019). *Questionário de saúde (versão Portuguesa) EQ-5D-5L Paper Self-Complete v1.4*. <https://euroqol.org/register/obtain-eq-5d/available-versions/>
- Feng, Y. S., Kohlmann, T., Janssen, M. F., & Buchholz, I. (2021). Psychometric properties of the EQ-5D-5L: a systematic review of the literature. Em *Quality of Life Research* (Vol. 30, Número 3). <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02688-y>
- Ferreira, A. (2014). *Contributo da visita domiciliária: Perceção dos cuidadores informais dos doentes com demência de Alzheimer* [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/9516>
- Ferreira, P. L., Antunes, P., Ferreira, L. N., Pereira, L. N., & Ramos-Goñi, J. M. (2019). A hybrid modelling approach for eliciting health state preferences: the Portuguese EQ-5D-5L value set. *Quality of Life Research*, 28(12). <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02226-5>
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contributos para a validação da versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Medica Portuguesa*, 26(6). <https://doi.org/10.20344/amp.1317>
- Fitzgerald, C. T., Messias, E., & Buysse, D. J. (2011). Teen sleep and suicidality: Results from the youth risk behavior surveys of 2007 and 2009. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7(4). <https://doi.org/10.5664/JCSM.1188>

- Fleming, W. H. (2023). The Moral Injury Experience Wheel: An Instrument for Identifying Moral Emotions and Conceptualizing the Mechanisms of Moral Injury. *Journal of Religion and Health*, 62(1). <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01676-5>
- Fonseca, A., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2017). Depression Literacy and Awareness of Psychopathological Symptoms During the Perinatal Period. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 46(2). <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.10.006>
- Fonte, C., Silva, I., Vilhena, E., & Keyes, C. L. M. (2020). The Portuguese Adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form for Adult Population. *Community Mental Health Journal*, 56(2). <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00484-8>
- Foster, R. (2020). Sleep, circadian rhythms and health. *Interface Focus*, 10, 20190098. <https://doi.org/10.1098/rsfs.2019.0098>
- Fowler, J. R., Jenkins, S. M., & Jack, B. W. (2023, Junho 26). *Preconception Counseling*. StatPearls Publishing LLC; StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441880/>
- Golicki, D., & Młyńczak, K. (2022). Measurement Properties of the EQ-5D-Y: A Systematic Review. *Em Value in Health* (Vol. 25, Número 11). <https://doi.org/10.1016/j.jval.2022.05.013>
- Gomes, A. A., Marques, D. R., Meivavia, A. M., Cunha, F., & Clemente, V. (2018). Psychometric properties and accuracy of the European Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in clinical and non-clinical samples. *Sleep and Biological Rhythms*, 16(4), 413-422. <https://doi.org/10.1007/s41105-018-0171-9>
- Grandner, M. A. (2019). Social-ecological model of sleep health. *Em Sleep and Health*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815373-4.00005-8>
- Harding, K., & Feldman, M. (2008). Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4). <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000270812.55636.3b>
- Heenan, D. (2006). Art as therapy: An effective way of promoting positive mental health? *Disability and Society*, 21(2). <https://doi.org/10.1080/09687590500498143>
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., Ware, J. C., & Adams Hillard, P. J. (2015). National sleep foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1).

<https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>

ICN. (2019). *ICNP Browser*. ICN. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Jacobson, G. F. (1980). Crisis Theory. *New Directions for Mental Health Services*, 1980(6), 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/yd.23319800603>

Jankelová, N., & Joniaková, Z. (2021). Communication skills and transformational leadership style of first-line nurse managers in relation to job satisfaction of nurses and moderators of this relationship. *Healthcare (Switzerland)*, 9(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare9030346>

Jansson-Fröjmark, M., Nordenstam, L., Alfonsson, S., Bohman, B., Rozental, A., & Norell-Clarke, A. (2024). Stimulus control for insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Em Journal of Sleep Research* (Vol. 33, Número 1). <https://doi.org/10.1111/jsr.14002>

Joanna Briggs Institute. (2013). *JBI Levels of Evidence*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., Swanson, E., & Elsevier, M. (2013). *Ligações NANDA - NOC - NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade - Tradução da 3ª Edição* (3ª ed.). Elsevier.

Kamali, S., Ahmadian, L., Khajouei, R., & Bahaadinbeigy, K. (2018). Health information needs of pregnant women: information sources, motives and barriers. *Health Information and Libraries Journal*, 35(1). <https://doi.org/10.1111/hir.12200>

Kaplan, K. A., Talbot, L. S., Gruber, J., & Harvey, A. G. (2012). Evaluating sleep in bipolar disorder: Comparison between actigraphy, polysomnography, and sleep diary. *Bipolar Disorders*, 14(8). <https://doi.org/10.1111/bdi.12021>

Kempler, L., Sharpe, L. A., Marshall, N. S., & Bartlett, D. J. (2020). A brief sleep focused psychoeducation program for sleep-related outcomes in new mothers: A randomized controlled trial. *Sleep*, 43(11). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsaa101>

Keyes, C. L. M. (2013). Promoting and protecting positive mental health: Early and often throughout the lifespan. *Em Mental Well-Being: International Contributions to the Study of Positive Mental Health*. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5195-8_1

Knight, T. (1998). Book review: J. S. Durch, L. A. Bailey and M. A. Stoto (Eds), *Improving Health in the Community. A Role for Performance Monitoring*. Washington DC: A report from the Institute of Medicine, National Academy Press, 1997. ISBN: 0 309 05534 2, 478 pages. Price: unknown. *The International Journal of Health Planning and Management*, 13(2).

[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1751\(199804/06\)13:2<191::aid-hpm513>3.0.co;2-a](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1751(199804/06)13:2<191::aid-hpm513>3.0.co;2-a)

- Knill, P., Levine, E., Levine, S. (2005). (2005). Principles and practice of expressive arts therapy: toward a therapeutic aesthetics. Em *Principles and Practice of Expressive Arts Therapy: Toward a Therapeutic Aesthetics*.
- Kovacevic, A., Mavros, Y., Heisz, J. J., & Fiatarone Singh, M. A. (2018). The effect of resistance exercise on sleep: A systematic review of randomized controlled trials. Em *Sleep Medicine Reviews* (Vol. 39). <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.07.002>
- Krig, S., Åström, M., Kulane, A., & Burström, K. (2021). Acceptability of the health-related quality of life instrument EQ-5D-Y-5L among patients in child and adolescent psychiatric inpatient care. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 110(3). <https://doi.org/10.1111/apa.15547>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kubitz, K. A., Landers, D. M., Petruzzello, S. J., & Han, M. (1996). The Effects of Acute and Chronic Exercise on Sleep A Meta-Analytic Review. Em *Sports Medicine* (Vol. 21, Número 4). <https://doi.org/10.2165/00007256-199621040-00004>
- Ladyman, C., Signal, T. L., Sweeney, B., Jefferies, M., Gander, P., Paine, S. J., & Huthwaite, M. (2021). Multiple dimensions of sleep are consistently associated with chronically elevated depressive symptoms from late pregnancy to 3 years postnatal in Indigenous and non-Indigenous New Zealand women. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(7). <https://doi.org/10.1177/0004867420972762>
- Ladyman, C., Sweeney, B., Sharkey, K., Bei, B., Wright, T., Mooney, H., Huthwaite, M., Cunningham, C., Firestone, R., & Signal, T. L. (2022). A scoping review of non-pharmacological perinatal interventions impacting maternal sleep and maternal mental health. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04844-3>
- Lane, J. M., Qian, J., Mignot, E., Redline, S., Scheer, F. A. J. L., & Saxena, R. (2023). Genetics of circadian rhythms and sleep in human health and disease. Em *Nature Reviews Genetics* (Vol. 24, Número 1). <https://doi.org/10.1038/s41576-022-00519-z>
- LeCuyer, E. A. (1992). Milieu therapy for short stay units: A transformed practice theory. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(2). [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(92\)90006-5](https://doi.org/10.1016/0883-9417(92)90006-5)
- Lehrer, H. M., Yao, Z., Krafty, R. T., Evans, M. A., Buysse, D. J., Kravitz, H. M., Matthews, K. A., Gold, E. B., Harlow, S. D., Samuelsson, L. B., & Hall, M. H. (2022). Comparing

- polysomnography, actigraphy, and sleep diary in the home environment: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Sleep Study. *SLEEP Advances*, 3(1). <https://doi.org/10.1093/sleepadvances/zpac001>
- Lei n.º 35/2023, de 21 de julho - Lei da Saúde Mental, 2 (2023). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>
- Liebmann, M. (2004). Art therapy for groups: A handbook of themes and exercises, Second edition. Em *Art Therapy for Groups: A Handbook of Themes and Exercises, Second Edition*. <https://doi.org/10.4324/9780203420720>
- Lindmark, U., Bülow, P. H., Mårtensson, J., Rönning, H., Ahlstrand, I., Broström, A., Fransson, E. I., Fridlund, B., Gunnarsson, N., Henricsson, M., Kjellström, S., & Sandgren, A. (2019). The use of the concept of transition in different disciplines within health and social welfare: An integrative literature review. Em *Nursing Open* (Vol. 6, Número 3). <https://doi.org/10.1002/nop2.249>
- Liu, C., Pan, W., Li, L., Li, B., Ren, Y., & Ma, X. (2021). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia symptoms among patients with COVID-19: A meta-analysis of quality effects model. Em *Journal of Psychosomatic Research* (Vol. 147). <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110516>
- Lluch Canut, M. T. (2003). Development and psychometric analysis of a positive mental health questionnaire. *Psicologia Conductual*, 11, 61-78.
- Luft, J. A., Jeong, S., Idsardi, R., & Gardner, G. (2022). Literature Reviews, Theoretical Frameworks, and Conceptual Frameworks: An Introduction for New Biology Education Researchers. *CBE life sciences education*, 21(3). <https://doi.org/10.1187/cbe.21-05-0134>
- Marques, D., Gomes, A. A., Meivavia, A., Salgueiro, A., Ribeiro, C. C., & Dischler, J. (2013). Reliability and initial validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index, European Portuguese version: A preliminary study in a sample of higher education students. *Sleep Medicine*, 14. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.11.316>
- Mccall, C., & Mccall, W. V. (2012). Comparison of actigraphy with polysomnography and sleep logs in depressed insomniacs. *Journal of Sleep Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2011.00917.x>
- Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company. Meleis,. Em *Foundations of Art Therapy Supervision*.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000).

- Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1). <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6). [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Merikanto, I., Dauvilliers, Y., Chung, F., Holzinger, B., De Gennaro, L., Wing, Y. K., Korman, M., Partinen, M., Benedict, C., Bjelajac, A., Bjorvatn, B., Yin Chan, N., Hrubos-Strøm, H., Inoue, Y., Kirov, R., Landtblom, A. M., Léger, D., Matsui, K., Morin, C. M., ... Lyamova, V. K. (2022). Disturbances in sleep, circadian rhythms and daytime functioning in relation to coronavirus infection and Long-COVID - A multinational ICOS study. *Journal of Sleep Research*, 31(4). <https://doi.org/10.1111/jsr.13542>
- Metsäranta, K., Kurki, M., Valimaki, M., & Anttila, M. (2019). How do adolescents use electronic diaries? A mixed-methods study among adolescents with depressive symptoms. *Journal of Medical Internet Research*, 21(2). <https://doi.org/10.2196/11711>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2010). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) - Tradução da 4ª Edição (4ª ed.)*. Elsevier.
- Morgan, J. F. (2000). The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. *Western Journal of Medicine*, 172(3). <https://doi.org/10.1136/ewj.172.3.164>
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The insomnia severity index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5). <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>
- Morin, C. M., Bjorvatn, B., Chung, F., Holzinger, B., Partinen, M., Penzel, T., Ivers, H., Wing, Y. K., Chan, N. Y., Merikanto, I., Mota-Rolim, S., Macêdo, T., De Gennaro, L., Léger, D., Dauvilliers, Y., Plazzi, G., Nadorff, M. R., Bolstad, C. J., Sieminski, M., ... Espie, C. A. (2021). Insomnia, anxiety, and depression during the COVID-19 pandemic: an international collaborative study. *Sleep Medicine*, 87. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.07.035>
- Moyo, N., Jones, M., & Gray, R. (2022). What are the core competencies of a mental health nurse? A concept mapping study involving five stakeholder groups. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(4). <https://doi.org/10.1111/inm.13003>
- NANDA-I, Inc. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação - 2018/2020 - Tradução da 11ª Edição (11ª ed.)*. Artmed.
- Ndawo, G. (2022). The development of self skills in an authentic learning environment: A qualitative study. *Curationis*, 45(1). <https://doi.org/10.4102/curationis.v45i1.2198>
- Nelson, C. (1999). The Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Bulletin of the World*

- Health Organization*, 77(7), 614. <https://iris.who.int/handle/10665/267892>
- NIMH. (2012). Nimh Research Domain Criteria (Rdoc) Project Arousal, Regulatory Systems: Workshop Proceedings. *RDoC Workshop Proceedings*.
- Nooner, A. K., Dwyer, K., DeShea, L., & Yeo, T. P. (2016). Using relaxation and guided imagery to address pain, fatigue, and sleep disturbances: A pilot study. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(5). <https://doi.org/10.1188/16.CJON.547-552>
- OECD. (2013). OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being. Em *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*.
- OECD. (2023). *Measuring Population Mental Health*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/5171eef8-en>
- Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., & Vitiello, M. V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: Developing normative sleep values across the human lifespan. Em *Sleep* (Vol. 27, Número 7). <https://doi.org/10.1093/sleep/27.7.1255>
- Oliveira, P., Figueiredo, S., Martinho, J., Pires, R., & Pinto, C. B. (2022). *Nursing Intervention in Mental Health: A Case Study in a Home Setting*. <https://doi.org/10.3390/msf2022016003>
- Oliveira, P., Porfírio, C., Ribeiro, I., Carvalho, J. C., Sequeira, C., & Pires, R. (2023). *Art Therapy in Mental Health Promotion*. <https://doi.org/10.3390/msf2022016006>
- Onakpoya, I. J., O'Sullivan, J., Thompson, M. J., & Heneghan, C. J. (2015). The effect of wind turbine noise on sleep and quality of life: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Environment International*, 82. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2015.04.014>
- Ong, A. D., Kim, S., Young, S., & Steptoe, A. (2017). Positive affect and sleep: A systematic review. Em *Sleep Medicine Reviews* (Vol. 35). <https://doi.org/10.1016/j.smr.2016.07.006>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializado em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica. Em Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ed.), *4ª ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA* (pp. 1-18). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5685/ponto-2_padroesqualidadece_smp.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Regulamento n.º 338/2017, de 23 de junho - Regulamento de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional*. Diário da República .

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/338-2017-107553282>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Aviso n.º 3919/2021, de 3 de março - Programa formativo que integra o ciclo de estudos do curso de mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/3919-2021-158724036>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Em Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ed.), *4ª ASSEMBLEIA ORDINÁRIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA*, (pp. 1-41). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28324/documento-do-core-de-indicadores-eesmp.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Ontologia de Enfermagem Browser*. Ordem dos Enfermeiros. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Owolabi, M. O., Leonardi, M., Bassetti, C., Jaarsma, J., Hawrot, T., Makanjuola, A. I., Dhamija, R. K., Feng, W., Straub, V., Camaradou, J., Dodick, D. W., Sunna, R., Menon, B., Wright, C., Lynch, C., Chadha, A. S., Ferretti, M. T., Dé, A., Catsman-Berrevoets, C. E., ... Servadei, F. (2023). Global synergistic actions to improve brain health for human development. *Nature Reviews Neurology*, 19(6). <https://doi.org/10.1038/s41582-023-00808-z>

Pais Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1).

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2). <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>

Palmer, C. A., Bower, J. L., Cho, K. W., Clementi, M. A., Lau, S., Oosterhoff, B., & Alfano, C. A. (2023). Sleep Loss and Emotion: A Systematic Review and Meta-Analysis of Over 50 Years

- of Experimental Research. Em *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/bul0000410>
- Parás-Bravo, P., Salvadores-Fuentes, P., Alonso-Blanco, C., Paz-Zulueta, M., Santibañez-Margüello, M., Palacios-Ceña, D., Boixadera-Planas, E., & Fernández-De-Las-Peñas, C. (2017). The impact of muscle relaxation techniques on the quality of life of cancer patients, as measured by the FACT-G questionnaire. *PLoS ONE*, 12(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184147>
- Park, S., Kim, J., Oh, J., & Ahn, S. (2020). Effects of psychoeducation on the mental health and relationships of pregnant couples: A systemic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 104. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103439>
- Parlamento Europeu. (2016). CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA UNIÃO EUROPEIA (UE) 202/02 de 7 de junho de 2016. *Jornal Oficial da União Europeia*, 389-405. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:12016P/TXT#d1e32-391-1>
- Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., Rosen, C. L., Troester, M. M., & Wise, M. S. (2016). Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine on the Recommended Amount of Sleep for Healthy Children: Methodology and Discussion. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(11). <https://doi.org/10.5664/jcsm.6288>
- Peplau, H. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Springer Publishing Company. <https://books.google.pt/books?id=pUCPQgAACAAJ>
- Peplau, H. E. (1992). Interpersonal Relations: A Theoretical Framework for Application in Nursing Practice. *Nursing Science Quarterly*, 5(1). <https://doi.org/10.1177/089431849200500106>
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4). <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Philippens, N., Janssen, E., Kremers, S., & Crutzen, R. (2022). Determinants of natural adult sleep: An umbrella review. Em *PLoS ONE* (Vol. 17, Número 11 November). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277323>
- Philips. (2021). *How COVID-19 changed sleep around the world*. © Koninklijke Philips N.V.
- Pinheiro, M., Mendes, D., Pais, J., Carvalho, N., & Cabral, T. (2015). Sleep Quality - Impact of Relaxation Techniques and Autogenic Training in Patients Diagnosed with Insomnia. *European Psychiatry*, 30. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(15\)31373-0](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(15)31373-0)
- Plutchik, R. (1982). A psychoevolutionary theory of emotions. *Social Science Information*, 21(4-5). <https://doi.org/10.1177/053901882021004003>

- Porto Editora. (sem data-a). Bem-estar. Em *Dicionário infopédia da língua portuguesa*. Porto Editora. Obtido 26 de Fevereiro de 2024, de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/bem-estar>
- Porto Editora. (sem data-b). Proteger. Em *Dicionário infopédia da língua portuguesa*. Porto Editora. Obtido 26 de Fevereiro de 2024, de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/proteger>
- Porto Editora. (sem data-c). Reparar. Em *Dicionário infopédia da língua portuguesa*. Porto Editora. Obtido 26 de Fevereiro de 2024, de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/reparar>
- Porto Editora. (sem data-d). Sono. Em *Dicionário infopédia da língua portuguesa*. Porto Editora. Obtido 26 de Fevereiro de 2024, de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/sono>
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5 - Tradução da 5ª Edição* (A. V. Cordioli, C. Kieling, C. T. B. da Silva, I. C. Passos, & M. T. Barcellos, Eds.; 5ª ed.). Artmed.
- Quintiliani, M. I., Imperatori, C., Testani, E., Losurdo, A., Tamburello, S., Contardi, A., Della Marca, G., & Farina, B. (2020). Usefulness of psychoeducational intervention in chronic insomnia: an actigraphic study. *Journal of Mental Health*, 29(1). <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417563>
- Ribeiro, I., Carvalho, J. C., Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020). Comportamento Interativo e Comportamento Alimentar. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed., pp. 133-135). Lidel.
- Rogers, C. (2023). *Tornar-se Pessoa - A terapia pelos olhos do terapeuta* (I. [Tradução] Alves, Ed.; 1ª ed.). Talento Intemporal.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy* (70º ed.). Constable & Company.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3). <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Sampaio, F., Gonçalves, P., & Sequeira, C. (2022). Mental Health Literacy: It Is Now Time to Put Knowledge into Practice. Em *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 19, Número 12). <https://doi.org/10.3390/ijerph19127030>
- Sampaio, F. M. C., Araújo, O. S. S. L., Sequeira, C. A. da C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018). Evaluation of the Psychometric Properties of NOC Outcomes “Anxiety Level” and

“Anxiety Self-Control” in a Portuguese Outpatient Sample. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(3), 184-191. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12169>

Sampaio, F. M. C., Martins; Ana Elisabete Coelho, Marques; João Pedro Ribeiro, Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. da C. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros* .

Sampaio, F., Pereira, P., Castro, S., Morgado, T., & Lourenço, T. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental*.

Sampaio, F., & Sequeira, C. (2016). Enquadramento Concetual. Em C. Sequeira (Ed.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª ed., pp. 272-275). Lidel.

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem: Princípios Orientadores para a Implementação na Prática Clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>

Sandin, K., Shields, G., Gjengedal, R. G. H., Osnes, K., Bjørndal, M. T., Reme, S. E., & Hjemdal, O. (2023). Responsiveness to change in health status of the EQ-5D in patients treated for depression and anxiety. *Health and Quality of Life Outcomes*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02116-y>

Schumacher, K. L. (1995). Family caregiver role acquisition: role-making through situated interaction. Em *Scholarly inquiry for nursing practice* (Vol. 9, Número 3).

Sequeira, C. (2016). Impasses Terapêuticos. Em C. Sequeira (Ed.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª ed., pp. 146-148). Lidel.

Sequeira, C. (2021). Primeira ajuda em saúde mental: um contributo para uma sociedade mais saudável. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 17(4). <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.000193>

Sequeira, C., & Coelho, T. (2016). Técnicas/ Competências de Comunicação. Em C. Sequeira (Ed.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª ed., pp. 103-131). Lidel.

Sequeira, C., Falcó-Pegueroles, A., & Lluch, T. (2016). Competências Comunicacionais. Em C. Sequeira (Ed.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª ed., pp. 48-58). Lidel.

Sequeira, C., & Fortuño, M. L. (2016). 30.1 Entrevista Clínica. Em C. Sequeira (Ed.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª ed., pp. 237-250). Lidel.

Sequeira, C., Sampaio, F., & Roldán-Merino, J. (2016). A Relação de Ajuda como Intervenção Psicoterapêutica. Em C. Sequeira (Ed.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª ed., pp. 320-327). Lidel.

- Sequeira, C., & Sequeira, A. (2016). Estratégias gerais - 25.3. Comunicar com a criança e o adolescente. Em C. Sequeira (Ed.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª ed., pp. 193-195). Lidel.
- Shrivastava, D., Jung, S., Saadat, M., Sirohi, R., & Crewson, K. (2014). How to interpret the results of a sleep study. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 4(5). <https://doi.org/10.3402/jchimp.v4.24983>
- Sousa, L., Sequeira, C., Ferrè-Grau, C., Neves, P., & Lleixà-Fortuño, M. (2016). Training programmes for family caregivers of people with dementia living at home: Integrative review. Em *Journal of Clinical Nursing* (Vol. 25, Números 19-20). <https://doi.org/10.1111/jocn.13266>
- Teixeira, S., Ferré-Grau, C., Canut, T. L., Pires, R., Carvalho, J. C., Ribeiro, I., Sequeira, C., Rodrigues, T., Sampaio, F., Costa, T., & Sequeira, C. A. (2022). Positive Mental Health in University Students and Its Relations with Psychological Vulnerability, Mental Health Literacy, and Sociodemographic Characteristics: A Descriptive Correlational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph19063185>
- Teixeira, S., Sequeira, C., & Lluch, T. (2020). *Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para Adultos (Mentis Plus+): manual de apoio*. A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Travers, C. (2011). Unveiling a reflective diary methodology for exploring the lived experiences of stress and coping. *Journal of Vocational Behavior*, 79(1). <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.11.007>
- Van Laethem, M., Beckers, D. G. J., Kompier, M. A. J., Dijksterhuis, A., & Geurts, S. A. E. (2013). Psychosocial work characteristics and sleep quality: A systematic review of longitudinal and intervention research. Em *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* (Vol. 39, Número 6). <https://doi.org/10.5271/sjweh.3376>
- Vaz Serra, A., Cristina Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., João Quartilho, M., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(271).
- Voukelatou, V., Gabrielli, L., Miliou, I., Cresci, S., Sharma, R., Tesconi, M., & Pappalardo, L. (2021). Measuring objective and subjective well-being: dimensions and data sources. Em *International Journal of Data Science and Analytics* (Vol. 11, Número 4). <https://doi.org/10.1007/s41060-020-00224-2>

- Walker, R., Kandel, P., Hill, B., Hills, S., Dunbar, J., & Skouteris, H. (2021). Practice nurses and providing preconception care to women in Australia: A qualitative study. *Australian Journal of Primary Health*, 27(1). <https://doi.org/10.1071/PY20072>
- Walker, W. H., Walton, J. C., DeVries, A. C., & Nelson, R. J. (2020). Circadian rhythm disruption and mental health. Em *Translational Psychiatry* (Vol. 10, Número 1). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0694-0>
- Wang, X., Cheng, S., & Xu, H. (2019). Systematic review and meta-analysis of the relationship between sleep disorders and suicidal behaviour in patients with depression. Em *BMC Psychiatry* (Vol. 19, Número 1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2302-5>
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care*, 34(3). <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (Sf-36): I. conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6). <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Watson, N. F., Badr, M. S., Belenky, G., Bliwise, D. L., Buxton, O. M., Buysse, D., Dinges, D. F., Gangwisch, J., Grandner, M. A., Kushida, C., Malhotra, R. K., Martin, J. L., Patel, S. R., Quan, S. F., Tasali, E., Twery, M., Croft, J. B., Maher, E., Barrett, J. A., ... Heald, J. L. (2015). Recommended amount of sleep for a healthy adult: A joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(6). <https://doi.org/10.5664/jcsm.4758>
- WHO. (2016). WHO | Sustainable Development Goal 3: Health. *WHO*.
- Willcox, G. (1982). The Feeling Wheel: A tool for expanding awareness of emotions and increasing spontaneity and intimacy. *Transactional Analysis Journal*, 12(4).
- Wittchen, H.-U., & Nelson, C. B. (1996). The Composite International Diagnostic Interview: An Instrument for Measuring Mental Health Outcome? Em G. Thornicroft & M. Tansella (Eds.), *Mental Health Outcome Measures* (pp. 179-187). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-80202-7_13
- World Health Organization. (1946). Summary Report on Proceedings Minutes and Final Acts of the International Health Conference. *International Health Conference*, 2.
- World Health Organization. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10). [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

- World Health Organization. (1998). Wellbeing Measures in Primary Health Care/ The Depcare Project. *Report on a WHO Meeting*.
- World Health Organization. (2001). *The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope*.
- World Health Organization. (2021a). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. Em World Health Organization & Mental Health and Substance Use (MSD) (Eds.), *Seventy-fourth World Health Assembly, WHO* (p. 40). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. (2021b). *COP26 special report on climate change and health: the health argument for climate action*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036727>
- World Health Organization. (2022). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization. (2024, Janeiro). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD-11 Browser]*. WHO. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
- World Health Organization, W. (2005). *Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9241562943>
- Yao, L., & Kabir, R. (2023). Person-Centered Therapy (Rogerian Therapy). Em *StatPearls*.
- Younas, A., Rasheed, S. P., Sundus, A., & Inayat, S. (2020). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, 22(2). <https://doi.org/10.1111/nhs.12671>
- Zisopoulou, T., & Varvogli, L. (2023). Stress Management Methods in Children and Adolescents: Past, Present, and Future. Em *Hormone Research in Paediatrics* (Vol. 96, Número 1). <https://doi.org/10.1159/000526946>
- Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: A consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14). <https://doi.org/10.1111/jocn.12182>

ANEXOS

Anexo I - Instrumento De Avaliação - EQ-5D-5L



Questionário de saúde

Versão Portuguesa para Portugal

(Portuguese version for Portugal)

Sob cada título, assinale o quadrado que melhor descreve como a sua saúde está HOJE.

MOBILIDADE

- Não tenho problemas em andar
- Tenho problemas ligeiros em andar
- Tenho problemas moderados em andar
- Tenho problemas graves em andar
- Sou incapaz de andar

CUIDADOS PESSOAIS

- Não tenho problemas em me lavar ou vestir
- Tenho problemas ligeiros em me lavar ou vestir
- Tenho problemas moderados em me lavar ou vestir
- Tenho problemas graves em me lavar ou vestir
- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

ATIVIDADES HABITUAIS (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- Tenho problemas ligeiros em desempenhar as minhas atividades habituais
- Tenho problemas moderados em desempenhar as minhas atividades habituais
- Tenho problemas graves em desempenhar as minhas atividades habituais
- Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

DOR / MAL-ESTAR

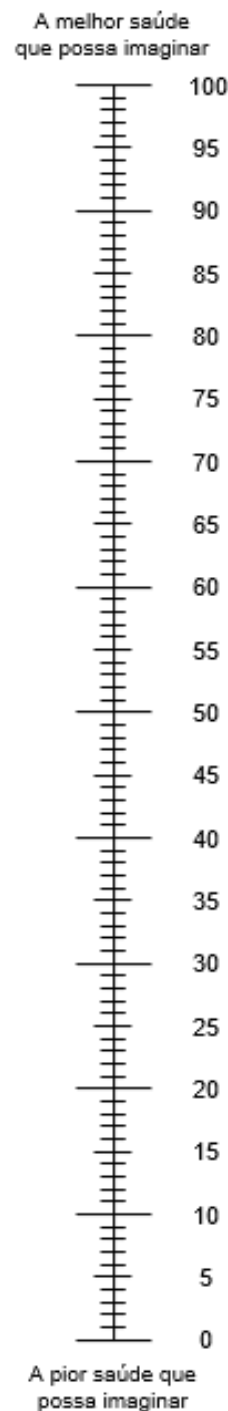
- Não tenho dores ou mal-estar
- Tenho dores ou mal-estar ligeiros
- Tenho dores ou mal-estar moderados
- Tenho dores ou mal-estar graves
- Tenho dores ou mal-estar extremos

ANSIEDADE / DEPRESSÃO

- Não estou ansioso/a ou deprimido/a
- Estou ligeiramente ansioso/a ou deprimido/a
- Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
- Estou gravemente ansioso/a ou deprimido/a
- Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

- Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE.
- A escala está numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que possa imaginar.
0 significa a pior saúde que possa imaginar.
- Assinale com um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor escreva o número que assinalou na escala na caixa abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =



Anexo II - Instrumento De Avaliação - EQ-5D-Y



Questionário de saúde

Versão portuguesa para Portugal

(Portuguese version for Portugal)

Sob cada título, assinala o **quadrado** que melhor descreva como a tua saúde está HOJE.

MOBILIDADE (*andar*)

- Não tenho problemas em andar
- Tenho alguns problemas em andar
- Tenho muitos problemas em andar

TRATAR DE MIM

- Não tenho problemas em lavar-me ou vestir-me
- Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me
- Tenho muitos problemas em lavar-me ou vestir-me

FAZER AS ATIVIDADES HABITUAIS (*por exemplo, ir à escola, passatempos, desporto, brincar, fazer coisas com a família ou os amigos*)

- Não tenho problemas em fazer as minhas atividades habituais
- Tenho alguns problemas em fazer as minhas atividades habituais
- Tenho muitos problemas em fazer as minhas atividades habituais

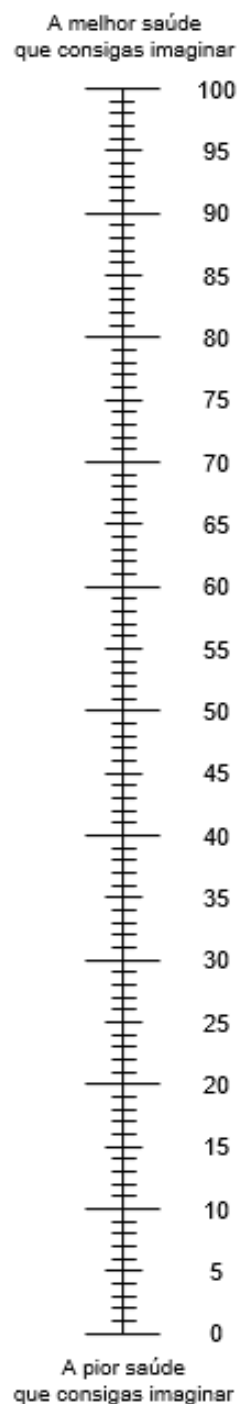
TER DORES OU MAL-ESTAR

- Não tenho dores nem mal-estar
- Tenho algumas dores ou mal-estar
- Tenho muitas dores ou mal-estar

SENTIR-ME PREOCUPADO, TRISTE OU DESCONTENTE

- Não me sinto preocupado, triste ou descontente
- Sinto-me um pouco preocupado, triste ou descontente
- Sinto-me muito preocupado, triste ou descontente

- Gostaríamos de saber o quanto a tua saúde HOJE está boa ou má.
- A linha está numerada de 0 a 100.
- 100 (cem) significa a melhor saúde que consigas imaginar. 0 (zero) significa a pior saúde que consigas imaginar.
- Assinala a linha com um X para mostrares o quanto a tua saúde está boa ou má HOJE.



Anexo III - Instrumento De Avaliação - PSQI

Iniciais do paciente _____ ID# _____ Data _____ Hora _____

QUESTIONÁRIO DE PITTSBURGH SOBRE A QUALIDADE DO SONO

INSTRUÇÕES:

As perguntas que se seguem referem-se aos seus hábitos de sono normais apenas ao longo do último mês (últimos 30 dias). As suas respostas devem indicar a opção mais precisa para a maioria dos dias e noites ao longo do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Ao longo do último mês, normalmente a que horas se deitou, à noite?

HORA DE DEITAR _____

2. Ao longo do último mês, normalmente quanto tempo (em minutos) demorou a adormecer cada noite?

NÚMERO DE MINUTOS _____

3. Ao longo do último mês, normalmente a que horas se levantou de manhã?

HORA DE LEVANTAR _____

4. Ao longo do último mês, quantas horas de sono efectivo dormiu à noite? (pode diferir do número de horas que passou na cama.)

HORAS DE SONO POR NOITE _____

Para cada uma das restantes perguntas, escolha a resposta mais adequada. Por favor, responda a todas as perguntas.

5. Ao longo do último mês, quantas vezes teve problemas relacionados com o sono por . . .

- a) ...não conseguir dormir no espaço de 30 minutos

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês _____ | Menos do que uma vez por semana _____ | Uma ou duas vezes por semana _____ | Três ou mais vezes por semana _____ |
|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|

- b) ...acordar a meio da noite ou muito cedo

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês _____ | Menos do que uma vez por semana _____ | Uma ou duas vezes por semana _____ | Três ou mais vezes por semana _____ |
|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|

- c) ...ter de se levantar para ir à casa-de-banho

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês _____ | Menos do que uma vez por semana _____ | Uma ou duas vezes por semana _____ | Três ou mais vezes por semana _____ |
|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|

d) ...não conseguir respirar comodamente

| | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês_____ | Menos do que uma vez por semana___ | Uma ou duas vezes por semana_____ | Três ou mais vezes por semana_____ |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

e) ...tossir ou ressonar alto

| | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês_____ | Menos do que uma vez por semana___ | Uma ou duas vezes por semana_____ | Três ou mais vezes por semana_____ |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

f) ...sentir demasiado frio

| | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês_____ | Menos do que uma vez por semana___ | Uma ou duas vezes por semana_____ | Três ou mais vezes por semana_____ |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

g) ...sentir demasiado calor

| | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês_____ | Menos do que uma vez por semana___ | Uma ou duas vezes por semana_____ | Três ou mais vezes por semana_____ |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

h) ...ter pesadelos

| | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês_____ | Menos do que uma vez por semana___ | Uma ou duas vezes por semana_____ | Três ou mais vezes por semana_____ |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

i) ...ter dores

| | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês_____ | Menos do que uma vez por semana___ | Uma ou duas vezes por semana_____ | Três ou mais vezes por semana_____ |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

j) ...outra(s) razão/razões; por favor, descreva-a(s) _____

Ao longo do último mês, quantas vezes teve problemas em dormir por esse(s) motivo(s)?

| | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês_____ | Menos do que uma vez por semana___ | Uma ou duas vezes por semana_____ | Três ou mais vezes por semana_____ |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

6. Ao longo do último mês, como classificaria a qualidade geral do seu sono?

Muito boa _____

Moderadamente boa _____

Moderadamente má _____

Muito má _____

7. Ao longo do último mês, quantas vezes tomou medicamentos para o ajudarem a dormir (receitados ou de venda livre)?

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês_____ | Menos do que uma vez por semana____ | Uma ou duas vezes por semana_____ | Três ou mais vezes por semana_____ |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

8. Ao longo do último mês, quantas vezes teve problemas em manter-se acordado enquanto conduzia, às refeições ou ao participar em actividades sociais?

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês_____ | Menos do que uma vez por semana____ | Uma ou duas vezes por semana_____ | Três ou mais vezes por semana_____ |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

9. Ao longo do último mês, até que ponto foi um problema para si manter o entusiasmo suficiente para realizar as tarefas necessárias?

Nenhum problema _____

Apenas um problema muito ligeiro _____

Algum problema _____

Um problema muito grande _____

10. Partilha a cama ou o quarto com alguém?

Não partilho a cama / o quarto com ninguém _____

Parceiro/a de cama / de quarto noutra quarto _____

Parceiro/a no mesmo quarto mas noutra cama _____

Parceiro/a na mesma cama _____

Se partilha o quarto ou a cama com alguém, pergunte-lhe quantas vezes, ao longo do último mês, você . . .

- a) ...ressonou alto

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês_____ | Menos do que uma vez por semana____ | Uma ou duas vezes por semana_____ | Três ou mais vezes por semana_____ |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

- b) ...fez pausas longas entre respirações enquanto dormia

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês_____ | Menos do que uma vez por semana____ | Uma ou duas vezes por semana_____ | Três ou mais vezes por semana_____ |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

c) ...teve contrações musculares ou movimentos bruscos das pernas durante o sono

| | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês_____ | Menos do que uma vez por semana___ | Uma ou duas vezes por semana_____ | Três ou mais vezes por semana_____ |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

d) ...teve episódios de desorientação ou de confusão ao acordar de noite

| | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês_____ | Menos do que uma vez por semana___ | Uma ou duas vezes por semana_____ | Três ou mais vezes por semana_____ |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

e) ...mostrou outros sintomas de desassossego durante o sono; por favor, descreva-os____

| | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Não ocorreu no último mês_____ | Menos do que uma vez por semana___ | Uma ou duas vezes por semana_____ | Três ou mais vezes por semana_____ |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|

Anexo IV - Instrumento De Avaliação - NOC "Cognição" (0900)

Resultado NOC “Cognição” (0900)

| Indicadores | Gravemente Comprometido 1 | Muito Comprometido 2 | Moderadamente Comprometido 3 | Levemente Comprometido 4 | Não Comprometido 5 | N/A |
|--|------------------------------|-------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----|
| Comunicação clara para a idade | | | | | | |
| Comunicação adequada à idade | | | | | | |
| Compreensão do significado das situações | | | | | | |
| Capacidade para ficar atento | | | | | | |
| Concentração | | | | | | |
| Orientação Cognitiva | | | | | | |
| Memória Imediata | | | | | | |
| Memória Recente | | | | | | |
| Memória Remota | | | | | | |
| Processamento de Informações | | | | | | |
| Peso de alternativas a tomar decisões | | | | | | |
| Tomada de decisão adequada | | | | | | |
| Habilidades de cálculos complexos | | | | | | |

Fonte: Coelho, J., Ribeiro, A. R., Sampaio, F., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2019). Cultural adaptation and psychometric properties assessment of the NOC outcome “Cognition” in a sample of Portuguese adults with mental illness. *International Journal of Nursing Knowledge*. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12268>