

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO SONO NA PESSOA IDOSA

Filipa Isabel Santos Vaz



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Unidade Curricular: Estágio com Relatório

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO SONO NA PESSOA IDOSA

Filipa Isabel Santos Vaz
Orientadora: Professora Doutora Helena Quaresma

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para Obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

"Tudo é nada, e tudo Um sonho finge ser. Dorme, e, ao adormecer, Saibas do coração sorrir Sorrisos de esquecer."

Fernando Pessoa, "Cancioneiro"

DEDICATÓRIA
Aos meus pais, e irmãos, a pedra basilar da minha estrutura, enquanto pessoa e enquanto enfermeira
Muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço profundamente a todos os que apoiaram na concretização deste projeto.

À Senhora Professora Doutora Helena Quaresma, pela orientação, apoio e motivação ao longo do percurso formativo.

Ao Senhor Enfermeiro Especialista Jorge Façanha, à Senhora Enfermeira Especialista Rosângela Santos e à Senhora Enfermeira Especialista Isabel Almeida, bem como aos restantes elementos das equipas pela possibilidade de realização de estágio nestas unidades e pela sua orientação, apoio, incentivo, desafios e partilha de conhecimento ao longo dos últimos meses.

À colega e amiga Soraia Amado pela sua disponibilidade, prontidão, motivação, paciência, incentivo e apoio constante.

Aos meus amigos, por estarem sempre presentes, compreendendo as ausências e acreditando em mim.

A toda a minha família, pela força transmitida, incentivo e confiança, especialmente à minha mãe, por todo o suporte, dedicação e preocupação.

Ao meu companheiro, pelo incentivo, otimismo, companheirismo e apoio ao longo deste percurso.

Aos meus sobrinhos, que com a sua alegria são a minha motivação diária.

Muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APA – American Psychological Association

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Et al. – E outros

INE – Instituto Nacional de Estatística

JBI - Joanna Briggs Institute

MESMP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCCISM – Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

WHO – World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estratégias de pesquisa	58
Quadro 2 – Resultados dos artigos incluídos na revisão	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção e inclusão dos estudos. ---- 61

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
PARTE I – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	13
1 - CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM	14
1.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	14
1.1.1 – Estágio de ESMP em Contexto de Internamento	15
1.1.2 – Estágio de ESMP em Contexto de Comunidade	18
1.1.3 – Estágio de ESMP em Contexto de Respostas Diferenciadas	21
2 – ANÁLISE CRITICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	25
2.1 – COMPETÊCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	26
2.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	33
PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO - A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO SONO NA PESSOA IDOSA	48
RESUMO	49
ABSTRACT	50
1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO FENÓMENO	51
1.1 – A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO SONO NA PESSOA IDOSA	52
2 – METODOLOGIA	57
2.1 – EXTRAÇÃO DE RESULTADOS	60
2.2 – RESULTADOS	61
2.3 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	73
2.4 – LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	82

2.5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
NOTA CONCLUSIVA	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
APÊNDICES	
Apêndice I – Caso Clínico de Enfermagem	
Apêndice II – Intervenção Psicoeducativa: Treino de Assertividade	
Apêndice III – Intervenção Psicoeducativa sobre a doença	
Apêndice IV – Ação de sensibilização para celebrar o dia mundial da saúde mental	
Apêndice V – Dinamização de atividade de sensibilização – feira da saúde	
Apêndice VI – Consulta de Alcoologia	
Apêndice VII – Projeto de Intervenção Psicoeducativa sobre a Qualidade do Sono	
Apêndice VIII - Projeto AcompanhadaMente	

INTRODUÇÃO

O presente relatório intitulado de Relatório Final de Estágio, está inserido na Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 3º Semestre do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP) 2021/2023 da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), sob orientação pedagógica da Professora Doutora Helena Quaresma.

O mesmo assume uma enorme relevância no desenvolvimento e concretização do MESMP, pois é neste que se presume ver refletido todo o trabalho desenvolvido ao longo do 3º semestre, e o seu términos e defesa em prova pública culminará na obtenção do grau de Mestre e o Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual a pessoa realiza as suas próprias habilidades, é capaz de lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de contribuir para a sua comunidade. A doença mental grave é também definida como toda a doença psiquiátrica que, pelas suas características especificas e respetiva evolução, afeta a pessoa de forma prolongada e/ou contínua naquilo que é a sua capacidade funcional (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021b).

O aumento do número de pessoas com doença mental é uma realidade bem presente a nível global, pelo que, os EEESMP poderão aqui ter um papel fundamental na promoção da saúde mental e prevenção dos processos de doença, bem como no processo de *recovery* e *empowermen*t das pessoas com doença mental grave e na minoração do estigma associado às patologias mentais.

Portugal, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), apresenta uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da europa, sendo que uma grande percentagem das pessoas com doenças mentais graves, ainda se encontram sem acesso a cuidados de saúde mental. Das que têm acesso, uma inúmera parte continua a não usufruir dos modelos de intervenção, hoje já considerados como fundamentais. Importa mencionar que segundo a visão do Plano Nacional para a Saúde Mental o mesmo pretende assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados para a promoção da sua saúde mental, bem como prestar cuidados de qualidade e ainda facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com doença mental (DGS, 2017a).

Assim a saúde mental deve ser promovida ao longo de todo o ciclo vital, refletindo-se na capacidade de adaptação do indivíduo e na sua capacidade de lidar com as adversidades. Sendo que a mesma não é estanque e pode sofrer desequilíbrios ao longo da vida, pelo que as intervenções com vista à sua promoção, e/ou prevenção da doença mental, são uma componente prioritária ao nível nacional e internacional.

O interesse pela área advém do exposto previamente, e baseia-se na necessidade percecionada de adquirir e consolidar conhecimento da área de especialidade, consequência das experiências pessoais prévias, mas também da prática profissional. Considerando o meu interesse pessoal na vertente da promoção da saúde mental e sendo a população idosa um grupo populacional vulnerável parece-me premente a realização de estudos e projetos que valorizem o processo de envelhecimento ativo assim como promovam a saúde e qualidade de vida dos mesmos. Também os dados sobre a magnitude das projeções futuras da população idosa, a qualidade do sono na mesma população e respetivas consequências para a sua saúde mental, como podemos percecionar mais à frente neste trabalho, representam de forma clara essa mesma necessidade.

Com o presente relatório pretendo realizar uma reflexão e demonstração do processo de desenvolvimento e aquisição de competências de EEESMP, tendo por base os objetivos presentes no documento guia orientador de Estágio com relatório (ESEnfC, 2022), nomeadamente: refletir de uma forma critica sobre o processo de ensino-aprendizagem; mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos no domínio das metodologias de investigação em enfermagem na área de especialização; utilizar um discurso próprio da disciplina, com rigor científico, comunicando as conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara e sem ambiguidades; elaborar um relatório centrado na aquisição de competências profissionais especializadas descrevendo as intervenções em situações complexas nos diversos contextos de estágio realizados e inclua o projeto de estudo, respeitando os elementos fundamentos de um relatório de investigação.

O presente trabalho encontra-se organizado segundo o proposto no documento Guia de Estágio (ESEnfC, 2021), estando assim estruturado e divido em duas partes. A Parte I corresponde à componente de estágio desenvolvida em contextos clínicos e subdivide-se em 2 capítulos. No primeiro capítulo é abordada a caracterização dos contextos de estágio. No segundo capítulo é realizada uma análise critico-reflexiva sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, interligando as mesmas às atividades realizadas com vista a atingir as competências previamente referidas e expressas pela ordem dos Enfermeiros. A Parte II correspondente à componente de investigação, onde se encontra uma investigação com

base na metodologia da revisão scoping, seguindo as recomendações do Joanne Briggs Institute (JBI), sobre a temática Promoção da Qualidade do Sono na Pessoa Idosa. Esta subdivide-se também em dois capítulos. O primeiro capítulo engloba o enquadramento conceptual do fenómeno em estudo, realizando uma breve abordagem teórica e devida contextualização. Num segundo capítulo é exposta a metodologia do estudo realizado, onde são abordados: o tipo de estudo, objetivos e questões de investigação; participantes, procedimentos e recolha de informação, procedimentos formais e éticos e por fim a discussão dos resultados com as respetivas conclusões. Este relatório será finalizado com a conclusão.

Para a elaboração deste trabalho foram utilizadas as normas de elaboração de trabalhos escritos que constam no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEnfC (2016), em complementaridade com as normas American Psychological Association (APA) 7ª edição.

PARTE I

AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

1 - CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM

Segundo o Parlamento Europeu na diretiva de 2005, citado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), refere que o estágio é uma vertente da formação em enfermagem, por meio da qual os estudantes aprendem na prática a planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem, com base nos conhecimentos e competências adquiridas, previamente, inseridos numa equipa e em contacto direto com os indivíduos, seja em contexto hospitalar/institucional como na comunidade e respetivas famílias (OE, 2017).

Também segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021) é fulcral que os futuros Enfermeiros Especialistas, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados, compreendam as dinâmicas próprias da sua intervenção, sendo que a realização de estágios permite que estas aprendizagens, ocorram no contexto de prestação de cuidados, facilitando o processo de aquisição das mesmas bem como a consolidação de conhecimentos, devendo assim este ser considerado como um elemento central na transição do Enfermeiro para Enfermeiro Especialista.

Deste modo, o futuro EEESMP tem a possibilidade de desenvolver competências integrado numa equipa de saúde especializada e no contexto da prática profissional, permitindo ao mesmo observar, intervir e refletir sobre os conhecimentos até então adquiridos, sistematizando os mesmos, fomentando o seu autoconhecimento e desenvolvendo-se como instrumento terapêutico, bem como aprimorar a sua capacidade crítico-reflexiva perante as melhores práticas, tendo por fim a prestação de cuidados de excelência à pessoa/família e comunidades.

Assim nesta parte do trabalho será feita a apresentação dos locais de estágio clínico, nomeadamente a sua descrição e caracterização.

1.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

A componente de estágio do mestrado em ESMP contempla dois momentos de estágio, o primeiro no segundo semestre, Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de internamento, com uma duração total de 390h, e o segundo Estágio com Relatório, no terceiro semestre do mestrado, com uma duração total de 810h, estando este último dividido em dois estágios, o Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

em Contexto de Comunidade e o Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto de Respostas Diferenciadas.

Os estágios foram realizados: a) numa instituição da região centro especializada no cuidado à pessoa com doença mental no período compreendido entre os dias 23 de maio e 14 de julho de 2022, num total de 8 semanas — estágio de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; b) numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Baixo Vouga entre os dias 26 de setembro a 16 de dezembro de 2022 — contexto de cuidados na comunidade; e, c) numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (UCCISM) da região centro no período compreendido entre os dias 3 de janeiro a 24 de fevereiro de 2023 — contexto de respostas diferenciadas.

1.1.1 – Estágio de ESMP em Contexto de Internamento

Este estágio teve uma duração de 8 semanas, entre 23 de maio e 14 de julho de 2022 numa instituição da região centro de cariz particular, especializada no cuidado à pessoa com doença mental.

A instituição integra um grupo de várias instituições e tem como missão a prestação de cuidados diferenciados e humanizados em saúde, sobretudo em saúde mental e psiquiátrica, de acordo com as melhores práticas clínicas, com qualidade e eficiência, respeitando a individualidade e sensibilidade das pessoas, numa visão humanista e integral. Esta presta cuidados em várias áreas de intervenção nomeadamente: Psiquiatria, Psicogeriatria, Gerontopsiquiatria, Incapacidade Intelectual e Reabilitação Psicossocial, com diversificadas respostas: Unidades de Curto/Médio/Longo Internamento; Consultas Externas, Apoio Domiciliário e Unidades Residenciais (Apoio Máximo/Moderado ou na Comunidade).

A unidade na qual desenvolvi o meu percurso de aprendizagem, encontra-se direcionada à vertente da reabilitação psicossocial, e disponibiliza cuidados assistenciais especializados a pessoas com doença mental quer a nível intra-hospitalar quer na comunidade de forma protegida. No contexto intra-hospitalar apresenta uma unidade de ganhos de autonomia sendo esta unidade de apoio máximo, em que se preconiza um serviço habitacional centrado no treino da autonomia e dirigido a pessoas com potencial para integrar um programa de reabilitação psicossocial, visando a promoção da autonomia nas atividades básicas e instrumentais de vida diárias e pelo desenvolvimento de competências psicossociais, intervindo no treino de competências para uma melhoria das relações interpessoais e pela capacitação na gestão terapêutica e financeira. Apresenta ainda um espaço denominado de

Quinta onde existem 4 casas de habitação independentes de apoio moderado. No contexto da comunidade em residências também de apoio moderado, existe um apartamento e uma vivenda, sendo que as pessoas vão sendo alocadas aos diferentes espaços consoante a avaliação e a sua progressão em treino de autonomias. Contudo, e tendo em conta, que a componente deste estágio se prende com a intervenção na pessoa com doença mental grave em fase aguda, importa referir que a mesma unidade apresenta um elevado número de pessoas com doença mental, com sintomatologia ativa, indo assim ao encontro dos objetivos do estágio.

No momento encontravam-se afetas a esta unidade 36 pessoas integradas nas diferentes tipologias de residências de apoio moderado, privilegiando-se sempre que possível o número ímpar de residentes, de forma a facilitar a tomada de decisão em grupo auxiliando a capacitação para as relações interpessoais. Esta unidade disponibiliza cuidados assistenciais especializados a pessoas com diferentes diagnósticos clínicos na área de saúde mental, podendo o internamento ser de curta ou longa duração. A unidade engloba essencialmente doença mental grave como: esquizofrenia, doença afetiva bipolar, perturbações do desenvolvimento bem como pessoas com consumos e perturbação de impulsos.

A equipa multidisciplinar é composta por EEESMP, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e Médico, bem como a presença de auxiliares de ação médica denominadas de monitoras. Esta equipa multidisciplinar tem por base o modelo de terapeuta de referência, em conjunto com cada utente e recorrendo a acordos terapêuticos, elabora planos individuais de intervenção, com uma periocidade trimestral, com o intuito de estabelecer metas/objetivos de reabilitação a fim destes atingirem o seu potencial máximo, com a finalidade de alcançar a sua integração na comunidade.

As intervenções multidisciplinares efetuadas são inúmeras e variadas englobando a entrevista de avaliação, com uma abordagem motivacional; reunião e avaliação familiar, identificando as expectativas da mesma; articulação com as entidades referenciadoras e respetivo follow-up, bem como a avaliação do contexto socioeconómico com realização de visita domiciliária sempre que se justifique.

Sendo o EEESMP elemento crucial neste processo, pois o mesmo após a avaliação identifica diagnósticos, prescreve e executa as intervenções mais adequadas, através do planeamento de programas individualizados. As intervenções e atividades decorrentes deste processo são maioritariamente: treino das atividades de vida diária; adesão ao regime terapêutico; treino de preparação da medicação; treino de competências sociais; treino de assertividade; gestão financeira; intervenção familiar; intervenção psicoeducativa;

desenvolvimento do plano ocupacional; preparação da alta para contextos mais favoráveis; pesquisa de emprego (preparação e acompanhamento à entrevista).

Como linha orientadora para a realização deste estágio essencial para o desenvolvimento de competências especificas, foi-me pedido que procurasse dar resposta aos objetivos gerais presentes no Guia de Estágio (ESEnfC, 2022), nomeadamente:

- Identificar fenómenos de enfermagem no adulto internado em contexto psiquiátrico agudo.
- Valorizar potenciais do doente, familiares e amigos como parceiros dos cuidados.
- Conceber cuidados de enfermagem especializados, formulando juízos clínicos, prescrevendo e negociando cuidados, revelando capacidade critica/decisão clínica baseada na evidência científica, ética e deontológica profissional e o estadio desenvolvimental da pessoa.
- Prestar cuidados de enfermagem especializados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial, e psicoeducacional fundamentados e com qualidade técnica.
- Avaliar a efetividade dos cuidados tendo por base os resultados esperados/mudança no status diagnóstico e, sempre que possível, utilizar instrumentos de avaliação psicométrica/clinimétrica.
- Partilhar experiências no âmbito da comunicação e relacionamento terapêutico em contexto psiquiátrico, distinguindo as técnicas utilizadas e analisando à luz dos modelos de referência abordados.
- Refletir sobre o papel diferenciado do enfermeiro especialista na equipa de cuidados.

Para a concretização e consolidação destes objetivos, enumeras foram as atividades desenvolvidas e nas quais colaborei na sua execução, porem a mais valia por mim identificada foi a realização de intervenções direcionadas a uma pessoa com sintomatologia ativa, ainda sem insight sobre a doença e direcionada à sua realidade com a construção do estudo caso (Apêndice I) e respetivas intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas direcionadas e individualizadas, culminando em ganhos em saúde efetivos e visíveis na mesma, contribuindo de forma efetiva para o seu percurso de tratamento e reabilitação.

Algumas das intervenções realizadas de forma individualizada, foram um plano de intervenção psicoeducativo (Apêndice III) estruturado em 7 sessões sobre os sinais e sintomas da sua doença, contribuindo assim para o aumento do insight e juízo critico, reconhecendo as suas emoções e respetivos comportamentos associados, sendo que para o efeito foi aplicado um questionário de avaliação de conhecimentos adaptado, pré e pós

intervenção. Bem como avaliações intermédias a cada sessão a fim de consolidar a informação transmitida.

Desenvolvi ainda um plano de treino de assertividade (Apêndice II), composto por 6 sessões com o objetivo de promover na pessoa formação e treino de uma comunicação assertiva, bem como promover a melhoria de comportamentos assertivos, contribuindo assim para o desenvolvimento de competências socias da mesma. No caso foi aplicado um teste de assertividade pré e pós intervenção, e a solicitação de trabalhos denominados de TPC's entre cada sessão para treino das competências abordadas, bem como consolidação das mesmas.

Importa ainda referir que ao longo deste percurso mantive presente alguns modelos teóricos onde sustentei e minha prática, nomeadamente o Modelo Rogeriano, pois neste a pratica é centrada na pessoa e privilegia a interação entre o profissional de saúde e a pessoa no processo terapêutico, sendo que o profissional de saúde é considerado um facilitador do processo. Nesta abordagem o objetivo é a habilitação da pessoa nas áreas de desempenho ocupacional desde o lazer, a produtividade bem como o autocuidado, desde que a mesma apresente interesse e significado adequado, àquilo que é a sua individualidade e o seu contexto de vida. A abordagem do presente modelo vai assim ao encontro dos pressupostos da reabilitação psicossocial, uma vez que a mesma tende a valorizar e responsabilizar a pessoa pelo desenvolvimento do seu processo terapêutico, bem como por demostrar flexibilidade quanto à utilização de diversas intervenções adequadas às necessidades da pessoa alvo de cuidados. Desta forma, o enfase segundo o modelo Rogeriano é colocado na capacidade da pessoa de fazer as suas escolhas racionais e desenvolver o seu máximo potencial (Valente et al., 2020).

1.1.2 - Estágio de ESMP em Contexto de Comunidade

Este estágio teve a duração de 12 semanas, entre 26 de setembro e 16 de dezembro de 2022 e foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Baixo Vouga.

As UCC têm a sua atuação centrada na comunidade, com o propósito de intervir de uma forma ativa nos problemas de saúde assim como sociais, incorporando projetos e serviços que tenham em conta a realidade da população da sua área de intervenção.

A UCC onde desenvolvi o meu percurso de estágio, vai ao encontro destes prossupostos apresentando como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho, com a intenção de obter ganhos em saúde. Para tal, a mesma presta cuidados de

saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e de risco, com dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Bem como, promove ações de educação para a saúde garantindo a qualidade e a continuidade dos cuidados, estabelecendo parcerias com as várias instituições e órgãos de poder local.

Esta exerce a sua atividade apresentando uma abrangência geográfica de quatro freguesias da área, cuja densidade populacional é de 522.40 habitantes/ Km2, com uma população total de 39.235, segundo a informação do site Pordata em 2021. É composta por uma equipa multidisciplinar, fazendo parte da mesma cinco enfermeiros; dois deles especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, e mais três enfermeiros especialistas nas diferentes valências de saúde materna e obstétrica, comunitária e reabilitação, sendo que os mesmos exercem a sua atividade com autonomia organizacional, técnica e funcional, assumindo a responsabilidade de promover um bom nível de prestação de cuidados, tendo a seu cargo uma carteira básica de serviços.

A mesma apresenta vários projetos em implementação, destacando os da área da saúde mental como é o caso da consulta de alcoologia, para intervenção psicoterapêutica em contexto de tratamento da pessoa/família com dependência de álcool. Desenvolvem também sessões de educação para a saúde a diversos grupos, desde a Saúde Escolar, saúde do adulto e idoso, grupos de risco e cuidados continuados integrados, implementando alguns projetos comunitários nas escolas, como é o caso do Programa Mais Contigo. Importa também referir que as EEESMP colaboram nos restantes projetos da unidade, sempre que necessário e de acordo com as suas competências específicas, como por exemplo no apoio ao programa de reabilitação da DPOC, intervindo no autocontrolo da ansiedade, bem como no projeto de preparação para o parto com a enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia nomeadamente na componente do baby blues e ansiedade.

A UCC apresenta enumeras parcerias locais, sendo que uma destas é um espaço direcionado ao envelhecimento e respetiva promoção do envelhecimento ativo, apresentando como objetivo central aumentar o conhecimento sobre o processo de envelhecimento da população abrangida pelo projeto. Neste caso os objetivos específicos passam por: aumentar o conhecimento sobre o processo de envelhecimento; potenciar o espírito crítico e reflexivo em torno da temática do envelhecimento e repensar as práticas instituídas, propondo novas soluções, desenvolvendo e implementando novas respostas, programas e produtos gerontológicos.

As atividades por mim desenvolvidas ao longo do estágio, tiveram em conta as prioridades da UCC, e procuraram ir ao encontro dos objetivos definidos no quia orientador do estágio

com relatório do contexto de comunidade como também os objetivos gerais do mesmo guia, nomeadamente:

- Diagnosticar situações de crise e dificuldade de adaptação e ajustamento aos processos de saúde-doença mental da pessoa/família e grupos, ao longo do ciclo de vital.
- Prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêutico, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.
- Valorizar os potenciais do individuo, familiares e amigos como parceiros dos cuidados e cuidadores informais, no sentido de favorecer a recuperação do estado de saúde mental e bem-estar.
- Integrar intervenções inovadoras e baseadas nas novas tecnologias na prática especializada.
- Implementar programas de intervenção em enfermagem de saúde mental e comunitária que favoreçam a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar a indivíduos, familiares e grupos sociais ao longo do ciclo vital.
- Compreender o papel diferenciado do enfermeiro especialista na equipa de cuidados de saúde comunitários.
- Identificar uma situação clínica, passível de suportar a formulação de questão de investigação que estará na origem do projeto de estudo.
- Desenvolver o projeto de estudo considerando as diversas fases e etapas processuais de um protocolo de investigação, cumprindo as recomendações éticas e acordo com o objeto de estudo.

Ao longo deste contexto de estágio, fui desenvolvendo atividades e respetivas competências nas várias vertentes de intervenção, baseado numa avaliação contínua da prática, bem como na definição, implementação e avaliação de atividades centradas nas necessidades da comunidade.

Saliento ainda que as intervenções desenvolvidas foram essencialmente direcionadas para a promoção da saúde mental, através da realização de ações de sensibilização para a população com as temáticas da importância da saúde mental no dia-a-dia reforçando e valorizando os fatores protetores (Apêndice IV), bem como sobre a ansiedade e técnicas de autocontrolo da mesma (Apêndice V); e ainda a dinamização da consulta de alcoologia (Apêndice VI) realizada com uma periocidade semanal.

Foi também neste contexto que iniciei o aprofundamento da temática que veio a originar a questão de investigação para a realização da revisão da literatura segundo a metodologia de revisão scoping que irei apresentar na segunda parte deste trabalho, sendo que desenvolvi um programa de intervenção psicoeducativo para a promoção da qualidade do sono, com a finalidade de capacitar as pessoas idosas com estratégias que melhorem a qualidade do sono e consequentemente a sua saúde mental (Apêndice VII).

O projeto de intervenção psicoeducativa teve assim como intuito promover não só o aumento da literacia em saúde sobre a importância da qualidade do sono, mas também uma melhoria nos hábitos de vida e respetivas medidas de higiene do sono, promovendo em última instância um aumento da qualidade do sono dos idosos participantes e consequentemente uma melhoria de qualidade de vida e bem-estar indo ao encontro do referido na literatura, promovendo a saúde mental dos mesmos. O projeto foi elaborado e estruturado em 7 sessões, com avaliação pré e pós intervenção através de um questionário de conhecimentos elaborado e adaptado por mim para a população alvo, tendo por base não só os hábitos que influenciam o sono, como também, o Índice de Qualidade do Sono Pittsburgh validado para a população portuguesa por João et al. em 2017. Foi ainda aplicado um questionário de caracterização sociodemográfico bem como um questionário de satisfação no términus do projeto.

Os cuidados de enfermagem em contexto de comunidade, mais concretamente os cuidados do EEESMP é do meu ponto de vista preponderante no que concerne à promoção da saúde mental, e respetiva prevenção da doença, sendo este o contexto privilegiado de atuação permitindo um contato mais próximo da pessoa/família integrados no seu meio social.

1.1.3 – Estágio de ESMP em Contexto de Respostas Diferenciadas

O presente estágio teve a duração de 8 semanas, entre 3 de janeiro a 24 de fevereiro de 2023, realizado numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (UCCISM) da região centro.

Os cuidados prestados são contínuos ao longo das diferentes fases da doença, quer na área da prevenção, quer nas crises agudas ou cronicidade, com o objetivo de capacitar as pessoas com perturbações mentais a recuperar/definir o seu projeto de vida de modo a manter uma qualidade de vida adequada às suas capacidades e potencialidades. Sendo que cabe ao EEESMP a interpretação e a individualização de estratégias que contribuam para o tratamento, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental, tendo sempre como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão

de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere (Regulamento n.º 515/2018 da OE 2018).

Os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) são cuidados prestados tendo em conta

"um conjunto de intervenções sequenciais de saúde mental e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na reabilitação e recuperação das pessoas com incapacidade psicossocial, entendida como o processo de reabilitação e de apoio social, ativo e continuo, que visa a promoção de autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência com vista à sua integração familiar e social" (OE, 2022, p.11).

Estas integram diferentes tipologias de cuidados sendo que a sua denominação corresponde ao tipo de cuidados/ grau de dependência prestados. No caso específico a UCCI denominase de RAMa, sendo que o nome se refere a uma residência de apoio máximo de adultos.

Importa salientar ainda que os CCISM têm como finalidade reabilitar, integrar e promover a autonomia das pessoas com doença mental grave, de que resulta incapacidade psicossocial e que se encontram em situação de dependência (OE, 2022).

A equipa multidisciplinar é composta por; EEESMP com uma carga horária predefinida por lei de 8 horas de contacto diárias; assistente social; terapeuta ocupacional; bem como assistentes operacionais e monitoras. Embora a tipologia da unidade não apresente acompanhamento de enfermagem 24horas por dia, assegura acompanhamento permanente pelas assistentes operacionais em turnos rotativos.

A unidade tem uma lotação de internamento de 12 pessoas, em regime misto, no entanto durante o percurso de estágio, encontravam-se somente 9 pessoas internadas, sendo que outras 2 pessoas afetas à unidade se encontravam noutras valências da instituição por se verificar uma má referenciação a quando a admissão na unidade, sendo que as mesmas não apresentavam estabilidade clínica adequadas ao contexto, tendo a equipa multidisciplinar reportado a situação à entidade referenciadora sem qualquer resposta de solução até à data. No que respeita à caracterização, apresentavam idades compreendidas entre os 21 e os 63 anos, sendo que a patologia mais comum é do foro das psicoses nomeadamente a esquizofrenia.

A minha opção de escolha neste contexto de estágio, vai ao encontro da minha área de interesse no que se refere à promoção da autonomia e funcionalidade da pessoa com

doença mental, sendo que as competências do EEESMP são essencialmente centradas na promoção da autonomia da pessoa com doença mental, com o foco no desenvolvimento do seu máximo potencial de funcionalidade, com vista à sua integração, no meio familiar e social.

De forma clara foi-me dado a conhecer o funcionamento das unidades de cuidados continuados de saúde mental bem como da realidade do contexto clínico, onde o grau de incapacidade funcional na sua maioria é elevado e cujo o período de permanência de internamento extipulado é de 12 meses, contudo com possibilidades de prorrogação após justificação da sua necessidade.

A unidade estava em funcionamento, à data, à menos de um ano, pelo que os projetos desenvolvidos eram ainda embrionários, contudo a equipa sempre se verificou muito interessada e dinâmica dentro daquilo que é as suas capacidades e recursos. Apresentavam como projetos em curso a adesão ao regime terapêutico com respetiva avaliação, ensino e treino de preparação da medicação; reuniões comunitárias semanais para delegação de tarefas e atividades de vida diária nomeadamente a colocação das mesas de refeição e o treino de confeção das refeições; bem como a ideia de desenvolver um projeto educativo para os familiares das pessoas internadas, a fim de colmatar as necessidades sentidas associadas à falta de literacia dos mesmos sobre as diferentes características das pessoas com doença mental grave e respetivas necessidades e formas de apoio.

Foi possível verificar também a presença de parcerias, nomeadamente do centro hospitalar da região centro mais concretamente a unidade de psiquiatria bem como a interligação com um projeto do emprego protegido sendo que relativamente a este a equipa multidisciplinar mas mais concretamente o EEESMP desenvolve um papel preponderante na preparação da alta dos seus utentes para contextos mais favoráveis bem como realiza em parceria com os mesmos a pesquisa de emprego com a respetiva preparação e acompanhamento à entrevista mantendo acompanhamento e apoio durante a fase de transição no mercado laboral, reduzindo assim o risco de recaídas.

No decorrer do estágio, foram sempre notórios o apoio e a disponibilidade da equipa multidisciplinar, assim como foi sugerido áreas de intervenção pertinentes e identificadas como necessidades para a equipa podendo assim, o trabalho desenvolvido ser um contributo efetivo para a melhoria dos cuidados no contexto.

Também no decorrer deste estágio as atividades desenvolvidas, tiveram em conta as prioridades da UCCI, assim como os objetivos gerais e específicos definidos no guia

orientador do estágio com relatório, para o contexto de respostas diferenciadas, nomeadamente:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais a um nível aprofundado, no âmbito da prestação de cuidados investigação e gestão.
- Atuar conjuntamente com outros membros da equipa multidisciplinar no atendimento diferenciado em situações complexas.
- Cuidar da pessoa utilizando intervenções do âmbito psicoterapêuticos, sócioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter melhor e recuperar a saúde.

O EEESMP assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental e para isso a recolha de informação é extremamente necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental das pessoas, incluindo os fatores que ajudam na promoção da sua saúde, na proteção da mesma e na prevenção da perturbação mental (Regulamento n.º 515/2018 da OE, 2018). Estes fatores são de grande importância para o desenvolvimento das interversões realizadas tendo por base o conhecimento e as realidades de cada uma das pessoas com quem desenvolvemos intervenção, sendo que no contexto foi percecionado que a rede de apoio, nomeadamente o apoio familiar apresentava grandes lacunas de literacia em saúde, mais concretamente no que concerne a saúde mental e doença mental, pelo que se denotou de extrema importância; e indo ao encontro da ideia já percecionada da equipa, desenvolver um programa fundamentado e estruturado, de intervenção psicoeducativo para os familiares da pessoa com doença mental grave (Apêndice VIII). O mesmo foi estruturado de modo a abordar as características genéricas presentes na literatura e no contexto da prática, que permitissem aos seus participantes ser capacitados com conhecimento e estratégias para melhorar a funcionalidade familiar, reduzindo a sobrecarga do cuidador, a fim, de promover a facilitação do processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental grave.

O desenvolvimento do projeto verificou-se um desafio, mas também uma grande aprendizagem, pois permitiu-me perceber a importância que o seu contributo poderia ter para as famílias das pessoas com doença mental grave.

2 – ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A enfermagem de saúde mental apresenta como foco a promoção da saúde mental nas diferentes vertentes, nomeadamente na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (OE, 2018).

A teoria das transições proposta por Meleis, promove uma forte influência na enfermagem, uma vez que a mesma, propõem uma interação entre o enfermeiro e o seu cliente (pessoa em uma dada situação), inserido no ambiente (contexto sociocultural), vivenciando algum tipo de transição ou antevendo uma. No decorrer desta interação o enfermeiro apresenta um objetivo organizado; estando assim presente um processo de enfermagem com recurso a ações terapêuticas podendo as mesmas inserir-se nos três eixos de atuação, nomeadamente a promoção, prevenção e intervenção; com o intuito de promover e/ou facilitar a saúde da mesma (Meleis, 2012).

Também o modelo das relações interpessoais segundo Hildegard Peplau, baseia-se na relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, tendo por objetivo promover mudanças favoráveis (Almeida et al., 2005; Townsend, 2011). O mesmo define a enfermagem, como uma relação humana entre uma pessoa que está doente ou que necessita de cuidados de saúde e um enfermeiro com formação especializada para reconhecer e responder às suas necessidades (Townsend, 2011).

A pessoa, o enfermeiro e os fenómenos que decorrem durante o processo terapêutico e de interação interpessoal, são os elementos indispensáveis da prática de enfermagem sendo que, esta relação promove um crescimento e desenvolvimento pessoal de ambos os intervenientes (Almeida et al., 2005).

Peplau em 1990, defende que os enfermeiros de saúde mental conseguem prestar cuidados de forma adequada às pessoas, porque conseguem integrar no mesmo plano terapêutico a abordagem física e psíquica diferenciada a cada uma delas, dependendo do contexto e tendo por base os seus conhecimentos e estratégias terapêuticas (Almeida et al., 2005; Townsend, 2011).

Patrícia Benner defende que o nível de competência em enfermagem é dinâmico e progressivo sendo organizado em cinco níveis desde o iniciado a perito. A mesma refere

também que o nível de competência se desenvolve tendo em conta enumeras variáveis, nomeadamente as experiências concretas do passado, a intuição como sendo um substituto do pensamento baseado nas normas, a perceção da situação como um todo, no qual só algumas partes são relevantes, e o envolvimento e participação ativa nas diferentes situações (Nunes & Poeira, 2021).

Perante isto, na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EEESMP desenvolver um juízo clínico singular e consequentemente uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade (OE, 2018).

Importa ainda referir que a reflexão é também uma operação mental, defendida por vários autores, como sendo uma ferramenta promotora de conhecimento em enfermagem, sendo que de algum modo a mesma traduz-se também em processos geradores de conhecimento sistematizado, resultantes de operações como a reflexão na ação, sobre a ação, e na reflexão sobre a reflexão na ação (Queirós, 2020).

Assim, procurarei apresentar uma análise critico-reflexiva recorrendo à mobilização das situações vivenciadas em contexto clínico, bem como as atividades e intervenções desenvolvidas por forma a evidenciar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e especializadas, presentes pelo Regulamento n.º 140 de 2019 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), pelo Regulamento n.º 515 de 2018 – Competências Específicas do EEESMP (OE, 2018), e pelo Regulamento n.º 356 de 2015 referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015).

2.1 - COMPETÊCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Em 2009 a OE manifestou a necessidade de criação de um sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem cujas premissas passariam pela melhoria dos indicadores de saúde da população portuguesa, em particular de enfermagem, considerando ser indispensável para a promoção e defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar à população tendo por base a disponibilização dos cuidados de saúde diferenciados, centrados nas necessidade da pessoa/família e prestados por enfermeiros especialistas certificados.

Mais tarde, em Fevereiro de 2011 veio a ser publicado em Diário da República o Regulamento da Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas, sendo que o mesmo ao longo dos tempos veio sofrendo as atualizações necessários, e atualmente o

Regulamento nº 140/2019 da OE, refere que o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade.

Assim o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros, define as competências comuns como sendo

"as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (Regulamento n.º 140/2019 da OE, p.4745).

Deste modo importa clarificar que os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios, envolvendo as dimensões da educação das pessoas e seus pares, de orientação, aconselhamento e liderança, incluindo a responsabilidade de interpretar, efetuar e divulgar processos de investigação relevantes e pertinentes, que permitam avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

As competências comuns encontram-se assim subdividas no domínio da responsabilidade profissional ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e de competências específicas, na área na qual se especializam.

Ao longo do percurso efetuado, foi possível desenvolver os seguintes domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista segundo o Regulamento n.º 140/2019 da OE, procurando dar resposta às competências que os constituem, como irei apresentar de seguida.

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

No decorrer do exercício profissional de enfermagem somos deparados com um infindável número de vivências e situações que colocam à prova os princípios, valores éticos e deontológicos da pessoa, levando enumeras vezes a dilemas éticos. Facilmente se compreende que ao longo do percurso de estágio também estas questões se encontram

presentes obrigando muitas vezes a uma reflexão ponderada tendo por base a evidência científica e as normas éticas, deontológicos e legais que regem a profissão de enfermagem, conforme consta do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, bem como Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Nunes et al., 2005; OE, 2015).

Também Bessa (2013), refere enumeros princípios que devemos enquanto enfermeiros ter em conta, nomeadamente, o princípio da beneficência que comporta a obrigação moral de atuar em benefício do outro, fazendo o bem, contudo é importante referir que o fazer o bem não deve ser encarado somente do ponto visto médico, mas também perante aquilo que a pessoa considera benéfico para si próprio. O princípio da não-maleficência caracterizandose por não infligir dano intencional, ou seja, não fazer mal a outra pessoa de forma deliberada. E ainda o princípio da autonomia que refere a pessoa como um ser dotado de razão, consciente da sua dignidade, livre e responsável sobre si próprio. Assim, pressupõem que a pessoa apresenta o direito à sua privacidade, veracidade e autonomia, sublinhando a importância do consentimento dado pela mesma para um respeito pleno à sua autonomia. O consentimento informado/ livre e esclarecido não é mais do que uma decisão autónoma da pessoa, onde o profissional de saúde, deve antes de proceder a uma dada intervenção, informar a mesma de forma correta, clara e inequívoca, obter a sua validação, sendo que o mesmo consentimento foi sempre validado por mim ao longo deste percurso, de forma mais ou menos formal consoante o contexto e as respetivas atividades a desenvolver, garantindo assim que os dados obtidos, fossem tratados de forma confidencial e respetivo anonimato.

Importa ainda referir que no contexto específico da saúde mental e de forma mais evidente na doença mental, demasiadas são as vezes, bem como as situações em que a decisão ética e deontológica é determinante, sendo que a ética assume especial relevo, não só pela vulnerabilidade acrescida intrínseca a este grupo populacional, como a sua especificidade respeitando e promovendo sempre valores e princípios dos direitos humanos como a liberdade, a igualdade, a individualidade e a dignidade humana de cada um. Também considero que foi de grande importância para o meu percurso, ter aprofundado conhecimentos de forma mais sistematizada sobre a Lei de Saúde Mental atualmente em vigor.

Segundo o regulamento n.º 356/2015 da OE, refere que:

"a pessoa é um ser único e, como tal, com vulnerabilidades próprias que, na área dos cuidados de saúde mental, podem determinar, em situação limite, ser envolvidos nos cuidados involuntariamente, pela aplicação do enquadramento legal específico. No

mesmo sentido e dele decorrente, podem receber cuidados que, no momento, vão contra o seu desejo" (Regulamento n.º 356/2015 da OE 2015, p. 17035).

Assim estas singularidades podem ser origem de dilemas éticos complexos, que necessitam ser constantemente objeto de reflexão, e que mantive presente ao longo dos diferentes contextos de estágios.

Deste modo, considero que ao longo deste percurso, como já referido anteriormente, variadas foram as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos sendo que sempre procurei que todas elas fossem pautadas por "... um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica", em todas as suas valências (Regulamento n.º 140/2019 da OE 2019, p. 4746).

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

- 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;
- o Garante um ambiente terapêutico e seguro.

A OE, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 356/2015 da OE 2015) descreve oito categorias devidamente identificadas e descritivas com o objetivo de facultar orientações para programas de melhoria continua, nomeadamente: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a adaptação; a organização dos cuidados de enfermagem; a relação psicoterapêutica e o estigma e exclusão social. Assim, tendo em conta os conhecimentos e competências acrescidas os enfermeiros especialistas, apresentam um papel fundamental na dinamização de projetos que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 356/2015 da OE 2015).

Contudo, referente a este domínio supracitado, de uma forma geral, os dois últimos pontos foram os mais desenvolvidos em contexto de estágio, desde logo pela preocupação constante em manter e promover um ambiente terapêutico seguro, existindo sempre uma atenção acrescida em proporcionar um ambiente em que a pessoa foco de cuidado se pudesse sentir segura e confiante, identificando a sua identidade cultural e as necessidades da pessoa/ família, para assim promover um ambiente gerador de segurança e proteção dos mesmos, fazendo sempre que necessário e possível uma gestão do espaço físico envolvente aos cuidados/atividades desenvolvidas. Assim, pautei a minha ação nos

cuidados, sempre tendo por base uma visão holística da pessoa/família, inserida na comunidade ao longo do seu ciclo vital.

No que se refere ao desenvolvimento de práticas de qualidade bem como ao desenvolvimento de programas representativos de melhoria dos cuidados prestados, desde a colaboração em projetos existentes como a possibilidade de conceção dos mesmos, foi algo sempre presente no decorrer deste percurso de aprendizagem. Desde logo, procurei nos diferentes contextos de estágio, conhecer os projetos instituídos bem como os programas de melhoria a fim de poder colaborar no desenvolvimento dos mesmos. Também ao conhecer de forma mais pormenorizada os contextos, permitiu-me direcionar o meu percurso indo ao encontro das necessidades existentes bem como das possibilidades de intervenção sugeridas pelos profissionais como sendo uma carência de cuidados, podendo desta forma o trabalho por mim desenvolvido ser uma mais valia para o contexto, bem como ser mantido em continuidade pelas equipas multidisciplinares.

Referente ao trabalho por mim desenvolvido em contexto de estágio na comunidade, em parceria com a minha colega mestranda desenvolvemos a fundamentação teórica de suporte para a consulta de Alcoologia existente e realizada de forma regular pela enfermeira especialista. Tive ainda a oportunidade, após a apresentação por parte da enfermeira tutora da possibilidade de trabalhar junto da população idosa, de elaborar e executar um projeto de intervenção psicoeducativo sobre a promoção da qualidade do sono, constituído por sete sessões, com respetiva avaliação pré e pós intervenção, com a finalidade de capacitar as pessoas idosas com estratégias que melhorem a qualidade do sono e consequentemente a sua saúde mental, sendo que o mesmo e respetivo material de suporte ficou disponível para futuras replicações caso a equipa o acha pertinente. Também a comemoração do dia mundial da saúde mental, bem como da feira da saúde dinamizada na comunidade, foram atividades por mim desenvolvidas em colaboração com a equipa com a finalidade de sensibilizar a população para a importância da saúde mental no seu quotidiano e respetivos fatores protetores, bem como a temática da ansiedade e respetivas técnicas de auto relaxamento.

Referente ao contexto de estágio de respostas diferenciadas, elaborei um projeto intitulado AcompanhadaMente, também em parceria com uma colega mestranda, sendo que o mesmo é um projeto de intervenção psicoeducativo para os familiares de pessoas com doença mental, que visa capacitar os mesmos, de conhecimentos e estratégias que contribuam para a promoção da funcionalidade da família. O projeto é composto por nove sessões a decorrer num espaço temporal de aproximadamente doze meses (correspondente ao tempo de internamento), tendo sido também realizada uma formação em serviço para toda a equipa

multidisciplinar a fim de o mesmo poder ser colocado em prática na UCCI. Foi ainda desenvolvido e implementado um Treino de Assertividade estruturado, tendo o mesmo à semelhança dos outros trabalhos elaborados ficado disponível no serviço, para poder ser replicado.

Domínio da gestão dos cuidados

- 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.

A formação e preparação do EEESMP, permitem-lhe apresentar a capacidade única de discriminar aspetos do funcionamento da pessoa e fazer um juízo critico apropriado sobre as necessidades de intervenção, bem como respetiva referenciação ou consultoria com outros profissionais de saúde, caso assim se justifique (Regulamento n.º 356/2015 da OE 2015).

Pelo que ao longo do percurso de estágio procurei no desenvolvimento das intervenções autónomas e interdependentes, otimizar as respostas às necessidades identificadas, garantindo a segurança dos cuidados e adaptando a gestão dos recursos existentes nos diferentes contextos. A articulação e a gestão dos cuidados prestados foram efetuados através da negociação com a pessoa/família, bem como sempre que se verificou pertinente a referenciação para outros profissionais de saúde, desenvolvendo deste modo uma relação profissional tendo por base a confiança e respeito mútuo para com a pessoa alvo de cuidados.

Destaco ainda que segundo a OE é um direito das pessoas receber cuidados de saúde que apresentem elevados padrões de qualidade, pelo que é dever do enfermeiro especialista, assegurar que todas as tarefas delegadas foram corretamente implementadas respeitando os padrões de qualidade dos cuidados estabelecidos (Regulamento n.º 356/2015 da OE 2015). Um exemplo prático que pode experienciar e colaborar tanto no primeiro contexto de estágio, bem como no último, onde o enfermeiro especialista só se encontra no serviço durante um período de tempo, sendo assim necessário delegar algumas tarefas tais como a observação do comportamento, o auxílio nas AVD's, a orientação na realização de atividades domésticas, entre outros. Estas tarefas são delegação nas assistentes operacionais denominadas, em alguns dos casos, de monitoras que estão sempre presentes na unidade. Deste modo, pode verificar-se a existência de uma relação profissional bem estabelecida e definida, sendo que a forma como a mesma se encontra organizada e sustentada por regras, bem como por formação adequada transmite segurança, não só às

monitoras bem como às pessoas recetoras de cuidados, garantindo assim um bom funcionamento seguro e eficiente dos serviços. Assim, o estabelecer de relações com toda a equipa multidisciplinar foi algo que considero ter alcançado, através de um ambiente positivo e de postura disponível, segura, de empenho, tranquila e assertiva (Regulamento n.º 356/2015 da OE 2015).

No meu ponto de vista, todas as atividades desenvolvidas acarretam uma planificação e gestão de cuidados inerente aos diferentes contextos e objetivos, contudo considero ser pertinente realçar neste domínio associada à gestão dos cuidados a elaboração do caso clínico, pois no mesmo o enfermeiro especialista identifica diagnósticos de enfermagem que dirigem a sua prestação de cuidados, tendo por base as necessidades da pessoa/família. O planeamento e implementação das intervenções de enfermagem, devem ser estruturadas, tendo em conta as fases do processo de enfermagem de saúde mental nomeadamente a apreciação, o diagnóstico, a identificação dos resultados, o planeamento, a implementação e por fim a avaliação, pelo que as mesmas devem ser organizadas e planeadas de forma individual e centradas na pessoa (Townsend, 2011). Importa uma vez mais referir, que para o sucesso do plano de cuidados é essencial que tanto o enfermeiro como a pessoa estejam de acordo face aos objetivos terapêuticos definidos, potenciando a possibilidade de sucesso das intervenções, algo que considero ter alcançado com sucesso, durante este percurso.

- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais
 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

O Regulamento n.º 356/2015 da OE de 2015 refere desde logo que o avanço no conhecimento requer que o EEESMP incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática clínica, desenvolvendo assim, uma prática baseada na evidência e orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, devendo o mesmo participar em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

O conhecimento específico da enfermagem encontra-se assim, intimamente ligado à prática, resultando de uma variedade de processos situados num dado contexto, através de um processo de reflexão na ação, onde em espiral hermenêutica, se cruzam saberes científicos com outros saberes, que se interligam entre si, assim como, entre si e o seu contexto, o que segundo Queirós (2020), faz do conhecimento em enfermagem uma verdadeira ecologia dos saberes.

Este percurso de especialização é já por si só uma evidência do reflexo deste domínio, uma vez que em contexto da prática clínica, procurei consolidar conhecimentos previamente

adquiridos na componente teórica investindo na autoformação, de forma a estimular o pensamento crítico, autocrítico e reflexivo, aceitando as críticas como possibilidades para o meu desenvolvimento e aperfeiçoamento no desempenho das práticas de enfermagem especializada, sendo que, sempre procurei ao longo de todo o meu percurso enquanto enfermeira, contribuir para o desenvolvimento profissional, integrando como formanda diferentes formações que considero pertinentes e relevantes para a o exercício da prática.

Deste modo, considero que a prática clínica enquanto enfermeira, mas de forma mais evidente enquanto EEESMP, tem sido marcada pela procura da consciência de nós próprios, processo este fortalecido e melhorado ao longo destes quase dois anos de Mestrado em Enfermagem. Considero também que para este processo continuo, contribuiu de forma relevante a unidade curricular de Desenvolvimento Pessoal e Comunicação Terapêutica, bem como as experiências do estágio e a própria elaboração deste relatório.

A elaboração do caso clínico, como da revisão scoping foram contributos importantes para o suporte da prática clínica baseada em evidência científica, assim como de todos os processos metodológicos dos diferentes projetos e intervenções realizadas, como o caso do treino de assertividade, fundamentação da consulta de alcoologia, intervenções psicoeducativas, entre outros; tendo sempre em vista a procura constante da melhoria da prestação de cuidados.

Também Goleman (2012) menciona a autoconsciência como sendo a base da inteligência emocional, e assim um fator determinante para sucesso ao longo das nossas vidas. Esta componente refere-se ao conhecer e saber lidar com as emoções, bem como de trabalhar a capacidade de controlar as mesmas. Ao longo deste percurso as emoções assim como os desafios foram enumeros sendo gradualmente ultrapassados, validando assim uma vez mais que este processo de continua aprendizagem é um processo sem términus, com necessidade de desenvolvimento constante, onde o investimento em conhecimentos científicos e o desenvolvimento de competências pessoais deve ser um princípio basilar, indo ao encontro da premissa definida no presente domínio sempre no sentido de potenciar a qualidade dos cuidados prestados.

2.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O regulamento nº 515/2018, das competências específicas do EEESMP foi republicado em Diário da República, 2.ª série, N.º 151 de 7 de agosto de 2018, e nele consta que, a "enfermagem de saúde mental foca-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" (Regulamento nº 515/2018 da OE, 2018, p. 21427).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros, define ainda que as competências especificas são as

"competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas" (Regulamento nº 140/2019 da OE, p.4745).

No que respeita às competências específicas para o EEESMP a Ordem dos Enfermeiros salienta os ganhos em saúde vivenciados pelas pessoas que se encontram em processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental quando cuidadas por EEESMP, uma vez que estes:

"(..) detém um elevado conhecimento de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional" assim como detêm as competências para compreender "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" (Regulamento n.º 515/2018 da OE, p.21427).

Desta forma, os mesmos, podem colocar em prática planos que ao serem eficazes podem diminuir significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam.

À semelhança das competências comuns, também as competências especificas do EEESMP foram sendo desenvolvidas e aperfeiçoadas ao longo do percurso efetuado, assim, foi possível desenvolver cada uma das diferentes Competências Especificas do Enfermeiro Especialista segundo o Regulamento n.º 515/2018 da OE, procurando dar resposta às competências que os constituem, como irei apresentar de seguida.

Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

Já nas competências comuns do enfermeiro especialista foi de forma breve abordada a capacidade do EEESMP de se mobilizar a si mesmo como instrumento terapêutico, sendo que esta resulta em grande parte do desenvolvimento da competência supracitada. Para que tal aconteça é necessária uma grande capacidade de autoconhecimento, reflexão e desenvolvimento pessoal do enfermeiro, mediante vivências de técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas, como se encontra mencionado no descritivo desta mesma competência.

Assim, a importância de "si mesmo como instrumento terapêutico" é na minha opinião o que mais diferencia o EEESMP do enfermeiro de cuidados gerais ou do detentor de outras especialidades, tendo em conta que existe por parte do enfermeiro especialista competência e mestria para estabelecer com a pessoa alvo de cuidados uma relação que permita a aplicação dos seus conhecimentos e estabelecimento de relação terapêutica como parte do processo de tratamento desenvolvendo assim de forma eficaz intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

A relevância da comunicação terapêutica, ficou claramente evidenciada desde o primeiro dia de estágio, aquando da observação de uma consulta de enfermagem efetuada pelo enfermeiro especialista, como sendo um instrumento fundamental na abordagem com as pessoas.

Assim, a comunicação terapêutica consiste em utilizar o conhecimento sobre comunicação, desenvolvendo uma relação de confiança, estabelecendo uma interação comunicativa intencional com a pessoa, a fim de ajudá-la no enfrentamento dos seus problemas. A relação terapêutica pode ter vários elementos, como a confiança, a empatia, a iniciativa, a verdade, a congruência, a sensibilidade, o ambiente seguro, a assertividade, a igualdade, o respeito, entre muitos outros. Através desta o enfermeiro de forma consciente e deliberada, tendo em conta a comunicação verbal e não verbal, reúne informações sobre a pessoa nomeadamente o seu estado de saúde, o que lhe permite responder às necessidades encontradas (Sequeira, 2020a).

Destaco ainda, o recurso à escuta ativa, sendo que esta permitiu a partilha e a compreensão dos problemas identificados por parte das pessoas alvo de cuidados, promovendo a confiança, a segurança e o conforto. O aconselhamento, enquanto processo interativo de ajuda, centrado nas necessidades e problemas de saúde da pessoa, sendo este efetuado

com a intenção de apoiar o uso de estratégias de coping adequadas para a resolução de problemas (Sequeira & Sampaio, 2020).

Também Phaneuf (2005), a propósito da relação entre o autoconhecimento e a sua implicação na relação terapêutica, evidencia que os enfermeiros que apresentam uma maior sensibilidade para reconhecer as suas próprias emoções e sentimentos, estão assim mais despertos a identificar e aceitar as emoções dos outros, o que lhes permite desta forma demonstrar empatia e atuar de forma a que o outro se sinta compreendido.

Goleman (2012), indo ao encontro do já referido, aborda a componente da inteligência emocional, onde a mesma engloba a capacidade que o individuo tem para se auto motivar, bem como persistir perante situações frustrantes, controlar impulsos, regular o seu estado de espírito, controlar a interferência de emoções com o seu pensamento, e ainda, ter capacidade de ser empático.

Deste modo é importante referir que o EEESMP é um ser humano, como todos os outros, produto das suas vivências, aprendizagens e experiências; inserido num determinado contexto cultural e social, sendo o mesmo portador das suas próprias convicções, medos, inseguranças, crenças e valores. Assim a procura da excelência no cuidar exige que o EEESMP se reconheça e aceite aquilo que é, bem como os seus recursos e as suas limitações, sendo para isso necessário atenuar os seus próprios conflitos e direcionar a sua energia para o que pode efetivamente mudar ou melhorar.

Ao longo deste percurso, esta componente foi algo que sempre procurei explorar e desenvolver nos diferentes contextos, tendo recorrido em todos os momentos ao uso intencional da comunicação terapêutica de forma a promover uma relação de confiança, conhecer as histórias de saúde das pessoas alvo de intervenção, identificando as suas necessidades, percebendo assim o impacto do seu problema de saúde mental na qualidade de vida e bem-estar e respetiva funcionalidade e autonomia. Considero também, que com algumas pessoas a construção desta relação tenha sido um maior desafio, comparativamente a outras, tendo em conta aquilo que são as suas características pessoais, bem como de doença.

Importa uma vez mais referir que este percurso de autoconhecimento e desenvolvimento do "Eu" enquanto instrumento terapêutico indo ao encontro do mencionado anteriormente, é um caminho que carece de uma evolução constante estando, contudo, certa que todas as aprendizagens ao longo deste mestrado foram fulcrais para hoje poder afirmar que já denoto um crescimento significativo a nível pessoal e profissional enquanto futura EEESMP.

Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

- 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.

Esta segunda competência diz respeito à recolha de informação necessária e pertinente para a avaliação do estado de saúde mental das pessoas, incluindo a promoção e proteção da saúde, bem como a prevenção da perturbação mental. Neste processo o enfermeiro mobiliza a sensibilidade cultural e linguística, as aptidões de comunicação e de técnicas de entrevista e observação do comportamento; a fim de compreender o estado de saúde das pessoas, sendo ainda necessária a revisão dos registos e avaliação abrangente da mesma e dos sistemas relevantes (Regulamento n.º 515/2018, OE).

Ao longo do ciclo vida de uma pessoa/família inserida num determinado grupo e comunidade existem enumeras mudanças, umas desejadas ou por vezes impostas, que podem interferir na saúde/ bem-estar da mesma e por isso falamos de transição. Segundo Meleis citado por Queirós (2012), a enfermagem consiste na facilitação dos processos de transição das pessoas (cliente de enfermagem), com o objetivo de alcançar o bem-estar.

A Teoria das Transições de Meleis defende, que as transições devem ser compreendidas como um conjunto de respostas efetuadas ao longo do tempo, condicionadas por enumeros fatores como os pessoais e ambientais, bem como pelas expectativas e perceções de cada um. Assim, as transições podem ser consideradas saudáveis ou não, sendo que as não saudáveis são essencialmente caracterizadas por dificuldades na compreensão e/ou desempenho de um determinado papel, bem como nos sentimentos e objetivos associados ao comportamento. Pode assim considerar-se que o sofrimento mental surge quando estas transições não são saudáveis, ocorrendo perturbações/doença mental (Meleis, 2012).

Deste modo cabe aos enfermeiros, nomeadamente aos EEESMP potenciar os pontos fortes das pessoas, as suas capacidades e habilidades, assim como ajudar as mesmas na sua recuperação, aumentando os níveis de saúde, de função, de conforto e de autorrealização (Meleis, 2012).

Também o regulamento n.º 515/2018 da OE, aborda os determinantes da saúde mental sendo que os mesmos são fatores que estão associados a diferentes aspetos da saúde mental, estando agrupados em quatro domínios, nomeadamente os fatores e experiências individuais, as interações sociais, as estruturas e recursos sociais e os valores culturais.

Estes determinantes podem ser usados como indicadores estruturais de saúde mental. Pelo que numa perspetiva de promoção da saúde mental cabe às organizações de cada país, estabelecer políticas públicas saudáveis; criar ambientes favoráveis à saúde; reforçar a ação comunitária; promover o desenvolvimento capacitação (empoderamento) das comunidades; e reorientar/reorganizar os serviços de saúde tendo em vista a promoção da saúde e a prevenção da doença e de forma particular da saúde mental.

Assim, indo ao encontro do referido, o EEESMP tem o dever de elaborar e desenvolver intervenções do foro da área de competências direcionadas para a promoção da saúde mental e do bem-estar, com vista á obtenção do máximo potencial de saúde das pessoas alvo de cuidados, recorrendo para isso aos conhecimentos e competência especificas que possui, adaptado aos diferentes contextos e populações (Regulamento n.º 515/2018 da OE).

Em todos os contextos de estágio, foi possível executar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental das pessoas nos seus diversos contextos sociais, bem como, avaliar globalmente a história de saúde com ênfase na saúde mental, contribuindo para a coordenação, implementação e desenvolvimento de projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental nos grupos alvo selecionados. Para tal desenvolvi aptidões de comunicação com especial atenção às questões culturais e linguísticas.

Na consulta de alcoologia e de forma mais evidente na consulta de primeira vez, foi indispensável estas aptidões, para poder aferir de uma forma sistematizada a história de saúde mental da pessoa e da família. Por vezes a mesma foi bastante desafiante, tendo em conta a sua especificidade bem como as características das pessoas que recorrem à mesma.

Metodologicamente o caso clínico de enfermagem realizado de forma formal no primeiro contexto de estágio, e de forma informal em enumeros momentos ao longo do restante percurso, traduz uma avaliação global que permite uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental da pessoa/família em estudo. O mesmo teve em conta as diferentes etapas, desde a seleção da pessoa e seu respetivo consentimento informado; a recolha de informações através de entrevistas semiestruturadas e exploratórias, com destaque no seu percurso de vida e histórico de saúde, nomeadamente de saúde mental; a realização do exame do estado mental, bem como um processo de pensamento critico-reflexivo de forma a compreender a problemática e identificar focos de atenção e diagnósticos de enfermagem (Townsend, 2011). Deste modo, através das entrevistas exploradoras, com recurso à comunicação terapêutica, esta competência foi sendo alcançada por mim, nos diferentes contextos, tendo sido identificados os fatores

promotores e protetores de saúde mental da pessoa, assim como os fatores de risco, estando os mesmos evidenciados no exemplo do caso clínico.

Também nas ações de sensibilização efetuadas no contexto de cuidados na comunidade nomeadamente no dia mundial da saúde mental, de forma direcionada e individualizada foi abordada não só a importância da saúde mental no quotidiano, mas os fatores protetores e promotores da saúde, das pessoas presentes, atuando de forma direta na promoção da saúde, mas também na prevenção da doença mental, nomeadamente no aumento da literacia das populações. Ainda no mesmo contexto foi elaborado e executado um projeto de promoção da saúde e prevenção de doença mental, direcionado para a população idosa com a finalidade, como já referido anteriormente, de capacitar as pessoas idosas com estratégias que melhorem a qualidade do sono e consequentemente a sua saúde mental.

Tive ainda a oportunidade de colaborar numa sessão num dos programas de promoção da saúde escolar, mais concretamente no projeto "Mais Contigo". Também o paradigma da promoção da saúde escolar, foi evoluindo ao longo dos anos sendo que atualmente privilegia as intervenções sobre os determinantes de saúde com um impacto nas doenças crónicas não transmissíveis, criando condições para que esta população melhore a sua saúde e bemestar físico, mental e social, tornando-se assim adultos mais competentes. O projeto "Mais Contigo", vai ao encontro destas premissas com enfoque na promoção da saúde mental e bem-estar, e de forma mais particular na prevenção de comportamentos suicidários e combate ao estigma em saúde mental na população escolar (Santos et al., 2021).

Outro projeto igualmente importante já referido neste relatório foi o AcompanhadaMente, desenvolvido no contexto de estágio de respostas diferenciadas, também ele direcionado para a promoção da saúde e prevenção da doença mental, mais concretamente nos familiares/cuidadores da pessoa com doença mental grave, capacitando os mesmos de conhecimentos e estratégias que contribuam para a promoção da funcionalidade da família, a fim de aumentar os conhecimentos das famílias e cuidadores, sobre as doenças mentais graves e formas de tratamento; promover a redução dos níveis de stress dos membros familiares e da sobrecarga do cuidador; melhorar as estratégias de coping utilizadas pela família; facilitar a aquisição de competências comunicacionais e de resolução de problemas por parte da família; facilitar o regresso da pessoa com doença mental grave ao seu contexto familiar e social, reduzindo assim em última instância o número de recaídas e reinternamentos das pessoas com doença mental grave.

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.

- 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.

A terceira competência do EEESMP interliga-se de forma direta com a anterior, pois após uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental das pessoas nos seus diversos contextos sociais, e respetiva recolha e sistematização de dados, o EEESMP efetua um plano de cuidados individualizado e estruturado, com base nas fases do processo de enfermagem de saúde mental nomeadamente: a apreciação; o diagnóstico; a identificação dos resultados; o planeamento; a implementação e por fim a avaliação, sendo que estas intervenções devem ser estruturadas e planeadas de forma individual, com acordo da pessoa, potenciando a possibilidade de sucesso (Townsend, 2011).

A prescrição dos cuidados a prestar alicerçadas na evidência, devem ser elaborados por forma a promover e proteger a saúde mental das pessoas/família, grupos e comunidade, bem como a prevenir a perturbação mental, minimizando o desenvolvimento de possíveis complicações e promovendo a funcionalidade e a qualidade de vida, tendo em consideração a fase do ciclo vital. A atenção do EEESMP deve assim ser centrada nas respostas da pessoa aos seus problemas de saúde, sejam eles reais ou potenciais.

Neste ponto, mais uma vez destaco a realização do caso clínico, onde de forma estruturada foi aplicada a metodologia do processo de enfermagem. Com base nas avaliações de saúde mental das pessoas/famílias, grupos e comunidade, salientando a identificação dos focos de enfermagem mais prevalentes e relevantes, e considerados prioritários naquele dado momento; foram definidos, com recurso ao Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), diagnósticos de enfermagem, identificados os resultados esperados sensíveis aos cuidados em saúde mental e planeadas e implementadas as respetivas intervenções dirigidas aos resultados identificados.

É determinante que o EEESMP utilize na sua prática especializada instrumentos que permitam aferir indicadores de ganhos em saúde de modo a dar visibilidade e importância ao impacto dos cuidados de saúde mental e psiquiátrica prestados.

Segundo a OE (2023), os indicadores possibilitam a documentação dos cuidados, bem como avaliar e estabelecer prioridades, apoiar a responsabilização, regulação e acreditação, suportar a melhoria da qualidade e apoiar a escolha feita pela pessoa. A utilização dos mesmos é assim crucial para evidenciar os ganhos em saúde obtidos por parte da pessoa/população alvo de cuidados, demonstrando assim resultados que permitem compreender a respetiva evolução do determinante a aferir. Bem como importa referir que cabe ao EEESMP avaliar também a satisfação das pessoas relativamente aos cuidados especializados em saúde mental (Regulamento n.º 356/2015 da OE). Referente a esta componente em todo o meu percurso apliquei e selecionei os métodos de avaliação que considerei mais adequados, tendo em conta a pessoa, o seu contexto e os indicadores a avaliar, a fim de aferir resultados da prática clínica com base nos indicadores estabelecidos, valorizando os ganhos obtidos com a modificação do status dos diagnósticos; bem como poder perante os resultados obtidos fazer as alterações adequadas e necessárias tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Também o juízo clínico e a tomada de decisão por parte dos enfermeiros, mais concretamente os EEESMP são essenciais para os cuidados individualizados às pessoas e respetivas famílias e não podem ser substituídos por nenhum instrumento. Contudo, é necessário investir e implementar intervenções baseadas na evidência para prevenir, tratar as doenças mentais e promover a saúde mental (OE, 2021b).

Towsend (2011) refere-se à gestão de casos como sendo um modelo de prestação de cuidados eficaz para ajudar as pessoas com doença mental, melhorando o seu funcionamento na assistência à pessoa na resolução de problemas, no trabalho e respetiva capacidade de socialização, promovendo as atividades sociais e a independência.

Na atualidade, segundo Mullahy e Jensen, citado por OE (2021b) a gestão de caso é definida como um processo que articula a participação de técnicas da equipa multidisciplinar de forma individual e/ou conjunta para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de cuidados direcionados às necessidades da pessoa, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde. Assim, a sua utilização na coordenação dos cuidados, assegura a continuidade dos mesmos, integrando as necessidades das pessoas e otimizando os resultados obtidos.

Diversos são os autores que defendem que os enfermeiros EEESMP são de entre os profissionais de saúde, aqueles que dispõem de melhor formação para o desempenho do papel de gestor de caso, uma vez que detêm um largo espetro de conhecimentos nomeadamente clínicos, apresentando um olhar holístico do cuidar, defendendo os direitos das pessoas, bem como serem detentores de conhecimento sobre os papéis dos outros profissionais de saúde (OE, 2021b).

A figura de gestor de caso tanto no primeiro contexto de estágio na unidade de reabilitação como no contexto de UCCI é denominada por terapeuta de referência e é selecionado de entre os diversos elementos da equipa. Sendo que pude experienciar de forma direta que o mesmo procura a excelência do exercício profissional, estabelecendo uma parceria com a pessoa alvo de cuidados no desenvolvimento de processos eficazes de adaptação às diferentes situações de vida, bem como à condição de saúde mental de cada um (Regulamento n.º 356/2015 da OE).

- 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.
 - 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.
 - O 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.

Por fim o regulamento n.º 515/2018 da OE define como competência específica do EEESMP prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando para isso o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunidade, por forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

No sentido de dar resposta a esta competência atrevo-me a dizer que todas as intervenções realizadas ao longo dos diferentes contextos de estágio, contribuíram para a sua consecução. Todas as intervenções e projetos desenvolvidos foram centrados nas pessoas alvo de cuidados definindo e estruturando intervenções ajustadas às necessidades evidenciadas.

Quando o foco de atenção é o tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do EEESMP, tem como objetivo contribuir para uma adequação das respostas da pessoa e respetiva família perante os problemas específicos relacionados com a sua doença mental, com o intuito de evitar assim o agravamento dessa mesma situação bem como, a desinserção social da pessoa, promovendo a sua recuperação e qualidade de vida, não só da própria como de toda a sua família (Regulamento n.º 356/2015, OE).

Assim, atualmente a estratégia de atuação considerada mais adequada, quando nos referimos à recuperação da pessoa com doença mental grave, direciona a prestação de cuidados no sentido de promover os processos de empowerment (empoderamento) e recovery (recuperação), expressamente evidenciados no Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave, apresentando como finalidade major a reabilitação e respetiva inserção social (OE, 2021b). Ambos os processos referidos nomeadamente o empowerment o recovery apresentam repercussões positivas evidentes na qualidade de vida da pessoa, da sua família e da respetiva comunidade envolvente, uma vez que ajuda a pessoa a realizar as suas capacidades, a atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e a contribuir para a sociedade em que se insere.

Segundo a OE (2021b), o recovery é um conceito que traduz o fim para o qual se devem dirigir os resultados de saúde, sendo que este só é possível se existir empoderamento da pessoa com doença mental, permitindo à mesma fortalecer a sua confiança a fim de alcançar a autonomia e independência com maior facilidade. O empowerment visa assim capacitar a pessoa com estratégias que a ajudem a expressar as suas necessidades e demonstrar as suas preocupações, facilitando o seu processo de tomada de decisão e deste modo conseguir satisfazer de forma funcional e eficaz as suas necessidades (OE, 2021b).

Também Gaffey, Evans e Walsh citado Vieira (2019) menciona o recovery como sendo o processo para a recuperação em que a pessoa se desenvolve e é capaz de gerir a sua doença mental, com as respetivas limitações que podem emergir da mesma, tornando-se auto-eficaz e acompanhando o percurso normal da sociedade, como ter um emprego, acesso à educação, lazer e ter uma vida autónoma e satisfatória (Vieira, 2019).

De acordo com o Regulamento n.º 356/2015 da OE referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental citando a OMS (2002) a reabilitação psicossocial é um processo de grande relevo e importância para as pessoas com doença mental, que estão debilitadas e/ou com perda de funcionalidade, devido à perturbação mental, pois oferece a estas a oportunidade de atingir o seu potencial máximo de funcionamento e autonomia, na comunidade. Para tal é necessário ensinar,

desenvolver e treinar competências sociais individuais e a introdução de mudanças ambientais, tendo como principal objetivo a máxima independência da pessoa, a criação de um sistema de apoio social de longa duração e a redução da descriminação e do estigma, tão presente ainda na população.

Na unidade de reabilitação psicossocial, onde desenvolvi o meu primeiro estágio, a realidade é a descrita, onde a pessoa apresenta um projeto de reabilitação individualizado e adaptado às suas capacidades e necessidades, que vai desenvolvendo em parceria com a equipa multidisciplinar diariamente, através da realização de atividades, desde as mais simples até às mais complexas, alcançando assim ganhos em saúde significativos. No contexto de UCCI, esta visão também se encontra presente, contudo ainda menos desenvolvido, no meu ver devido às limitações de recursos existentes bem como à sua existência ainda recente. Após a alta para a comunidade o utente mantém acompanhamento, numa fase inicial mais frequente sendo gradualmente mais espaçado no tempo, de forma a minimizar o risco de recaída e reinternamento.

Considero pertinente referir ainda a literacia em saúde mental pois a mesma é uma estratégia de grande eficácia quando nos referimos à prevenção e identificação precoce de perturbações mentais, sendo uma forma de reduzir o estigma e melhorar os comportamentos das populações na procura de ajuda.

Segundo Jorm (2014), citado por Fragoso (2022) a literacia em saúde é um conceito multidimensional, fundamental para a adoção de comportamentos associados à prevenção e manutenção da saúde mental. Este conceito tem evoluído em diferentes dimensões nomeadamente o conhecimento de como prevenir as perturbações mentais, o reconhecimento do desencadear da doença, o conhecimento das opções de ajuda e tratamentos disponíveis, o conhecimento de estratégias de autoajuda para os problemas menos graves bem como as competências para prestar a primeira ajuda a outras pessoas em situação de crise ou em desenvolvimento de uma perturbação mental.

Assim, a psicoeducação é uma ferramenta que permite ao EEESMP capacitar as pessoas com doença mental ou não, promovendo um aumento da compreensão do problema de saúde, bem como permitir às mesmas participar de forma ativa o seu empoderamento com conhecimentos e estratégias para prevenir bem como lidar com a doença (OE, 2021b).

Também o regulamento das competências especificas do EEESMP define a psicoeducação como uma intervenção de enfermagem que engloba intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas, adequadas às necessidades da pessoa sobre a sua doença, tratamento, facilitando o processo de compreensão e gestão da própria doença (Regulamento n.º 515/2018 da OE).

Importa salientar que a utilização de intervenção psicoeducativa não integra exclusivamente uma abordagem educativa, sendo que a mesma, tem como objetivo que a pessoa consiga desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a sua condição mental bem como os seus efeitos. Sendo que a psicoeducação não é um tratamento, mas é projetada para ser parte de um plano global de tratamento da pessoa e/ou grupos (Regulamento n.º 356/2015, OE).

As intervenções psicoterapêuticas podem ser definidas como a realização informada e intencional de técnicas de psicoterapia, permitindo ao EEESMP assistir a pessoa no processo de modificação de comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais. As mesmas devem ter presente como princípio a capacidade de abrangência, tornando assim possível a sua replicação em diferentes contextos de cuidados, indo desta forma ao encontro de modelos já existentes, dando resposta a diferentes diagnósticos de enfermagem (Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2020).

Ao longo do meu percurso como mestranda enumeras foram as atividades desenvolvidas, indo ao encontro da competência referida, contudo uma grande parte das mesmas foram sobretudo as intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas.

Relativamente à componente psicoeducativa, como já foi referido ao longo do relatório desenvolvi enumeras sessões, com diversas temáticas ajustadas às necessidades identificadas, desde um conjunto de sessões psicoeducativas sobre a doença mental dirigido à pessoa com a qual trabalhei individualmente ao longo da realização do estudo caso, tendo identificado esta necessidade como prioritária para a mesma, uma vez que identifiquei a ausência de insight e respetiva aceitação do estado de saúde comprometido. Neste caso considerado que o plano de intervenção psicoeducacional demonstrou-se adequado, permitindo à pessoa adquirir conhecimento acerca da sua doença, respetiva sintomatologia, bem como as emoções e comportamentos verbais e não verbais associados. Também o projeto de promoção da qualidade do sono bem como o projeto para os familiares das pessoas com doença mental grave se englobam nesta componente. Muitas outras atividades foram ao encontro das dinâmicas psicoeducativas, desde as sessões de sensibilização, como a colaboração no projeto mais contigo.

O treino de assertividade foi também uma intervenção por mim planeada e executada em dois momentos distintos deste percurso, após identificação do diagnóstico da interação social comprometida, e respetiva necessidade de ensinar/treinar as competências sociais inerentes, pois este treino representa ganhos para a pessoa no seu processo de facilitação de expressão de sentimentos e emoções.

Referente ao treino de assertividade, segundo Sequeira (2020b) é a capacidade da pessoa, em termos comunicacionais, que possibilita à mesma a expressão de sentimentos, emoções, pensamentos, valores e crenças, defendendo uma determinada posição de forma calma e adequada, sem que para isso interfira com os princípios dos outros.

As duas situações foram bem dispares, denotam-se desafios muito distintos um do outro. No primeiro contexto de intervenção a pessoa apresentava desde o início, o reconhecimento sobre a assertividade e os diferentes tipos comunicacionais, contudo não conseguia apresentar uma postura congruente com o mesmo. No segundo momento a pessoa alvo de intervenção não sabia reconhecer o significado de assertividade nem os respetivos comportamentos associados, apresentando uma postura agressiva e impulsiva, tendo havido uma necessidade constante da minha parte de me ajustar para conseguir intervir de forma eficaz perante a mesma.

Deste modo considero relevante realçar que o desenvolvimento destas competências sociais, não é algo estanque e deve ser mantido ao longo do tempo e ajustado às necessidades evolutivas da mesma, tendo esta intervenção representado uma mais valia no meu percurso de aprendizagem, devido à sua complexidade de execução e constante necessidade de reajustes tendo em conta a individualidade de cada pessoa, bem como a sua predisposição no momento de intervenção.

Também, muitas outras foram as temáticas trabalhadas em colaboração com as equipas de cuidados ao longo deste percurso, como a adesão ao regime terapêutico, o treino de AVDs, a gestão financeira, bem como a componente da ansiedade e do relaxamento sempre presente ao longo do percurso, tendo efetuado em vários momentos sessões de relaxamento, bem como ensinar instruir e treinar algumas das técnicas de autocontrolo da ansiedade, mais concretamente a técnica de respiração diafragmática, mais facilmente compreendida e executada pelas pessoas alvo de intervenção.

Assim, o EEESMP deve desenvolver ao longo do seu percurso de aprendizagem as capacidades para interpretar e individualizar estratégias adequadas aos cuidados e as necessidades identificadas, através de atividades como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar e supervisar, sendo que considero que de forma satisfatória desenvolvi e alcancei as mesmas.

Importa uma vez mais salientar, que nos diferentes contextos de estágio, a relação terapêutica por mim alcançada, perante as pessoas alvo de intervenção, foi essencial para a consecução com sucesso dos diferentes projetos e intervenções, pois a mesma é determinada pela parceria estabelecida com a pessoa (individualmente ou em grupo), no

respeito pelas suas capacidades e na sua valorização, apresentando como objetivo ajudar a mesma a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde.

Em suma, considero que as diversas competências mencionadas até então são uma junção do todo, sendo indissociáveis umas das outras, estando todas elas interligadas e presentes em simultâneo ao longo de toda a prática clínica do EEESMP e convergem para o mesmo objetivo - o enfermeiro deter um elevado conhecimento de si próprio para se reconhecer enquanto seu principal instrumento terapêutico.

PARTE II COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO SONO NA PESSOA IDOSA

RESUMO

A Promoção da Qualidade do Sono na Pessoa Idosa

Enquadramento: Ocorrem inúmeras mudanças espectáveis no sono ao longo do processo

de envelhecimento saudável, desde a duração, a eficiência e a arquitetura do sono. Perante

este facto são necessárias intervenções, nomeadamente por parte do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, capacitado para prestar

cuidados de saúde específicos e diferenciados à pessoa, grupo ou comunidade, traduzindo

os mesmos em ganhos em saúde, minimizando assim o impacto das perdas causadas pelo

processo de envelhecimento na qualidade do sono e promovendo a saúde mental dos

mesmos.

Objetivos: Mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções de enfermagem

na promoção da qualidade do sono dos idosos.

Metodologia: Foi desenvolvida uma revisão da literatura com a metodologia da scoping

review, com base nas recomendações do Joanna Briggs Institute. Os artigos foram

selecionados através de uma lista de verificação PRISMA, no período de publicação de 2018

a 2023, nos idiomas português/inglês/espanhol, com acesso a texto integral. Dois revisores

independentes realizaram a análise de relevância dos artigos, e a extração e síntese dos

dados.

Resultados: Com este estudo verificou-se a existência de uma grande variedade de

intervenções nomeadamente: a educação sobre as medidas de higiene do sono, a atividade

física, a intervenção cognitivo comportamental para a insónia, as técnicas de relaxamento,

a técnica de liberdade emocional e a entrevista motivacional, para a promoção da qualidade

do sono na pessoa idosa; contudo pelas suas características igualmente heterogéneas entre

si, não foi possível aferir conclusões.

Palavras-chave: Idosos, Qualidade do Sono, Enfermeiros, Intervenções

50

ABSTRACT

Promoting Sleep Quality in Older People

Context: Numerous changes can be expected in sleep throughout the healthy aging process,

ranging from duration, efficiency, and sleep architecture. Because of this fact, interventions

are necessary, as Mental Health and Psychiatric Nurses can provide specific and

differentiated health care to the person, group, or community, translating them into health

gains, thus minimizing the impact of losses caused by the aging process in the quality of

sleep and promoting their mental health.

Objectives: Map the available scientific evidence on nursing interventions to promote sleep

quality in older people.

Methodology: A literature review was developed using the scoping review methodology,

based on recommendations from the Joanna Briggs Institute. The articles were selected

using a PRISMA checklist, in the publication period from 2018 to 2023, in

Portuguese/English/Spanish, with access to full text. Two independent reviewers performed

the relevance analysis of the articles, and data extraction and synthesis.

Results: This study revealed the existence of a wide variety of interventions, namely:

education on sleep hygiene measures, physical activity, cognitive behavioral intervention for

insomnia, relaxation techniques, the emotional freedom technique, and motivational

interviewing, to promote sleep quality in older people; however, due to their equally

heterogeneous characteristics, weren't possible to draw conclusions.

Keywords: Older People, Sleep Quality, Nurses, Interventions

51

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO FENÓMENO

O Programa Nacional de Saúde Mental tem como missão desenvolver programas e recomendações no sentido de assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do país, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis, estabelecendo ainda como uma das metas a atingir desenvolver ações de prevenção da doença mental e promoção da saúde mental (DGS, 2017a).

Assim, importa pensar no envelhecimento populacional crescente nos últimos anos, sendo este grupo populacional considerado pela DGS como um dos grupos vulneráveis.

O envelhecimento populacional é uma realidade atual, sendo definido, coletivamente, com base na proporção de pessoas nas faixas etárias mais idosas, considerando-se a população total (DGS, 2017b).

O envelhecimento ativo e saudável é definido pela OMS como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (WHO, 2020a; DGS, 2017b).

A nível mundial, no ano de 2020, o número de pessoas com 65 anos ou mais era de 727 milhões, prevendo-se que até 2050 este número possa duplicar, atingindo-se mais de 1,5 bilhões de pessoas idosas (United Nations, 2020).

Em Portugal, nos censos correspondentes ao ano de 2021, a população com idade igual ou superior a 65 anos, correspondendo a 23,4% da população total estimada, verificando-se um aumento em relação aos anos anteriores (INE, 2022). Se analisarmos ainda as projeções da população idosa residente em Portugal, até 2080, a mesma poderá atingir os 3 milhões de pessoas (INE, 2020).

Estes dados, evidenciam de forma clara a transformação demográfica que se tem apresentado nas últimas décadas a nível global, onde se verifica um crescente envelhecimento demográfico.

A OMS menciona também que o aumento da longevidade é uma das nossas conquistas coletivas mais notáveis, pois este facto é o resultado dos avanços na área da saúde, relacionado com o sucesso no controlo das doenças infantis, na redução da mortalidade

materna e, mais recentemente, na redução da mortalidade em idades mais avançadas (WHO, 2020b).

Assim numa sociedade em crescente tendência para uma faixa etária mais envelhecida, torna-se premente a criação de estratégias que promovam o envelhecimento ativo e saudável, e que facilitem as pessoas a viverem mais, mas também com melhor qualidade e autonomia, sendo este um grande desafio.

No que concerne a este desenvolvimento de estratégias que possibilitem uma resposta de saúde pública ao envelhecimento a OMS refere que importa não só considerar intervenções que minimizem as consequências negativas das perdas normais associadas ao avançar da idade, mas também intervenções que promovam a recuperação, adaptação e crescimento psicossocial. Em suma, as intervenções desenvolvidas devem ir ao encontro da promoção de um envelhecimento bem-sucedido, com diminuição do risco de desenvolvimento de transtornos mentais (WHO, 2015).

1.1 – A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO SONO NA PESSOA IDOSA

O Sono é definido como um estado rapidamente reversível no qual ocorre redução da atividade motora, perda da consciência e aumento do limiar de resposta a estímulos externos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Sá, 2021).

É uma necessidade humana fundamental e caracteriza-se por um estado de repouso com impacto na saúde, bem-estar, equilíbrio emocional e qualidade de vida. O mesmo é indispensável para o desenvolvimento do cérebro, da memória bem como de outras funções do organismo (Almeida et al., 2020; Sá, 2021).

As funções do sono são inúmeras, sendo que o mesmo é fundamental para o desenvolvimento do cérebro, reparação celular, aprendizagens e consolidação de memórias, sendo por isto o desempenho cognitivo tão influenciado pela qualidade do sono, verificando-se a presença de um impacto do sono no humor e equilíbrio emocional. Também a nível físico, o sono, representa um importante papel, pois o mesmo modela o sistema imunitário regulando aspetos metabólicos como o apetite, os índices glicémicos e a gestão das reservas de energia, entre outros (Almeida et al., 2020; Sá, 2021).

Segundo Sá (2021), vários autores descrevem o sono como um dos três pilares essenciais para uma vida saudável em paralelo com a dieta e a atividade física. Sendo que diferentes estudos mencionam que intervir em simultâneo nos três fatores referidos melhora a saúde física e mental das pessoas.

O ciclo sono-vigília determina o período em que estamos a dormir e aquele em que estamos acordados, existindo um equilíbrio entre ambos os momentos, sendo que o sono apresenta uma propriedade homeostática. A arquitetura do sono engloba diferentes fases, nomeadamente o sono REM e o Não-REM, sendo que no sono Não-REM existem ainda mais três fases denominadas normalmente por N1, N2 e N3 com uma progressão de profundida do sono descendente. Ou seja, o sono N3 é o sono mais profundo. Cada ciclo completo de sono apresenta uma duração aproximada de 90 minutos, sendo que a duração de cada fase do sono vai alternando ao longo da noite (Almeida et al., 2020; Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Sá, 2021).

O número de horas de sono recomendadas para cada pessoa é variável ao longo da vida. Dados publicados pela National Sleep Foundation revelam que, enquanto um recémnascidos necessita de 14 a 17 horas de sono para manter uma boa saúde, os adultos precisam de 7 a 9 horas. Já nas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, o recomendado é manter 7 a 8 horas de sono por dia (National Sleep Foundation, 2015).

Várias intervenções têm vindo a ser referidas na literatura como tendo efeitos positivos na promoção da qualidade do sono nas pessoas idosas, como é o caso das medidas de higiene do sono, do relaxamento, da cognitivo-comportamental, entre outras.

Assim, as medidas de higiene do sono são um conjunto de hábitos/rotinas que visam otimizar os fatores internos e externos das pessoas bem como os seus estilos de vida com a finalidade de promover uma melhoria da qualidade do sono (Almeida et al., 2020).

Diversas são as entidades e os autores, já mencionados ao longo do presente trabalho, que descrevem as medidas de higiene do sono, como sendo a base de qualquer intervenção, para a promoção da qualidade do sono. Como exemplo destas podemos mencionar: apresentar horários regulares de deitar e acordar; praticar exercício físico regular; ter exposição solar de manha após o acordar logo que possível, ajuda a regularizar o ritmo circadiano, melhorando a qualidade do sono, bem como reduz os distúrbios de humor e depressão; manter o quarto livre de ruídos, a uma temperatura adequada, e com escuro, contudo se necessário manter uma luminosidade reduzida; ter um colchão e almofadas confortáveis e adequadas a cada pessoa; ingerir uma refeição leve ao jantar, e se necessário uma pequena ceia para prevenir o desconforto gástrico; reforçar a hidratação no período da manhã e reduzir a ingestão de líquidos no período da tarde, para evitar a necessidade de se levantar muitas vezes para ir à casa de banho após o início do sono; evitar a ingestão de café e chás que sejam estimulantes e com efeito diurético após o período do lanche; evitar o consumo de tabaco (nicotina), pois o mesmo promove um estado de alerta afetando as diferentes fases do sono; evitar o consumo de álcool; tomar um banho quente pouco antes

de ir para a cama promove o relaxamento muscular e baixa a temperatura corporal facilitadora do processo do sono; limitar os períodos de sesta a 20 minutos após o almoço, para não prejudicar o início do sono; reduzir o contacto com dispositivos eletrónicos como telemóveis, televisão, computadores, pois a luz emitida pelos mesmos (luz azul) interfere com a produção de melatonina; praticar, antes de dormir, atividades que sejam relaxantes; praticar exercícios de relaxamento como a respiração abdominal e meditação; manter uma boa interação social, pois para além de promover a saúde mental, beneficia também a qualidade de sono, aumentando a sensação de bem-estar e promovendo uma atitude mais positiva com a vida.

O relaxamento segundo Almeida et al. (2020) é outro das medidas que favorecem a qualidade do sono, como mencionado previamente nas medidas de higiene do sono. O mesmo consiste num conjunto de procedimentos que promovem uma redução da tensão somática, sendo indicado como tratamento da insónia. Existem várias, técnicas de relaxamento nomeadamente as técnicas de respiração abdominal, o relaxamento progressivo de Jacobson, mindfulness ou relaxamento por imaginação guiada. Estas técnicas se usadas diariamente como uma preparação para o sono, apresentam ganhos em saúde não só a nível da qualidade do sono, mas também na promoção da sua saúde mental.

Referente à terapia cognitivo-comportamental segundo o mesmo autor, a intervenção referida pode ser adaptada para a insónia com ganhos significativos, sendo que engloba várias medidas nomeadamente psicoeducação sobre a higiene do sono, treino de relaxamento, medidas comportamentais de controlo de estímulos, terapia de restrição de sono e ainda terapia cognitiva.

Importa também referir que indivíduos com uma duração diária de sono muito fora daquilo que é o intervalo recomendado, carecem de uma avaliação médica, sendo que se os mesmos reduzem de forma propositada o seu número de horas de sono, estes podem beneficiar de aumento da literacia sobre o sono e as possíveis consequências da privação do mesmo tanto a nível físico, mental e social (National Sleep Foundation, 2015).

O processo de envelhecimento compreende assim inúmeras alterações nomeadamente nas funções mentais, tais como o decréscimo das células nervosas, a redução na velocidade de condução nervosa e na intensidade dos reflexos, apresentando como consequência o declínio gradual das funções cognitivas, como a lentificação no processo cognitivo, dificuldades na aprendizagem de novas tarefas e alterações do raciocínio, défices na atenção e memória, entre outros (Fechine & Trompieri, 2012).

Também ao nível do processo do sono no envelhecimento saudável as mudanças são espectáveis, desde a duração, a eficiência e a arquitetura do sono. Perante este facto, e

indo ao encontro do referido anteriormente, são necessárias intervenções que minimizem o impacto das perdas causadas pelo processo de envelhecimento na qualidade do sono, e consequente promoção de bem-estar e qualidade de vida, refletindo-se na saúde mental das pessoas idosas.

Um estudo que examina a epidemiologia dos distúrbios do sono nos idosos constatou que o índice de distúrbios do sono às vezes chega a 50% (Ohayon, 2022).

Também a National Sleep Foundation, menciona algumas considerações relevantes nomeadamente: os idosos que dormem de 6 a 9 horas apresentam um melhor funcionamento cognitivo, menor número de doenças mentais e físicas e melhor qualidade de vida em comparação com idosos que durmam menos horas, bem como os que dormem mais. As evidências demonstram também que na faixa etária referida, dormir mais horas (9-10 horas) está associada a uma maior morbilidade como por exemplo: hipertensão, diabetes e outros problemas de saúde no geral, assim como um aumento da mortalidade. Deste modo, o sono excessivo pode ser um marcador nos idosos sinalizando-os para a necessidade de avaliação médica, neurológica ou psiquiátrica (National Sleep Foundation, 2015).

Associado ao envelhecimento ocorre uma redução de vários processos metabólicos, nomeadamente a diminuição da secreção de melatonina à noite, produzindo um atraso no ciclo do sono, levando a uma necessidade de se deitar e levantar mais cedo, bem como da redução da perceção de luz e ainda a própria temperatura corporal. O sono torna-se também mais superficial devido a redução da duração total da fase REM e da fase Não-REM N3 do sono profundo, o que afeta o ciclo sono-vigília e por consequência a qualidade do mesmo (Almeida et al., 2020; Sá, 2021).

Nas pessoas idosas ocorrem modificações da arquitetura do sono com redução do estágio mais profundo e uma maior fragmentação do mesmo caracterizada por aumento do número de despertares. Desta forma, o idoso apresenta queixas como ter um sono mais superficial, acordar muitas vezes durante a noite, com presença de insónia e sensação de sono não reparador, conduzindo assim as pessoas a uma sensação de insatisfação com a qualidade do sono (Almeida et al., 2020; Coelho, 2019; Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Oliveira et al., 2020; Sá, 2021).

Deste modo são inúmeras as repercussões dos distúrbios do sono na pessoas idosas evidenciadas na literatura, e algumas delas já referidas anteriormente, tais como os défices de atenção, concentração e memória, a lentificação psicomotora, a redução da atividade física, a diminuição da motivação e energia, o isolamento social, a toma de fármacos inapropriada e consequente risco de ocorrência de reações adversas à medicação, o

aumento do risco de desenvolvimento de perturbações psiquiátricos (depressão, ansiedade e ideação suicida) e ainda o aumento do risco de sequelas físicas associado por exemplo ao aumento do risco de quedas e acidentes. Sendo que todos estes fatores são potenciadores do aumento de comorbilidades, tais como o desenvolvimento de doenças cardíacas e diabetes, e até aumento da mortalidade (Coelho, 2019).

Assim, como foi já referido são diversos os fatores que podem influenciar de forma negativa o sono das pessoas idosas; a qualidade do mesmo apresenta uma intima relação com o equilíbrio emocional e a saúde mental, sendo que na maioria das doenças psiquiátricas existe alterações do padrão do sono, bem como perturbações do sono podem dar origem ou agravar as perturbações psiquiátricas nomeadamente ansiedade e depressão (Sá, 2021). Contudo, o entendimento destas alterações associadas ao normal processo de envelhecimento e a manutenção de hábitos e comportamentos saudáveis podem superar as dificuldades e promover uma melhoria da qualidade do sono, com as respetivas repercussões na qualidade de vida das pessoas idosas.

3 - METODOLOGIA

O estudo de investigação com a metodologia de Scoping Review por mim realizado tem como base o método proposto pela Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020), tendo sido redigido com base no Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018). O protocolo da revisão foi realizado e seguido, embora não tenha sido publicado e/ou registado.

Importa referir que a presente revisão cumpre as etapas consecutivas de formulação da questão de revisão e objetivo geral, a definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, a pesquisa bibliográfica, a seleção dos artigos para inclusão, a análise dos artigos e respetiva extração dos dados, a análise-síntese dos dados relevantes e a respetiva discussão dos mesmos (Peters et al., 2020).

Questão de Revisão e Objetivo Geral: Foi formulada a questão de revisão e respetiva subquestão, que orientou toda a estratégia de pesquisa, de acordo com a mnemónica PCC – Participantes, Contexto e Conceito, preconizada pelo JBI (Peters et al., 2020), sendo a questão principal "Quais as intervenções de enfermagem na promoção da qualidade do sono na pessoa idosa?", e a questão secundária "Quais as características das intervenções que promovem a qualidade do sono na pessoa idosa, nomeadamente, conteúdo, duração, número de sessões?", com o objetivo geral de mapear a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem, nomeadamente do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e as suas características, na promoção da qualidade do sono nas pessoas idosas.

Estratégias de pesquisa: A pesquisa foi realizada no período de 1 a 16 de março de 2023, nas Bases de Dados PubMed e Academic Search Complet, CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collestion via EBSCOhost. Foram incluídos todos os tipos de estudos em língua inglesa, portuguesa e espanhola, com data de publicação igual ou superior a janeiro de 2018.

Tendo em conta a temática, foi utilizado o vocabulário controlado que usa Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para a indexação de artigos científicos e outros documentos da área biomédica (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2021), assim como termos Medical Subject Headings (MeSH terms) na estratégia de pesquisa, bem como termos de linguagem natural. Foram definidos como termos: "psychotherapeutic interventions", "interventions", "sleep", "sleep quality", "sleep hygiene",

"elderly", "older adults", "older people. Posteriormente foram combinados através dos operadores boleanos "AND" e "OR", seguindo-se as recomendações do PRISMA. O termo "nurs" para abranger um maior número de resultados, foi utilizado através do termo truncado. Todas as estratégias de pesquisa utilizadas encontram-se apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Estratégias de pesquisa.

EBSCC	host (Academic Search Complet – 24, CINAHL Complete - 26	6, Psychology						
and Behavioral Sciences Collection – 3)								
ID	Estratégia de Pesquisa Resultados							
#1	psychotherapeutic interventions OR interventions OR	373,893						
	psychotherapy intervention							
	Limitadores: No resumo; 01/ 2018 – 12/2023; no idioma em							
	português inglês e espanhol.							
#2	nurs* 113,183							
	Limitadores: No resumo; 01/2018 – 12/2023; no idioma em							
	português inglês e espanhol.							
#3	elderly OR older adults OR older people 100,336							
	Limitadores: No resumo; 01/2018 – 12/2023; no idioma em							
	português inglês e espanhol.							
#4	Sleep quality OR sleep OR sleep hygiene 48,486							
	Limitadores: No resumo; 01/2018 – 12/2023; no idioma em							
	português inglês e espanhol.							
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4 53							
	Limitadores: No resumo; 01/2018 – 12/2023; no idioma em							
	português inglês e espanhol.							
	PubMed							
#1	("psychotherapeutic interventions"[Title/Abstract] OR	158,634						
	"interventions"[Title/Abstract] OR "psychotherapy							
	intervention"[Title/Abstract]) AND ((ffrft[Filter]) AND							
	(english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter])							
	AND (2018:2023[pdat]))							
#2	("nurs*"[Title/Abstract]) AND ((ffrft[Filter]) AND	53,894						
	(english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter])							
	AND (2018:2023[pdat]))							

#3	("elderly"[Title/Abstract] OR "older adults"[Title/Abstract]	80,546				
	OR "older people"[Title/Abstract]) AND ((ffrft[Filter]) AND					
	(english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter])					
	AND (2018:2023[pdat]))					
#4	("sleep quality"[Title/Abstract] OR "sleep"[Title/Abstract] OR	41,339				
	"sleep hygiene"[Title/Abstract]) AND ((ffrft[Filter]) AND					
	(english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter])					
	AND (2018:2023[pdat]))					
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	34				
	(("psychotherapeutic interventions"[Title/Abstract] OR					
	"interventions"[Title/Abstract] OR "psychotherapy					
	intervention"[Title/Abstract]) AND ("loattrfree full text"[Filter]					
	AND ("english"[Language] OR "portuguese"[Language] OR					
	"spanish"[Language]) AND 2018/01/01:2023/12/31[Date -					
	Publication]) AND ("nurs*"[Title/Abstract] AND ("loattrfree					
	full text"[Filter] AND ("english"[Language] OR					
	"portuguese"[Language] OR "spanish"[Language]) AND					
	2018/01/01:2023/12/31[Date - Publication])) AND					
	(("elderly"[Title/Abstract] OR "older adults"[Title/Abstract]					
	OR "older people"[Title/Abstract]) AND ("loattrfree full					
	text"[Filter] AND ("english"[Language] OR					
	"portuguese"[Language] OR "spanish"[Language]) AND					
	2018/01/01:2023/12/31[Date - Publication])) AND (("sleep					
	quality"[Title/Abstract] OR "sleep"[Title/Abstract] OR "sleep					
	hygiene"[Title/Abstract]) AND ("loattrfree full text"[Filter]					
	AND ("english"[Language] OR "portuguese"[Language] OR					
	"spanish"[Language]) AND 2018/01/01:2023/12/31[Date -					
	Publication]))) AND ((ffrft[Filter]) AND (english[Filter] OR					
	portuguese[Filter] OR spanish[Filter]))					

Os dados foram extraídos por dois revisores independentes, tendo por base as orientações do JBI para a elaboração de uma revisão Scoping, evidenciando os autores e os resultados de cada estudo. Após a realização da pesquisa, todos os duplicados foram removidos. A fim de avaliar a sua elegibilidade, os títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes (FV e SA). Após esta fase, os artigos elegíveis foram, então, analisados com base nos seguintes critérios de inclusão:

- Participantes: considerados todos os estudos que incluíssem pessoas idosas (com idade igual ou superior a 60 anos);
- Conceito: consideradas todas as intervenções de enfermagem que promovam a qualidade do sono:
- Contexto: considerados diversos contextos da prestação de cuidados.

Importa ainda referir que segundo Martins, citado por Nunes (2020) toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética tendo em conta as suas características específicas, sendo que a componente ética na investigação engloba todas as etapas do processo desde o princípio ao fim do estudo, incluindo desde a pertinência e definição do problema a estudar, à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos apropriados de colheita e análise de dados, da confrontação de resultados de outros estudos às regras de publicação e disseminação dos resultado. Assim é de salientar que o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo sido aprovado no dia 02/02/2023.

2.1 – EXTRAÇÃO DOS RESULTADOS

Com base nas estratégias de pesquisa descritas previamente, obteve-se acesso a 87 artigos (34 na base de dados PubMed, 24 na Academic Search Complet, 26 na CINAHL complete, 3 na Psychology and Behavioral Sciences Collestion via EBSCOhost). Após os duplicados terem sido removidos, 41 artigos foram eliminados com base na leitura de título e resumo. Numa fase posterior, 17 artigos foram selecionados, recuperados e analisados na íntegra, tendo em consideração os critérios de inclusão. Destes, 8 foram excluídos pelas seguintes razões: 1 pelos participantes e 7 não se enquadravam no conceito proposto. Desta forma, foram incluídos 9 artigos nesta revisão scoping, conforme ilustra o processo representado na Figura 1.

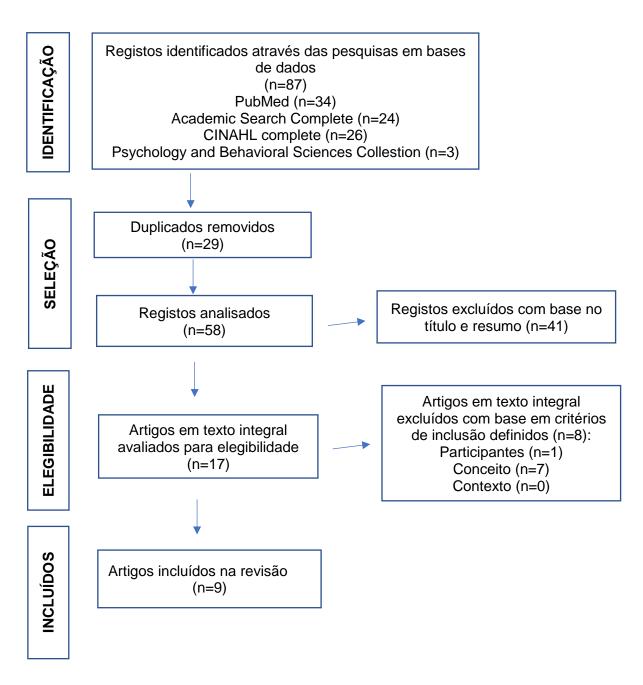


Figura 1: Fluxograma do processo de seleção e inclusão dos estudos (imagem adaptada da Fonte: Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 372(71)).

2.2 - RESULTADOS

Os principais resultados dos estudos incluídos na revisão encontram-se apresentadas no Quadro 2, que se segue.

Quadro 2 – Resultados dos artigos incluídos na revisão.

Identificação	Autores e ano		ano	Resultados
do estudo				
E1	Souilm	et	al.,	Ensaio clínico controlado randomizado, com o objetivo de
	2022			comparar a técnica de liberdade emocional para a insónia e a
				educação das medidas de higiene do sono como dois
				tratamentos para insônia numa população geriátrica quando
				realizados em grupo e os seus efeitos na qualidade do sono,
				depressão e satisfação com a vida. A amostra em estudo é de
				60 idosos com problemas de insónia, divididos em 2 grupos
				de 30 participantes cada. Utilizaram como métodos de
				avaliação pré e pós-teste: questionário sociodemográfico,
				índice de qualidade do sono de Pittsburgh, escala de
				depressão geriátrica e a escala de satisfação de vida.
				Aplicaram as duas técnicas: a um grupo educação sobre
				medidas de higiene do sono, e a outro grupo a técnica de
				libertação emocional para a insónia.
				• Os programas de intervenção foram desenvolvidos em 8
				sessões, de 60 minutos cada, para ambos os grupos. No
				grupo da técnica de liberdade emocional para a insónia, na 1º
				sessão apresentaram a finalidade e objetivos do programa, as
				sessões, e as dinâmicas a serem utilizadas; na 2º sessão
				ensinaram o que era a insónia, sinais e sintomas, tipos e
				causas; na 3º sessão abordaram os fundamentos da técnica
				a aplicar, o seu conceito e associaram elementos de
				reestruturação cognitiva e técnicas de exposição de
				acupressão através de exercícios de batidas; da 4ª sessão à
				7ª foram sessões práticas de treino das técnicas ensinadas
				previamente e na 8ª sessão fizeram uma recapitulação do
				programa com avaliação pós-teste. No grupo da técnica de
				educação sobre a higiene do sono, na 1ª sessão e 2ª sessão
				foi semelhante à do outro grupo; a 3ª sessão foi abordado o
				conceito e fundamentos da higiene do sono; da 4ª à 7ª sessão foram efetuados ensinos e treinos de hábitos saudáveis de
				sono, nomeadamente sobre bebidas cafeinadas, exercício
				físico, ambiente de dormir e horários regulares; a 8ª sessão
				foi de recapitulação do programa e avaliação pós-teste.
				 Após a intervenção, 73,3% do grupo da técnica de liberdade
				emocional tiveram boa qualidade do sono, em comparação
				emocional liveram poa qualidade do sono, em comparação

com 100,0% do grupo higiene do sono, e a diferença foi estatisticamente significativa (P=0,005). Os participantes do grupo da técnica de liberdade emocional também tiveram pontuações significativamente mais altas em todas as dimensões do índice de Pittsburgh, exceto as de sono geral (P=0,01) e disfunção diurna (P=0,007), que foram significativamente mais altas no grupo de higiene do sono. • Os resultados do estudo indicam que as abordagens de educação de higiene do sono e da técnica de liberdade emocional, são eficazes para melhorar a qualidade do sono das pessoas idosas, bem como os seus sintomas de depressão e satisfação com a vida; sendo que os efeitos na qualidade do sono e na depressão são significativamente maiores no grupo de educação da higiene do sono. E2 Bademli et al., • Ensaio clínico controlado randomizado, com o objetivo de 2018 determinar o efeito de um programa de atividade física de 20 semanas em idosos com comprometimento cognitivo leve, nas funções cognitivas e qualidade do sono. Apresentou uma amostra de 60 idosos divididos em 2 grupos (grupo experimental e grupo de controlo), sendo que o grupo experimental foi ainda dividido em 5 grupos de seis pessoas. Utilizaram como métodos de avaliação pré e pós-teste: questionário sociodemográfico, mini exame do estado mental padronizado e o índice de qualidade do sono de Pittsburgh. • Desenvolveram um programa de atividade física de acordo com a literatura científica, a ergonomia e características fisiológicas dos participantes. O grupo experimental recebeu primeiramente uma explicação de todo o programa, sendo que o mesmo foi efetuado por uma enfermeira psiquiátrica e um professor de desporto. O mesmo foi estruturado durante 20 semanas e incluiu 10 minutos de aquecimento inicial, 20 minutos de exercícios rítmicos seguido de 10 minutos de exercícios de relaxamento finais, englobando ainda 40 minutos de caminhada (sendo que foi selecionada a área adequada para o efeito tendo em conta as condições atmosféricas e cerca de 2horas após as refeições, com recurso a um pedómetro e monitorização do número de passos). O grupo de controlo manteve as suas atividades de

vida diárias, e não existiu interação entre os grupos durante a intervenção. • Não houve diferença significativa entre os scores médios do índice de Pittsburgh, entre o grupo experimental e o grupo controlo no pré-teste. No pós-teste o grupo controlo não apresentou diferenças estatisticamente significativas (P=0,27), sendo que no grupo experimental verificou-se uma diferença estatisticamente significativa do índice de Pittsburgh (P=0,001).• Os resultados do estudo demonstram que a atividade física e o exercício regular, nas pessoas idosas, estão associados a uma melhor qualidade do sono. **E**3 Zhao al., • Estudo quase-experimental, com o objetivo de avaliar o efeito 2020 de um programa de intervenção de humor na redução da depressão e ansiedade, no bem-estar subjetivo, na função cognitiva e na qualidade do sono em residentes de lares. A amostra foi de 74 idosos, sendo que foram alocados 37 ao grupo experimental e ou restantes 37 ao grupo de controlo. Utilizaram como métodos de avaliação pré, pós-teste (8 semanas) e follow-up (16 semanas): Escala de Depressão Geriátrica, Escala de Ansiedade de Hamilton, Escala de Felicidade da Memorial University of Newfoundland, Mini-Mental State Examination e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh. O programa de intervenção de humor, decorreu ao longo de 8 semanas, uma vez por semana durante 60min. Foi dividido em 4 momentos: 10 minutos de aquecimento (o enfermeiro apresenta brevemente a atividade e faz exercícios de dedos e alongamento), 10 minutos de vídeos humorísticos (para promover um ambiente feliz e emoções positivas), 30 minutos de jogo (para promover movimentos musculares e de risos libertando energias e emoções positivas) e por fim 10 minutos de partilha de experiencias de humor (estimulando a função cognitiva). O grupo controlo manteve as suas rotinas habituais. • O score de qualidade do sono foi significativamente reduzido desde o início da intervenção no grupo experimental até ao pós-intervenção e no follow-up. E os resultados da ANOVA mostraram que o efeito de interação tempo x grupo na

qualidade do sono foi significativo no pós-intervenção às 8 semanas (F=7,508, p < 0,01) e no follow-up (F=5,319, p < 0,01).

 Assim, o estudo demonstrou que o programa de intervenção de humor melhorou significativamente os sintomas de depressão e ansiedade bem como melhorou o bem-estar subjetivo e a qualidade do sono nas pessoas idosas, não só no pós intervenção imediato, como também se manteve ao longo do tempo.

Tanaka et al., 2019

E4

- Estudo controlado randomizado, com o objetivo de examinar a eficácia de uma intervenção breve de terapia cognitivo comportamental para a insónia realizada por enfermeiras para melhorar os sintomas depressivos entre a população idosa residentes na comunidade. Teve uma amostra final de 42 participantes, alocados em grupo experimental (22 participantes) e grupo de controlo (20 participantes). Utilizaram como métodos de avaliação pré, pós-teste (3 meses): questionário sociodemográfico, Escala de Depressão Geriátrica e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, diário de sono.
- Intervenção consistiu na aplicação da intervenção cognitivo comportamental breve para a insónia, dividida em duas sessões presencias, a primeira em grupo de 60 minutos, seguida de uma individual de 45 minutos e duas sessões à distância por telefone de cerca de 20 minutos cada, realizadas 1 semana e 1 mês depois, por enfermeiros que participaram num Workshop de treino de dois dias sobre a respetiva intervenção. A intervenção incluiu componentes da técnica cognitivo comportamental para a insónia, sendo que na sessão de grupo foi realizada educação sobre higiene do sono, controlo de estímulos e terapia cognitiva, onde os participantes aprenderam sobre as mudanças fisiológicas do processo do sono associadas processo de ao envelhecimento; as medidas de higiene do sono incidiram sobre hábitos de vida, nomeadamente exercício físico, alimentação, consumo de álcool, e a fatores ambientais como luz, temperatura e ruido; bem como evitar a ingestão de cafeina no final do dia, evitar a realização de sestas diurnas ou no caso de serem realizadas não ultrapassarem mais do

que 30 minutos. A sessão individual incluía essencialmente, terapia cognitiva, restrição ao sono e relaxamento; a mesma foi efetuada com base num diário de sono previamente avaliado com recurso à escala de crenças e atitudes disfuncionais sobre o sono; bem como foram instruídos e incentivados a efetuar técnicas de relaxamento como o controlo da respiração e o relaxamento muscular progressivo. Após esta fase inicial de intervenção, cada participante do grupo experimental definiu metas pessoais. Depois foram realizados 2 contactos de acompanhamento telefónico, uma semana e um mês após as sessões individuais. • A pontuação média do índice de qualidade do sono de Pittsburgh no grupo experimental diminuiu 0,86 (de 7,68 passou para 6,82) enquanto no grupo controle aumentou 0,85 (de 7,55 para 8,40). O resultado nas pontuações de mudança não traduziu uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Contudo na subescala que traduz a latência do sono, apresentou um p < 0,01 que traduz uma diferença significativa. Assim os autores concluíram que a intervenção melhorou positivamente os scores das escalas aplicadas. E5 Dolu • Estudo controlado não randomizado, com o objetivo de Nahcivan, 2018 melhorar a qualidade do sono dos participantes com alterações do sono, alterando as suas atitudes negativas em relação ao mesmo e respetivos comportamentos associados. A amostra final foi de 52 participantes, alocados em grupo experimental (26 participantes) e grupo de controlo (26 participantes). Utilizaram como métodos de avaliação pré, pós-teste e follow-up 3 meses depois: questionário sociodemográfico, Mini-Mental State Examination, Escala de Depressão Geriátrica e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, bem como um diário de sono e actigrafia de pulso. O programa de sono aplicado foi individualizado, abordando a experiência do sono e as estratégias de gerenciamento do mesmo em pessoas idosas e foi integrado aspetos da técnica cognitivo comportamental e da técnica de entrevista motivacional ao longo de toda a intervenção. O mesmo consistiu na realização de 4 sessões de uma hora cada, recorrendo á técnica da entrevista motivacional, sendo

entregue a cada participante, no final da sessão, um manual de apoio sobre a temática abordada. O programa na primeira sessão compreendia a definição de sintomas e problemas do sono e elaboração de estratégias para controlo dos mesmos; na segunda sessão eram recolhidas as informações básicas sobre os padrões normais de sono nos idosos e o uso de medicamento hipnóticos; na sessão três eram abordadas as medidas de higiene do sono e efetuadas recomendações simples de estilo de vida; na sessão quatro, era abordado o controlo de sintomas bem como a restrição do sono.

Nos resultados pré teste não se verificaram diferenças significativas entre a perceção geral do estado de saúde. No pós teste apesar de se verificar um redução significativa no valor médio do índice de Pittsburgh, a mesma não foi significativa entre os dois grupos em estudo, contudo nas medidas de actigrafia de pulso os participantes do grupo de intervenção apresentaram uma melhoria significativa no numero de despertares, tempo total acordado à noite e período de vigília após o inicio do sono.

E6 Zheng et al., 2022

- Estudo retrospetivo, com o objetivo de analisar o efeito de uma intervenção de enfermagem "abrangente" na ansiedade e na qualidade do sono de idosos com neoplasia do sistema digestivo. O estudo apresentou uma amostra final de 96 participantes, alocados em grupo experimental participantes) e grupo de controlo (47 participantes). Utilizaram como métodos de avaliação escala de ansiedade de Hamilton e a escala de autoavaliação da ansiedade, no dia de admissão, no dia antes da cirurgia e 7º dia pós-operatório. O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh foi aplicado no dia de admissão e 7º dia pós-operatório. Com recurso a um polissonógrafo foi avaliado o sono REM na noite anterior e seguinte à cirurgia. E ainda a aplicação de uma escala tipo likert de 0 a 10, sendo 0 muito mau e 10 excelente, sobre a qualidade subjetiva do sono.
- O grupo controlo recebeu cuidados de enfermagem convencionais, durante todo o período peri operatório. O grupo experimental recebeu cuidados de enfermagem com uma abordagem mais especializada com foco de atenção no estado psicológico dos utentes e foi estabelecido um grupo de

intervenção composto por enfermeiros e médicos em tempo integral, que receberam treino referente às intervenções psicológicas, a fim de garantir consistência do processo e modo de atuação. Na admissão dos utentes do grupo experimental foram estabelecidas boas relações terapêuticas entre o profissional e o utente. Seguidamente foram instruídos a realizar exercícios de relaxamento, nomeadamente a técnica de relaxamento progressivo e imaginativo e técnica de respiração abdominal para estabilizar as emoções e aumentar a autoconfiança no tratamento. Também desde o dia de admissão até à alta foi aplicada a técnica cognitivo comportamental sendo duas vezes por dia durante as primeiras 4 semanas e dai em diante uma vez por dia, por um período de 40-50 min, sendo abordado as preocupações dos utentes, intervindo nos seus medos e ansiedades, bem como na falta de conhecimento e compreensão sobre a doença. Importa ainda referir que também neste grupo foi realizado apoio aos familiares de forma ativa. • Relativamente à qualidade do sono, não houve diferenças

 Relativamente a qualidade do sono, nao nouve diferenças significativas antes da intervenção sendo que no pós intervenção se verificou uma diferença estatisticamente significativa no grupo experimental comparativamente ao grupo de controlo.

E7 Shanga et al., 2019

- Revisão sistemática com o objetivo de resumir as evidências disponíveis na literatura relacionadas a intervenções não farmacológicas para melhorar a qualidade do sono entre idosos residentes em instituições como lares.
- Identificaram 5 categorias de intervenção diferentes nomeadamente, a atividade física, a terapia de luz, as práticas "mente-corpo", as terapias complementares e alternativas e as intervenções multicomponentes onde eram aplicadas várias intervenções distintas em simultâneo. Referente à atividade física a maioria dos estudos refere treinos com duração de cerca de 40 minutos com frequências de 3 a 7 vezes semana, recorrendo a exercícios aeróbios, de banda elástica e caminhada. Referente às práticas "mente-corpo", foram identificadas intervenções de relaxamento progressivo com duração de uma semana antes de dormir e ainda praticas de ioga com duração de uma hora durante um mês com

instrutores certificados. Nas terapias complementares e alternativas identificaram o recurso a acupressão, massagem, extrato de camomila e melatonina, sendo que destes o que verificou resultados significativos na melhoria da qualidade do sono foi a acupressão realizada por enfermeiros com formação especifica, embora que de uma forma geral o recurso às terapias complementares e alternativas pode ser controverso. Referente às intervenções multicomponentes referida pelos autores, as mesmas incluíram intervenções de medidas de higiene no sono, exercício, acupressão, massagem, terapia comportamental e intervenções no ambiente, com resultados mistos de eficácia de intervenção. Ainda no que concerne à terapia de luz os autores identificaram que não se evidenciaram resultados significativos.

• Em suma, a atividade física demonstrou-se significativa na melhoria da qualidade do sono, bem como as intervenções denominadas de "mente-corpo"; nenhum dos estudos de terapia por luz se verificou significativo; e as intervenções de terapias complementares e alternativas bem como as de multicomponentes, apresentaram resultados mistos.

E8 Carvalho et al., 2022

- Ensaio clínico controlado randomizado, com o objetivo de comparar a eficácia de uma intervenção educativa com recurso a material de suporte escrito, com uma intervenção educativa recorrendo somente a orientações verbais de enfermagem, na melhoria da qualidade do sono de idosos. O estudo apresentou uma amostra final de 126 participantes, alocados em dois grupos, sendo o grupo 1 com 62 participantes e grupo 2 com 64 participantes. Utilizaram como métodos de avaliação o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh e Escala de Sonolência de Epwort, aplicado pré intervenção e cerca de 8 semanas pós intervenção, realizado por enfermeiros que receberam formação/orientação a fim de garantir uma padronização da recolha de dados.
- A intervenção foi realizada através de visita domiciliária, com uma duração de cerca de 60 minutos cada participante. O grupo 1 recebeu educação em saúde com o recurso a um documento educativo denominado de "durma bem e viva melhor" validado por especialistas e sendo compreensível

para a faixa etária com orientações ilustradas sobre as medidas de higiene do sono, tendo o documento 25 páginas, que foi entregue aos participantes no final da intervenção educativa. A organização dos conteúdos teve em consideração os 4 pilares do Modelo de Crenças em Saúde, sendo que: 1º possibilitou a reflexão sobre a suscetibilidade a uma má qualidade de sono; 2º foco na gravidade percebida relacionada com as consequências físicas e fisiológicas da privação do sono; 3º orientações sobre as medidas de higiene do sono tanto relacionada com fatores ambientais como comportamentais; 4º autoconfiança para a realização da ação, encorajando os participantes para assumirem uma postura ativa de mudança. O grupo 2 recebeu os ensinos sob a forma de orientações verbais, sem recurso a qualquer documento de apoio ou imagem, com base no mesmo modelo e seguindo o mesmo conteúdo e seguencia de conhecimentos que o grupo 1.

- No grupo 1, observou-se uma alteração da eficiência do sono de 85% de horas dormidas por noite passando de 31 participantes no pré-teste para 52 no pós teste, o número de despertares noturnos para idas à casa de banho reduziu de 44, para 32 participantes. Também na perceção da qualidade do sono no mesmo grupo no pré teste 24 participantes relataram ter bom sono passando para 50 no pós-teste, bem como se verificou uma redução do número de participantes que classificaram o seu sono como mau passando de 29 no pré-teste para 8 no pós-teste. Referente ao grupo 2, relativamente à eficiência de no mínimo 85% de horas dormidas verificou-se um aumento de 35,9% dos participantes no pré-teste para 82,8% no pós-teste. Referente ao número de despertares noturnos para idas à casa de banho não se verificou relevância estatística, mas referente ao número de levantes noturnos reduziu de 41 participantes para 34 no pós teste. A perceção da qualidade do sono neste grupo também melhorou passando de 23 no pré-teste para 50 no pós-teste, refletindo-se assim na redução do número de idosos que consideram o seu sono mau e muito mau no pré teste, comparativamente ao pós-teste.
- Comparando os dois grupos não houve diferença estatisticamente significativa no pré e pós intervenção o que

representa que ambas as intervenções tiveram eficácia semelhante para o aumento da qualidade do sono. E9 Zaslavsky • Estudo piloto quase-experimental com avaliação pré e pós et al., 2019 teste de um grupo, com o objetivo de avaliar a viabilidade e a eficácia preliminar de uma intervenção de autogerenciamento de saúde através de um aplicativo móvel (mHealth), destinada a melhorar o sono dos idosos com osteoartrite e perturbações do sono. O estudo apresentou uma amostra final 22 participantes. Utilizaram como métodos de avaliação, um questionário sociodemográfico, escala de dor, o índice de gravidade da insónia, o dispositivo eletrónico para a contagem geral de passos, a escala de autoeficácia e a escala de aceitação e dificuldades do sono. Foi solicitado ainda para que na semana 1, 5 e 9 utilizassem a actigrafia do sono para avaliar duas variáveis nomeadamente o tempo total de sono e a eficiência de sono como também a realização de diários de sono. As avaliações foram realizadas no início do estudo na semana 14 pós intervenção e na semana 19 em follow up. • A intervenção aplicada é multidimensional, apresentando a componente de tecnológica de autogerenciamento e restramento de atividade associado ao número de passos realizados (pratica de atividade física), textos personalizados e entrevistas motivacionais. A mesma decorreu num total de 19 semanas sendo que nas 14 primeiras a equipa do estudo manteve contactos frequentes com os participantes, e nas restantes 5 semanas não existiu qualquer contacto por parte da equipa. Referente ao dispositivo móvel o mesmo permitiu detetar com precisão o número de passos realizados, a frequência cardíaca ao longo do tempo, bem como a recolha de informações entre o dispositivo e a plataforma de dados associado ao mesmo. Os textos personalizados foram desenvolvidos, após um processo formativo incluindo um painel de peritos, e revisão de literatura, construindo mensagens de mudança comportamental direcionadas com informação de reforço motivacional tendo em conta o progresso de atividade física de cada participante, sendo as mesmas encaminhadas com uma periocidade semanal. As entrevistas motivacionais, foram realizadas momentos, através de chamada telefónica na 1ª, 5ª e 9ª

- semana, com fim de discutir os objetivos de cada participante e as estratégias e técnicas para facilitar o seu processo de mudança comportamental.
- Os resultados demonstraram que ocorreu uma melhoria dos scores das escalas de gravidade da insónia, bem como uma melhoria da qualidade do sono autorreferenciado nos diários do sono. O tempo de utilização da aplicação tecnológica manteve-se constante mesmo após a cessação das mensagens de motivacionais.
- Os autores concluíram que a intervenção com recurso a tecnologia projetada para melhorar o sono das pessoas idosas, combinada com as entrevistas motivacionais e as mensagens de texto personalizadas e diferenciadas é viável e produziu resultados preliminares de eficácia, embora reduzidos, referente à melhoria da eficácia da qualidade do sono.

Os resultados presentes nos 9 artigos selecionados são claramente heterogéneos entre si, pois todos eles apresentam diferentes tipos e formas de intervenções, sendo que 8 dos artigos são estudos primários e 1 é uma revisão sistemática.

De forma sucinta relativamente às intervenções realizadas para a promoção da qualidade do sono nos estudos selecionados, verificamos que: 5 estudos referiram a educação sobre as medidas de higiene do sono, 4 estudos relataram a técnica cognitivo comportamental, 3 estudos recorreram a técnicas de relaxamento, outros 3 referiram técnicas de entrevista motivacional, 2 estudos referiram intervenções no âmbito da atividade física e outros dois relataram intervenções de massagem e acupressão, somente um relatou uma intervenção de humor e outro uma intervenção de liberdade emocional contudo com recurso a reestruturação cognitiva e acupressão. Tendo em conta estes dados rapidamente percebemos que em vários dos estudos apresentados previamente são utilizadas múltiplas intervenções em simultâneo, pelo que se torna complexo caracterizar as mesmas aplicadas de forma isolada.

Importa, no entanto, referir que de forma semelhante em diversos estudos, existe referência de nas sessões iniciais (após avaliação) serem realizados ensinos nomeadamente sobre a definição de sinais e sintomas de perturbações/alterações do sono e respetivas consequências, bem como alterações fisiológicas do envelhecimento no mesmo.

Ainda referente aos resultados dos estudos apresentados previamente, 5 dos mesmos referem apresentar resultados estatisticamente significativos, 3 embora apresentem resultados de melhoria os mesmos não são estatisticamente significativos. No estudo da revisão sistemática podemos encontrar os vários tipos de resultados tendo em conta as diferentes intervenções apresentadas.

Vários outros estudos foram realizados, contudo não foram incluídos na revisão, pois em alguns deles não ouve uma intervenção direta, mas sim somente momentos de avaliação das diferentes variáveis tendo em conta as atividades de rotina diárias das pessoas em estudo pelo que o conceito de investigação não estava presente.

2.3 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

À medida que as pessoas envelhecem, os seus padrões de sono frequentemente também se alteram, nomeadamente dormem menos tempo e com menos eficiência, têm mais dificuldade para adormecer, acordam com mais frequência e têm períodos mais curtos de sono de movimento rápido dos olhos (REM) e sono de ondas lentas. Sendo que tudo isto combinado com as alterações físicas inerentes ao envelhecimento bem como com as alterações fisiológicas, traduz-se num aumento significativo de problemas de sono (Almeida et al., 2020; Sá, 2021; Sella, et al., 2023).

A literatura científica sobre intervenções de cariz não farmacológico para promover a qualidade do sono demonstra que algumas dessas intervenções são eficazes, contudo a maioria destes não descreve de forma detalhada como as mesmas são realizadas (Niet et al., 2010; Passos et al., 2007).

Também segundo Niet et al. (2010), os enfermeiros encontram-se numa posição altamente favorável para discutir, implementar e aplicar intervenções para a promoção da qualidade do sono bem como o tratamento de perturbações do mesmo, sendo que ao longo dos estudos apresentados, vários são os que corroboram esta mesma informação.

Partindo da questão primária de investigação nomeadamente: "Quais as intervenções de enfermagem na promoção da qualidade do sono na pessoa idosa?", podemos verificar perante os resultados previamente descritos que existe uma grande variedade de intervenções, indo ao encontro do descrito na literatura, nomeadamente: a educação sobre as medidas de higiene do sono, a atividade física, a intervenção cognitivo comportamental para a insónia, as técnicas de relaxamento, a técnica de liberdade emocional e a entrevista motivacional. Contudo importa salientar que muitas das intervenções apresentadas ao longo dos estudos revistos recorrem à combinação de múltiplas intervenções.

No estudo E8 é realizada uma intervenção educativa, num único momento com uma duração de 60 minutos, sobre as medidas de higiene do sono comparando dois grupos com a mesma intervenção e conteúdo, contudo um apresentou material de suporte e o outro somente informação oral. Também no estudo E1, podemos observar a comparação entre duas intervenções, sendo uma delas de educação sobre as medidas de higiene do sono e a outra técnica de liberdade emocional para a insónia, este realizado em 8 sessões de 60 minutos cada. Em ambos os estudos os resultados demonstraram que as intervenções são eficazes para melhorar a qualidade do sono das pessoas idosas, sendo que no E1 as medidas de higiene do sono foram estatisticamente mais significativas comparadas com a liberdade emocional e no E8 embora não apresentassem diferenças entre os dois grupos de intervenção, comparando o pré e pós teste ambos tiveram resultados de eficácia semelhante.

Focando-nos inicialmente na educação sobre as medidas de higiene do sono e indo ao encontra da literatura, também Almeida et al. (2020), refere estas como um elemento preponderante, sendo que as mesmas são um conjunto de hábitos/rotinas que visam otimizar os fatores internos e externos das pessoas bem como os seus estilos de vida com a finalidade de promover uma melhoria da qualidade do sono.

Diversos são as entidades e os autores, já mencionados ao longo do presente trabalho, que descrevem as medidas de higiene do sono, como sendo a base de qualquer intervenção, para a promoção da qualidade do mesmo, facto este que pode ser corroborado também pelos estudos E4, E5, E7, onde em todos eles foram efetuados ensinos sobre as mesmas medidas, em concomitância com outras intervenções.

Ainda referente ao estudo (E1), o mesmo apresenta uma técnica de liberdade emocional sendo que a mesma engloba uma combinação de técnicas terapêuticas e cognitivas, com a estimulação somática de pontos de acupressão, sendo estes últimos semelhantes à acupuntura, mas em vez do uso invasivo de agulhas é utilizado o recurso a batidas ou fricções (Harbottle, 2019). Também segundo Lee et al. (2015), citado por Harbottle (2019) no seu estudo demonstrou que uma intervenção de liberdade emocional com uma duração também de 8 sessões, á semelhança de E1, apresentou eficácia na promoção da qualidade do sono, corroborando assim o mesmo.

Relativamente à intervenção de atividade física apresentada no estudo E2 a mesma teve uma duração de 20 semanas, realizada em 40 minutos, divididos por 10 minutos de aquecimento inicial, 20 minutos de exercícios rítmicos e seguido de mais 10 minutos de exercícios de relaxamento finais, bem como um momento também de 40 minutos de caminhada, sendo que neste estudo o grupo experimental apresentou uma diferença

estatisticamente significativa do índice de Pittsburgh. No estudo E7 sendo uma revisão refere que a maioria dos estudos analisados apresenta treinos com duração de cerca de 40 minutos com frequências de 3 a 7 vezes semana, recorrendo a exercícios aeróbios, de banda elástica e caminhada, com resultados também significativos na qualidade do sono. Ainda no estudo E9, embora a variável em estudo não seja a atividade física os mesmos autores tem como método de intervenção a avaliação do número de passos através de um aplicativo móvel para autogerenciamento da saúde, estando neste também implícita a prática de atividade física como a caminhada.

Passos et al. (2007), menciona que a prática regular de exercício físico, é sugerida para promover uma melhoria da qualidade do sono, embora que o tipo, a intensidade e a duração do mesmo ainda não estejam bem definidos. Também Sá (2021), refere que a atividade física tem enumeros benefícios, não só na melhoria da qualidade de vida e redução da ansiedade, como também melhora a qualidade do sono, reduz o tempo necessário para adormecer, reduz o número de despertares noturnos e ainda reduz a sonolência diurna. Este realça ainda a forte relação bidirecional entre o sono e a atividade física, sendo que uma melhoria da qualidade sono bem como um adequado tempo total deste, melhora também a capacidade física, nomeadamente agilidade, tempo de reação e recuperação. O mesmo menciona também que a prática de atividade física é benéfica independentemente do horário a ser realizado, e deve ser adequada tendo em conta a preferência das pessoas a sua disponibilidade, bem como o seu ritmo circadiano e intensidade de treino, sendo que se o mesmo for de intensidade elevada deve ser evitado nas últimas horas do dia.

No que concerne à terapia cognitivo comportamental para a insónia, enumeros são os autores que referem a sua mais valia. No presente estudo a mesma encontra-se aplicada nos estudos E4, E5, E6 e E7, embora de formas muito dispares.

No estudo E7 a mesma é mencionada associada a estudos com recurso a múltiplas intervenções, não especificando a forma e conteúdo de como foram aplicadas. Já no estudo E4 a intervenção é realizada em 4 momentos, um inicial de 60 minutos em grupo onde foi realizada educação sobre higiene do sono, controlo de estímulos e terapia cognitiva, onde os participantes aprenderam sobre as mudanças fisiológicas do processo do sono. No segundo momento, uma sessão individual de 45 minutos onde foram incluías essencialmente, terapia cognitiva, restrição ao sono e relaxamento, sendo a mesma efetuada com base num diário de sono previamente avaliado com recurso à escala de crenças e atitudes disfuncionais sobre o mesmo. Seguido por fim em dois momentos de contacto telefónico de acompanhamento. Sendo que neste caso os autores consideraram que a intervenção melhorou positivamente a qualidade do sono, contudo os resultados nas

pontuações de mudança não traduziram uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (experimental e controlo). Também no estudo E5 é aplicada em concomitância com a técnica de entrevista motivacional, em 4 sessões de uma hora cada, abordando em cada sessão a definição de sintoma e problema de sono, os padrões do sono dos participantes, as medidas de higiene do sono e ainda o controlo de sintomas e restrição do sono.

No estudo E6 o espaço temporal refere-se a todo o tempo peri operatório dos participantes, não sendo assim possível identificar de forma concreta o número de contactos diretos de intervenção dependendo este de cada situação clínica. A intervenção também não se encontra clara, contudo referem que a terapia cognitivo comportamental em concreto foi realizada 2 vezes por semana durante as primeiras 4 semanas e dai em diante uma única vez por semana com uma duração de cerca de 40-50 minutos, sendo abordado as preocupações dos utentes, intervindo nos seus medos e ansiedades, bem como na falta de conhecimento e compreensão sobre a doença. Relativamente aos resultados da qualidade do sono os autores referem que no pós intervenção verificou-se uma diferença estatisticamente significativa no grupo experimental comparativamente ao grupo de controlo.

Segundo Almeida et al. (2020), a terapia cognitivo comportamental para a insónia como o nome indica é adaptada para a esta mesma perturbação do sono e engloba várias medidas nomeadamente psicoeducação sobre a higiene do sono, treino de relaxamento, medidas comportamentais de controlo de estímulos, terapia de restrição de sono e ainda terapia cognitiva, sendo que a duração da mesma mais frequentemente referida é de 4 a 8 sessões, contudo o mesmo refere haver eficácia demonstrada com uma intervenção breve de 1 a 2 sessões. Assim podemos de imediato verificar que a própria intervenção em si engloba enumeras outras, sendo que quando comparado com os estudos em análise esta vai ao encontro do realizado no estudo E4 e E5, contudo a informação presente no estudo E6 e E7 não permite aferir nenhuma conclusão.

Também segundo Oliveira (2015), no seu estudo de investigação refere que de forma particular os idosos obtêm melhorias significativas em vários parâmetros do sono, existindo uma evidência crescente de que também o funcionamento diurno e a qualidade de vida podem ser influenciados positivamente com esta intervenção. A mesma refere ainda que em termos de aplicação geralmente é administrada ao longo de 6 a 10 sessões, com uma frequência semanal, embora realce que as técnicas aplicadas e o número de sessões devem variar de acordo com a severidade e a comorbilidade da perturbação do sono, bem como com a motivação demonstrada pelas pessoas participantes. Outro aspeto interessante mencionado pela autora é o facto das sessões semanais de forma individual não serem

generalizadamente acessíveis e por vezes exequíveis, pelo que a mesma verificou que outros estudos referentes a este aspeto apuraram a existência de resultados promissores na realização da intervenção em forma de: sessões mais breves ou em número reduzido; sessões seguidas por 2 telefonemas de acompanhamento e ainda administradas em grupo e em formatos alternativas como via telefónica, manual de autoajuda ou internet, aspeto este que vai ao encontro também do realizado no estudo E7.

O relaxamento é outra intervenção identificada para a promoção da qualidade do sono na pessoa idosa mencionado nos estudos E4, E6 e E7, contudo em todos eles a mesma é aplicada em concomitância com outras intervenções e não de forma isolada.

Em E7, foram identificadas intervenções de relaxamento progressivo com referência a uma duração de uma semana aplicadas antes de dormir, e ainda praticas de ioga com duração de uma hora durante um mês com instrutores certificados. Em E6 os participantes foram instruídos a realizar exercícios de relaxamento, nomeadamente a técnica de relaxamento progressivo e imaginativo e técnica de respiração abdominal para estabilizar as emoções e aumentar a autoconfiança no tratamento. Referente a E4 existe também referência à aplicação da técnica de relaxamento na sessão individual onde os participantes foram instruídos e incentivados a efetuar técnicas de relaxamento como o controlo da respiração e o relaxamento muscular progressivo.

Segundo Almeida et al. (2020) o relaxamento é uma prática que pode ser usada como parte de uma rotina diária de preparação para dormir, por forma a separar este momento do resto do dia. O mesmo refere vários métodos que vão ao encontro do presente nos estudos nomeadamente o relaxamento muscular progressivo, exercícios de respiração abdominal, exercícios de mindfulness referindo ainda treinos de imaginação guiada com referência a lugares considerados seguros para a pessoa tendo em conta as suas preferências. O mesmo refere também que esta intervenção realizada de forma isolada apresenta efeito moderado para a insónia inicial, contudo refere existir pouca evidencia diferencial de cada um dos métodos.

Oliveira (2015), corrobora também o modo de aplicação nos estudos analisados referindo que a mesma não deve ser uma opção de intervenção aplicada de forma isolada para a insónia na pessoa idosa, apesar de funcionar como adjuvante, especialmente quando associado à insónia existe também manifestações de sintomas de ansiedade. Também Sella, et al. (2023) num estudo primário em idosos autônomos a residir na comunidade sem diagnostico de distúrbios do sono, numa intervenção sobre relaxamento muscular progressivo combinado com educação sobre higiene do sono encontrou uma melhoria da

qualidade geral do sono autorreferenciado e menos sonolência diurna, comparando o grupo experimental e de controlo.

A técnica de entrevista motivacional, foi identificada também nos estudos E5 e E9 como sendo uma estratégia de intervenção para a promoção da qualidade do sono na pessoa idosa, embora de forma diferente em ambos.

No estudo E5, os autores descrevem a intervenção realizada em 4 sessões de uma hora cada, com recurso à técnica de entrevista motivacional, como já referido anteriormente conjuntamente com aspetos da técnica cognitivo comportamental, sendo que na 1ª sessão foi efetuada a definição de sintomas e problemas do sono e elaboradas estratégias para controlo dos mesmos; na 2ª sessão foram recolhidas as informações básicas sobre os padrões normais de sono dos participantes bem como o uso de medicamento hipnóticos; na 3ª sessão foram abordadas as medidas de higiene do sono e efetuadas recomendações simples de estilo de vida saudáveis e por ultimo na 4ª sessão, foi novamente abordado o controlo de sintomas bem como a restrição do sono. Já no estudo E9, a intervenção teve uma duração total de 19 semanas, sendo que nas 14 primeiras foram enviadas semanalmente mensagens personalizadas e direcionadas a cada participante com conteúdos de mudança comportamental e informações de reforço motivacional. Bem como foram realizadas entrevistas motivacionais, via telefónica na 1ª, 5ª e 9ª semana, com o intuito de discutir os objetivos de cada participante e as estratégias e técnicas para facilitar o seu processo de mudança. Em ambos os estudos os autores concluíram existir resultados de melhoria na qualidade do sono.

A motivação é um conceito que se altera consoante as diferenças individuais de cada pessoa. Segundo Sequeira (2016) a mesma engloba o interesse de cada indivíduo em iniciar uma determinada modificação do seu comportamento ou mantê-lo (mudança), pelo que um dos principais objetivos dos enfermeiros passa por aumentar a motivação da pessoa para a mudança favorável à sua condição, fortalecendo assim o seu compromisso, perante as metas delineadas. Sendo a entrevista de enfermagem uma componente do processo de relação de ajuda, a mesma pode assumir diferentes designações conforme o objetivo a que o enfermeiro se propõe, como a entrevista de colheita de dados, de informação e de ensino, mas também a entrevista de ajuda que envolve suporte psicológico, modificação de comportamentos, resolução de problemas ou situações de crise (Phaneuf, 2005). Assim a entrevista motivacional fomentando e fortalecendo a motivação da pessoa para a adoção de um dado comportamento promotor da sua saúde, é facilmente compreendida como sendo uma boa ferramenta de recurso dos cuidados de enfermagem, podendo a mesma ser aplicada de forma isolada num determinado objetivo bem como em concomitância com

outras intervenções otimizando os seus ganhos, indo assim ao encontro dos estudos analisados.

Referente ao estudo E3, o mesmo investigou a prática de um programa de intervenção de humor com uma duração de 8 semanas, uma vez por semana durante 60 minutos. Foi dividido em 4 momentos: 10 minutos de aquecimento, 10 minutos de vídeos humorísticos, 30 minutos de jogo e por fim 10 minutos de partilha de experiências de humor; sendo que os autores referem que o mesmo apresentou como resultados um melhoramento significativo na qualidade do sono dos participantes, não só no pós intervenção imediato como no follow up.

O humor enquanto intervenção de enfermagem é complexo, e deve ser utilizado quando apropriado; contudo o mesmo pela sua complexidade deve ser treinado e o enfermeiro tem de adaptar as atividades da intervenção a cada pessoa. Silva et al. (2021) refere que a empregabilidade e utilidade do humor nos cuidados de enfermagem, na população idosa, proporciona um ambiente harmonioso e sentimentos de segurança, sendo que a mesma pode ser viável e bem recebida, permitindo melhorar a comunicação com esta população. O mesmo autor refere ainda que intervenções de humor são uma abordagem promotora da melhoria continua dos cuidados. A mesma pode ser aplicada através da exposição de filmes de humor, de yoga do riso e terapia do riso. Estudos analisados por Silva et al. (2021) demonstraram que a intervenção de humor produziu efeitos positivos na promoção da qualidade do sono, na qualidade de vida bem como na depressão e ansiedade, no bemestar subjetivo e ainda no desenvolvimento de estratégias de coping dos participantes, facto este que vai ao encontro dos resultados apresentados no estudo E3.

Como é possível verificar ao longo desta análise, nos estudos apresentados, surgem também intervenções como a massagem, a acupressão, ingestão de extratos de camomila como de melatonina e terapia por luz, utilizadas de forma individual ou em associação com outras intervenções como podemos visualizar nos estudos E7 e E1. Referente a E7, o autor verificou resultados significativos na melhoria do sono na aplicação de acupressão quando realizada por enfermeiros com formação especifica na área, sendo que a utilização das restantes alternativas pode ser controversa, facto este corroborado por outros autores tais como Oliveira (2015) que refere que a fototerapia ou terapia por luz apesar de mencionada em alguns estudos como tendo eficácia na qualidade do sono outros referem não apresentar benefício terapêutico significativo.

Assim é de realçar também que como podemos verificar até ao momento 6 dos estudos apresentados são efetuados através da aplicação de diferentes intervenções em concomitância, sendo que no estudo E1 este facto só corresponde ao grupo de intervenção

da técnica de liberdade emocional, sendo que o outro grupo de intervenção recebeu somente a técnica de educação sobre as medidas de higiene do sono. Somente em 3 dos estudos analisados se verificou a aplicação de forma isolada de uma intervenção, mais concretamente atividade física (E2), intervenção de humor (E3) e educação de medidas de higiene do sono (E8).

Importa, no entanto, referir que de forma semelhante em diversos dos estudos apresentados, existe referência de nas sessões iniciais (após avaliação) serem realizados ensinos nomeadamente sobre a definição de sinais e sintomas de perturbações/alterações do sono e respetivas consequências, bem como alterações fisiológicas do envelhecimento no mesmo.

Um maior nível de literacia em saúde está associado à adoção de comportamentos de prevenção e promoção da saúde por parte das pessoas. Segundo Carvalho et al. (2022), o mesmo refere que quando os ensinos em saúde estão integrados nos cuidados diários dos enfermeiros, estes geram resultados positivos, por promoverem aprendizagens na população, nomeadamente nas pessoas idosas, fortalecendo não só a relação profissional/utente, como também promovendo a mudança nos hábitos de vida.

Apoiando assim este facto presente também em vários estudos, outros autores também referem, que medidas de educação em saúde associadas a intervenções como o controle dos estímulos, restrição do sono, higiene do sono, terapia cognitiva e técnicas de relaxamento, são estratégias consideradas de primeira linha, recomendadas para o tratamento da insônia em idosos, devido a um menor risco de possíveis efeitos adversos, bem como a uma maior qualidade de vida, facto este que corrobora os diversos estudos em análise (Brewster et al., 2018).

Focando agora na questão secundária de investigação "Quais as características das intervenções que promovem a qualidade do sono na pessoa idosa, nomeadamente, conteúdo, duração, número de sessões?" nos estudos presentes, como já foi possível verificar anteriormente as mesmas são muito dispares, desde logo no tipo de intervenções aplicadas o que consequentemente se traduz na estrutura e nos conteúdos, sendo que os mesmos resultados foram sendo comparados com os dados da literatura sobre cada intervenção ao longo da presente discussão.

Assim, tendo em conta a heterogeneidade das intervenções e as suas características próprias que em muito dependem do tipo de intervenção bem como do objetivo do investigador, torna-se difícil conseguir aferir resultados genéricos para a promoção da qualidade do sono na pessoa idosa.

Importa também refletir sobre os métodos de avaliação das intervenções no que concerne à variável do sono, nos estudos primários, relativamente aos métodos subjetivos em todos eles exceto no E9 utilizaram como método de avaliação o índice de qualidade do sono de Pittsburgh; 3 deles recorreram aos diários de sono, 1 utilizou a escala de sonolência de Epwort, 1 a escala de autoeficácia e a escala de aceitação e dificuldades do sono e outro o índice de gravidade da insónia. Relativamente aos métodos de avaliação objetivo, 2 aplicaram actigrafia de pulso e num dos artigos recorreram à polissonografia. De realçar ainda que 3 estudos utilizaram ambas as medidas de avaliação objetiva e subjetiva, assim como noutros recorreram a várias escalas de avaliação subjetiva em simultâneo. No estudo E7 os autores apresentavam como critério de inclusão que os métodos de avaliação fossem, no caso de parâmetros objetivos e padronizados, a polissonografia e actigrafia, e em mediadas subjetivas, também o índice de qualidade do sono de Pittsburgh, diários de sono, a escala de insónia de Atenas, o inventario de distúrbios do sono, registos de sono e escalas de observação da equipa.

Também de acordo com Matheus et al. (2018) dados recentes sugerem que os questionários preenchidos pelos utentes, assim como os diários do sono, são métodos de avaliação relativamente baratos e fáceis de aplicar numa investigação, contudo os resultados dos mesmos são subjetivos, dependendo sempre da avaliação e interpretação da pessoa no momento de preenchimento. O que por vezes pode levar a que os resultados não sejam consistentes com as avaliações objetivas do sono. Assim a polissonografia fornece uma avaliação objetiva, mas também mais abrangente do sono e das perturbações do mesmo por meio da monitorização em simultâneo de várias dimensões, como movimentos oculares, ativação do músculo esquelético e ritmo cardíaco. Também a actigrafia de pulso oferece uma boa alternativa para uma avaliação objetiva do sono, sendo esta mais económica comparativamente à polissonografia.

Deste modo os métodos de avaliação utilizados nos estudos vão ao encontro do relatado na literatura, sendo que o método mais utilizado corresponde ao que apresenta um custo de utilização mais baixo, nomeadamente os questionários de autopreenchimento e concretamente o índice de qualidade do sono de Pittsburgh, bem como os diários de sono. Contudo outros métodos de avaliação foram também utilizados nos estudos em análise o que dificulta uma comparação de eficácia entre as diversas intervenções, facto este corroborado também por Matheus et al. (2018), sendo que o mesmo refere ser necessário definir métodos de avaliação padrão para avaliar o sono e os distúrbios do sono, bem como modelos conceituais abrangentes a fim de facilitar a comparação e interpretação dos resultados de diferentes investigações, para assim contribuir para desenvolvimento do conhecimento sobre a temática. O mesmo refere ainda que a escolha dos instrumentos de

avaliação do sono, devem ser direcionados pela questão de pesquisa bem como pelos recursos disponíveis, tendo presente não só os recursos da investigação, mas também a sua viabilidade futura na prática clínica.

2.4 - LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Refletindo agora sobre as possíveis limitações da revisão scoping, várias podem ser ponderadas. Desde logo embora a estratégia de pesquisa tenha sido desenvolvida e construída tendo em conta as diretrizes internacionais deste tipo de investigação, a mesma pode não ter incluído todos os artigos relevantes não só pela limitação do idioma, como também das bases de dados e espaço temporal, como apresentado previamente na metodologia do estudo, sendo ainda que não foi explorada a literatura cinzenta não publicada, o que pode ter influenciado os resultados finais.

Em segundo, somente um total de 9 artigos, relataram intervenções de enfermagem na promoção da qualidade do sono na pessoa idosa e atenderam aos critérios de inclusão. Embora sendo notório um aumento da preocupação das alterações do sono na população em estudo, existe ainda um pequeno número de estudos publicados sobre a temática, sendo que curiosamente nenhum dos mesmos é em português, o que limita as evidências disponíveis para orientar os profissionais na sua prática clínica.

E por último, devido à grande heterogeneidade dos estudos incluídos, como já referido anteriormente, não podemos concluir de forma exata qual a melhor estratégia de intervenção bem como as características da mesma, contudo penso ter sistematizado os resultados encontrados, a fim de poder ter uma visão das possíveis intervenções e forma de as estruturar.

Importa uma vez mais realçar a importância de definir métodos de avaliação padrão para avaliar o sono e os distúrbios do sono, bem como modelos conceituais abrangentes a fim de facilitar a comparação e interpretação dos resultados de diferentes investigações e assim perceber a eficácia das mesmas.

Assim, mais estudos e publicações específicas sobre as intervenções de enfermagem e de forma concreta do EEESMP, na promoção da qualidade do sono na pessoa idosa e suas características, poderiam ter sido importantes para esta revisão de forma a revelar um conhecimento representativo da temática.

2.5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

As alterações e respetivas perturbações do sono é hoje considerado um problema epidémico entre a população idosa podendo chegar às vezes a 50% da população como refere Ohayon (2022), sendo a mesma reconhecida como tendo uma etiologia na maioria das situações multifatorial, não só tendo logo por base as alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento, bem como às respetivas alterações socio ambientais inerentes às alterações das rotinas da população em causa.

Os enfermeiros e de forma mais concreta os EEESMP, desempenham um papel fundamental na educação e apoio às populações nomeadamente às pessoas idosas, desempenhando um papel não só de cuidar, mas também promovendo e facilitando os processos de transição do envelhecimento, nomeadamente as alterações inerentes ao mesmo, como é o caso das alterações do sono.

Assim, o objetivo desta revisão scoping é mapear as evidências disponíveis na literatura relacionadas com as intervenções de enfermagem bem como a forma como são estruturadas e realizadas, para melhorar a qualidade do sono nas pessoas idosas, a fim de tentar oferecer aos enfermeiros e demais profissionais de saúde, linhas orientadoras mais concretas, sobre o que é realizado bem como possíveis investigações futuras pertinentes sobre a temática.

Ao longo desta revisão foi notória a importância de uma boa qualidade do sono, sendo que mais uma vez os enfermeiros, apresentam o papel importante na avaliação da qualidade do sono bem como na promoção, prevenção e tratamento das alterações do mesmo. As intervenções que podem ser efetuadas, como podemos verificar na literatura são enumeras, e devem ir ao encontro das características e necessidades da população.

Contudo, devido ao pequeno número de resultados de estudos primários incluídos e respetiva heterogeneidade entre eles, bem como devido à ausência de estudos na população portuguesa, os resultados presentes devem ser interpretados com ponderação, pelo que mais estudos de alta qualidade sobre as intervenções de enfermagem, e mais concretamente do EEESMP, na promoção da qualidade do sono na pessoa idosa e respetiva caracterização, devem ser realizados e publicados.

Ainda assim, os resultados presentes demonstraram que intervenções como a educação sobre as medidas de higiene do sono, a atividade física, a intervenção cognitiva comportamental para a insónia, as técnicas de relaxamento, a técnica de liberdade emocional e a entrevista motivacional, aplicadas na pessoa idosa, independentemente do seu contexto, têm efeitos positivos na melhoria da qualidade do sono.

Relativamente às características das intervenções devido à heterogeneidade dos estudos não foi possível encontrar um padrão de semelhança entre elas, contudo as mesmas foram abordadas ao longo da discussão.

Assim, aferir o tipo de intervenção mais eficaz nesta revisão não é possível, sendo que indo ao encontro dos resultados bem como da literatura a implementação de uma única intervenção pode ser insuficiente para maximizar os efeitos nos diversos parâmetros do sono; pelo que, mais estudos devem ser realizados e publicados no futuro a fim de poder investigar se a combinação de várias intervenções apresentará um maior efeito na promoção da qualidade do sono na pessoa idosa, bem como a sua duração ideal, a frequência e respetivo conteúdo das intervenções e deste modo contribuir para a evidencia científica sobre a temática.

NOTA CONCLUSIVA

Segundo Meleis a conclusão de uma transição implica que a pessoa atingiu uma fase de maior estabilidade comparativamente ao que tinha inicialmente, sendo esta uma característica importante da transição com uma base essencialmente positiva.

Assim em concordância com a autora, considero que nesta fase de transição educacional e profissional, foram várias as mudanças que foram surgindo ao longo deste meu percurso de desenvolvimento de competências especializadas. Esta transição situacional exigiu da minha parte uma série de respostas nomeadamente de aprendizagens, adaptações aos vários níveis desde pessoais a familiares, autoconhecimento e autoconsciência das mudanças que foram sucedendo, para que agora no términus do mesmo conseguisse alcançar os resultados pretendidos, nomeadamente o desenvolvimento das competências específicas de EEESMP bem como as que conferem ao grau de mestre.

Este documento, intitulado de Relatório Final de Estágio, pretendeu assim, consolidar todo o trabalho desenvolvido ao longo de todo o percurso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Os diferentes contextos de aprendizagem desde a componente teórica aos estágios realizados, foram preponderantes para o meu desenvolvimento de conhecimentos e competências tanto comuns como especificas de EEESMP.

Considero que ao longo deste trabalho atingi os objetivos aos quais me tinha proposto na sua realização, nomeadamente demonstrar de forma sucinta o trabalho por mim desenvolvido nos diferentes contextos ao longo deste percurso, processo através do qual adquiri e desenvolvi as competências de EEESMP, bem como realizar uma reflexão sobre as mesmas.

Também a componente de investigação se demonstrou de grande relevância, para o meu desenvolvimento, não só pela consolidação prática da componente investigativa, mas também porque através da mesma construímos e consolidamos saber técnico científico, com base nos dados mais recentes da prática. A mesma veio uma vez mais validar que só o conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem, de forma mais concreta a investigação primária, pode ser utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006).

Assim, uma das formas de contribuirmos para o desenvolvimento da Enfermagem e para o aumento da qualidade dos cuidados prestados, é a procura constante de formação. Pelo que a formação especializada traz ao profissional a possibilidade de adquirir novas

perspetivas bem como um maior número de conhecimento e de saberes técnicos e científicos, estando deste modo eu certa que todo este percurso fez de mim uma melhor profissional com um maior número de competências, mas também uma melhor pessoa.

Desta forma, termino esta etapa com um grande sentimento de gratidão, mas também motivação em continuar a investir no meu desenvolvimento pessoal e profissional, com uma visão de encarar todos os desafios como oportunidades de aprendizagem e possibilidades de melhoria contínua.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, V., Lopes, M., & Damasceno, M., (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. Revista Escola Enfermagem USP. 39(2), 202-210.
 - https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tPtzyWHYsRzm8JwmNYrd5QK/?format=pdf&lang=pt
- Almeida, B., Machado, C., Fragoeiro, C. & Gomes, S. (2020). *A ciência do sono: da fisiologia à (psico)patologia*. Edições Parsifal.
- Amaral, A.; Almeida, E. & Sousa, L. (2021). Intervenção Psicoeducacional. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções*. (1º ed., pp. 174-176) Lidel.
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style. (Ed.7), APA.
- Bademli, K., Lok, N., Canbaz, M. & Lok, S. (2018). Effects of Physical Activity Program on cognitive function and sleep quality in elderly with mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Psychiatric Care*. 55(3) p. 401-408. https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=922d74ee-23ea-4346-aea2-
 - 1ce8e24b5878%40redis&bdata=Jmxhbmc9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=1 37720415&db=ccm
- Berger, L. & Mailoux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem global.* Lusodidacta.
- Bessa, M. (2013). A densificação dos princípios da bioética em Portugal Estudo de caso: a atuação do CNECV. https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/71440/2/24891.pdf
- Brewster, G., Riegel, B., & Gehrman, P. (2018). Insomnia in the Older Adult. *Sleep medicine clinics*. 13(1), 13–19. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29412980/
- Carvalho, K., Figueiredo, M., Neto, N., Sá, G., Silva, C. & Mendes, P. (2022). Comparison of the effectiveness of two educational interventions on sleep quality in older adults: a randomized clinical trial. *Revista da Escola Superior de Enfermagem da USP*. 56, e20220326. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36651869/

- Coelho, J. & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (1º ed., pp. 202-203). Lidel.
- Coelho, V. (2019). O fenómeno do sono na pessoa idosa: consulta de enfermagem para centros de dia. [Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem Instituto de Ciências da Saúde] Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/31639
- Conceição, J., & Buena, G. (2020). *101 Técnicas da terapia cognitivo-comportamental*. https://repositorio.unc.br:8443/xmlui/handle/123456789/200
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2017a). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017b). Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Portugal. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf
- Dolu, I. & Nahcivan, O. (2018). Impact of a nurse-led sleep programme on the sleep quality and depressive symptomatology among older adults in nursing homes: A non-randomised controlled study. *International journal of older people nursing*. 14 (1). https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=922d74ee-23ea-4346-aea2-
 - 1ce8e24b5878%40redis&bdata=Jmxhbmc9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=3 0536932&db=mdc
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). (2016). Guia de elaboração de trabalhos escritos. https://www.esenfc.pt/pt/download/1186/Vy3r1dxueQvv5bKlefBN.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). (2022). *Unidade curricular: estágio com relatório guia orientador*.
- Fragoso, E. (2022). *Promoção da Literacia em Saúde Mental: psicoeducação e autogestão da doença*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa] Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/44568
- Fechine, A. & Trompieri, N. (2012). O Processo de Envelhecimento: as Principais Alterações que Acontecem com o Idoso com o Passar dos Anos. *Revista Científica Internacional*, 1(20), p. 106-194.
 - https://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b3855f1a4003d09b77ee4138-Modifica---es-fisiol--gicas-normais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf

- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. (5 ed.). Temas e Debates Círculo de Leitores.
- Harbottle, L. (2019). Potential of emotional freedom techniques to improve mood and quality of life in older adults. *British Journal of Community Nursing*. 24(9) https://www.magonlinelibrary.com/doi/epub/10.12968/bjcn.2019.24.9.432
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020). Projeções de População Residente 2018-2080.

 Portugal. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2022). Censos 2021 divulgação dos resultados definitivos.

 Portugal. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=541064323&DESTAQUESmodo=2
- João, K., Becker, N., Jesus, S. & Martins, R. (2017). Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27923147/
- Lee, s. & Yu, S. (2021). Effectiveness of Information and Communication Technology (ICT) Interventions in Elderly's Sleep Disturbances: A Systematic Review and Meta-Analysis. Sensors 21(18). https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=a4f840f8-a725-4e0f-912d-115ba3759d03%40redis&bdata=Jmxhbmc9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=152760457&db=a9h
- Leite, L. & Santos, E. (2021). Práticas de higiene do sono em idosos: uma revisão sistemática. Anais do VIII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/77418
- Matthews, E., Hacker, E., Otte, J., & Dean, G. (2018). Agenda for Sleep Research in Older Adults With Cancer: A Conference Report. *Cancer nursing*, *41*(2), 109–116. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28045699/
- Meleis, A. I. (2012). Theoretical Nursing: Development and progress. Philadelphia: Wolters Kleiwer / Lippincott William & Wilkins. (Pág. 87 a 112: Capítulo; The discipline of nursing: perspective and domain). (Tradução em português de Cecília Albuquerque e revisão de Ana Margarida Fernandes).
- Melo-Dias, C. (2014). *Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia*. [Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa do Porto].

- Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/19361
- National Sleep Foundation. (2015). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. Sleep Health. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352721815001606?via%3Dihub
- National Sleep Foundation. (2017). National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. Sleep Health. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352721816301309?via%3Dihub
- National Sleep Foundation. (2019). The National Sleep Foundation's Sleep Satisfaction Tool.

 Sleep Health.

 https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352721818301827?via%3Dihub
- Niet, G., Tiemens, B., & Hutschemaekers, G. (2010). Can mental healthcare nurses improve sleep quality for inpatients?. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 19(17), 1100–1105. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20871513/
- Nunes, L. (2020). Aspetos Éticos na investigação de Enfermagem. Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
 https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20inve stigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Nunes, L.; Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, L., & Poeira, A. (2021). Apostilha de Investigação. I. Da origem à disseminação do conhecimento. Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/36172
- Ohayon, M. (2022). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6(2). p. 97–111. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1087079202901863?via%3Dihu b
- Oliveira, S. (2015). Terapias não farmacológicas na insónia em idade avançada. [Dissertação de Mestrado em Medicina. Universidade da Beira Interior.] Repositório Digital da UBI. https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/5147
- Oliveira, S., Fernandes, W. & Fernandes, M. (2020). Diagnósticos de enfermagem relacionados aos distúrbios do sono em idosos em serviço geriátrico. *Enfermagem*

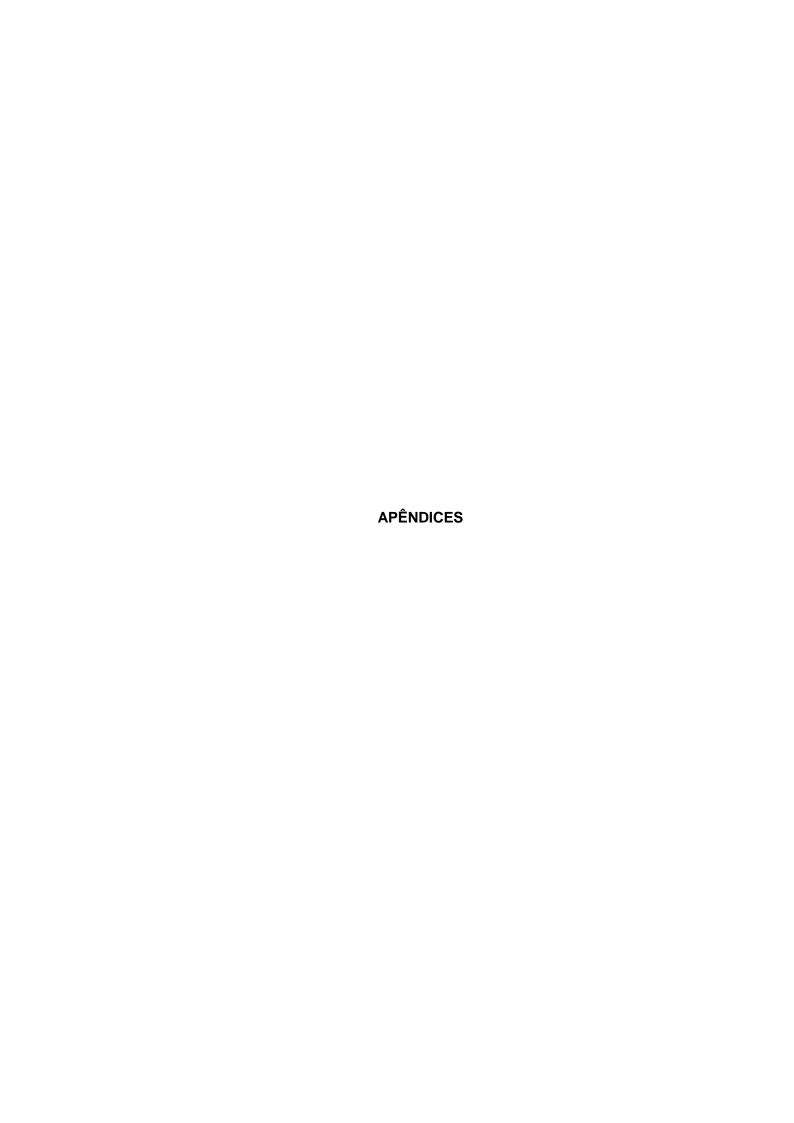
- Brasil. 19(4). p. 280-289. https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2818/pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2. http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf
- Ordem dos Enfermeiro (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29 102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer nº 52/2017. Orientação dos estudantes dos cursos de licenciatura de enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer-52_2017_OrientacaoEstudantesCursosLicenciaturaEnfermag.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrão de documentação de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. In Ordem dos Enfermeiros. https://pt.scribd.com/document/452764700/ppadrao-documentacao-enfermagem-saude-mental-e-psiquiatrica-auscultacao-vf-1#
- Ordem dos Enfermeiros. (2021a). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados de Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional do Enfermeiro Especialista. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dosciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021b). Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave. https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-pr%C3%A1ticas-1/
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). Guia de Boas Práticas Cuidados de Enfermagem Especializados em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/guia-orientador-de-boas-pr-tica-sa-demental/full-view.html
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Mesa do Colégio de Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica.

- https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28324/documento-do-core-de-indicadores-eesmp.pdf
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33782057/
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde.* (2 Ed.). Lusociência.
- Passos, G., Tufik, S., Santana, M., Poyares, D. & Mello, M. (2007). Tratamento não farmacológico para a insônia crônica. *Revista Brasileira Psiquiátrica*. 29(3). https://www.scielo.br/j/rbp/a/9dR4CLMmmySDnvyNpWzSPYm/
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação. Lusociência.
- Peters, M., Marnie, C., Tricco, A., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI evidence synthesis*, 18(10), 2119–2126. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33038124/
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência
- Queirós, P. (2012). O bem-estar na perspetiva de enfermagem. https://www.researchgate.net/publication/268220826_O_BEM_ESTAR_NA_PERSPET IVA_DE_ENFERMAGEM
- Queirós, P. J. P. (2020). Ciência de enfermagem: contributos para a discussão disciplinar. Coimbra.
- Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República: II série, n.º 122. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Re gulamento 356 2015 PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República: II série, n.º 151. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570

- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: Il serie, nº 26. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf
- Sá, T. (2021). Acabe com as Noites em Branco: Guia para noites descansadas e dias com mais energia. Planeta de Livros Portugal.
- Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch-Canut, T. (2020). Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções* (1º ed., pp. 171-173). Lidel
- Santos, J., Erse, M., Simões, R., Façanha, J., Marques, L., Matos, M., Loureiro, C., & Quaresma, M. (2021). Mais contigo 2021 Promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Sella, E., Toffalini, E., Canini, L., & Borella, E. (2023). Non-pharmacological interventions targeting sleep quality in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Aging & mental health*, 27(5), 847–861. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35352595/
- Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lidel.
- Sequeira, C. (2020a). Comunicação terapêutica. In Sequeira, C., & Sampaio, F., (2020). Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções (ed. 1., pp. 80-83). Lidel.
- Sequeira, C. (2020b). Treino da assertividade. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (1º ed., pp. 174-176). Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F., (2020). Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções (ed. 1). Lidel
- Shanga, B., Yina, H., Jiaa, Y., Zhaoa, J., Menga, X., Chena, L., & Liub. P. (2019). Nonpharmacological interventions to improve sleep in nursing home residents: A systematic review. Geriatric Nursing. 40(4) 405-416. p. https://web.s.ebscohost.com/ehost/results?vid=2&sid=08148f59-c0cb-4fb1-9e16-811981db037f%40redis&bquery=Nonpharmacological+interventions+to+improve+slee p+in+nursing+home+residents%3a+A+systematic+review&bdata=JmRiPWE5aCZkYj1i dGqmZGI9Y2NtJmRiPWU2ODBzd3cmZGI9bWRjJmRiPW5sZWJrJmRiPWU2MDB4d3cmZGI9ZTAwMGJ3dyZkYj1kZGgmZGI9czNoJmRiPWx0aCZkYj1wYmgmZGI9ZXJpYy ZkYj1seGgmZGI9YndoJmRiPXRyaCZkYj1jdWwmZGI9bWRsJmRsaTA9TkwmZGx2M D1ZJmRsZDA9bmxlYmsmbGFuZz1wdC1wdCZ0eXBIPTAmc2VhcmNoTW9kZT1TdGF uZGFyZCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d

- Silva, P., Sousa, L., Marques-vieira, C. & Helena, J. (2021). A intervenção humor em enfermagem: uma revisão de escopo. Repositório da Universidade do Algarve. https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/17231
- Souilm, N., Elsakhy, N., Alotaibi, Y. & Ali, S. (2022). Effectiveness of emotional freedom techniques (EFT) vs sleep hygiene education group therapy (SHE) in management of sleep disorders among elderly. *Scientific Reports*. 12(1), p1-12. https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=ee92b2eb-89f9-4c61-806b-6a45386807a5%40redis&bdata=Jmxhbmc9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=1 56503423&db=a9h
- Tanaka, M., Kusaga, M., Nyamathi, A. & Tanaka, K. (2019). Effects of Brief Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Improving Depression Among Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Controlled Comparative Study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 16(1) p. 78-86. https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=38a0799d-cb6b-4bef-b9ce-d5442bd76451%40redis&bdata=Jmxhbmc9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=1 34685672&db=ccm
- Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência. Lusociência.
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M., Garritty, C., ... Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033/
- United Nations. (2020). World Population Ageing 2020 Highlights. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf
- Valente, G., Sequeira, C. & Sampaio, F., (2020). Modelos teóricos e a enfermagem de saúde mental. In Sequeira, C., & Sampaio, F (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções* (1º ed., pp. 19-23). Lidel.
- Vaz Serra, A. (2002). O Stresse na vida de todos os dias. (3ª ed.). Adriano Vaz Serra
- Vieira, A. (2019). (Re)começar o processo de Recovery na pessoa com experiência em Doença Mental. [Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32152

- Zaslavsky, O., Thompson, H., McCurry, S., Landis, C., Kitsiou, S., Ward, T., Heitkemper, M. & Demiris, G. (2019). Use of a Wearable Technology and Motivational Interviews to Improve Sleep in Older Persons with Osteoarthritis and Sleep Disturbance: Pilot Study. Research in gerontological nursing. 12(4), 167–173. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30901479/
- Zhao, J., Yin, H., Wang, X., Zhang, G., Jia, Y., Shang, B., Zhao, J., Wang, C. & Chen, L. (2020). Effect of humour intervention programme on depression, anxiety, subjective well-being, cognitive function and sleep quality in Chinese nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing*. 76(10) p. 2709-2718. https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=d0fdd606-0226-4258-bcc4-fa8732a6487d%40redis&bdata=Jmxhbmc9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=14 5960201&db=ccm
- Zheng, X.; Jin, Q., Lu Q. & Cai Q. (2022). Effect of comprehensive nursing intervention on perioperative anxiety and sleep quality in elderly patients with digestive tract malignancies. *American Journal of Translational Research*. 14(10) p. 7189-7198 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36398224/
- World Health Organization (WHO). (2015). World report on ageing and health. https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463
- World Health Organization (2020a). Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. Geneva. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_INF2-en.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2020b). Decade of Healthy Ageing 2020- 2030. https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-agein



APÊNDICE I – Caso Clínico de Enfermagem



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica

Filipa Isabel Santos Vaz

CASO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica

Filipa Isabel Santos Vaz

CASO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Trabalho elaborado no âmbito do **Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica** sob orientação da Professora Rosa Simões e do Enfermeiro Especialista Jorge Façanha.

LISTA DE SIGLAS

APA - American Psychological Association

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESMP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

UGA - Unidade de Ganhos de Autonomia

LISTA DE TABELAS

abela 1 – Plano de cuidados	 14

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	6
2 - DADOS DEMOGRAFICOS DA PESSOA	7
3 - MOTIVO DE INTERNAMENTO	7
4 - HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO PESSOAL E FAMILIAR	8
5 - HISTÓRIA PSIQUIATRICA E ANTECEDENTES DE SAUDE	8
6 - EXAME DO ESTADO MENTAL	9
7 - CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA	10
8 - RACIOCINIO CLÍNICO	12
9 - PLANO DE CUIDADOS	13
CONCLUSÕES	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	17
APÊNDICES	
Apêndice I – Consentimento Informado	
Apêndice II – Genograma e Ecomapa	
Apêndice III – Planeamento da Intervenção Psicoeducativa	
Apêndice IV – Planeamento do Treino da Assertividade	
Apêndice V – Planeamento da Intervenção de Relaxamento	

1 - INTRODUÇÃO

A unidade curricular Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, integra o 2º semestre do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP) 2021/2023 da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). Este decorrerá no período compreendido entre 23 de maio de 2022 a 14 de julho de 2022, num total de 8 semanas, na

sob a orientação da Professora Rosa Simões e tutoria do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Menta e Psiquiátrica (EEESMP) Jorge Façanha. No âmbito do estágio é proposta a elaboração de um estudo de caso de uma pessoa assistida. O estudo de um caso clínico de enfermagem é uma abordagem metodológica de investigação adequada, quando o propósito é compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Este trabalho apresenta como objetivos aprimorar técnicas de entrevista e colheita de informação, executar avaliação do exame do estado mental, bem como, identificar focos de atenção, formular diagnósticos de enfermagem, definir intervenções de enfermagem estabelecendo um plano de intervenções específicas do EEESMP e ainda avaliar o resultado das intervenções desenvolvidas.

A seleção da pessoa foi realizada tendo em conta o diagnóstico clínico e o estado atual do processo de doença em que a mesma se encontra, apresentando inúmeras possibilidades de intervenções psicoterapêuticas a aplicar e desenvolver, esperando assim desenvolver trabalho e competências enquanto futura enfermeira especialista que pudesse trazer à pessoa assistida estratégias adequadas para lidar consigo mesma, com os que a rodeiam bem como com o futuro.

A metodologia aplicada neste estudo de caso teve diferentes etapas, desde a seleção da pessoa assistida, o seu consentimento informado para a realização do mesmo, assim como a recolha de informações através de entrevistas semi-estruturadas e exploratórias com o intuito de identificar focos e diagnósticos de enfermagem, efetuando de seguida planos de intervenção individualizados e respetiva avaliação.

Este estudo inicia-se com uma nota introdutória, seguido dos dados demográficos da pessoa, motivo de internamento, história do desenvolvimento pessoal e familiar, antecedentes pessoais de saúde e história psiquiátrica. Seguidamente encontra-se a realização da avaliação do exame do estado mental, seguido da caracterização da situação clínica segundo os modelos explicativos. De seguida é apresentado o raciocínio clínico inerente ao processo de enfermagem, seguido da formulação de diagnósticos e respetivas intervenções específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, com

evolução dinâmica ao longo do tempo, descriminando as intervenções terapêuticas desenvolvidas nesta situação específica, estando remetido para apêndice o planeamento das mesmas. Por fim as considerações finais em forma de conclusão.

O desenvolvimento do trabalho teve em conta bibliografia pertinente para as temáticas desenvolvidas.

Para a sua elaboração foram utilizadas as indicações do guia orientador do estágio, e as normas de elaboração de trabalhos escritos que constam no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEnfC (2016), em complementaridade com as normas American Psychological Association (APA) 7a edição.

2 - DADOS DEMOGRÁFICOS DA PESSOA

Nome: M.

Sexo: Feminino Idade: 41 anos

Nacionalidade: Portuguesa

Estado civil: Solteira

Escolaridade: Licenciada em psicologia clínica, com pós-graduação em nutrição clínica.

Profissão: Desempregada

Residência: Status prévio de sem abrigo,

3 - MOTIVO DE INTERNAMENTO

A pessoa assistida apresenta como diagnóstico clínico perturbação delirante crónica com anos de evolução sem acompanhamento e com algumas ambiguidades na definição diagnóstica, sendo que atualmente, após avaliação da mesma pela equipa multidisciplinar apresenta como possibilidade diagnóstica uma esquizoafetiva. Foi admitida na unidade de em novembro de 2021 para estabilização da doença e encaminhamento social. À posteriori em março de 2022, foi transferida para a

para reabilitação psicossocial, onde se encontra atualmente afeta à autonomia (UGA).

Medicação atual:

Clozapina 100mg (jantar e deitar); Clonazepam 2mg (deitar); Cariprazina 1,5mg (pequeno-almoço); Cariprazina 6mg (pequeno-almoço); Movicol (pequeno-almoço); Biperideno 4mg (pequeno-almoço, jantar e deitar); Clonazepam 0,5mg (pequeno-almoço e jantar); Lamotrigina 50mg (pequeno-almoço); Escitalopram 10mg (pequeno-almoço); Xeplion 50mg (1 vez por mês); Diazepam 10mg (SOS até 1cp por dia); Glicerina supositório (SOS).

4 - HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO PESSOAL E FAMILIAR (Genograma e Ecomapa – apêndice II)

Durante a infância, até aos 11 anos, M. vivia em casa dos seus avós maternos com os pais e o irmão. Segundo a mesma, a relação entre todos sempre foi difícil com muitos conflitos, nomeadamente entre ela e o irmão sendo o avô um elemento apaziguador.

Os seus pais divorciaram-se quando M. tinha oito anos, ficando esta a viver com a mãe, com quem mantinha uma relação conflituosa. Aos 28 anos, foi viver com a tia materna, perdendo o contacto com a mãe. Mais tarde em 2018, M. refere ter sido "expulsa" de casa pela tia, sendo que esta já não aguentava os seus comportamentos desajustados e exacerbados associados aos sintomas, bem como o facto de M. como ajuda recorrer à religião nomeadamente padres, havendo um em particular que a mesma referenciava ser o seu grande suporte. Após a saída da casa da tia, M. recorreu ao apoio da segurança social, tendo sido acolhida numa casa de sem abrigo durante 6 meses, sendo que nesse mesmo ano ter-se-á candidatado a uma ordem religiosa à qual foi recusada. Depois deste acontecimento terá ido viver para para um centro de acolhimento onde permaneceu desde janeiro 2020 a setembro do mesmo ano.

Relativamente ao irmão não tem qualquer relação de contacto. M. também não apresenta relação de proximidade com o pai, contudo este, tem conhecimento sobre toda a situação clínica tendo sido o próprio, após contacto do hospital onde foi internada, que encaminhou a sua institucionalização, para

Relativamente a atividades ocupacionais, M. referiu nunca ter exercido como psicóloga, e que apresentou alguns trabalhos nomeadamente em call center, e por último encontrava-se a dar aulas de música (quando questionada sobre a sua formação nesta área, não a especificou) a crianças, contudo devido há intensificação dos sintomas deixou de conseguir fazê-lo.

A híper religiosidade foi sempre um fator presente no desenvolvimento de M.

5 - ANTECEDENTES DE SAÚDE E HISTÓRIA PSIQUIATRICA

Antecedentes pessoais: colecistectomia e obstipação. Desconhece alergias.

Antecedentes Psiquiátricos: Tendo em conta a história pessoal de M., bem como os relatos da mesma, existe referência a alucinações visuais e auditivas desde a infância, cerca dos 11 anos.

Estas alucinações auditivo-verbais de cariz místico, estiveram presentes durante anos, sendo que no último ano, M. passou a adorar a capelinha das aparições de forma ininterrupta e realizou jejum de 2 semanas apenas ingerindo a hóstia consagrada. Terá sido neste momento "encontrada" e encaminhada ao serviço de urgência, após ter-se sentido mal durante um momento eucarístico.

Até este momento, M. não apresenta qualquer referência a internamentos prévios de psiquiatria.

Foi internada no hospital , no seguimento do relato anterior, tendo sido diagnosticada com perturbação delirante crónica, com vários anos de evolução sem acompanhamento. Existe referência a ter recorrido a sessões de exorcismo para afastar os "demónios", bem como a comportamentos suicidários prévios ao internamento, que a mesma atualmente confirma.

Perante todo o relato pessoal de M. podem ser identificados como fatores de risco:

- Família desagregada, com referência a perdas precoces de pessoas significativas.
- Falta de apoio familiar
- Desemprego
- Sem residência estável
- Comportamento retraído, com dificuldade em relacionar-se com a família e amigos, pouca rede de suporte social aparente
- Tentativa de suicídio anterior

Relativamente aos fatores protetores podemos identificar:

- Noção de valor pessoal
- Recetividade a novas aprendizagens e experiências
- Recetividade a ajuda de terceiros
- Valores culturais

6 - EXAME DO ESTADO MENTAL

O exame do estado mental foi realizado no dia 02 de junho de 2022.

Descrição geral e apresentação: Bom estado geral e bem nutrida; idade aparente coincide com a idade real; higiene cuidada com vestuário adequado à época.

Contacto: Contacto fácil, contudo, baixa o olhar, expressão facial triste, com dificuldade em expressar o que sente e com distanciamento emocional.

Discurso e linguagem: Apresenta tom de voz baixo, com vocabulário rico e bem estruturado, por vezes confuso. Presença de bradifemia associada à lentidão do discurso, com algumas pausas entre as palavras e por vezes com alguma demora a iniciar a resposta.

Motricidade: Lentificada, apática. Postura retraída e tensa. Expressão facial triste.

Estado de consciência e orientação: Vigília normal, embora refira sonolência. Apresenta clareza da consciência tendo em conta que tem capacidade de apreensão e compreensão de si e do mundo que a rodeia, contudo a consciência de si mesma encontra-se comprometida, uma vez que por períodos apresenta dificuldade de se reconhecer a si própria bem como a pertença dos seus pensamentos. Orientada auto e alopsíquicamente.

Atenção: Atenção distrátil.

Humor: Apresenta humor depressivo associado à tríade cognitiva pela visão negativa de si mesmo, da interação com o meio e do futuro, bem como humor disfórico sem agressividade.

Afetividade: Diminuição da interação social/apatia com redução do interesse e iniciativa, com reduzido envolvimento interpessoal e social, anedonia, embotamento afetivo.

Emoções: Apresenta-se ansiosa com apreensão, tensão e medo. Apresenta ansiedade presente em grau elevado após aplicação da escala de STAI com um score de 47 na ansiedade de estado (STAI forma Y-1) e com um score de 46 na ansiedade traço (STAI forma Y-2).

Pensamento: Curso: lentificado; Ritmo: circunstancial com perda em detalhes para além do necessário; Forma: com presença de momentos de pensamento desagregado/desorganizado, por vezes não mantem os limites dos conceitos, não se restringindo ao que lhe é perguntado (pensamento sobreinclusivo); Conteúdo: presença de delírio místico sistematizado; Posse: sem alterações.

Perceção: Alucinações auditivo-verbais claras com conteúdo interpelativo (comentários) e amigáveis. Referencia também alucinações visuais, contudo raras.

Memória: Sem alterações.

Inteligência: Elevado nível educacional, com vocabulário rico.

Energia vital, vontade e impulsividade: Presença de hipobulia associada à redução da vontade e da energia volitiva. Atualmente, não apresenta ideação suicida nem comportamentos autolesivos.

Insight e Julgamento: Insight ausente bem como o juízo critico para a doença, com consequente ambivalência na aceitação do estado de saúde.

7 - CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA.

O Modelo das Relações Interpessoais segundo Hildegard Peplau, assenta fundamentalmente no conceito de enfermagem psicodinâmica e baseia-se na relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa assistida, tendo por objetivo promover mudanças favoráveis (Almeida et al., 2005; Townsend, 2011).

Peplau define a enfermagem, como uma relação humana entre uma pessoa que está doente ou que necessita de cuidados de saúde e um enfermeiro com formação especializada para reconhecer e responder às suas necessidades, a fim de a ajudar (Townsend, 2011).

A pessoa, o enfermeiro e os fenómenos que decorrem durante o processo terapêutico e de interação interpessoal, são os elementos indispensáveis da prática de enfermagem sendo que, esta relação promove um crescimento e desenvolvimento pessoal dos seus intervenientes (Almeida et al., 2005).

Segundo o modelo de Peplau ao longo do processo terapêutico o enfermeiro deve assumir um papel dinâmico, flexível e disponível para com a pessoa assistida uma vez que a relação não é estanque e depende da disponibilidade tanto da pessoa como do profissional no momento do contato terapêutico, podendo este ultimo assumir os seguintes papeis: pessoa de recurso, conselheiro, professor, líder, perito técnico e substituto (Almeida et al., 2005; Townsend, 2011).

Este modelo descreve ainda quatro fases na relação enfermeiro/pessoa assistida que apesar de independentes, se sobrepõem e decorrem ao longo da relação, nomeadamente: a orientação que pressupõem que o enfermeiro, a pessoa assistida bem como os seus familiares, em conjunto trabalhem para reconhecer, identificar e definir o problema presente; a identificação onde a pessoa assistida passa a identificar de forma seletiva os profissionais que lhe oferecem ajuda; a exploração onde a pessoa assistida, de forma ativa no seu processo de cuidados, retira o máximo da relação terapêutica desenvolvida de forma a que sejam atingidos com sucesso os objetivos estabelecidos; e por ultimo a resolução sendo que esta fase é caracterizada pela resolução do problema ou problemas detetados no inicio da relação terapêutica e a pessoa se torna autónoma, devendo o enfermeiro promover a desvinculação, garantindo que esta se encontra capaz ou é detentora de uma rede de suporte que a auxilie no após alta (Almeida et al., 2005; Townsend, 2011).

Assim o foco da ação do EEESMP, defendido por Peplau, é a qualidade da relação interpessoal estabelecida na interação entre o enfermeiro e a pessoa em processo de doença, em que ambos compartilham a noção de "crescimento pessoal" durante a prestação de cuidados, através de um processo dinâmico (Almeida et al., 2005).

Também importa referir o Modelo Rogeriano, pois neste a pratica é centrada na pessoa e privilegia a interação entre o profissional de saúde e a pessoa no processo terapêutico, sendo neste caso o profissional de saúde considerado um facilitador do processo. Esta abordagem tem como objetivo a habilitação da pessoa nas áreas de desempenho ocupacional desde o lazer, a produtividade bem como o autocuidado desde que a mesma apresente interesse e significado adequado, aquilo que é a sua individualidade e o seu contexto de vida. A abordagem do modelo referido vai ao encontro dos pressupostos da reabilitação psicossocial, uma vez que a mesma tende a valorizar e responsabilizar a pessoa pelo desenvolvimento do seu processo terapêutico, bem como por demostrar flexibilidade quanto à utilização de diversas intervenções adequadas às necessidades da pessoa assistida. Perante isto, o enfase segundo o modelo Rogeriano é colocado na capacidade da pessoa de fazer as suas escolhas racionais e desenvolver o seu máximo potencial. Deste modo a relação entre o profissional de saúde nomeadamente o EEESMP é igualitária sendo que o papel do mesmo passa por ajudar no processo terapêutico (Valente et al., 2020).

Em ambos os modelos é esperado do enfermeiro, mais especificamente do EEESMP, "a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico" para o desenvolvimento de "(..) vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (..)" para em seguida poder colocá-los em prática prestando "cuidados (..), à pessoa ao logo do ciclo da vida" indo assim ao encontro do preambulo das competências especificas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O desenvolvimento de competências de relação interpessoal e relação de ajuda estão sempre implícitas no trabalho desenvolvido entre o profissional de saúde e a pessoa por ele assistida, sendo assim crucial enquanto futura EEESMP o desenvolvimento de competências especificas, e deste modo ao ter hipótese de realizar um estudo de caso clínico de enfermagem o desenvolvimento das mesmas foi possível sendo estas efetuadas e aprimoradas.

8 - RACIOCINIO CLÍNICO

No decorrer da prática diária de cuidados de enfermagem, o enfermeiro identifica diagnósticos de enfermagem que dirigem a sua prestação de cuidados, tendo por base as necessidades da pessoa. Após a avaliação e identificação do diagnóstico, definem-se resultados esperados associados ao mesmo que levam ao planeamento de intervenções para a obtenção de determinados objetivos. À posteriori são implementadas as intervenções especificas, seguida da respetiva avaliação das mesmas (Townsend, 2011).

A saúde mental é uma componente essencial e indivisível do ser humano e permite que este possa desenvolver-se e realizar-se enquanto pessoa, contudo, ao longo da vida surgem algumas vulnerabilidades, mais evidenciadas ainda, por quem atravessa um processo de doença mental continuo ou transitório, surgindo focos de atenção da prática de enfermagem. Assim segundo a minha análise, resultante dos momentos de entrevista e do exame de estado mental de M., foram identificados como focos de atenção, segundo a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2:

- Conhecimento sobre a doença
- Aceitação do estado de saúde
- Interação social
- Ansiedade
- Delírio
- Alucinações
- Autocontrolo de emoções

Deste modo, como diagnósticos foram identificados: conhecimento sobre a doença não demonstrado; aceitação do estado de saúde comprometido; interação social comprometida; ansiedade presente em grau elevado; delírio místico presente; alucinação presente; autocontrolo de emoções comprometido.

Perante isto, defini três diagnósticos prioritários, sendo eles o conhecimento sobre a doença não demonstrado, a interação social comprometida e a ansiedade presente em grau elevado, estruturando intervenções direcionadas aos mesmos com diferentes prioridades, sendo que algumas dessas intervenções, poderão apresentar-se relevantes em vários diagnósticos.

Como primeiro passo surge o estabelecimento de uma relação terapêutica com M.; de seguida o planeamento e implementação de: um plano de intervenção psicoeducativo sobre a doença; um plano de treino de assertividade associado ao treino de competências sociais para melhorar a interação social; e a execução de um plano de relaxamento com a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson.

Também o autocontrolo de emoções associado a um aumento da labilidade emocional, veio a verificar-se como um foco de enfermagem, estando o mesmo comprometido. Este surgiu com o decorrer das intervenções realizadas, mais concretamente com o aumento do conhecimento sobre a doença e identificação dos sinais e sintomas da mesma, sendo um possível sinal tradutor do aumento de insight. No términus da sessão psicoeducativa, pôde verificar-se a identificação por parte da pessoa assistida esta mesma necessidade, sendo que até então, a mesma não a experienciava.

9 - PLANO DE CUIDADOS

O planeamento e implementação das intervenções de enfermagem devem ser dirigidas às necessidades identificadas na pessoa tendo em conta as fases do processo de enfermagem de saúde mental nomeadamente a apreciação, o diagnóstico, a identificação dos resultados, o planeamento, a implementação e por fim a avaliação, assim, estas devem ser estruturadas e planeadas de forma individual e centradas na pessoa (Townsend, 2011).

Para o sucesso do plano de cuidados é essencial que tanto o enfermeiro como a pessoa estejam de acordo face aos objetivos terapêuticos definidos, potenciando a possibilidade de sucesso das intervenções.

Inicio	Diagnósticos de enfermagem	Fim
02/06	Conhecimento sobre a doença não demonstrado	
02/06	Aceitação do estado de saúde comprometido	
02/06	Interação social comprometida	

02/06	Ansiedade presente em grau elevado	
02/06	Delírio místico presente	
02/06	Alucinação presente	
22/06	Autocontrolo de emoções comprometido	
	Intervenções de Enfermagem	
02/06	Executar apoio emocional	
02/06	Estabelecer relação de confiança	
02/06	Planear/oferecer escuta ativa	
02/06	Facilitar e encorajar a comunicação expressiva de emoções	
02/06	Gerir comunicação	
02/06	Executar aconselhamento	
02/06	Realizar reforço positivo	
06/06	Planear/executar técnica psicoeducativa sobre a doença	22/06
06/06	Ensinar sobre a doença	
06/06	Instruir sobre a doença	
07/06	Planear/executar treino da assertividade	24/06
07/06	Ensinar sobre a assertividade	24/06
07/06	Instruir sobre a assertividade	
07/06	Treinar a assertividade	
02/06	Avaliar a ansiedade	
28/06	Ensinar sobre ansiedade	
28/06	Planear técnica de relaxamento	28/06
28/06	Ensinar técnica de relaxamento	28/06
28/06	Instruir sobre técnicas de relaxamento	
28/06	Executar técnica de relaxamento	28/06
28/06	Gerir ambiente físico	
28/06	Otimizar ambiente físico	
30/06	Treinar técnica de relaxamento	
30/06	Orientar para o uso de técnicas de relaxamento	

Tabela 1: Plano de cuidados

Intervenção Psicoeducativa sobre a doença (apêndice III)

Durante a entrevista inicial, foi identificado insight ausente sobre a doença e respetiva aceitação do estado de saúde. Mais tarde, aquando o início da intervenção psicoeducativa foi aplicado um questionário que comprovou a juízo clínico prévio.

A psicoeducação é uma das principais ferramentas dos EEESMP, esta permite a capacitação da pessoa com doença mental grave bem como a sua família, promovendo um aumento da compreensão do problema de saúde, assim como capacita a pessoa a participar de forma ativa no seu tratamento. O seu objetivo principal é capacitar a pessoa com conhecimentos e estratégias com a finalidade de lidar com a doença bem como as situações do seu quotidiano (OE, 2021).

Também o regulamento das competências especificas do EEESMP define a psicoeducação como uma intervenção de enfermagem que engloba intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas, adequadas às necessidades da pessoa sobre a sua doença, tratamento, facilitando o processo de compreensão e gestão da própria doença (Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O plano de intervenção psicoeducacional demonstrou-se adequado tendo em conta as necessidades da pessoa, permitindo à mesma adquirir conhecimento acerca da sua doença, respetiva sintomatologia, bem como as emoções e comportamentos verbais e não verbais associados.

Embora os resultados obtidos se demonstrem satisfatórios, verificado pelo aumento do insight sobre a doença e aparente inicio do processo de aceitação da mesma, o trabalho desenvolvido apresenta-se como uma fase inicial de todo o processo de recuperação/reabilitação, sendo que constatei a necessidade de o mesmo ser mantido, para consolidação dos conhecimentos adquiridos até ao momento bem como a continuidade de formação de outras áreas tais como o curso e prognóstico da doença e a interligação ao regime terapêutica.

Treino de Assertividade (apêndice IV)

Segundo os relatos e observação de M., identificou-se a interação social comprometida e respetiva necessidade de ensinar/treinar as competências socias inerentes ao treino de assertividade mais concretamente a expressão de sentimentos e emoções. Para comprovar a necessidade observada foi aplicado o teste de assertividade com um score de 27, que traduz dificuldades consideráveis em ser assertivo pelo que se recomenda o treino da assertividade.

Segundo Sequeira (2020) a assertividade é a capacidade da pessoa, em termos comunicacionais, que possibilita à mesma a expressão de sentimentos, pensamentos, valores e crenças, defendendo uma determinada posição de forma calma, sem que para isso interfira com os princípios dos outros. O mesmo considera 3 áreas principais da comunicação assertiva, nomeadamente a autoafirmação, onde a pessoa defende os seus interesses/necessidades e opiniões; a expressão de sentimentos positivos, onde a pessoa

faz e recebe elogios, expressando agrado e afeto pelos outros; e a expressão de sentimentos negativos, onde a pessoa exprime o seu desagrado, desconforto e mal-estar.

A pessoa assistida apresenta conhecimento sobre a comunicação assertiva, identificando com facilidade os vários tipos comunicacionais (assertivo, passivo, agressivo), contudo apresenta dificuldade em coloca-la na prática sendo que a mesma se identifica como passiva em muitos momentos.

Com o treino de assertividade foi possível verificar uma evolução por parte da mesma, no score do teste de assertividade (no início de 27 e no términus de 46), bem como na forma como a mesma expressa a sua opinião em alguns momentos, contudo, beneficia ainda de manter o treino desta competência social.

Sessão de Relaxamento (apêndice V)

Ao longo do acompanhamento e intervenção com M. a ansiedade já por ela referida anteriormente foi sendo mais evidente e com a aplicação da escala STAI verificou-se essa mesma necessidade pelo que se justificou a implementação de sessões de relaxamento, porem devido ao avançar do estágio a mesma foi planeada para um único momento de intervenção. Contudo esta deve ser replicada sempre que possível.

O relaxamento encontra-se por norma associado ao alívio da tensão e alongamento das fibras musculares, em oposição à contração e consequente tensão muscular, no entanto os seus benefícios evidenciam-se também do ponto de vista da saúde mental (Payne, 2003). Como efeitos associados à prática de relaxamento, estudos vieram a comprovar existir uma redução do consumo de oxigénio, redução da frequência respiratória, redução da tensão arterial, redução da frequência cardíaca, redução da insónia, bem como revela benefícios no sistema imunitário (Vaz Serra, 2002).

O que vai ao encontro dos resultados obtidos com esta sessão uma vez que a mesma se revelou benéfica para a pessoa assistida, do ponto de vista físico e emocional, tendo ainda sido realizados ensinos para a aplicação destas técnicas, pelo que considero que os objetivos desta sessão foram atingidos com sucesso.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo de caso clínico revelou-se da grande importância nesta fase de aprendizagem uma vez que me permitiu treinar competências do EEESMP em contexto prático. Deste modo a possibilidade de desenvolver estas competências especificas permitiu-me reconhecer algumas apetências bem como algumas limitações, sendo assim fundamental no meu desenvolvimento profissional.

Ao longo da realização deste caso clínico a colaboração da pessoa assistida foi preponderante, bem como a colaboração do tutor e restante equipa multidisciplinar ao proporcionar as condições para que este estudo fosse realizado e se pudessem desenvolver as intervenções por mim prescritas.

Com a execução dos planos de intervenção foi possível verificar ganhos em saúde na pessoa assistida, nomeadamente no aumento do insight da mesma referente aos sinais e sintomas da doença, contribuindo também para o seu processo de aceitação do estado de saúde. O treino da assertividade veio a revelar-se benéfico com maior enfâse na sua capacidade de expressão de sentimentos e emoções. Também a sessão de relaxamento, foi um momento positivo referido pela pessoa assistida, tendo em conta que a sua experiência prévia tinha sido desagradável e nesta, a mesma conseguiu relaxar, comprovado pelos indicadores de resultado, como descrito na intervenção.

Importa ainda destacar, o papel do EEESMP que no decorrer da relação com a pessoa recorre à mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem assim mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psico educacionais e através desta prática clínica, consegue estabelecer relações de confiança e parceria com a pessoa assistida, aumentando o seu insight sobre a doença e consequente progresso referente à aceitação do seu estado de saúde e enfrentamento dos seus problemas, capacitando-a com estratégias para o seu processo de recuperação/reabilitação. (Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Deste modo penso ter atingido os meus objetivos iniciais, uma vez que foi possível após avaliação, desenvolver as intervenções psicoterapêuticas prescritas por mim para a pessoa em estudo, bem como a sua avaliação e reflexão das mesmas. A pessoa assistida manifestou interesse e satisfação com as intervenções desenvolvidas e demonstrou ter apreendido parte dos ensinos, contribuindo para o seu processo de tratamento/reabilitação. Perante isto, fazer a diferença na vida de uma pessoa que precisa de ajuda é o maior reconhecimento da nossa profissão e da nossa atuação como EEESMP.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Almeida, V., Lopes, M., & Damasceno, M., (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista Escola Enfermagem USP*. 39(2), 202-210.

https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tPtzyWHYsRzm8JwmNYrd5QK/?format=pdf&lang=pt Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2022). *Estágio de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: guia orientador.*

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2016). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. https://www.esenfc.pt/pt/download/1186/Vy3r1dxueQvv5bKlefBN.
- Figueiredo, M. & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. Revista da UIIPS. VI(2), 102-107. https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:9McpotNF64kJ:https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/download/16137/14378/63022+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2. http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021). Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave. https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-pr%C3%A1ticas-1/
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde.* (2 Ed.). Lusociência.
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570
- Sampaio, F., & Sequeira, C., (2020). Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções (ed. 1). Lidel.
- Sequeira, C. (2020). Treino da assertividade. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (1º ed., pp. 174-176). Lidel.
- Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência. Lusociência.
- Valente, G., Sequeira, C. & Sampaio, F., (2020). Modelos teóricos e a enfermagem de saúde mental. In Sequeira, C., & Sampaio, F (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções* (1º ed., pp. 19-23). Lidel.
- Vaz Serra, A. (2002). O Stresse na vida de todos os dias. Adriano Vaz Serra.

APÊNDICE II – Intervenção Psicoterapêutica: Assertividade



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Autora: Filipa Isabel Santos Vaz Data: junho 2022

INTRODUÇÃO

A comunicação é um processo interpessoal/social que envolve dinâmicas comunicacionais com componentes verbais e não verbais, ocorrendo trocas de informações e ideias (Querido, et. al, 2020).

Segundo Castanyer (2021) a assertividade é a capacidade de fazer valer os próprios direitos, sem se deixar manipular e sem manipular os outros.

O modelo da assertividade assenta em duas vertentes: a primeira associada ao paradigma do condicionamento respondente, isto é, representa a dificuldade da pessoa em estabelecer uma relação, resultando do aumento da ansiedade o que dificulta e representa um efeito inibidor do seu desempenho social, sendo que neste caso recorrendo a técnicas de descondicionamento a pessoa consegue melhorar a sua interação; a segunda vertente está relacionada com o paradigma operante, onde se verifica que a incapacidade social é uma consequência da dificuldade de controlo de estímulos ou a problemas específicos na aprendizagem de interações sociais (Garcês, 2018).

Existem assim 4 estilos de comunicação sendo eles: a comunicação assertiva, passiva, passiva-agressiva e agressiva.

Na comunicação assertiva, as pessoas defendem os seus direitos básicos, sem que para isso interfiram nos direitos básicos dos outros. Conseguem expressar-se de modo aberto e honesto, assumindo a responsabilidade pelos próprios atos, deixando os outros fazerem também as suas escolhas. Mantendo este tipo de comportamento as pessoas estabelecem relações agradáveis e satisfatórias com os outros (Querido, et. al, 2020).

Na comunicação passiva, também denominada de comunicação não assertiva, as pessoas procuram de forma constante agradar aos outros, sendo que para isso por vezes, negam os seus próprios direitos. Este tipo de pessoas por norma não demostram os seus verdadeiros

sentimentos, aumentando assim sentimentos de ansiedade e magoa, tendo em conta que as decisões são em regra geral tomadas pelos outros. Apresentam-se normalmente com uma voz fraca e hesitante, representativa de se sentirem pouco à vontade nas interações interpessoais (Querido, et. al, 2020).

A comunicação passiva-agressiva é outro dos tipos, sendo que nesta as pessoas, apresentam um comportamento desleal, manipuladores, bastante críticos e até sarcásticos. Estes acabam por assumir atos passivos de não confrontação, para defender os seus direitos. Assim, este tipo de pessoas, acabam por permitir que os outros decidam as escolhas por elas, contudo à posteriori, tendem a resistir às mesmas adotando para isso comportamentos passivos tais como o procrastinar e a teimosia. Estas pessoas geralmente apresentam um baixo nível de confiança pois, sentem-se usados (Querido, et. al, 2020).

Por fim na comunicação agressiva, as pessoas defendem os seus direitos básicos, sendo que para isso, não respeitam aquilo que são os direitos dos outros, em contrapartida à comunicação assertiva. Geralmente estas pessoas apresentam comportamentos de superioridade, são frios e muitas vezes sem emoção, pelo que as relações interpessoais são prejudicadas (Querido, et. al, 2020).

Perante isto podemos entender por assertividade a capacidade da pessoa, em termos comunicacionais, que possibilita à mesma a expressão de sentimentos, pensamentos, valores e crenças, defendendo uma determinada posição de forma calma, sem que para isso interfira com os princípios dos outros (Sequeira, 2020).

Importa ainda referir que esta técnica comunicacional é de grande importância pois permite ao profissional de saúde nomeadamente aos enfermeiros e utentes, expressarem a sua opinião de forma clara, afirmando aquilo que quer, pensa e sente, recorrendo à comunicação verbal e não verbal, sem invadir o espaço do outro (Sequeira, 2020).

Sendo estes os três pontos fundamentais no desenvolvimento da assertividade, onde a pessoa desenvolve a capacidade de expressar os seus sentimentos (positivos e negativos), discordar do que os outros pensam e saber dizer que não, fazer e receber críticas construtivas, assumir responsabilidades, solicitar a mudança de comportamentos, fazer perguntas e pedidos de ajuda, bem como de fazer e receber elogios (Querido et. al, 2020; Sequeira, 2020).

A assertividade pode e deve ser treinada, com a finalidade de aumentar a capacidade/potencial das pessoas serem mais verdadeiras consigo próprias bem como com os outros, em função do que são os seus interesses e necessidades. Assim o treino da comunicação assertiva revela-se de grande importância ao nível das competências sociais tendo em conta que a sua correta utilização torna não só a interação social mais satisfatória bem como melhora a autoconfiança e a autoafirmação (Sequeira, 2020).

Existem inúmeras técnicas para a realização desde treino tais como a técnica dos 5 eus's, a técnica do disco riscado, a técnica do colete, a técnica de mudança de tema, a técnica do acordo assertivo, bem como a técnica da pergunta assertiva.

Uma das técnicas para apresentar uma comunicação assertiva, consiste na utilização da resposta assertiva recorrendo à técnica dos 5 Eu's. Estes são: Eu vejo (descreve sem dar opinião); Eu penso (interpretação e análise da situação); Eu sinto (expressa um sentimento ou emoção); Eu quero (tomada de decisão individual) e Eu pretendo (descreve o objetivo e a finalidade). Assim através desta técnica a pessoa descreve a situação, manifestada o que pensa sobre a mesma, expressa sentimentos (positivos e/ou negativos), especifica o seu pedido e determina o que pretende obter da mesma situação (Querido et. al, 2020; Sequeira, 2020).

Para além da resposta assertiva a conversação/comunicação verbal e não-verbal é o instrumento crítico para a interação com o outro começando num simples cumprimento, e incluindo na sua continuidade, uma série de diálogos, questões e respostas até terminada essa mesma conversação. Assim é necessário usar um conjunto de estratégias não verbais/comportamentais tais como: o contacto visual intermitente, que transmite o interesse pelo que o outro diz; a postura corporal assertiva em que a pessoa se inclina ligeiramente na direção da outra demonstrando o seu interesse; manter a distância correta não invadindo o espaço pessoal do outro; a gesticulação é outra fator importante que dá força ao que é dito, bem como a expressão facial; a sonoridade/tom da voz, velocidade volume e fluência no discurso (Melo-Dias, 2014; Querido et. al, 2020).

Também Ranger (2011), citado por Nepomuceno e Conceição (2020) no treino de assertividade, a pessoa é orientada a apresentar respostas adequadas a situações específicas, e é treinada através da experiência comportamental que inclui a psicoeducação sobre o conceito de comportamento assertivo, o treino da identificação de respostas assertivas; a identificação de situações nas quais a pessoa se apresenta inibida de respostas positivas de autoexpressão, demostrando um comportamento de submissão inadequada ou em contrapartida de agressividade; o treino de respostas adequadas (role-playing), através da reprodução de situações da vida real que geram desconforto à pessoa, com recurso por exemplo à repetição de respostas não assertivas que a mesma tem e o "terapeuta" reformula e transforma-as para uma forma mais assertiva. De seguida é realizada a troca de papéis onde permite à pessoa exprimir de forma direta e apropriada as suas emoções.

Os mesmos autores referem ainda que os pontos mais importantes a serem abordados e trabalhados são a pessoa efetuar um pedido adequado à situação, com recurso a um tom de voz apropriado, claro e calmo, exprimir os seus próprios sentimentos, descrever claramente o que deseja na interação com a outra pessoa, bem como evitar suposições

sobre possíveis motivos que os outros teriam para tratá-lo de uma ou de outra maneira (Nepomuceno & Conceição, 2020).

A decisão do treino da assertividade perante a pessoa assistida teve início com a identificação do foco de atenção associado à dificuldade da mesma se expressar e consequentemente apresentar dificuldade na interação social. Tendo em conta que o treino da assertividade pretende mudar a forma como a pessoa se vê a si própria, aumentar a sua capacidade de afirmação, permitir que esta expresse de forma adequada os seus sentimentos e pensamentos, como já referido anteriormente, o treino da assertividade nas áreas identificadas como problemáticas, será uma mais valia tendo como finalidade que a pessoa mais tarde consiga aplicar estas aprendizagens no seu quotidiano, facilitando a interação social. Importa ainda referir que a pessoa assistida está proposta para incorporar o projeto da unidade denominado "inclusivamente", e este treino de assertividade será uma mais valia para o treino de competências sociais bem como o seu desempenho no projeto.

PLANO DE INTERVENÇÃO - TREINO DA ASSERTIVIDADE

Contexto: Internamento

Objetivo geral: Capacitar a pessoa assistida, com diagnostico de perturbação delirante crónica, com estratégias que contribuam para a facilitação do processo de interação social.

Objetivos específicos:

- Promover a formação e treino da comunicação assertiva;
- Promover a melhoria de comportamentos assertivos;
- Avaliar e analisar a eficácia das intervenções.

População alvo: Utente internada com diagnóstico de perturbação delirante crónica

Duração: 6 sessões individuais de 45 a 60 minutos cada (incluindo a sessão 0 e a avaliação),

Recursos: Canetas, folhas de papel A4, sala, cadeiras, computador, caderno para diário.

Dinamizador: Estudante do mestrado de saúde mental e psiquiátrica e supervisão do EEESMP (Enfo Jorge Façanha).

Parcerias: Enfermeiro do serviço (enfermeiro orientador), psicólogo, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional e colegas de estágio

Sessões:

Sessão 0 - Introdução

Sessão 1 – Assertividade o que é?

Sessão 2 – Os 5 "eu's" da Assertividade

Sessão 3 – Expressar sentimentos agradáveis e desagradáveis

Sessão 4 - Saber Dizer Não / Saber pedir

Sessão 5 - Avaliação

Avaliação de resultados: Aplicação do teste da assertividade adotado do artigo de Querido et. al (2020). A mesma será aplicada antes de iniciar a intervenção e no seu términus. As avaliações intermédias, serão validadas pela construção por parte da utente de frases chave de resumo da sessão, bem como a validação do interesse e realização dos TPC's e participação. O Follow up deve ser preconizado, contudo devido ao espaço temporal do ensino clínico e realização do projeto o mesmo não será possível.

Teste de Assertividade

Fonte: Towsend (2011, adaptado de Loyd, 2002)

Atribua um número de 1 a 5 a cada item utilizando a seguinte escala 1= Nunca; 3=Por vezes; 5= Sempre.

1 - Peço aos outros para me fazerem coisas sem me sentir culpado ou ansioso	1	2	3	4	5
2 - Quando alguém me pede para fazer algo que não quero fazer digo "não" sem me sentir culpado ou ansioso					
3 - Sinto-me à vontade quando falo para um grupo grande de pessoas					
4 - Exprimo de modo confiante as minhas opiniões honestas a figuras de autoridade (como o meu chefe)					
5 - Quando experiencio sentimentos fortes (raiva, frustração, desilusão, etc.), verbalizo-os facilmente					
6 - Quando exprimo raiva faço-o sem culpar os outros por me deixarem furioso					
7 - Sinto-me confortável a falar dentro de um grupo					
8 - Se não concordo com a opinião da maioria numa reunião, consigo manter a minha opinião sem me sentir desconfortável e sem ser abrasivo					
9 - Quando cometo erro, reconheço-o					
10 - Digo aos outros quando o seu comportamento me cria um problema					
11 - Conhecer pessoas novas em situações sociais é algo que faço fácil e confortavelmente					
12 - Quando discuto as minhas crenças, faço-o sem rotular as opiniões dos outros de "loucas", estúpidas", "ridículas" ou "irracionais"					
13 - Assumo que a maioria das pessoas são competentes e de confiança e não tenho dificuldade em delegar tarefas a outros					
14 - Quando considero fazer algo que nunca fiz antes, sinto-me confiante de que posso aprender a fazê-lo					
15 - Acredito que as minhas necessidades são tão importantes quanto as dos outros e tenho direito a ter as minhas necessidades satisfeitas					

Interpretação da pontuação total da escala

- **60 pontos ou mais** tem uma filosofia assertiva consistente e provavelmente lida bem com a maioria das situações
- **45-59 pontos** tem uma visão algo assertiva, mas pode beneficiar de algum treino de assertividade
- **30-44 pontos** pode ser assertivo em algumas situações, mas a sua resposta natural é não assertiva ou agressiva.

Sugere-se treino de assertividade

15-29 pontos – tem dificuldades consideráveis em ser assertivo. Recomenda-se treino de assertividade

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castanyer, O. (2021). La asertividad expresión de una sana autoestima. 43ª ed. Desclée de Brouwer
- Garcês, A. (2018). Programa de Competências Sociais e o Seu Impacto em Adultos com Incapacidade Intelectual. [Dissertação de Mestrado, Universidade da Madeira]. Repositório científico digital da Universidade da Madeira. https://digituma.uma.pt/handle/10400.13/2102
- Galvão, R. (2020). Treino de competências sociais da pessoa com esquizofrenia: intervenção especializada em enfermagem de saúde mental no domínio do funcionamento social. [Mestrado em Enfermagem em Associação, Instituto Politécnico de Portalegre], Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/35204
- Melo-Dias, C. (2014). Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia. [Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa do Porto].
 Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/19361
- Nepomuceno, A. & Conceição, J. (2020). Técnica 04: Treino de assertividade. In Conceição, J., & Buena, G., 101 Técnicas da terapia cognitivo-comportamental. (pp. 16-17) https://repositorio.unc.br:8443/xmlui/handle/123456789/200
- Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C., Carvalho, D., & Valentim, O. (2020). Evidências em saúde mental: da conceção à ação Treino de Assertividade. Instituto Politécnico de Leiria. https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4780
- Sequeira, C. (2020). Treino da assertividade. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (1º ed., pp. 174-176). Lidel.

APÊNDICE III – Intervenção Psicoeducativa sobre a doença



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Autora: Filipa Isabel Santos Vaz

Data: junho 2022

INTRODUÇÃO

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental o mesmo refere que das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas, sendo que os estudos epidemiológicos mais recentes têm demonstrado que as perturbações psiquiátricas bem como os problemas de saúde mental, tornaram-se uma das principais causas de incapacidade e respetiva morbilidade, nas sociedades (DGS, 2017).

As pessoas com doença mental grave apresentam-se geralmente com comportamentos apáticos, retraídas, socialmente isoladas, bem como não se envolvem frequentemente em relacionamentos íntimos; resultante dos sintomas positivos da doença, como por exemplo os delírios e alucinações, assim como dos sintomas negativos tais como a solidão e o isolamento social (Melo-Dias, 2014).

A psicose delirante crónica (PDC) também mencionada como perturbação psicótica crónica caracteriza-se pela ocorrência de um delírio persistente e bem organizado, encontrando-se os restantes domínios da personalidade sem alterações. A ocorrência de alucinações é rara, contudo quando ocorre, estão em concordância com a temática do delírio (Silva, 2014).

Embora a discussão sobre o conceito de psicose delirante crónica, tenha já sido alargado ao longo do tempo, é ainda pouco investigado. Assim ao restringir o conceito de psicose delirante crónica, muitos dos casos podem colocar-se sob a cobertura da esquizofrenia paranoide (Silva, 2014).

As pessoas com PDC quando confrontados com dados e argumentações sobre a sua doença rapidamente apresentam inúmeras razões aparentemente coerentes, para justificar as suas crenças. Apresentam também sinais e sintomas como o caso de depressão e ansiedade bem como a diminuição das capacidades para desenvolver as atividades da vida diária e interação social (Silva, 2014).

As perturbações mentais são evidenciadas assim por sinais e sintomas, como já referido anteriormente. Os sinais são mudanças que podem ser percebidos por outras pessoas, como por exemplo: o choro fácil, a irritabilidade, a agitação, a inquietação, a agressividade, o abuso de álcool/drogas, a perda ou aumento de peso, a diminuição da vontade e da capacidade em realizar algumas tarefas, o isolamento, as autoagressões, entre outros. Os sintomas dizem respeito ao que a pessoa sente e vivencia. Estes são subjetivos porque se referem à forma como a pessoa interpreta e valoriza aquilo que perceciona. No entanto, estes sintomas são variáveis, poderão não estar todos presentes, bem como variar ao longo do tempo (Melo-Dias, 2014; Silva, 2014).

A sintomatologia negativa apresenta-se pelo estado de défice e a perda de função. Estes podem dividir-se em cinco dimensões: a alogia - empobrecimento da cognição (pobreza do discurso, pensamento perseverante); o embotamento afetivo - empobrecimento da expressividade, fácies e voz inexpressivos; a avolição e Apatia - falta de energia (letargia, impersistência, falta de iniciativa e de interesse); a anedonia e isolamento social - dificuldade em sentir interesse e prazer apresentando uma redução na atividade recreativa e relacionamentos interpessoais reduzidos; a inatenção - dificuldade em focar a atenção (inatenção social, défice no funcionamento social) (Melo-Dias, 2014).

Os sintomas positivos englobam a incapacidade de a pessoa fazer o teste de realidade. Apresentam alterações graves do comportamento, que pode estar desajustado, agitado ou exaltado; discurso desorganizado; ouvir vozes ou ver coisas que não existem (alucinações auditivas - vozes a conversarem entre elas, vozes comentadoras, e ouvir os próprios pensamentos, sendo as mais frequentes as vozes comentadoras que ameaçam e acusam; bem como visuais, táteis ou olfativas); ter ideias falsas inabaláveis e sem causa conhecida (delírios - perda do controlo dos pensamentos e do comportamento do corpo, inserção do pensamento, roubo do pensamento, e difusão do pensamento) ou desconfianças exageradas ou injustiçadas (Melo-Dias, 2014).

Os sintomas positivos surgem essencialmente em fases de descompensação/crise, enquanto que os sintomas negativos têm tendência para se manterem por mais tempo.

Associado aos diversos sintomas das perturbações mentais, surgem enumeras emoções na pessoa que a mesma necessita de compreender como sendo uma resposta ao seu sintoma. Assim as emoções são experiências subjetivas intrínsecas ao processo de sentir do ser humano, são enumeras e surgem como uma resposta a estímulos. Têm um papel fundamental, pois ajudam a dirigir o comportamento. Identificam-se como emoções primárias o medo, a raiva, o nojo, a surpresa, a tristeza e a felicidade. Já as emoções secundarias também denominadas de emoções sociais incluem a simpatia, a compaixão, o embaraço, a vergonha, a culpa, o orgulho, o ciúme, a inveja, a gratidão, a admiração e o

espanto, a indignação e o desprezo, e estão associadas a uma união entre o que são as emoções primárias e os pensamentos/interpretações de situações (Alves, 2018).

A conversação (verbal e não-verbal) é encarado como que o instrumento crítico para a comunicação com os outros, iniciando-se num simples cumprimento, continuando com toda a interação social incluindo diálogos, questões e respostas até ao términus dessa mesma conversação/interação. O tom de voz, assim como a velocidade, a cadência e volume bem como a articulação correta do discurso; e os comportamentos associados como a postura, os gestos, o contato visual, a expressão facial, e a distância corporal são todos constituintes da comunicação/interação social (Melo-Dias, 2014).

A psicoeducação é uma das principais ferramentas dos EEESMP, esta permite a capacitação da pessoa com doença mental grave bem como a sua família, promovendo um aumento da compreensão do problema de saúde, assim como capacita a pessoa a participar de forma ativa no seu tratamento. O seu objetivo principal é capacitar a pessoa com conhecimentos e estratégias com a finalidade de lidar com a doença bem como as situações do seu quotidiano (OE, 2021).

Também o regulamento das competências especificas do EEESMP define a psicoeducação como uma intervenção de enfermagem que engloba intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas, adequadas às necessidades da pessoa sobre a sua doença, tratamento, facilitando o processo de compreensão e gestão da própria doença (Regulamento n.º 515/2018).

Ainda Amaral et al. (2020), realçam a componente educativa da psicoeducação com o intuito de dotar a pessoa de conhecimentos sobre a doença, mas também realçam a componente do suporte emocional, incluindo a gestão de emoções e expectativas.

Assim a intervenção psicoeducativa não se limita a ensinar sobre os conhecimentos inerentes à doença, mas também ajudar a pessoa, família e comunidade a compreender e dar sentido à experiência vivida. É uma das melhores técnicas terapêuticas onde o EEESMP ensina a pessoa com doença mental a examinar as suas circunstâncias de vida, a identificar/estabelecer a relação entre os comportamentos e as consequências dos mesmos (OE, 2021).

A opção da intervenção psicoeducativa sobre a doença e respetivos sinais e sintomas teve início com a identificação do défice de conhecimento e insight da pessoa assistida referente à sua doença mental, e como já referido anteriormente é a técnica considerada mais eficaz e com melhores resultados para o foco de atenção descrito.

PLANO DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

Título do Projeto: CompetenteMente

Contexto: Internamento

Objetivo geral: Capacitar a pessoa assistida, com diagnostico de perturbação delirante crónica, com conhecimento sobre os sintomas da doença contribuindo para o aumento do seu insight e juízo critico.

Objetivos específicos:

- Aumentar o conhecimento sobre os sintomas da doença;
- Promover o aumento do insight sobre a própria doença;
- Reconhecer as emoções e respetivos comportamentos associados à doença;
- Avaliar e analisar a eficácia das intervenções.

População alvo: Utente internada com diagnóstico de perturbação delirante crónica

Duração: 7 sessões individuais (contando com a sessão 0 e a avaliação) de 45 a 60 minutos cada, duas a três vezes por semana,

Recursos: Canetas, folhas de papel A4, sala, cadeiras, computador, caderno para diário das emoções.

Dinamizador: Estudante do mestrado de saúde mental e psiquiátrica e supervisão do EEESMP (Enfo Jorge Façanha).

Parcerias: Enfermeiro do serviço (enfermeiro orientador), psicólogo, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional e colegas de estágio

Sessões:

Sessão 0 - Introdução

Sessão 1 - Sinais e Sintomas

Sessão 2 - Sintomas Positivos

Sessão 3 – Sintomas Negativos

Sessão 4 – Emoções

Sessão 5 - Comportamentos verbais e não verbais

Sessão 6 – Avaliação

Avaliação de resultados: Aplicação de questionário de avaliação de conhecimentos adaptado, tendo por base o questionário de conhecimento acerca da esquizofrenia adaptado e validado por Barreto Carvalho & Barreto, 2007, para a população portuguesa (Pereira, 2015). O questionário será aplicado antes de iniciar o projeto de intervenção e no términus do mesmo. Como avaliação das sessões intermédias, pretende-se que a utente consiga definir uma frase chave que resuma a sessão. O Follow up deve ser preconizado, contudo devido ao espaço temporal do estágio o mesmo não será possível, porem o trabalho desenvolvido irá ficar ao dispor do serviço.

Questionário de avaliação de conhecimentos inicial: (adaptado de Barreto Carvalho & Barreto, 2007)

Pergunta	Sim	Não	Resposta Aberta
O que sabe sobre a sua situação?			
Sabe como se chama a sua doença?			
Se sim como?			
O que percebe da sua doença?			
Sabe que existem dois tipos de			
sintomas? Quais?			
Que sintomas da sua doença			
conhece? E que experiência?			
Quais são atualmente os seus			
maiores problemas? São			
os mesmos ou diferentes do			
passado?			
O que espera destas sessões?			

Questionário de avaliação de conhecimentos final: (adaptado de Barreto Carvalho & Barreto, 2007)

Pergunta	Sim	Não	Resposta Aberta
O que sabe sobre a sua situação?			
Sabe como se chama a sua doença?			
Se sim como?			
O que percebe da sua doença?			
Sabe que existem dois tipos de			
sintomas? Quais?			
Que sintomas da sua doença			
conhece?			
Quais são atualmente os seus			
maiores problemas? São			
os mesmos ou diferentes do			
passado?			
A informação fornecida nas sessões			
foi útil? Porquê?			
O que achou das sessões no geral?			

RESULTADOS

Avaliação inicial: 06/06/2022 — Realizada entrevista diagnóstica semi-estruturada sobre o conhecimento da doença e sintomas, sendo que a utente não apresenta insight nem juízo critico perante os mesmos (aceitação e conhecimento não demonstrado). Apresentou-se calma e colaborante ao longo da entrevista. Discurso circunstancial e lentificado embora melhorado. Identifica a ansiedade como um problema embora refira melhoria dos níveis. Refere sentir também melhoria desde que ingressou na unidade de reabilitação da força muscular e motricidade fina, contudo aquém das suas expectativas. O sono é algo que identifica como problema, mas refere que desde o ajuste da medicação que melhorou um pouco.

Aplicado o questionário de avaliação inicial, com os seguintes resultados:

- O que sabe sobre a sua situação? "Uma vez um psiquiatra disse-me que tenho uma ansiedade generalizada" (sic.), sendo este o diagnóstico que a mesma considera válido.
- O que que percebe da sua doença? "É uma resposta aos medos", "estou aqui para perceber se tenho realmente uma doença mental ou é uma manifestação da minha espiritualidade" (sic.).
- Sabe que existem dois tipos de sintomas? Quais? Não reconhece nem sabe identificar.
- Que sintomas da sua doença conhece? E que experiência? "Parece que as pernas vão para um lado e eu para o outro"; "depois dos remédios fico mais sonolenta e é suposto ficar mais alerta"; "sempre tive terrores noturnos"; "oiço coisas"(são vozes de reforço positivo); "as visões tem sido menos frequentes"; " tenho uma sensibilidade táctil"; "eu sei que ainda tenho medos", "acho que tenho um conjunto de sintomas que pode associar-se a ansiedade"; "desde cedo que passou a ser normal para mim essas audições"; " com cerca de 11 anos pedi a deus para deixar de as ouvir e ver". (sic.)
- Quais são atualmente os seus maiores problemas? "Agora não me sinto ansiosa nem stressada"; "tenho dificuldade em caminhar; conseguir que o corpo responda aos estímulos para andar"; "ando frustrada com essa dificuldade". (sic.)
- O que espera destas sessões? A mesma refere como expectativas futuras "era bom que pudesse ter uma certa qualidade de vida"; "que me comprovem que o que eu tenho é doenca ou espiritualidade".

Realizado no fim da sessão uma focagem para os ganhos já adquiridos desde a transferência do internamento para a unidade de reabilitação onde a mesma referiu "sinto-me mais liberta"; "a motricidade fina já melhorou um pouco assim como a força muscular".

No fim da sessão de avaliação pode-se aferir como diagnósticos de enfermagem:

- Aceitação do estado de saúde comprometido;
- Conhecimento sobre a doença e sintomas não demonstrado;
- Ansiedade presente;
- Alucinação presente;
- Delírio presente;

Avaliação das sessões intermédias:

1ª sessão (08/06/2022): Explicados os objetivos da sessão. Solicitado à pessoa assistida que identifique o que entende por sinais e sintomas de doença, a qual disse não saber a diferença.

Realizados os ensinos sobre o que são sinais e sintomas e o que os caracteriza. Após isso solicitado à pessoa para mencionar alguns sinais e sintomas que apresenta validando a informação que lhe foi ensinada.

Identificou como sinais: "os desequilíbrios"; "as náuseas, com oscilação de peso"; "nódoas negras, quando fiz exorcismo". (sic.)

Como sintomas a mesma mencionou: "falta de motivação"; "ideação suicida"; "as vozes, são outra realidade"; "visões: vi-me no meio da paixão de cristo e a dizerem crucifiquemme"; "desde que Jesus me apareceu e disse-me para viver com misericórdia". (sic.)

No términus da sessão solicitada à pessoa um resumo sucinto ao qual a mesma respondeu: "o sinal é o que os outros vêm, os sintomas é o que vejo e sinto, é meu" (sic.).

Solicitado como trabalho de casa que a mesma identifique 3 sinais e 3 sintomas que experiência no seu dia-a-dia e que os escreva no seu diário.

Utente aparenta apreender significado de sinal e sintoma, embora mantenha as suas "crenças" sem insight para a doença.

2º sessão (14/06/2022): O objetivo da sessão é ensinar sobre os sintomas positivos.

Com a realização da atividade de casa solicitada, a pessoa assistida demonstrou alguma dificuldade em associar os sinais e os sintomas, contudo quando questionada sobre o seu significada a mesma clarificou corretamente, pelo que foi esclarecido e retificada a alocação dos sinais e sintomas por ela referenciados.

Introduzido os termos sintomas positivos tais como alucinações e delírio associados à doença e identificação dos mesmos.

Ao longo da sessão a mesma referiu que as alucinações auditivas são sempre "Jesus" e que a escolha de ouvir não é dela; contudo menciona que "as orações que vou rezando vão-me ajudando a conseguir realizar as minhas tarefas".

Identifica como ser seu objetivo equilibrar a "realidade espiritual" com a "realidade terrena" e reconhece que os sintomas neste momento encontram-se menos intensos e frequentes ("menos bombardeamento mental" (sic.)). Embora considere a hipótese de os sintomas poderem ser da doença, não consegue reconhecer que os mesmos pestar minimizados pelo tratamento terapêutico que está a realizar.

No términus da sessão solicitada à pessoa um resumo sucinto ao qual a identificou que "os sintomas positivos são aqueles que me acrescentam coisas"

3º sessão (15/06/2022): O objetivo da sessão é ensinar sobre os sintomas negativos. Com a realização da atividade de casa solicitada, a pessoa assistida apresentou alguma dificuldade em identificar os sintomas positivos, tendo sido realizado um reforço sobre a temática.

Referente aos sintomas negativos identificada a dificuldade em focar a atenção com presença de distratibilidade; falta de vontade/motivação e energia. Contudo a mesma mencionou "não consigo juntar bem estes sintomas à doença" (sic.).

No términus da sessão solicitada à pessoa um resumo sucinto ao qual a mesma identificou que "os sintomas negativos são aqueles que me tiram coisas" (sic.).

4º sessão (16/06/2022): O objetivo da sessão é ensinar/identificar emoções básicas. Referente à atividade solicitada a mesma referiu que ouve momentos que reconhecia que alguns dos seus sintomas encaixavam em doenças que estudou como a paranoia e a psicose, contudo não conseguiu mencionar sintomas negativos, pelo que os ensinos foram reforçados.

Ao longo da sessão identificou como emoções: angústia, solidão, tristeza, medo, raiva.

- "os primeiros sintomas começaram pelo medo, eu estava sozinha e não tinha ninguém e eu achava que era isso e agora sei que são sintomas" (sic.)
- "medo/pavor quando comecei a sentir os sintomas mais intensos" (sic)
- "sentia-me isolada e oprimida" (sic.)
- "quando era mais agressiva era eu a manifestar a minha dor" (sic.)
 Introduzidas também emoções positivas como a felicidade e alegria que utente reconhece.

5º sessão (20/06/2022): O objetivo da sessão é ensinar/identificar os comportamentos verbais e não verbais associados às emoções, bem como treinar as mesmos.

Referente à atividade solicitada a mesma referiu a tristeza associada ao choro como emoção.

Ao longo da sessão, a pessoa assistida referiu que:

- "por vezes camuflamos as nossas emoções, não demonstrando em comportamentos o que sentimos" (sic.)
- "os olhos tristes" (sic.)
- "sorrisos falsos" (sic.)
- "o tom de voz às vezes magoa" (sic.)

Identificou que os comportamentos não verbais "é a forma como nos mo qualquer circunstância e momento e o que dizemos com o nosso corpo postura" (sic.).

Solicitada na sessão que a mesma identificasse expressões corporais, que correspondeu; bem como que utiliza-se a expressão "está bem" para expressar diferentes emoções (zangada, triste, feliz), sendo que não conseguiu traduzir a expressão associada à felicidade reconhecendo esse facto.

Avaliação final (22/06/2022): O objetivo da sessão é avaliar o nível de conhecimento associado à doença bem como os respetivos sinais e sintomas.

Referente à atividade solicitada a mesma demonstrou compreensão inerente aos comportamentos verbais e não verbais.

Realizado um resumo sistematizado do plano de sessões, reforçando a importância do reconhecimento de sinais e sintomas da doença bem como a sua tradução em emoções e comportamentos.

Realizado reforço positivo à participação e evolução da mesma.

Aplicado questionário de avaliação com os seguintes resultados:

- O que sabe sobre a sua situação? "o facto de eu ser psicóloga parece que a minha situação é uma inter-relação entre as doenças mentais e as minhas crenças" (sic.)
- Sabe como se chama a sua doença? "Perturbação mental diabólica" (sic.)
- O que que percebe da sua doença? "Tem muitos sintomas diferentes" "é a agitação da mente" (sic.).
- Sabe que existem dois tipos de sintomas? Quais? "sim, o que eu sinto, os sinais e os sintomas são relacionados e interrelacionam-se com as minhas crenças"; "uns que me dão coisas e ouros tiram" (sic)
- Que sintomas da sua doença conhece? "as vozes e visões" "a perda de força e vontade, confusão e perda de atenção" (sic.).
- Quais são atualmente os seus maiores problemas? "controlar as emoções"; "dantes isto não me acontecia". (sic.)
- A informação fornecida nas sessões foi útil? Porquê? "sim, porque me senti valorizada e agora noto que o meu choro vem com vontade própria" (sic.)
- O que achou das sessões no geral? "Inspirador" (sic.)

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Perante os resultados apresentados anteriormente, verifica-se um aumento por parte da pessoa assistida do reconhecimento e identificação de alguns sinais e sintomas presentes.

A identificação da doença por parte da pessoa, embora ainda esteja longe de ser total, considero ser um ganho o facto de a mesma inicialmente defini-la como uma ansiedade e no términus do plano de sessões identifica-la como uma perturbação mental que caracteriza de diabólica associada aquilo que são as alucinações/delírios que experiencia, sendo este um resultado considerado satisfatório.

Numa fase inicial de intervenção a pessoa apresentava dificuldade/ retração em exprimir os seus sentimentos, emoções, pensamentos e com o decorrer das sessões, tornou-se notória uma melhoria a este nível.

Outro ponto relevante desenvolvido ao longo das sessões é relacionado com a identificação e interpretação dos comportamentos verbais e não verbais associados às emoções experienciadas e respetivos sintomas da doença, tendo sido uma temática onde menos dificuldades foram identificadas.

Com o aumento do conhecimento é visível um enfrentamento da mesma perante a sua doença e interesse em perceber mais e implicações, bem como respostas/soluções para as alterações que identifica. Contudo importa realçar a presença de delírios místicos sistematizados e enraizados associados a hiper religiosidade, que deve ser trabalhado no sentido de distinguir as crenças patológicas daquilo que é a sua espiritualidade e que pode ser fator protetor, que de momento como se pode verificar nos resultados ainda é confundido e interligado.

Ao longo do decorrer das sessões foi notório um aumento da labilidade emocional por parte da pessoa traduzido por um aumento dos períodos de choro, tendo sido um fator dificultador o que levou à necessidade de ajustes dos planos das sessões, contudo considero o mesmo como uma demonstração do aumento de insight sobre a doença.

CONCLUSÕES

A abordagem orientada ao nível da psicoeducação, pretende ajudar os doentes que se encontram em sofrimento psíquico, através da promoção de conhecimento sobre a doença, estratégias para lidar com a mesma e identificação de sintomas e sinais, de modo a ajudar no processo aceitação do estado de saúde e respetivo tratamento e recuperação da pessoa, bem como no seu funcionamento psicossocial (Pereira, 2015).

Relativamente ao impacto do plano psicoeducacional, o mesmo demonstrou-se adequado, desde a planificação das sessões, dos materiais utilizados, permitindo à pessoa adquirir conhecimento acerca da sua doença, respetiva sintomatologia, bem como as emoções e comportamentos verbais e não verbais associados.

Embora os resultados obtidos se demonstrem satisfatórios, demonstrado no imediato pelo interesse da pessoa ao longo das sessões, bem como, com aumento do insight sobre a doença e aparente inicio do processo de aceitação da mesma, o trabalho desenvolvido apresenta-se como uma fase inicial de todo o processo de recuperação/reabilitação, sendo que constatei a necessidade de o mesmo ser mantido, para consolidação dos conhecimentos adquiridos até ao momento bem como a continuidade de formação de outras áreas tais como o curso e prognóstico da doença e a interligação ao regime terapêutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alves, M. (2018). Desenvolver Competências Emocionais com a Pessoa com Doença Mental e Família. [Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório comum. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/25005
- Amaral, A., Almeida, E., & Sousa, L. (2020). Intervenção psicoeducacional. In Sequeira,
 C., & Sampaio, F. (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções (1º ed., pp. 174-176). Lidel.
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Melo-Dias, C. (2014). Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia. [Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa do Porto].
 Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/19361
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2. http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021). Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave. https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-pr%C3%A1ticas-1/

- Pereira, V. (2015). Programa de Psicoeducação para familiares de doentes com esquizofrenia. [Tese de Mestrado em Psicologia da Educação, Universidade dos Açores]. Repositório da Universidade dos Açores. https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3581/2/DissertMestradoVanessaMicael aPontePereira2015.pdf
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570
- Silva, J. (2014). Psicoses delirantes crónicas e esquizofrenia a caminho de uma distinção. [Mestrado integrado em medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/29273

APÊNDICE IV -	- Ação de sensibilizaç	ão para celebrar o di	a mundial da saúde n	nental



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Autoras: Filipa Isabel Vaz, Soraia Inês Campos Amado Data: 10 de Outubro de 2022

AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA CELEBRAR O DIA MUNDIAL DA SAUDE MENTAL

Introdução: No âmbito do dia Mundial da Saúde Mental que se comemora a dia 10 de Outubro, pensámos ser bastante importante sensibilizar a população que se desloque ao centro de saúde para a importância da saúde mental para o nosso bem estar e funcionalidade.

A importância da saúde mental é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e está presente desde logo na definição de saúde como sendo não apenas a ausência de doença, mas como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social" (OMS, 2006).

Segunda a Carta de Ottawa (1986) a promoção da saúde:

"é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio."

A promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental são dois conceitos intimamente ligados uma vez que a promoção da saúde mental por si só é a estratégia mais eficaz para a prevenção da doença mental. Deste modo podemos dizer que a maioria das ações preventivas têm o potencial de gerar mais saúde mental e que a promoção de saúde mental também pode prevenir doenças.

A Direção Geral de Saúde (2016) considera fatores tais como a capacidade de lidar com o stress /tensão emocional, capacidade de enfrentar a adversidade, autonomia, estimulação cognitiva processe, a prática de exercício físico, literacia, autoestima, comportamentos pró-sociais, competências sociais e de gestão de conflitos, apoio social da família e amigos como algumas das circunstâncias que podem minorar a probabilidade de ocorrência de doença mental.

Importa referir outro elemento importante no suporte da saúde mental é o lazer. As experiências positivas, a recreação e o relaxamento, devem ser trabalhados e alcançados através de hábitos de lazer adequados, nomeadamente na prática de estilos de vida saudáveis como a realização de exercício físico aumentando a sua aptidão e resistência física e promovendo em concomitância um aumento do bem-estar psicológico (Sequeira e Sampaio, 2020).

Título: Identificação de Fatores Protetores de Saúde Mental – O Quiz

Contexto:

Finalidade: Sensibilizar utentes e familiares para a importância da saúde mental no seu dia a dia.

Critérios de inclusão: Utentes e familiares presentes no átrio do que através de consentimento informado de forma verbal aceitem participar na ação de sensibilização, utentes e familiares com capacidade cognitiva.

Critérios de exclusão: Utentes e familiares que não aceitem participar na ação de sensibilização.

Objetivos:

- Comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental;
- Sensibilização do publico alvo para a importância da identificação de fatores protetores de saúde mental;
- Esclarecimento de dúvidas

Programa: Realização do Quiz sobre os fatores protetores da saúde mental, junto dos utentes que acedam ao Centro de Saúde, no dia referido. A abordagem individual passa por avaliar o nível de conhecimento dos utentes e após o mesmo realizar ensinos sobre a temática ajustado ao nível de conhecimento e interesse demonstrado por cada individuo, fomentando assim a sensibilização sobre a temática.

Duração: Dia 10 de Outubro, das 9h às 13h

Recursos: Quiz, folhas de papel, canetas, marcador de livros (informação sobre a

temática)

Dinamizador: Estudantes de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Parcerias: Enfermeiros da UCC

Avaliação de resultados: Avaliação das respostas "Sabe o que são fatores protetores de saúde mental?"; "Identifique 3 fatores protetores da sua saúde mental"

Resultados: A ação de sensibilização decorreu no dia 10 de outubro de 2022, na área de recobro da vacinação, do , entre as 9h e as 13h. Neste período de tempo, foi possível chegar à fala com 30 utentes e familiares. Importando ainda salientar que nenhuma das pessoas interpeladas recusou fazer parte desta ação de sensibilização. Dos 30 participantes, somente 6 sabiam responder à pergunta 1 do Quiz, sabendo o significado de fatores protetores de saúde mental, sendo que posteriormente foram capazes de enumerar fatores que seriam benefícios para a sua saúde mental. Os restantes 24 participantes não souberam responder à pergunta 1 do Quiz, no entanto após uma breve sensibilização, 22 participantes foram capazes de identificar pelo menos 3 fatores protetores da sua saúde mental. Após explicação, um dos participantes reiterou não ter qualquer fator protetor de saúde mental, e outro participante entendeu saúde mental como se tratando de uma sensibilização sobre patologia neuro vascular pelo que as suas respostas não foram ao encontro da temática abordada. Importa ainda salientar que a maioria das pessoas sentiu necessidade de evidenciar as suas maiores preocupações atuais, existindo mesmo momento de ventilação de emoções por parte de participantes e de aconselhamento por parte das mestrandas para que estes procurem apoio diferenciado junto da unidade de saúde. De uma forma geral podemos concluir que esta ação de sensibilização teve um impacto positivo, não só pela dinamização do dia mundial da saúde mental, mas também por termos proporcionado aos intervenientes um momento de reflexão sobre a importância da sua saúde mental bem como a partilharam de algumas das suas inquietudes e anseios, podendo assim sentir-se ouvidos e valorizados.

Bibliografia:

Direção Geral de Saúde. CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE 1^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21

- Novembro de 1986. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-deotawapdf1.aspx
- Direção Geral de Saúde (2016). Plano Nacional de Saúde Mental O realizado e o perspetivado a desenvolver. Cascais: Que cuidados em Saúde Mental. https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/pnsm_-
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf _o_realizado_e_o_perspetivado_desenvolver_-_alvaro_de_carvalho.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2006). "Constitution of the World Health Organization". http://www.who.int/governance/eb/ who constitution en.pdf
- Sequeira, C., & Sampaio, F., (2020). Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções (ed. 1). Lidel

APÊNDICE V – Dinamização de atividade de sensibilização – feira da saúde



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Autoras: Filipa Isabel Santos Vaz, Soraia Inês Campos Amado
Data: 29 de Outubro de 2022

DINAMIZAÇÃO DE ATIVIDADE DE SENSIBILIZAÇÃO NA FEIRA DA SAÚDE

Introdução: No âmbito da participação da UCC que se realiza no dia 29 de Outubro de 2022 no Mercado Municipal, pensámos ser bastante importante dinamizar uma sessão cujo tema abordasse as questões da ansiedade direcionado para a prática de relaxamento e a sua importância, recorrendo a técnica de relaxamento de respiração abdominal, na população adulta. Na população mais jovem refletimos ser extrema importância abordar a temática das emoções, mais concretamente o seu reconhecimento, para à posteriori poderem desenvolver melhores competências na gestão das mesmas, tornando-se adultos mais competentes.

A saúde mental assume-se como parte integrante e essencial da saúde humana. A doença mental é encarada como um problema de saúde pública devido ao enorme impacto humano, social e económico que tem na sociedade atual (Almeida, 2018).

E, cada vez mais tendo em conta as condições socioeconómicas mundiais, e mais concretamente as atuais conjunturas do nosso país, todos nós vivenciamos diariamente um elevado nível de stress e ansiedade. Não só associado à cultura de competitividade laboral e escolar, como também às dificuldades económicas com que nos deparamos. Importa referir que a ansiedade é uma resposta emocional em antecipação do perigo, cuja fonte é desconhecida ou não é reconhecida, representando-se como um conjunto de sentimentos que são desencadeados por uma preocupação ou medo. Ajuda também o individuo a responder de forma adequada a estímulos, uma vez que acelera os reflexos e aumenta os níveis de concentração na situação problema, sendo a resposta emocional subjetiva face ao fator stressor que lhe é exposto (Shahrokl e Hales, 2003 citado por Townsend, 2009).

Segundo a American Psychiatric Association (2014), não podemos considerar a ansiedade como um sentimento simples, dado que a mesma é caracterizada como um

misto de emoções onde o medo se demonstra como a emoção principal. Na maioria das vezes o medo e a ansiedade encontram-se associados, sendo que o medo é uma resposta emocional associada a uma ameaça eminente e real e a ansiedade a antecipação de uma ameaça futura.

Também para Loureiro (2014), a ansiedade é uma emoção, tratando-se de um estado emocional pelo qual todos nós podemos passar. Não obstante, a ansiedade passa a ser preocupante quando começa a interpor-se, de forma significativa, nas atividades de vida diárias e as torna incapacitantes, podendo mesmo vir a ser um verdadeiro problema.

Afonso (2015) relata que na ansiedade há uma expectativa de que algo de mal possa acontecer, podendo essa ameaça ser real ou imaginária. Este autor refere que a ansiedade é uma reação psicobiológica básica que tem como principal função desencadear um conjunto de comportamentos no sentido de superar determinada situação. Por outro lado, Pio Abreu (2008) narra que a ansiedade constitui uma emoção pouco diferenciada que é normalmente entendida como patológica, relacionada com o medo, mas diferindo deste por não existir um objeto ameaçador.

A mesma pode ser classificada em três graus: ligeira, moderada e grave. A ligeira raramente é problemática e está associada à tensão do dia-a-dia preparando o organismo para a ação. Ajuda a aumentar a motivação e a produtividade possibilitando a aprendizagem e mantenho a capacidade funcional. Neste nível de ansiedade são utilizados os mecanismos de coping tais como dormir, chorar, exercício físico, tiques (balançar o pé, andar de um lado para o outro, bater com os dedos, roer as unhas), falar com alguém de confiança (Townsend, 2011). Assim, neste tipo de ansiedade a pessoa pode ter um aumento da sensibilidade para ruídos e do nível de alerta surgindo alguma irritabilidade e agitação.

A ansiedade pode ter origem em algo sem explicação, ou seja, uma pessoa sente-se ansiosa sem uma causa ou motivo aparente. Por conseguinte, pode variar de intensidade, com já referido anteriormente, desde ligeira a grave, podendo mesmo atingir níveis tão elevados, com os quais uma pessoa possa ter um ataque de pânico, levando a uma resposta impotente, isto é, um comprometimento da capacidade normal de resposta, podendo mesmo ter perda de funcionalidade (Loureiro, 2014).

Assim a distinção entre a ansiedade dita "normal" do dia-a-dia, daquilo que é uma perturbação de ansiedade, é que a ansiedade em excesso é mais grave e dura mais tempo, bem como interfere de modo significativo com as atividades do quotidiano e nas relações com os outros.

A perturbação de ansiedade pode manifestar-se de forma física, comportamental, cognitiva e emocional (Loureiro, 2014).

Em relação ao nível somático, pode manifestar-se alterações gastrointestinais (xerostomia, indigestão, diarreia, flatulência, cólicas, náuseas e perda de apetite); alterações cardiovasculares (palpitações, sensação de aperto na garganta/asfixia, lipotimia, mal-estar e dor pré-cordial); alterações respiratórias (dispneia, hiperventilação e suspiros frequentes) e outros (polaquiúria, sudorese, vertigens, cefaleia, tensão/dor muscular, visão turva e mialgias).

Ao nível cognitivo, pode surgir dificuldade de concentração, diminuição na capacidade de pensar, raciocinar e aprender, bloqueio de pensamento e diminuição na capacidade de resolução de problemas.

Relativamente ao nível emocional e comportamental pode-se manifestar cansaço, sensação de perigo constante, pânico, infelicidade constante, falta de confiança, nervosismo, preocupação excessiva, irritabilidade, frustração, isolamento social e choro compulsivo (Rebelo & Carvalho, 2014).

Assim a intervenção de enfermagem no Autocontrolo da Ansiedade tem importância preponderante sobretudo em pessoas que têm consciência da sua ansiedade, demonstram intenção em controlá-la, ao mesmo tempo verbalizam incapacidade para o fazer (Sequeira e Sampaio, 2020).

O EESMP pode desempenhar um papel crucial através de intervenção psicoeducativa definindo um plano de intervenção individualizado, flexível e passível de alterações consoante a evolução da pessoa assistida, que vise ensinar, instruir e treinar intervenções que permitam à pessoa ter controlo da sua ansiedade, através da compreensão e resinificação de fatores precipitantes, da clarificação de estratégias de resolução de problemas precipitantes de ansiedade, do ensino e treino de técnicas de autocontrolo de ansiedade e de auto relaxamento (Sequeira e Sampaio, 2021).

Evidências científicas mostram que as técnicas de relaxamento e técnicas de respiração auxiliam no manuseamento dos transtornos ansiosos (Willhelm, 2015).

Segundo Payne (2003) o relaxamento pode ser definido como um estado de consciência, através do qual se obtém sensações agradáveis e se afastam pensamentos desagradáveis/perturbadores ou geradores de stress/ansiedade. Pode identificar-se três objetivos associados à técnica de relaxamento, nomeadamente como medida preventiva de consequências associadas ao stress/ansiedade, como tratamento para redução da ansiedade/stress e ainda numa perspetiva de desenvolvimento de competências para lidar com o mesmo (Payne, 2003; Coelho & Sousa, 2020).

Um fator interessante e igualmente importante da prática de relaxamento é o facto de ao reduzir a ansiedade associada a determinados contextos, ajuda a pessoa a conseguir apresentar "diálogos internos" mais lógicos e adequados, uma vez que o

stress/ansiedade elevada interferem nos processos de memória, de perceção e de atenção e consequente tomada de decisão (Vaz Serra, 2002).

Também segundo Coelho e Sousa (2020), o relaxamento permite à pessoa desenvolver a capacidade de lidar com os seus sintomas físicos contribuindo para a redução da ansiedade, através da redução dos estímulos e das perceções associadas ao sistema sensorial do corpo.

Assim a intervenção do relaxamento tem um potencial terapêutico promovendo um estado de bem-estar, sendo que o mesmo prepara o organismo para um estado de calma e repouso, reduzindo a atividade do comportamento, sendo que o uso repetido desta técnica previne/melhora os transtornos associados ao stress/ansiedade (Vaz Serra, 2002).

Quanto às competências emocionais, estas são de extrema importância e influenciam a forma como vivenciamos o dia a dia e consequentemente como lidamos com a gestão do stress e ansiedade. Mas nas crianças, a primeira etapa, passa por reconhecer as emoções experienciadas, de modo a poder falar sobre elas e exprimi-las e assim tornarem-se mais capazes a gerir as mesmas.

As emoções, não são inatas ao ser humano, mas sim habilidades apreendidas que exigem treino e dedicação de forma a serem trabalhadas e desenvolvidas para alcançar um desempenho excelente (Goleman, 2012)

Quanto maior for a capacidade de reconhecer de forma adequada emoções, em si próprio e nos outros, para em seguida poder compreendê-las, avalia-las e usá-las na tomada de decisões, maior eficácia na concretização de metas e objetivos, o que terá efeitos no bem-estar físico e emocional (Zaki et al., 2018).

As competências sociais e emocionais, tem um papel crucial no desenvolvimento socio emocional de crianças, permitindo-lhes alcançar resultados positivos na escola, e como pessoas no futuro, no domínio do empowerment e capacitação, e consequentemente de resiliência face às adversidades.

O que vai ao encontro com o pensamento do neurocientista, António Damásio (2000) que defende que as emoções se tornam fundamentais na estrutura e edificação da identidade. Acrescenta ainda que, a consciência é entendida como uma função biológica que possibilita o conhecimento das emoções, neste sentido, a gestão emocional adequada implica um balanço entre o controlo e a exteriorização das emoções.

Assim mais uma vez o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica [EESMP] detém competências especificas que lhe possibilitam desenvolver processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos que visem não só o restauro da saúde mental

dos indivíduos como a prevenção da incapacidade, através da mobilização de processos que melhor se adaptem aos mesmos e às suas vivências.

Título: Mais Saber para Melhor Viver

Contexto: Feira da Saúde, Mercado Municipal

Finalidade: Sensibilizar a comunidade para a importância da saúde mental no seu dia a dia, mais concretamente sobre a ansiedade e respetiva técnica de auto relaxamento, bem como o reconhecimento das emoções experienciadas a fim de potenciar uma melhor gestão das mesmas.

Critérios de inclusão: Todos aqueles que através de consentimento informado de forma verbal aceitem participar na ação de sensibilização, população com capacidade cognitiva

Critérios de exclusão: população que não aceite participar na ação de sensibilização.

Obietivos:

- Aumentar a literacia sobre a ansiedade;
- Instruir sobre a importância e eficácia da técnica de relaxamento de respiração abdominal no autocontrolo ansiedade;
- Sensibilizar as crianças/jovens para reconhecerem em si as suas emoções e seus significados;
- Instruir sobre a importância de reconhecer e assim melhorar o autocontrolo da gestão de emoções;
- Promover a expressão de emoções e sentimentos;

Programa:

- Atividade dinâmica a realizar com crianças/jovens, construindo no momento a emoção que está a vivenciar e sensibilizar para a importância da expressão e gestão da mesma.
- Atividade dinâmica com os adultos e idosos sobre o que é a ansiedade, seus principais fatores precipitantes bem como sinais e sintomas e ensinar, instruir e treinar a técnica de relaxamento de respiração abdominal com as respetivas vantagens.

Duração: Dia 29 de Outubro, das 9h às 13h

Recursos: Ecrã de apresentação de vídeo, mesa, "jogo" em cartolina, flyer.

Dinamizador: Estudantes de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Parcerias: Enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e Enfermeira especialista em Saúde Comunitária, da UCC

Método de avaliação de resultados: Para o processo de colheita de dados recorremos à observação direta sistemática, que é aquela em que procedemos diretamente à recolha dos dados/informações, sem nos dirigirmos à população com questões diretas de avaliação, recorrendo ao sentido da observação. Fazendo registo do número de

participantes bem como das interações com os mesmos referentes à sua perceção sobre a temática e facilidade em concretização ou não da atividade, assim como as suas manifestações pessoais referentes à temática e dinâmicas realizadas.

Resultados: A ação de sensibilização decorreu no dia 29 de outubro de 2022, na Feira da Saúde, no Mercado Municipal entre as 9h e as 13h. Neste período de tempo, foram entregues 110 flyers "Vamos falar de Ansiedade???", sendo que apenas uma das pessoas interpeladas recusou participar na ação de sensibilização.

Importa ainda salientar que as nossas abordagens foram efetuadas, ao longo do recinto do mercado, uma vez que a população não se deslocava ao espaço do expositor.

De uma forma espontânea e colaborante a população abrangida por esta ação de sensibilização ia aquando, da nossa abordagem, expressando ilações acerca da temática.

No que respeita a resultados:

- 38 pessoas referiram que recorrem ou já recorreram a ansiolíticos para controlo da ansiedade.
- 27 pessoas sentiram necessidade de ventilar emoções sobretudo sobre preocupações atuais.
- 1 pessoa solicitou informações sobre encaminhamento de familiar através do centro de saúde para consulta de psiguiatria.
- 3 pessoas referirão conhecer e praticar técnica de respiração abdominal para controlo da ansiedade, sendo que as restantes não demonstravam conhecimento sobre esta técnica.
- 10 pessoas referiram não manifestar quaisquer sintomas de ansiedade.
- 32 aceitaram o flyer mas referiram não ter tempo para conversar.

Relativamente ao Jogo das Emoções, a dinâmica não teve adesão por parte da população presente, uma vez que a mesma, como já referido anteriormente, não se dirigia voluntariamente aos expositores presentes na feira, nem demonstravam interesse em faze-lo, apesar da localização privilegiada junto ao espaço de atividades infantojuvenis (karaté e dança).

Conclusões: De uma forma geral podemos concluir que esta ação de sensibilização teve um impacto positivo nos participantes, não só pela sensibilização sobre a temática da ansiedade tão premente nos dias de hoje, como pela sua importância e impacto na saúde mental. Bem como por termos proporcionado aos intervenientes uma estratégia de autocontrolo da ansiedade, de fácil ensino e instrução, podendo os mesmos replicála autonomamente.

Consideramos também a partilha por parte dos intervenientes de algumas das suas inquietudes e anseios, um ponto benéfico, uma vez que lhes foi dada oportunidade de

ventilar as suas emoções, podendo estes sentirem-se ouvidos e valorizados. Tendo sido ainda possível informar sobre valências do centro de saúde de ílhavo no que respeita à saúde mental, e aconselhar a procura de ajuda especializada.

No que respeita ao jogo das emoções, a dinâmica não se verificou eficaz para a população juvenil presente, pelo que a ausência de resultados é por si só um resultado, sendo que numa intervenção futura num contexto similar, esta dinâmica teria de ser repensada.

Importa, contudo, referir que os expositores presentes na feira da saúde, tiveram no nosso ponto de vista uma adesão diminuta por parte da população. A visível preocupação com os preparativos referentes ao feriado do dia de todos os santos, bem como o desconhecimento por parte da população sobre o evento, pode também ter contribuído para uma pouca afluência aos expositores. O facto de irmos ao encontro das pessoas ao longo do recinto do mercado enquanto estas realizavam as suas compras foi na nossa opinião um fator determinante para que um terço da população visada apenas aceitasse o flyer e não quisesse estabelecer mais diálogo.

De uma forma geral podemos, contudo, concluir que a ação de sensibilização teve um impacto positivo nos seus participantes fomentando o conhecimento sobre importantes temáticas de saúde mental, e dos seus dinamizadores, deixando-os a refletir no que poderá ser melhorado em futuras sensibilizações.

Bibliografia:

- Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM 5.* (Ed. 5). Climepsi Editores.
- Coelho, J. & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções (1º ed., pp. 202-203). Lidel.
- Afonso, P. (2015). Quando a Mente Adoece. Principia.
- Conceição, J., & Buena, G. (2020). 101 Técnicas da terapia cognitivo-comportamental. https://repositorio.unc.br:8443/xmlui/handle/123456789/200
- Cordeiro, R., Borges, E. & Sequeira, C. (2020). Enfermagem de Saúde Mental no Trabalho. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções (1º ed., pp. 61-63). Lidel.
- Damásio, A. (2000). O Sentimento de Si: Corpo, Emoção e Consciência. Europa América.

- Direção Geral da Saúde (DGS). (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Loureiro, L. (2014). *Primeira Ajuda em Saúde Mental*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (1. ^a ed.).
- Goleman, D. (2012). Trabalhar com Inteligência Emocional (5 ed.). Temas e Debates Círculo de Leitores.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). Classificação internacional para a prática de enfermagem:

 versão

 2. http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wpcontent/uploads/filebase/guiasmanuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa.
- Payne, R. (2003). Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde. (2 Ed.). Lusociência.
- Pio Abreu, J. (2008). Introdução à Psicopatologia Compreensiva. (ed.5). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570
- Rebelo, S. & Carvalho, J. (2014). Ansiedade: Intervenções de enfermagem. *Presencia: Revista de Enfermeria de Salud Menta*l. (ed. 20). https://www.researchgate.net/profile/JoseCarlosCarvalho2/publication/283853274_ Ansiedade_Intervencoes_de_enfermagem/links/5657338c08ae4988a7b53007/An siedade-Intervencoesdeenfermagem.pdf.
- Sampaio, F. & Sequeira, C., (2020). Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções (ed. 1). Lidel.
- Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência. Lusociência.
- Vaz Serra, A. (2002). O Stresse na vida de todos os dias. (3ª ed.). Adriano Vaz Serra
- Zaki H., Abd-Elrhaman S. & Ghoneimy A. (2018). The Effect of Emotional Intelligence Program on Decision Making Style. American Journal of Nursing Research, 6(6), 524-532. http://pubs.sciepub.com/ajnr/6/6/21
- Willhelm, A., Andretta, I. & Ungaretti, M. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*. (8). (1). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822015000100009

APÊNDICE VI – Consulta de Alcoologia



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Autoras: Filipa Isabel Santos Vaz, Soraia Inês Campos Amado

Data: 8 e 26 de Novembro de 2022

CONSULTA DE ALCOOLOGIA

Introdução

No âmbito do estágio com relatório UCC formado foi-nos dada oportunidade enquanto estudantes de mestrado, de integrar a Consulta de Alcoologia, cujo o objetivo é a intervenção psicoterapêutica em contexto de tratamento/acompanhamento do individuo/família com dependência.

A realização deste documento visa sobretudo o nosso empoderamento sobre a temática e adequada capacidade de resposta para a realização da consulta sobre a supervisão da enfermeira especialista, bem como reflexão sobre a sua dinâmica.

Esta consulta tem uma periocidade semanal, e é realizada por uma equipa multidisciplinar constituída por uma enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), uma Assistente Social e uma médica de Medicina Geral e Familiar (MGF). Tem como principais parcerias as unidades funcionais de saúde do ACES do Baixo Vouga, Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Câmara Municipal, Juntas de Freguesia e Unidade de Alcoologia de

A referenciação para esta consulta pode ocorrer de diferentes formas, sendo as mais comuns; Ordem Judicial, transferência do processo da Unidade de Alcoologia de para a área de residência, sinalização do médico de medicina geral e familiar e a pedido voluntário do indivíduo.

A consulta na UCC divide-se em dois momentos, primeiramente dinamizada pela enfermeira especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica e pela Assistente Social e

posteriormente o indivíduo é consultado pela médica de MGF, sendo que por norma existe uma reflexão da equipa multidisciplinar sobre o processo individual de cada utente, anterior e posterior ao segundo momento mencionado.

O alcoolismo é uma doença com um potencial de infligir sofrimento enorme, interferindo com todas as dimensões do indivíduo, assim como em todos os quadrantes da sociedade. Segundo dados da OCDE, em 2021 cada português consumia em média doze litros de álcool por ano.

A Organização Mundial de Saúde (2010), no "Relatório Global da Situação Sobre Álcool e Saúde", estudo divulgado em Fevereiro de 2011, alerta que o consumo excessivo de álcool é a causa de morte anual de 2,5 milhões de pessoas.

Também para Anderson (2012), o impacto do consumo de álcool reflete-se na mortalidade, morbilidade e incapacidade, sendo que quanto maior o consumo de bebidas alcoólicas, maior a probabilidade de surgirem problemas atribuíveis ao álcool.

O mesmo autor reforça ainda que o consumo de álcool acima dos padrões recomendados encontra-se nos cinco fatores de risco mais frequentes de desenvolvimento de doença, incapacidade e até morte.

O Síndrome de Dependência Alcoólica, segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), é o desejo de ingerir bebidas alcoólicas, acompanhado de dificuldade em controlar o consumo, levando a um uso compulsivo, independentemente dos danos físicos ou mentais provocados à pessoa e aos que lhe são próximos.

Também American Psychiatric Association (2014), estabelece como critérios de transtorno por uso de álcool um padrão problemático, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

- ✓ Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
- ✓ Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool.
- ✓ Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos.
- ✓ Forte desejo ou necessidade de usar álcool.
- ✓ Uso recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
- ✓ Uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos.
- ✓ Importantes atividades sociais, profissionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool.

- ✓ Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
- ✓ O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool.
- ✓ Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspetos:
 - Necessidade de ingerir quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado.
 - Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.
- ✓ Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspetos:
 - Síndrome de abstinência característica de álcool.
 - Álcool (ou uma substância estreitamente relacionada, como benzodiazepínicos) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Tendo em conta que a competência corresponde à capacidade de mobilização de um conjunto de conhecimentos e recursos para dar uma solução pertinente e adequada quando num determinado contexto profissional (Perrenoud, 1999), do papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica espera-se a aplicação das suas competências especificas para o estabelecimento de uma relação terapêutica com o indivíduo. Esta visa sobretudo numa fase inicial pela colheita de dados sociodemográficos, de antecedentes saúde, de medicação habitual, de consumos atuais, de identificação e clarificação de possíveis problemas para os quais os hábitos etílicos contribuíram, ou foram causadores.

Espera-se também que este consiga aferir junto do indivíduo a sua motivação para a mudança, e para o estabelecimento de metas exequíveis.

A motivação é um conceito que se altera consoante as diferenças individuais de cada pessoa. A mesma segundo Sequeira, C. (2016) engloba o interesse de cada indivíduo em iniciar uma determinada modificação do seu comportamento ou mantê-lo (mudança). Quando o mesmo pretende efetuar uma mudança de forma habitual, altera um comportamento prejudicial por um comportamento promotor da sua saúde, ou simplesmente optando por eliminar o comportamento nocivo. Este facto correlaciona-se de forma direta à probabilidade do indivíduo se envolver de forma continua e aderir a uma estratégia específica de mudança ou comportamento. Devemos ter ainda sempre em conta que a prontidão para a mudança flutua ao longo do tempo e consoante a situação específica de cada um.

O Ciclo de mudança, surge como um modelo dinâmico, que ajuda o enfermeiro ESMP na interpretação da forma como sucedem as mudanças comportamentais do indivíduo, bem como a compreender se o mesmo se encontra disposto a mudar um comportamento de risco para outro, priorizando a sua saúde (Tomás et al. 2020).



Figura 1: Ciclo de mudança.

O ciclo de mudança como podemos verificar na figura 1, apresenta 6 fases encadeadas entre sim, podendo o indivíduo ir progredindo ou recuando ao longo do ciclo.

Assim segundo Tomás et al. (2020), na pré-contemplação o individuo não tem consciência do comportamento nocivo, bem como da sua gravidade e implicação na sua vida, deste modo nesta fase o indivíduo não se encontra sequer desperto para o processo de mudança. Na fase de contemplação, surge por parte do indivíduo a consciência de existir um problema e reconhece-o como tal, contudo ainda não se encontra preparado para o enfrentar/alterar ou não tem ainda a certeza de o querer fazer. É nesta fase que a ambivalência se encontra presente de forma mais acentuada. A fase seguinte é a de preparação, onde o indivíduo já tomou consciência plena sobre o seu problema, a ambivalência já se encontra ultrapassada e o mesmo já se encontra preparado para mudar. Inicia-se assim processo de planeamento da mudança e escolher as estratégias mais facilitadoras para o mesmo. Na fase da ação o indivíduo aplica o processo de mudança, alterando os comportamentos, e desenvolvendo a sua autoeficácia e autoconfiança. De seguida surge a manutenção, onde o indivíduo já alterou os seus comportamentos e vai encontrando novos desafios diários, necessitando de readaptar e integrar novas estratégias, para manter o seu novo eu, sem incorrer na recaída. Por vezes surge então a recaída, onde o indivíduo retoma o comportamento nocivo. Esta fase deve ser encarada como algo normal no processo de mudança, sendo muitas vezes essencial para que o indivíduo possa aprender e recomeçar, de forma mais consciente e fortalecida, todo o processo.

Os enfermeiros especialistas em ESMP têm assim um papel preponderante neste processo tendo como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a sua saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Assim, a abordagem do enfermeiro especialista deve ser centrada na pessoa de forma empática e colaborativa, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, ferramenta psicoterapêutica esta de excelência porque assume uma grande flexibilidade e dinamismo, direcionada para o atingir de uma meta especifica. Respeitando princípios da colaboração, evocação e autonomia, tendo sempre em conta as reais probabilidades de mudança por parte do indivíduo, da sua família, do seu ambiente social e laboral (Miller, W. R. e Rollnick, S., 2002).

O principal objetivo do enfermeiro passa por aumentar a motivação do indivíduo para a mudança, fortalecendo assim o compromisso do mesmo, perante as metas delineadas. Assim o enfermeiro especialista em ESMP apresenta as aptidões especificas que lhe permitem a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, família, grupos e comunidade, ao longo do ciclo vital, estabelecendo relações de confiança e parceria e assim aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas estratégias de resolução (Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Sendo a entrevista de enfermagem uma componente do processo de relação de ajuda, a mesma pode assumir diferentes designações conforme o objetivo a que o enfermeiro especialista se propõe, como a entrevista de colheita de dados, de informação e de ensino, mas também a entrevista de ajuda que envolve suporte psicológico, modificação de comportamentos, resolução de problemas ou situações de crise (Phaneuf, 2005). Contudo, o enfermeiro tendo em conta a visão integral do indivíduo deve segundo Miller, W. R. e Rollnick, S. (2002) no decorrer da entrevista motivacional respeitar os seguintes princípios; a expressão de empatia que é crucial por parte do profissional para a demonstração da identificação e aceitação do problema por parte do indivíduo que facilita o processo de mudança. A escuta ativa e reflexiva para com o mesmo, compreendendo assim a realidade subjetiva de cada sujeito tendo em conta a individualidade e singularidade de cada um no seu contexto específico. Desenvolver as discrepâncias é outro dos aspetos gerais a ter em conta, devendo o enfermeiro ESMP proporcionar ao indivíduo que os argumentos para a mudança venham dele próprio,

sendo que estes surgem através da perceção da discrepância entre o comportamento

atual do indivíduo e os seus valores pessoais e objetivos que pretende alcançar. Assim, o enfermeiro deve *realçar os objetivos do indivíduo, explorar as consequências já existentes* bem como as potências do atual comportamento criando e aumentando as discrepâncias entre o comportamento e a mudança (Miller e Rollnick, 2002).

Saber lidar com a resistência é outro fator importante que o enfermeiro deve ter em conta, evitando argumentar com o indivíduo sobre a mesma. A resistência à mudança não deve ser encarada como algo diretamente contra o mudar, mas sim uma resposta diferente ao espectável. Assim, o enfermeiro ESMP tem as competências especificas para orientar para novas perspetivas permitindo ao indivíduo refletir sobre as mesmas, tendo como ponto fulcral que o mesmo é a primeira fonte de procura de soluções para o seu problema (Miller e Rollnick, 2002).

Existem enumeras estratégias que o enfermeiro ESMP pode recorrer durante a entrevista, nomeadamente:

- ✓ Manter o clima de confiança;
- ✓ Formular questões abertas encoraja a pessoa a falar e a controlar a direção da entrevista;
- ✓ Realizar escuta ativa e reflexiva;
- ✓ Clarificar o que é dito durante a consulta, refletindo sobre o essencial e o seu significado;
- ✓ Evocar para o discurso de mudança;
- ✓ Construir uma representação clara dos comportamentos, dos hábitos e das emoções que fazem sofrer a pessoa;
- ✓ Utilizar estratégias diversas que permitam evidenciar certos comportamentos e contradições;
- ✓ Ajudar a pessoa a delimitar de forma clara os comportamentos a mudar e os problemas que o originam;
- ✓ Ajudar a pessoa a verbalizar os seus estados de espírito;
- ✓ Ajudar a pessoa a fixar objetivos exequíveis;
- ✓ Valorizar sempre o esforço da pessoa, realizando reforço positivo e apoiando nas recaídas.

Importa realçar que a pessoa é a responsável por decidir sobre si mesma, sendo o enfermeiro um elemento de aconselhamento sobre diferentes possibilidades de resposta (mudança).

Os princípios éticos e deontológicos bem como a confidencialidade deverá estar assegurada em todos os momentos, e isso mesmo deverá ser explicado ao indivíduo, desde a primeira consulta. Sendo também primordial que a realização destas consultas

deva ser em gabinete com um sitting adequado, sem interrupções, no qual seja assegurada a privacidade do indivíduo e família.

Objetivos: Dinamizar a consulta de alcoologia existente na UCC sob supervisão da enfermeira tutora.

Conclusões:

A dinamização da consulta de alcoologia, enquanto futuras especialista em saúde mental e psiquiátrica, foi encarada por ambas como um desafio e uma oportunidade aos quais esperamos vir a dar resposta; não só através do respeito pelos princípios éticos e deontológico que pautam a profissão, assim como pela mobilização do conhecimento previamente adquirido, e da elaboração deste trabalho que funcionará com um documento de apoio e orientação. Importa referir também o constante suporte e orientação da enfermeira tutora para a dinamização da consulta.

É relevante salientar que uma vez identificado o problema, a intervenção do enfermeiro ESMP é de grande importância para o indivíduo na aceitação e tratamento. Estando certas, que a oportunidade de dinamização destas consultas será enriquecedora sobretudo no que respeita ao estabelecimento de uma relação terapêutica assim como no desenvolvimento das restantes competências especificas nomeadamente, psicoeducativas, psicoterapêuticas, psicossociais e socio terapêuticas.

Bibliografia:

- Anderson, P., Braddick, F., Reynolds, J., & Gual, A. (2012). *Alcohol policy in Europe: Evidence from AM- PHORA*. The AMPHORA project. http://amphoraproject. net/view.php.
- Neves, C., Horta, C., Cunha, F., Rente, M. J., & Sousa, R. (2017). Regulamento Interno da Unidade de Cuidados na Comunidade Laços de Mar e Ria. Ílhavo
- Almeida, J. (2018). A saúde mental dos portugueses. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM 5*. (Ed. 5). Climepsi Editores.
- Coelho, J. & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções (1º ed., pp. 202-203). Lidel.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). Motivacional Interviewing: Preparing People for Change. (ed. 2). New York.

- Organização Mundial de Saúde, (2002). Relatório Mundial de Saúde 2001: Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Direção Geral de Saúde; Lisboa.
- Organização Mundial da Saúde, (2010). Relatório Global da situação sobre álcool e saúde. Direção Geral de Saúde; Lisboa.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação. Lusociência.
- Perrenoud, P. (1999). Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República: II série, n.º 122. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/R e gulamento_356_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570
- Sampaio, F. & Sequeira, C., (2020). Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções (ed. 1). Lidel.
- Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lidel.
- Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência. Lusociência.
- Tomás, C., Valentim. O., Laranjeira, C. & Querido, A. (2020). Entrevista Motivacional. Instituto Politécnico de Leiria. https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4845/3/Texto_fasc%C3%ADculo_Ent revista%20Motivacional.pdf.





Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Estágio com Relatório

Autora: Filipa Isabel Santos Vaz

Data: Dezembro de 2022

O contributo de um programa psicoeducativo na qualidade do sono nas pessoas idosas.

Enquadramento: O Programa Nacional de Saúde Mental (DGS, 2017a), tem como missão desenvolver programas e recomendações no sentido de assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do país, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis, estabelecendo ainda como uma das metas a atingir desenvolver ações de prevenção da doença mental e promoção da saúde mental (DGS, 2017a).

Assim, importa pensar no envelhecimento populacional crescente nos últimos anos, sendo este grupo populacional considerado pela Direção Geral de Saúde (DGS) como um dos grupos vulneráveis.

O envelhecimento populacional é uma realidade atual, sendo definido, coletivamente, com base na proporção de pessoas nas faixas etárias mais idosas, considerando-se a população total (DGS, 2017b).

O envelhecimento ativo e saudável é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (WHO, 2020a; DGS, 2017b).

A nível mundial, no ano de 2020, o número de pessoas com 65 anos ou mais era de 727 milhões, prevendo-se que até 2050 este número possa duplicar, atingindo-se mais de 1,5 bilhões de pessoas idosas (United Nations, 2020).

Em Portugal, nos censos correspondentes ao ano de 2021, a população com idade igual ou superior a 65 anos, correspondendo a 23,4% da população total estimada, verificando-se um aumento em relação aos anos anteriores (INE, 2022). Se analisarmos ainda as projeções da população idosa residente em Portugal, até 2080, a mesma poderá atingir os 3 milhões de pessoas (INE, 2020). Estes dados, evidenciam de forma clara a transformação demográfica que se tem apresentado nas últimas décadas a nível global, onde se verifica um crescente envelhecimento demográfico.

A OMS menciona que o aumento da longevidade é uma das nossas conquistas coletivas mais notáveis, pois este facto é o resultado dos avanços na área da saúde, relacionado com o sucesso no controlo das doenças infantis, na redução da mortalidade materna e, mais recentemente, na redução da mortalidade em idades mais avançadas (WHO, 2020b).

Assim numa sociedade em crescente tendência para uma faixa etária mais envelhecida, torna-se premente a criação de estratégias que promovam o envelhecimento ativo e saudável, e que facilitem as pessoas a viverem mais, mas também com melhor qualidade e autonomia, sendo este um grande desafio. No que concerne a este desenvolvimento de estratégias que possibilitem uma resposta de saúde pública ao envelhecimento a OMS refere que importa não só considerar intervenções que minimizem as consequências negativas das perdas normais associadas ao avançar da idade, mas também intervenções que promovam a recuperação, adaptação e crescimento psicossocial. Em suma, as intervenções desenvolvidas devem ir ao encontro da promoção de um envelhecimento bem-sucedido, com diminuição do risco de desenvolvimento de transtornos mentais (WHO, 2015).

O processo de envelhecimento compreende inúmeras alterações nomeadamente nas funções mentais, tais como o decréscimo das células nervosas, a redução na velocidade de condução nervosa e na intensidade dos reflexos, apresentando como consequência o declínio gradual das funções cognitivas, como a lentificação no processo cognitivo, dificuldades na

aprendizagem de novas tarefas e alterações do raciocínio, défices na atenção e memória, entre outros (Fechine e Trompieri, 2012).

Também ao nível do processo do sono no envelhecimento saudável as mudanças são espectáveis, desde a duração, a eficiência e a arquitetura do sono. Perante este facto, e indo ao encontro do referido anteriormente, são necessárias intervenções que minimizem o impacto das perdas causadas pelo processo de envelhecimento na qualidade do sono, e consequente promoção de bem-estar e qualidade de vida, refletindo-se na saúde mental das pessoas idosas.

O Sono é definido como um estado rapidamente reversível no qual ocorre redução da atividade motora, perda da consciência e aumento do limiar de resposta a estímulos externos (Mailloux-Poirier e Berger, 1995; Sá, 2021).

É uma necessidade humana básica e caracteriza-se por um estado de repouso com impacto na saúde, bem-estar, equilíbrio emocional e qualidade de vida. O mesmo é indispensável para o desenvolvimento do cérebro, da memória bem como de outras funções do organismo (Almeida et al., 2020; Sá, 2021).

As funções do sono são inúmeras, sendo que o mesmo é fundamental para o desenvolvimento do cérebro, reparação celular, aprendizagens e consolidação de memórias, sendo por isto o desempenho cognitivo tão influenciado pela qualidade do sono, verificando-se a presença de um impacto do sono no humor e equilíbrio emocional. Também a nível físico, o sono, representa um importante papel, pois o mesmo modela o sistema imunitário regulando aspetos metabólicos como o apetite, os índices glicémicos e a gestão das reservas de energia (Almeida et al., 2020; Sá, 2021).

Segundo Sá (2021), vários autores descrevem o sono como um dos três pilares essenciais para uma vida saudável em paralelo com a dieta e a atividade física. Sendo que diferentes estudos mencionam que intervir em simultâneo nos três fatores referidos melhora a saúde física e mental das pessoas.

O ciclo sono-vigília determina o período em que estamos a dormir e aquele em que estamos acordados, existindo um equilíbrio entre ambos os momentos, sendo que o sono apresenta uma propriedade homeostática. A arquitetura do sono engloba diferentes fases, nomeadamente o sono REM e o Não-REM, sendo que no sono Não-REM existem ainda mais três fases denominadas normalmente por N1, N2 e N3 com uma progressão de profundida do sono

descendente. Ou seja, o sono N3 é o sono mais profundo. Cada ciclo completo de sono apresenta uma duração aproximada de 90 minutos, sendo que a duração de cada fase do sono vai alternando ao longo da noite (Almeida et al., 2020; Mailloux-Poirier e Berger, 1995; Sá, 2021).

O número de horas de sono recomendadas para cada pessoa é variável ao longo da vida. Dados publicados pela National Sleep Foundation revelam que, enquanto um recém-nascidos necessita de 14 a 17 horas de sono para manter uma boa saúde, os adultos precisam de 7 a 9 horas. Já nas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, o recomendado é manter 7 a 8 horas de sono por dia (National Sleep Foundation, 2015).

A National Sleep Foundation (2015), menciona algumas considerações relevantes nomeadamente: os idosos (idade igual ou superior a 65 anos) que dormem de 6 a 9 horas apresentam um melhor funcionamento cognitivo, menor número de doenças mentais e físicas e melhor qualidade de vida em comparação com idosos que durmam menos horas, bem como os que dormem mais. As evidências demonstram também que na faixa etária referida dormir mais horas (9-10 horas) está associada a uma maior morbilidade como por exemplo: hipertensão, diabetes e outros problemas de saúde no geral, assim como um aumento da mortalidade. Deste modo, o sono excessivo pode ser um marcador nos idosos sinalizando-os para a necessidade de avaliação médica, neurológica ou psiquiátrica (National Sleep Foundation, 2015).

Associado ao envelhecimento ocorre uma redução de vários processos metabólicos, nomeadamente a diminuição da secreção de melatonina à noite, produzindo um atraso no ciclo do sono, levando a uma necessidade de se deitar e levantar mais cedo, bem como da redução da perceção de luz e ainda a própria temperatura corporal. O sono torna-se também mais superficial devido a redução da duração total da fase REM e da fase Não-REM N3 do sono profundo, o que afeta o ciclo sono-vigília e por consequência a qualidade do mesmo. (Almeida et al., 2020; Sá, 2021).

Nas pessoas idosas ocorrem modificações da arquitetura do sono com redução do estágio mais profundo e uma maior fragmentação do mesmo caracterizada por aumento do número de despertares. Desta forma, o idoso apresenta queixas como ter um sono mais superficial, acordar muitas vezes durante a noite, com presença de insónia e sensação de sono não reparador, conduzindo assim as

pessoas a uma sensação de insatisfação com a qualidade do sono (Almeida et al., 2020; Coelho, 2019; Mailloux-Poirier e Berger, 1995; Oliveira et al., 2020; Sá, 2021).

Deste modo são inúmeras as repercussões dos distúrbios do sono na pessoas idosa evidenciadas na literatura, e algumas delas já referidas anteriormente, tais como os défices de atenção, concentração e memória, a lentificação psicomotora, a redução da atividade física, a diminuição da motivação e energia, o isolamento social, a toma de fármacos inapropriada e consequente risco de ocorrência de reações adversas à medicação, o aumento do risco de desenvolvimento de perturbações psiquiátricos (depressão, ansiedade e ideação suicida) e ainda o aumento do risco de sequelas físicas associado por exemplo ao aumento do risco de quedas e acidentes. Sendo que todos estes fatores são potenciadores do aumento de comorbilidades, tais como o desenvolvimento de doenças cardíacas e diabetes, e até aumento da mortalidade (Coelho, 2019).

Assim, como foi referido ao longo deste trabalho são diversos os fatores que podem influenciar de forma negativa o sono das pessoas idosas. Contudo, o entendimento destas alterações associadas ao normal processo de envelhecimento e a manutenção de hábitos e comportamentos saudáveis podem superar as dificuldades e promover uma melhoria do sono, sendo que inúmeros são os autores que referenciam as medidas de higiene do sono como sendo a base de qualquer intervenção para melhorar a qualidade do mesmo.

As medidas de higiene do sono são um conjunto de hábitos/rotinas que visam otimizar os fatores internos e externos das pessoas bem como os seus estilos de vida com a finalidade de promover uma melhoria da qualidade do sono (Almeida et al., 2020).

Diversos são as entidades e os autores, já mencionados ao longo do presente trabalho, que descrevem as medidas de higiene do sono, apresentadas de seguida de forma sucinta:

- apresentar horários regulares de deitar e acordar, a fim de reforçar o ciclo circadiano do sono;
- praticar exercício físico regular, sendo que se for uma atividade mais estimulante deve ser realizada pelo menos até quatro horas antes do período de deitar, não só pelo efeito estimulante como referido, mas também pelo aumento da temperatura corporal que dificulta o início do sono;

- ter exposição solar de manha após o acordar logo que possível, ajuda a regularizar o ritmo circadiano, melhorando a qualidade do sono, bem como reduz os distúrbios de humor e depressão;
- manter o quarto livre de ruídos, a uma temperatura adequada, e com escuro, contudo se necessário manter uma luminosidade reduzida (luz de presença evitando o risco de quedas, e até desorientação);
- ter um colchão e almofadas confortáveis e adequadas a cada pessoa;
- ingerir uma refeição leve ao jantar, e se necessário uma pequena ceia para prevenir o desconforto gástrico;
- reforçar a hidratação no período da manhã e reduzir a ingestão de líquidos no período da tarde, para evitar a necessidade de se levantar muitas vezes para ir à casa de banho após o início do sono;
- evitar a ingestão de café e chás que sejam estimulantes e com efeito diurético após o período do lanche;
- evitar o consumo de tabaco (nicotina), pois o mesmo promove um estado de alerta afetando as diferentes fases do sono;
- evitar o consumo de álcool (embora sendo um depressor do sistema nervoso central e possa induzir o sono com maior facilidade, promove à posteriori uma fragmentação do mesmo);
- tomar um banho quente pouco antes de ir para a cama promove o relaxamento muscular e baixa a temperatura corporal facilitadora do processo do sono;
- a cama deve ser utilizada somente para dormir, caso a pessoa n\u00e3o adorme\u00e7a
 no espa\u00e7o temporal de 20 minutos deve levantar-se e ocupar-se a fim de
 prevenir a ansiedade e frustra\u00e7\u00e3o associada \u00e0 dificuldade de adormecer no
 imediato e quando sentir que est\u00e1 novamente a ficar sonolenta regressar \u00e0
 cama;
- limitar os períodos de sesta a 20 minutos após o almoço, para não prejudicar o início do sono, sendo que a mesma embora benéfica para restabelecer energias a meio do dia é contraindicada em pessoas que apresentem insónia;
- reduzir o contacto com dispositivos eletrónicos como telemóveis, televisão, computadores, pois a luz emitida pelos mesmos (luz azul) interfere com a produção de melatonina;
- Praticar, antes de dormir, atividades que sejam relaxantes como rezar, ler, entre outras, para promover o desligar dos problemas do dia e preparar o corpo para o sono;
- praticar exercícios de relaxamento como a respiração abdominal e meditação;

 manter uma boa interação social, pois para além de promover a saúde mental, beneficia também a qualidade de sono, aumentando a sensação de bem-estar e promovendo uma atitude mais positiva com a vida.

O relaxamento é outro das medidas que favorecem a qualidade do sono, como mencionado previamente nas medidas de higiene do sono. O mesmo consiste num conjunto de procedimentos que promovem uma redução da tensão somática, sendo indicado como tratamento da insónia. Existem várias, técnicas de relaxamento nomeadamente as técnicas de respiração abdominal, o relaxamento progressivo de Jacobson, mindfulness ou relaxamento por imaginação guiada. Estas técnicas se usadas diariamente como uma preparação para o sono, apresentam ganhos em saúde não só a nível da qualidade do sono, mas também na promoção da sua saúde mental (Almeida et al., 2020).

Analisando tudo o que já foi referido até ao momento a saúde mental apresenta uma íntima relação com a qualidade do sono e o equilíbrio emocional, sendo que na maioria das doenças psiquiátricas existe alterações do padrão do sono, bem como perturbações do sono podem dar origem ou agravar as perturbações psiquiátricas nomeadamente ansiedade e depressão (Sá, 2021).

Importa referir que indivíduos com uma duração diária de sono muito fora daquilo que é o intervalo recomendado, carecem de uma avaliação médica, necessitando por vezes de terapêutica farmacológica associada à não farmacológica; e se os mesmos reduzem de forma propositada o seu número de horas de sono, estes podem beneficiar de aumento da literacia sobre o sono e as possíveis consequências da privação do mesmo tanto a nível físico, mental e social (National Sleep Foundation, 2015).

Os enfermeiros apresentam um papel fundamental na avaliação e nos cuidados às pessoas, nomeadamente os idosos, tanto a nível da prevenção como no tratamento de alterações do sono. Relativamente às intervenções preventivas o enfermeiro deve realizar ensinos desde logo sobre o processo do sono e as respetivas alterações decorrentes do processo de envelhecimento, bem como sobre as medidas de higiene do sono já previamente referidas. Também ao nível do tratamento o enfermeiro após a avaliação inicial e tendo em conta a singularidade de cada pessoa o mesmo planeia intervenções que promovam uma melhoria da qualidade do sono, através de intervenções não farmacológicas indo ao encontro das medidas previamente referidas (Mailloux-Poirier e Berger, 1995).

Também Amaral et. al. (2021), mencionando o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, referente às competências especificas do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica, refere que a psicoeducação é uma intervenção de enfermagem, que engloba intervenções sistemáticas, didáticas e psicoterapêuticas, adequadas à pessoa, família e/ou comunidades, visando a capacitação dos mesmos com literacia em saúde mental fomentando assim comportamentos promotores de saúde.

Deste modo, os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica têm formação específica que desenvolvem ao longo do seu percurso de formação nomeadamente adquirem vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais sendo estas uma mais-valia preciosa em todos os contextos, o que lhe permite realizar uma intervenção especializada que possibilite a promoção da saúde mental assim como a prevenção da doença (Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Tendo em conta toda a problemática e pertinência da temática do sono nas idosas, a mesma veio fomentar a necessidade de criação de um projeto de intervenção psicoeducativa com o intuito de promover não só o aumento da literacia em saúde sobre a temática, mas também uma melhoria nos hábitos de vida e respetivas medidas de higiene do sono, promovendo em ultima instância um aumento da qualidade do sono dos idosos participantes e consequente melhoria de qualidade de vida e bem estar promovendo a saúde mental dos mesmos.

PLANO DE INTERVENÇÃO

Título do Projeto: Formar para o Sono melhorar

Contexto:

Finalidade: Capacitação das pessoas idosas com estratégias que melhorem a qualidade do sono e consequentemente a sua saúde mental.

Objetivo Geral: Aumentar o conhecimento, das pessoas idosas do grupo de intervenção, sobre o sono, suas principais características e práticas de sono saudáveis, capacitando assim os mesmos para que possam modificar hábitos pouco adequados e melhorar a sua qualidade de sono e respetiva qualidade de vida.

Objetivos específicos:

- Promoção da literacia em saúde sobre o sono
- Promoção da qualidade do sono dos idosos
- Promoção da saúde mental dos idosos
- Promoção do bem-estar dos idosos
- Promoção da qualidade de vida dos idosos

Critérios de inclusão: Concordar em participar do projeto, assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I), ter idade superior a 65 anos.

Critérios de exclusão: Ser incapaz de responder com coerência aos instrumentos propostos, apresentar défice cognitivo que dificulte o processo de aprendizagem.

Duração: O programa será dividido em 7 sessões de grupo (7 elementos) de 45 a 60 minutos cada.

Recursos: Folheto (Apêndice V), folhas de papel, canetas, computador, retroprojetor, sala, cadeiras, colchões.

Dinamizador: Estudante do mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Pa	-	~ "		•
			-	•

Avaliação de resultados: O projeto será realizado com pessoas idosas participantes do projeto da terceira idade, que frequentam o Laboratório do Envelhecimento de Ílhavo, entre outubro e novembro de 2022, com a aplicação de três instrumentos.

Através do recurso a um questionário de conhecimento sobre a qualidade do sono elaborado e adaptado por mim para a população (Apêndice II), tendo por base não só os hábitos que influenciam o sono, como também, o Índice de Qualidade do Sono Pittsburgh validado para a população portuguesa por João et al. em 2017.

A aplicação de um questionário sociodemográfico para a caracterização da amostra em estudo (Apêndice III), bem como um questionário de satisfação no términus do programa (Apêndice IV).

O projeto será realizado em três momentos: 1ª avaliação inicial; 2º intervenção específica ao grupo; 3ª avaliação pós intervenção.

O Follow up deve ser preconizado, contudo devido ao espaço temporal da realização do projeto o mesmo não é possível ser efetuado.

Plano de intervenção:

Sessão 0 – Avaliação.

1 sessão - O sono.

2 sessão – Medidas de higiene do sono.

3 sessão - Medidas de higiene do sono - Continuação.

4 sessão - Relaxamento.

5 sessão – O sono e a saúde mental.

6 sessão – Avaliação

Importa referir que antes de iniciar o projeto de intervenção psicoeducativo, achei importante ter um momento prévio de conhecimento do espaço físico do laboratório de envelhecimento bem como respetiva apresentação dos seus profissionais e também das pessoas idosas que frequentam o espaço, tendo sido possível uma interação de grupo quebra gelo onde nos apresentamos e partilhamos vivências e interesses; aspeto este, para mim essencial para o decorrer com sucesso de todo o projeto de intervenção.

Resultados: seguidamente apresentarei os dados referentes ao projeto, começando pela caracterização sociodemográfica da amostra e de seguida com os resultados da avaliação pré e pós intervenção, sendo que numa primeira parte são questões de resposta fechada e numa segunda parte questões de resposta aberta.

Resultados sociodemográficos: a amostra foi composta por um total de 7 participantes, 100% do sexo feminino, com idades compreendidas entre 66 e 81 anos (idade média de 73,4 anos).

Destas 42,86% eram casadas, 46,86% viúvas e 14,29% divorciadas, sendo que 85,71% já se encontravam reformadas e 14,29% em fase de processo burocrático para a reforma.

Tendo em conta o grau de escolaridade, 85,71% apresentavam o 1º ciclo, sendo que 14,29% apresentava o 2º ciclo de escolaridade. A nível profissional 42,86% referiram que eram empregadas domésticas, sendo que as restantes apresentavam profissões variadas.

Outro fator importante prende-se com o facto de 42,86% da população viver sozinha, sendo que as restantes vivem com os cônjuges/ companheiro.

Relativamente ao meio onde residem 71,43% habitam em meio urbano e as restantes 28,57% residem em meio rural.

Resultados pré intervenção e pós intervenção:

Parte I do questionário: A primeira parte do questionário foi elabora com questões de resposta fechada, que apresento de seguida.

Referente à primeira questão "Pratica alguma atividade física?", no início da intervenção 42,86% da amostra referiu que não e 57,14% referiu que sim, sendo que destas últimas, a totalidade realiza a atividade física no período da manha. Relativamente à mesma questão nos pós intervenção 87,71% da população passou a praticar algum tipo de atividade física no período da manha e somente 14,29% da amostra se manteve sem realizar nenhum tipo de atividade.

Na segunda questão "Costuma apanhar sol?", no momento pré intervenção 28,57% da amostra respondeu que não e 71,43% da amostra respondeu que sim. No questionário pós intervenção 100% da amostra respondeu positivamente ao facto de apresentarem períodos de exposição solar no seu dia.

Relativamente à terceira questão "Consome bebidas alcoólicas à noite?" no momento pré intervenção 100% dos participantes referiu não consumir nenhuma bebida alcoólica sendo que o no pós intervenção manteve-se a mesma percentagem de resposta negativa.

Na quarta questão <u>"É fumador/a?"</u>, 100% da amostra respondeu não fumar pré e pós intervenção.

Outra questão colocada foi <u>"Costuma beber café à noite?"</u>, no momento pré intervenção 85,71% respondeu que não e 14,29% respondeu que sim. No pós intervenção 100 % da amostra referiu não ingerir café à noite.

Referente à questão <u>"Costuma tomar banho à noite?"</u> no pré intervenção 42,86% respondeu que sim e 57,14% das participantes respondeu que não, sendo que no questionário pós intervenção 85,71% respondeu que sim somente 14,29% respondeu que não.

Na questão <u>"Costuma ver televisão antes de se deitar?"</u> 100% da amostra no pré intervenção respondeu que sim e na localização referenciam a sala. No momento pós intervenção 85,71% manteve a resposta que sim, na sala, sendo que 14,29% referiu não ver televisão antes de se deitar.

Relativamente à questão <u>"Costuma ler antes de adormecer?"</u> tanto no momento pré intervenção como pós intervenção 100% das participantes responderam não apresentar hábitos de leitura antes de adormecer.

Na questão <u>"Realiza atividades relaxantes antes de dormir?"</u>, no momento pré intervenção 85,71% da amostra referiu não realizar qualquer atividade relaxante sendo que 14,29% respondeu que sim. Já no pós intervenção as respostas inverteram-se sendo que 85,71% respondeu que sim e somente 14,29% respondeu não praticar nenhuma atividade relaxante antes de dormir.

Referente à questão <u>"Costuma dormir durante o dia?"</u>, no pré intervenção 42,86% respondeu que sim, e 57,14% referiu não apresentar nenhum período de sesta durante o dia. No momento pós intervenção os resultados mantiveramse inalterados.

Na questão <u>"Considera o seu ambiente de sono confortável?"</u>, tanto no momento pré intervenção como no pós intervenção 100% da amostra referiu que sim.

Relativamente à questão "Apresenta um horário de deitar e acordar aproximadamente fixo?", 85,71% das participantes no momento pré intervenção referiu que sim, sendo que 14,29% respondeu não apresentar horários fixos. Contudo no momento pós intervenção 100% das participantes responderam positivamente, adquirindo hábitos regulares de horário de deitar e acordar.

Parte II do questionário: a segunda parte do questionário foi elabora com questões de resposta aberta, que apresento de seguida.

A questão <u>"O que para si é ter qualidade do sono?"</u> foi apresentada somente no momento inicial, sendo que as respostas tem todas uma base comum, diferindo quando mencionado o número de horas, e nos sentimos associados a uma boa noite de sono como: <u>"É estar deitada descansada."</u>; <u>"Dormir bem e relaxada, e acordar bem-disposta. Dormir 8 horas."</u>; <u>"Dormir relaxada durante 5 a 6 horas."</u>; <u>"É dormir algumas horas seguidas, o que não me acontece porque acordo algumas vezes."</u>; <u>"Dormir bem para mim é acordar com energia."</u> e por último "Dormir 8 horas seguidas." (sic).

Na segunda questão <u>"A qualidade do sono interfere com a sua saúde mental?</u> <u>Em que medida?"</u>, no momento pré intervenção 85,71% as participantes referem que a qualidade de sono interfere com a saúde mental de forma inequívoca como podemos ver de seguida: "Sim, ando com a cabeça mais centrada, menos stressada"; "Se dormir bem ando todo o dia tranquila, se não dormo bem ando todo o dia mal disposta."; "Sim, se dormir tranquila no dia seguinte sinto-me bem, se dormir mal ando mais rabugenta e nervosa."; "Sim, se não durmo bem ando um pouco mal disposta."; "Sim bastante."; "Sim e muito." (sic); contudo 14,29% respondeu que não havia interferência.

Já no momento pós intervenção 100% das respostas foram positivas mencionando que a qualidade do sono interfere com a saúde mental: "Sim, se não dormir bem ando mal, aborrecida e de mau humor."; "Sim."; "Sim claro, um sono tranquilo e reparador, resulta numa mente sadia."; "Sim, se não durmo bem tenho o dia estragado."; "Sim, na medida em que se não dormir sinto-me sempre cansada e de mau humor."; "Sim, se dormir mal, fico mal durante o dia."; "Sim." (sic).

Na terceira questão <u>"Considera ter um sono de qualidade, que seja reparador?"</u> no pré intervenção somente 14,29% responder *"Normalmente sim."* (sic), sendo que as restantes 85,71% mencionam que o seu sono não é de qualidade: "*Não."*; "*Não, mas também não tomo medicação para tal."*; "*Não, acordo varias vezes de noite para ir* à casa de banho."; "Não o sono não é tranquilo, acordo cansada."; "Não, pois acordo algumas vezes e durmo mal."; "Nem sempre." (sic).

Contudo no momento pós intervenção, as respostas alteram-se sendo que 42,86% responde que o seu sono é reparador e de qualidade e as restantes 57,14% apresentam respostas como: "Ás *vezes."; "Nem sempre."; "Ás vezes."; "Mais ou menos."* (sic), sendo que no momento pré intervenção as respostas eram maioritariamente negativas.

Na quarta questão "Sabe o que são medidas de higiene do sono? Exemplos?" no momento pré intervenção 100% da população respondeu de forma direta que não sabiam o que eram medidas de higiene do sono.

Já no pós intervenção também os 100% das participantes tiveram concordância na resposta, porem desta vez de forma afirmativa dando vários exemplos de medidas de higiene tais como: "Sim. Não ver televisão no quarto, ter horários de deitar e levantar."; "Sim, como no ditado deitar cedo e cedo erguer..."; "Sim, não consumir bebidas alcoólicas e café a partir da tarde e ter um ambiente calmo."; "Sim, não comer comidas pesadas à noite, não ver televisão no quarto."; "Sim, um banho quente, fazer relaxamento."; "Sim, o relaxamento."; "Sim, ter o quarto bem limpo e arrumado, e estar bem comigo mesma." (sic).

Na questão seguinte <u>"Considera que ter rotinas de higiene do sono melhora a qualidade do mesmo?"</u> em concordância com as respostas da pergunta anterior no momento pré intervenção 100% respondeu que não sabia.

No momento de avaliação pós intervenção, a totalidade da amostra respondeu positivamente mencionado que as mesmas medidas promovem uma melhor qualidade do sono.

Na seguinte questão presente somente no momento de avaliação inicial "O que espera destas sessões?" as respostas foram variadas sendo que as espectativas iam todas ao encontro de aumentarem os seus conhecimentos e respetivos benefícios para o seu sono, como por exemplo: "Que me ajudem no sono."; "Aprender coisas novas."; "Espero uma maior aprendizagem."; "Espero aprender e mudar as minhas rotinas."; "Espero aprender uma maneira de lidar melhor com o meu problema do sono."; "Que a higiene do sono nos faça dormir melhor."; "Espero melhorar o meu sono." (sic).

Já no momento de avaliação final na questão "Mudou algum comportamento nas suas rotinas após as sessões?" as respostas foram bastante positivas, onde se verificou um impacto positivo do projeto psicoeducativo, sendo que 85,71% das participantes respondeu ter alterado comportamentos "Sim."; "Sim."; "Sim, o relaxamento que aqui aprendi."; "Sim, sobretudo o relaxamento antes de dormir."; "Sim."; "Mudou algumas." (sic), as restantes 14,29% embora tenham respondido que não existiu alteração dos comportamentos, refere que melhorou a forma como aplicava os seus comportamentos até então "Não, mas apliquei melhor algumas medidas." (sic), sendo este também um bom resultado.

Ainda no momento de avaliação final na questão <u>"Considera que estas sessões foram benéficas para si? Se sim, que aspetos destaca?"</u> a totalidade da amostra deu respostas positivas e gratificantes demostrando em algumas delas alguns dos conteúdos que tiveram mais impacto como podemos ver nas respostas: "Sim. O relaxamento antes de dormir, e o saber todas as normas para um melhor sono."; "Adorei, foram muito benéficas."; "Sim, por exemplo o relaxamento."; "Acho que sim, sobretudo aprender a preparar-me para dormir."; "Sim, ajudou a compreender-me melhor."; "Aprendi e gostei muito." (sic).

Relativamente aos questionários de satisfação a totalidade das participantes demonstrou-se muito satisfeita em todas as componentes, sendo que algumas nas sugestões de melhoria referiram que "foi pena ser pouco tempo."; "foi tudo ótimo."; "foi tudo bom, tanto nos dias como nos horários das sessões." (sic).

Discussão dos resultados: Almeida et al. (2020), realça a importância de realizar psicoeducação sobre o sono, os sintomas associados às perturbações do mesmo, bem como sobre as alterações associadas ao processo de envelhecimento e ainda a realização de intervenções de relaxamento com o respetivo ensino sobre a sua importância, capacitando as pessoas idosas a executarem-no de forma autónoma. Este facto tornou-se evidente nos resultados previamente apresentados, com uma melhoria significativa dos resultados pós intervenção comparativamente ao momento de avaliação inicial previamente à intervenção.

Com o desenvolver do projeto verificou-se que a intervenção psicoeducativa, indo ao encontro do mencionado na literatura é eficaz no aumento da literacia em saúde mais concretamente na área do sono. Sendo que a mesma permitiu capacitar as pessoas idosas participantes com competências que lhes permitiu de forma autónoma e consciente modificar hábitos de vida pouco adequados e adquirir novos hábitos saudáveis que melhoraram a sua qualidade do sono, como espelhado nos resultados previamente apresentados.

As medidas de higiene do sono referenciadas por inúmeros autores, como sendo a base de qualquer intervenção para melhorar a qualidade do mesmo, vieram a demonstrar-se benéficas para a população de intervenção, expresso nas respostas às questões presentes nos resultados, uma vez que as participantes ao longo do projeto foram adotando e melhorando alguns dos seus comportamentos tendo em conta aquilo que são as medidas de higiene do sono recomendadas, com aparentes ganhos na sua qualidade do sono e consequente bem estar e qualidade de vida.

A prática de exercício físico e a ocupação dos tempos livres pode exercer um efeito positivo sobre a qualidade do sono, e na questão desta temática podemos verificar que um pouco mais de metade da amostra já apresentava hábitos de prática física. Contudo é de salientar que no términus da intervenção essa percentagem teve um aumento significativo, traduzindo isso ganhos na

qualidade do sono, mas também na qualidade de vida, com ganhos em saúde física e mental.

Sendo a exposição solar outro fator influenciador da regularização do ciclo sonovigila e consequentemente promotor da qualidade do sono, importa referir que após o ensino à população de intervenção a totalidade das mesmas no final do projeto referiram apresentar períodos de exposição solar.

No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas bem como de tabaco sendo estes fatores prejudiciais para a qualidade do sono, como se pode verificar na literatura, bem como na saúde no geral, a população participante desde a avaliação que apresenta um elevado nível de compreensão sobre a temática, verificado nos resultados apresentados, sendo de interesse realçar que neste ponto foi interessante clarificar a questão de o álcool embora sendo um depressor do sistema nervoso central e promover uma aparente sonolência, prejudica o sono no sentido de este ficar mais superficial e consequentemente mais fragmentado.

Dando ainda atenção ao relaxamento como sendo uma intervenção promotora da qualidade do sono referenciada por diversos autores nomeadamente Almeida et al., (2020)., e presente também nas medidas de higiene do sono, associado a atividades relaxantes, este componente foi o que nos resultados se verificou como sendo um dos fatores com maior alteração com uma inversão dos resultados iniciais comparativamente aos finais. Este representa ganhos em saúde a todos os níveis, sendo claramente positivo não só na qualidade do sono como mencionado, mas também na promoção da saúde mental associado à componente emocional, que influência de forma direta não só a qualidade de vida e bem-estar como a qualidade do sono.

Outro fator importante de reflexão prende-se com a perceção que as pessoas idosas apresentam sobre a sua qualidade do sono, por vezes errónea associada às diferenças do seu sono enquanto adultos comparativamente ao seu sono atual, já com alterações presentes associadas ao processo de envelhecimento. Assim, após o esclarecimento destas alterações normais do processo de sono associadas ao envelhecimento, os participantes poderão ter colocado em

perspetiva a sua perceção do sono que até ao momento encaravam como um problema potencialmente patológico e após as sessões psicoeducativas, perceberem que o facto de apresentarem uma maior dificuldade em adormecer, ou um maior número de despertares noturnos é algo inerente ao processo de envelhecimento. Este fator associado à aquisição de novas competências/ estratégias promotoras de qualidade do sono, nomeadamente medidas de higiene do sono e técnicas de relaxamento, conduziu na minha perspetiva aos resultados positivos apresentados previamente.

De forma indireta, e não sendo este um ponto central do projeto o fato de as participantes se deslocarem até ao espaço das sessões e apresentarem momentos de convívio, interação social e de partilha de experiências com os seus pares, quebrando o facto de uma grande percentagem da amostra viver sozinha é um ponto de grande importância e com relevância na promoção não só como previamente descrito da qualidade do sono (sendo uma das medidas de higiene do sono), mas também de promoção da saúde mental, aumento a sua perceção de bem estar e qualidade de vida.

Indo ainda ao encontro do Programa Nacional de Saúde Mental (DGS, 2017a), sendo uma das suas metas, desenvolver ações de prevenção da doença mental e promoção da saúde mental, este projeto demonstrou-se eficaz e pertinente, uma vez que o mesmo segundo os resultados aferidos promoveu uma melhoria da qualidade do sono das participantes e consequentemente tendo em conta a evidencia científica, uma promoção da saúde mental bem como a minimização do risco de desenvolver possíveis perturbações psiquiátricas associadas aos distúrbios do sono.

Conclusões: O contributo do projeto psicoeducacional foi positivo, sendo que o mesmo se demonstrou adequado, desde a planificação das sessões e dos materiais de suporte utilizados, permitindo ao grupo adquirir conhecimento acerca do sono, alterações do mesmo associadas ao processo de envelhecimento normal, as implicações das perturbações do sono a nível físico e mental, assim como as medidas de higiene do sono promotoras para uma melhor qualidade do mesmo bem como da importância e efeitos do relaxamento nesta necessidade humana básica.

O projeto psicoeducativo desenvolvido, com base nos resultados obtidos, contribuiu para a melhoria da qualidade de vida dos participantes, aumentando o seu bem-estar e em simultâneo capacitando-os com medidas promotoras de saúde, capazes de minimizar os comportamentos associados a uma má higiene do sono, e assim contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiguiátrica é o profissional capacitado com competências especificas que lhe permitem através desenvolver da visão da pessoa de forma integral, intervenções psicoeducacionais, psicoterapêuticas, socioterapêuticas psicossociais necessidades, promovendo ganhos adequadas às em saúde mais concretamente na promoção da saúde mental.

Importa ainda mencionar o feedback positivo por parte da equipa técnica do laboratório do envelhecimento onde se desenvolveu o projeto, bem como a sua solicitação de um documento resumo da intervenção para ser publicado no "caderno da maioridade" elaborado pela mesma entidade, e sugestões de melhoria para que próximos eventos realizados por eles tenham os bons resultados como durante a realização deste, com ganhos visíveis na população de intervenção. Realço ainda que os resultados positivos deste projeto em grande parte se deveu às características das participantes, sendo que as mesmas intervirem sempre ao longo das sessões de forma positiva, interessada e empenhadas em aprender mais e aumentar a sua compreensão sobre a temática, tendo assim a motivação necessária para ajustarem os comportamentos que achavam adequados a si, como se veio a verificar.

Deixo ainda como reflexão a necessidade de continuar a desenvolver mais projetos semelhantes de forma estruturada e sistematizada e com maior abrangência populacional, bem como a necessidade de os mesmos serem publicados a fim de criar evidência científica e linhas orientadoras para que os pares possam replicar a outros contextos, sempre com numa perspetiva de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados.

Referencias bibliográficas:

- Almeida, B., Machado, C., Fragoeiro, C. & Gomes, S. (2020). *A ciência do sono:* da fisiologia à (psico)patologia. Edições Parsifal.
- Amaral, A.; Almeida, E. & Sousa, L., (2021). Intervenção Psicoeducacional. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções*. (1º ed., pp. 174-176) Lidel.
- Berger, L. & Mailoux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lusodidacta.
- Coelho, J. & Sousa, L., (2020). Relaxamento. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções* (1º ed., pp. 202-203). Lidel.
- Coelho, V. (2019). O fenómeno do sono na pessoa idosa: consulta de enfermagem para centros de dia. [Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem Instituto de Ciências da Saúde] Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/31639
- Conceição, J., & Buena, G., (2020). 101 Técnicas da terapia cognitivo-comportamental.

 https://repositorio.unc.br:8443/xmlui/handle/123456789/200
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2017a). *Programa Nacional para a Saúde Mental*2017. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017b). Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Portugal. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf
- Fechine, A. & Trompieri, N. (2012). O Processo de Envelhecimento: as Principais Alterações que Acontecem com o Idoso com o Passar dos Anos. *Revista Científica Internacional*, 1(20), p. 106-194. https://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b3855f1a4003d09b77ee413 8-Modifica----es-fisiol--gicas-normais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. Portugal. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTA QUESdest boui=406534255&DESTAQUESmodo=2

- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2022). Censos 2021 divulgação dos resultados definitivos. Portugal. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTA QUESdest_boui=541064323&DESTAQUESmodo=2
- João, K., Becker, N., Jesus, S. & Martins, R. (2017). Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27923147/
- National Sleep Foundation. (2015). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. Sleep Health. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352721815001606?via %3Dihub
- National Sleep Foundation. (2017). National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. Sleep Health. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352721816301309?via %3Dihub
- National Sleep Foundation. (2019). The National Sleep Foundation's Sleep Satisfaction Tool. Sleep Health. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352721818301827?via %3Dihub
- Oliveira, S., Fernandes, W. & Fernandes, M. (2020). Diagnósticos de enfermagem relacionados aos distúrbios do sono em idosos em serviço geriátrico. *Enfermagem Brasil*. 19(4). p. 280-289. https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2818/pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2. http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde.* (2 Ed.). Lusociência.
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: Il série, n.º 151. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570

- Sá, T. (2021). Acabe com as Noites em Branco: Guia para noites descansadas e dias com mais energia. Planeta de Livros Portugal.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções*. Lidel.
- Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência. Lusociência.
- United Nations. (2020). World Population Ageing 2020 Highlights. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.de sa.pd/files/undesa_pd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf
- Vaz Serra, A. (2002). O Stresse na vida de todos os dias. (3ª ed.). Adriano Vaz Serra
- World Health Organization (WHO). (2015). World report on ageing and health. https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463
- World Health Organization (2020a). Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. Geneva. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_INF2-en.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2020b). Decade of Healthy Ageing 2020-2030. https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing

APÊNDICE V - Projeto AcompanhadaMente



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Autoras: Filipa Isabel Santos Vaz, Soraia Inês Campos Amado Data: Janeiro 2023

Projeto AcompanhadaMente

PROJETO PSICOEDUCATIVO PARA OS FAMILIARES DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental o mesmo refere que das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas, sendo que os estudos epidemiológicos mais recentes têm demonstrado que as perturbações psiquiátricas bem como os problemas de saúde mental, tornaram-se uma das principais causas de incapacidade e respetiva morbilidade, nas sociedades (DGS, 2017).

Também o ministério da saúde em 2021 refere que a saúde mental é uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos e as perturbações mentais são, de entre as doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal. Reforçam ainda que as perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9%, colocando assim Portugal no segundo lugar entre os países europeus, facto este considerado preocupante. Sendo que 60% destes doentes não tem acesso a cuidados de saúde mental (Decreto-Lei n.º 113/2021).

A lei da saúde mental veio sendo reformulada ao longo do tempo com o intuito da integração da saúde mental na rede hospitalar de cuidados gerais, promovendo o encerramento progressivo dos hospitais psiquiátricos associado a uma aposta no desenvolvimento de cuidados em ambulatório e na comunidade, de que é exemplo o alargamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados às pessoas com doença mental. Também a lei de bases da saúde indo ao encontro da mesma premissa,

estabelece que os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, assim como evitando a sua estigmatização, discriminação negativa ou desrespeito em contexto de saúde, e devem ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada, prioritariamente ao nível da comunidade (Decreto-Lei n.º 113/2021).

Contudo a desinstitucionalização só pode ser bem-sucedida se as pessoas com doença mental encontrarem na comunidade recursos organizados que promovam suporte e orientação, pelo que os serviços de saúde mental deveriam disponibilizar aos familiares da pessoa com doença mental grave, um conjunto de informações sobre a doença e como lidar com ela, assim como esta informação/formação, deveria ser articulada com os diferentes profissionais de saúde (Carvalho, J., 2012b). Não esqueçamos que de acordo com Marinheiro 2002, a família é um ponto de referência tido como fundamental em situações de crise, de doença, de sofrimento, sendo considerada um pilar, privilegiado no que respeita à socialização da pessoa com doença mental grave, e que permite aos indivíduos influenciarem-se mutuamente no contacto com as diferentes gerações (Cruz, 2005).

Marinheiro, 2002 afirma ainda que a as famílias são células estruturais das sociedades, sendo estas o primeiro e mais marcante espaço de realidade humana, assim como o primeiro contacto com princípios éticos, sociais, espirituais, cívicos e educacionais. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a família é definida como uma "unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes." (OE, 2011, p.115).

Para Relvas (2004) independentemente do tipo de família que analisarmos, todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papeis e funções que correspondam às expectativas sociais, o mesmo autor caracteriza a família como uma rede complexa de relações e emoções na qual se transmitem sentimentos e comportamentos, com as devidas alterações que vão surgindo ao longo do ciclo vital. Figueiredo 2009, corrobora afirmando que a família pode ser compreendida como um sistema de grande complexidade, não só nas relações como também nas emoções, sendo uma unidade em transformação e promovendo a sua capacitação face às suas exigências, decorrentes das suas transições.

No nosso dia-a-dia, no desempenho das nossas funções observamos a importância preponderante que a família pode desempenhar na reabilitação da funcionalidade da

pessoa com doença mental grave sendo, no entanto visível, que muitas famílias apresentam dúvidas e dificuldades, sobretudo com o aproximar do regresso a casa. De uma forma geral, ao longo dos anos foi aumentando o conhecimento sobre quais as principais necessidades das famílias das pessoas com doença mental grave, com o intuito de emponderar as mesmas com conhecimento e estratégias, diminuído assim o impacto da doença, bem como o stresse e sobrecarga do cuidador, atualmente tão evidenciados.

Este programa psicoeducativo para os familiares da pessoa com doença mental grave visa sobretudo a sua capacitação com conhecimentos e estratégias que contribuam para a promoção da funcionalidade da família.

Segundo Brito, 2011 qualquer intervenção à pessoa com doença mental grave só se poderá tornar mais efetiva quando engloba a família no seu contexto. Para Felícia 2016, negligenciar a família e o contexto envolvente à pessoa poderá traduzir-se em sofrimento para mesma e para os que lhe são próximos, que são na maioria das vezes a família. Assim, conhecer as características da família é fundamental, pois, é nesta que se procura uma cooperação vital que permita uma continuidade dos cuidados, para que seja possível uma gestão eficaz ao regime terapêutico e consequente reabilitação e integração na sociedade, bem como na prevenção de possíveis recaídas (Carvalho, J., 2012b).

É sabido que as pessoas com doença mental grave se apresentam geralmente com comportamentos apáticos, retraídas, socialmente isoladas, bem como não se envolvem frequentemente em relacionamentos íntimos; resultante dos sintomas positivos da doença, como por exemplo os delírios e alucinações, assim como dos sintomas negativos (Melo-Dias, 2014).

Deste modo para a família o impacto do diagnóstico, o estigma social, a dependência familiar e as implicações de cronicidade, o desconhecimento sobre a doença e como lidar com os comportamentos associados, e possíveis recaídas, pode gerar elevados níveis de stress e de sobrecarga na família, pouco benéficos sobretudo aquando da tentativa de reintegração da pessoa no seu contexto familiar e comunitário. Em algumas das situações esta sobrecarga familiar pode conduzir a outros problemas, tais como conjugais, perturbação da rotina diária, isolamento social e sobrecarga financeira (Zipursky e Schulz, 2003).

Alguns autores afirmam existir uma relação diretamente proporcional, entre a doença mental e a sobrecarga familiar sentida (Magliano, et al., 2002). O aumento constante da sobrecarga pode conduzir progressivamente os familiares cuidadores a um processo

patológico do qual poderá surgir depressão, ansiedade e doenças psicossomáticas (OMS,1998, Rose, et al., 2004).

A literatura sugere que a sobrecarga muda ao longo do tempo, podendo ser influenciada pela sintomatologia ativa da pessoa com doença mental, a fase da doença, e as estratégias de coping familiares existentes (Magliano, et al., 2000). Alguns estudos indicam que a sobrecarga é inversamente proporcional ao tamanho e qualidade da rede social de apoio, sendo que quanto maior e melhor for a rede social de apoio, menor será a sobrecarga sentida pela família (McFarlane, 2002).

O regulamento das competências especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental psiquiátrica define a psicoeducação como uma intervenção de enfermagem que engloba intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas, adequadas às necessidades da pessoa/família sobre a sua doença, tratamento, facilitando o processo de compreensão e gestão na mesma (Regulamento n.º 515/2018). Pelo que dentro da equipa multidisciplinar o enfermeiro pode assumir um papel preponderante e crucial uma vez ser detentor destas competências, assim como da capacidade de avaliar as principais necessidades da pessoas com doença mental grave, e das suas famílias, podendo estabelecer programas como é o caso deste, que lhe permitam dotar os familiares da pessoa como a doença mental grave de conhecimentos e estratégias que contribuam para a promoção da funcionalidade da família. Pois de acordo com Eaton et al. (2011), os familiares cuidadores esperam não só informação sobre a doença, mas também suporte e informação sobre como lidar com a situação.

A utilização de intervenções psicoeducativas, de uma forma mais ou menos estruturadas é uma das principais ferramentas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pois estas permitem a capacitação da pessoa com doença mental grave bem como a sua família, promovendo um aumento da compreensão do problema de saúde, capacitando-as a participar de forma ativa no processo de tratamento (OE, 2021). Esta intervenção não é exclusivamente educativa, como refere a Ordem os Enfermeiros, 2015, sendo que a mesma não é um tratamento, mas é projetada para ser parte de um plano global de tratamento.

As intervenções psicoeducativas dirigidas aos familiares devem ser adaptadas à fase especifica da doença e direcionadas para o sofrimento emocional da família, sendo para isso necessária uma avaliação prévia das características e necessidades desta (Hamaie et al. 2016). Os resultados esperados destas intervenções visam sobretudo a obtenção de ganhos no que respeita ao conhecimento e às estratégias dos familiares, procurando

assim minimizar as suas principais dificuldades, e consequentemente a facilitação recuperação da pessoa com doença mental grave, algo só possível através de uma estreita colaboração entre os intervenientes (Brito, 2011).

A psicoeducação familiar tem demonstrado eficácia na redução da sobrecarga e emoção expressa dos familiares da pessoa com doença mental (Pinho, 2020). De acordo com os mesmos autores, as temáticas mais prementes neste tipo de intervenção psicoeducativa deveram estar relacionadas com o conhecimento sobre o processo de doença e a forma como estes lidam com a mesma, sendo possivelmente necessária a mudança de comportamento. O conhecimento sobre técnicas para a resolução de problemas, de diminuição do stress familiar, reajuste de espectativas e conhecimentos sobre o suporte social são também fundamentais para o desenvolvimento funcional destas famílias. (Pinho, 2020).

O projeto de intervenção psicoeducativa Acompanhadamente apresenta características genéricas, sobre as principais necessidades das famílias das pessoas com doença mental grave observadas na literatura atual, e na experiência no contexto da prática, no entanto poderá existir necessidade de definir planos de intervenção individualizados, flexíveis e passíveis de alterações consoante a evolução das sessões de psicoeducação e as necessidades da família da pessoa com doença mental grave.

Importa referir que o desenvolvimento deste projeto tem por base os guias de boas práticas da pessoa com doença mental grave e o guia dos cuidados continuados integrados em saúde mental, sendo também sustentado no regulamento nº 515/2018 OE, das competências especificas.

PLANO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA PARA FAMILIARES

DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE

Contexto: Internamento UCCISMP - RAMa

Objetivo geral: Capacitar os familiares de pessoas com diagnóstico de doença mental

grave, de conhecimentos e estratégias que contribuam para a promoção da

funcionalidade da família.

Objetivos específicos:

• Aumentar os conhecimentos das famílias e cuidadores, sobre as doenças

mentais graves e formas de tratamento;

Promover a redução dos níveis de stress dos membros familiares e de

sobrecarga do cuidador;

Melhorar as estratégias de coping utilizadas pela família;

Facilitar a aquisição de competências comunicacionais e de resolução de

problemas por parte da família;

Facilitar o regresso da pessoa com doença mental grave ao seu contexto

familiar e social, reduzindo o número de recaídas e reinternamentos.

População alvo: Cuidadores e famílias dos utentes internados na UCCISMP com

diagnóstico de doença mental grave.

Duração: Sessões grupais e/ou sessões individuais de 60 minutos cada, realizadas

quinzenalmente nos primeiros 2 meses após internamento, posteriormente passado um

mês, a quando a primeira avaliação do plano individual de intervenção, e a cada três

meses até ao momento da alta.

Recursos: Canetas, folhas de papel A4, sala, cadeiras, computador, folhetos.

Dinamizador: Estudantes do mestrado de saúde mental e psiquiátrica e supervisão da

EEESMP.

Parcerias: Enfermeiro EESMP, assistente social, psicólogo, psiquiatra, terapeuta

ocupacional, outros profissionais que se verifiquem como necessários.

Regularidade das Sessões

Sessão 0 – Sessão de abertura e acolhimento dos participantes

Sessão 1 – (15 dias após admissão) - A Doença Mental Grave

Sessão 2 – (30 dias após admissão) - A Doença Mental Grave e a Família

Sessão 3 – (45 dias após admissão) - A Doença Mental Especifica

Sessão 4 – (60 dias após admissão) – Regime Terapêutico

Sessão 5 – (90 dias pós admissão) - A Prevenção da Recaída

Sessão 6 – (6 meses após admissão) - A relação com a pessoa com doença mental grave

Sessão 7 – (9 meses após admissão) - O Cuidador

Sessão 8 – Sessão de Encerramento

Instrumentos de Avaliação:

- <u>Dados sociodemográficos</u> (Apêndice II).
- Sobrecarga do cuidador de Zarit (Apêndice III) É um instrumento que permite avaliar a sobrecarga do cuidador informal de forma objetiva e subjetiva incluindo informações sobre as componentes da saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. Na versão utilizada (escala tipo likert de 1 a 5), obtém-se um score global que varia entre 22 e 110, em que quanto maior for score, maior será a perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: Inferior a 46 = Sem sobrecarga; Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira; Superior a 56 = Sobrecarga intensa.
- Questionário inicial e final (Apêndice IV e V) Questionário de avaliação de conhecimentos adaptado, tendo por base o questionário de conhecimento acerca da esquizofrenia adaptado e validado por Barreto Carvalho & Barreto, 2007, para a população portuguesa (Pereira, 2015).
- Questionário Registo de Sessão (Apêndice VI) Questionário de avaliação das sessões intermédias.
- Questionário de satisfação (Apêndice VII).

Resultados esperados: Com a intervenção estruturada e sistematizada pretende-se que os cuidadores da pessoa com doença mental grave, fiquem capacitados com conhecimento e estratégias para melhorar a funcionalidade familiar, reduzindo a sobrecarga do cuidador, a fim, de promover a facilitação do processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental grave.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2022). Guia de referenciação para as unidades e equipas de saúde mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa. https://www.acss.minsaude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Guia_Referenciacao_Final.pdf.
- Amaral, A., Almeida, E., & Sousa, L. (2020). Intervenção psicoeducacional. In Sequeira,
 C., & Sampaio, F. (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções (1º ed., 174-176). Lidel.
- American Psychological Association [APA]. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style.* (Ed.7), APA.
- Brito, M. (2011). *Grupos Psicoeducativos Multifamiliares uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia*. [Tese de Doutoramento em Enfermagem]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/handle/10451/5702.
- Carvalho, J. (2012a). A psicoeducação como estratégia de suporte aos cuidadores informais das pessoas com esquizofrenia. [Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica]. Repositório da Universidade de Évora. http://www.rdpc.uevora.pt/handle/10174/12303.
- Carvalho, J. (2012b). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.* (8), 52-57. https://www.researchgate.net/profile/Jose-Carlos-Carvalho2/publication/262744932_Diagnosticos_e_Intervencoes_de_Enfermagem_Centradas_no_Processo_Familiar_da_Pessoa_com_Esquizofrenia/links/5649fd780 8ae295f644f9d53/Diagnosticos-e-Intervencoes-de-Enfermagem-Centradas-no-Processo-Familiar-da-Pessoa-com-Esquizofrenia.pdf.
- Cruz, O. (2005). Parentalidade. Quarteto Editora.
- Decreto-Lei n.º 113/2021. Diário da República: I série n.º 240/2021. 104 118. https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938.
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pd.
- Eaton, P., Davis, B., Hammond, P., Condon, E., & McGee, Z. (2011). Coping Strategies of Family Members of Hospitalized Psychiatric Patients. *Nursing Research and Practice*.
 - https://www.hindawi.com/journals/nrp/2011/392705/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=HDW_MRKT_GBL_SUB_ADWO_PAI_DYNA_JOUR_X_PJ_Sitelink_10authordiscount&gclid=Cj0KCQiA54KfBhCKARIsAJzSrdpWEd9YVZFuiexyd1zaSWc0loBWE-hecplua_WINr4rj4gDH-R4-KoaAsAdEALw_wcB.
- Felícia, F. (2016). Intervenção à Família da Pessoa Adulta com Doença Mental Grave.

- [Tese de Mestrado em Enfermagem]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18154.
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A., Lopes, A., Viana, A., Rosa, B., Esteves, C., Pereira, I., Nunes, I., Miranda, J., Fernandes, P., Miguel, S., Vera Leal, V., & Fonseca, C. (2010). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos da Saúde*. 3(2). 13-19. file:///C:/Users/ASUS/Downloads/2806-Artigo-5831-1-10-20191107%20(3).pdf.
- Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de família: um contexto do cuidar. [Doutoramento em Ciências de Enfermagem Universidade do Porto]. Repositório Aberto Universidade do Porto. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Famlia%20Um%20C ontexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf.
- Figueiredo, M. (2013). *Modelo Dinâmico de avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. (1). Lusociência.
- Organização Mundial de Saúde. (OMS). (1998). A Esquizofrenia: Informação para as famílias: iniciativa de apoio às pessoas diminuídas pela doença mental. Genebra: Divisão da Saúde Mental.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão* 2. http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021). Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave. https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-pr% C3 %A1ticas-1/.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2022). Guia de Boas Práticas Cuidados de Enfermagem Especializados em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/guia-orientador-de-boas-pr-tica-sa-demental/full-view.html.
- Magliano, L. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association. 4(1). http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414722/pdf/wpa040045.pdf.
- Marinheiro, P. (2002). Enfermagem de ligação. Quarteto.
- McFarlane, W. (2002). *Multifamily groups in the treatment of Severe Psychiatric Disorders*. The Gilford Press.

- Melo-Dias, C. (2014). Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia. [Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa do Porto].
 Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/19361.
- Pereira, V. (2015). *Programa de Psicoeducação para familiares de doentes com esquizofrenia*. [Tese de Mestrado em Psicologia da Educação, Universidade dos Açores]. Repositório da Universidade dos Açores. https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3581/2/DissertMestradoVanessaMicaela PontePereira2015.pdf.
- Pinho, L. (2020). Intervenção familiar na doença mental grave. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções* (1º ed., pp. 216-219). Lidel.
- Portugal, S. (2014). Famílias e redes sociais: ligações fortes na produção de bem-estar. Edições Almedina, S.A.
- Relvas, A. (2004). O Ciclo Vital da Família: Perspetiva sistémica. (3). Biblioteca das Ciências do Homem. Edições Afrontamento.
- Regulamento n.º 365/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, n.º 122. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/356-2015-67590900.
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570.
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195.
- Rose, L., et al. (2004). Barriers to Family Care in Psychiatric Settings. Journal of Nursing Scholarship. 36 (1). http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2004.04009.x/epdf.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. II (12), p. 9-16. http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental diagnósticos e intervenções. Lidel.
- Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência. Lusociência.
- Zipursky, R. & Schulz, S. (2003). As fases iniciais da esquizofrenia. (1). Climepsi.