



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Treino Metacognitivo: Intervenção Psicoterapêutica na pessoa mais velha com depressão**

**Bruno Gonçalo Cassis Morgado**

Orientação: Professora Doutora Lara Guedes de Pinho

Coorientação: Professora Tânia Correia

**Mestrado em associação em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Treino Metacognitivo: Intervenção  
Psicoterapêutica na pessoa mais velha com  
depressão**

**Bruno Gonçalo Cassis Morgado**

Orientação: Professora Doutora Lara Guedes de Pinho

Coorientação: Professora Tânia Correia

**Mestrado em associação em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

**Júri das Provas Publicas:**

Presidente de Júri: Professora Doutora Eugenia Silva

Arguente: Professor Doutor Raul Cordeiro

Orientador: Professora Doutora Lara Guedes de Pinho

Setúbal, 2023

## **Agradecimentos**

Obrigado, Professora Lara Pinho, por mais uma caminhada conjunta, mantendo a exigência, paciência e total disponibilidade para o desenvolvimento dos seus orientandos.

Obrigado, Professora Tânia Correia, pela disponibilidade em partilhar este processo de orientação, acrescentando e muito a sua experiência e exigência.

Obrigado, Celso, pela humilde partilha de um percurso de sucesso e conhecimento.

Obrigado, aos meus pais e irmãs, por serem a força motriz da minha estabilidade emocional e mental, por me permitirem errar.

Obrigado, Sara, pela capacidade de navegar e aguentar um barco em que um dos veladores se ausentava mental e fisicamente.

Obrigado, Tiago, Bia, Mariana, Cindy, Nuno, Rita, Alda, Gina, por serem a minha expressão social, o meu suporte e alicerces desta “Estrutura em constante desenvolvimento”.

Obrigado, Enfermeiros Especialistas Maria, Carlos e Carla, pela paciência, partilha e constante preocupação do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Obrigado, colegas de serviço, pelos conselhos, horas extra em detrimento da minha formação, e constante apoio neste percurso.

Obrigado, Avós, Presentes e Ausentes fisicamente, pelo privilégio de crescer com as vossas reminiscências, por me ensinarem a viver, perder e a ter saudades.

Obrigado a todos, são sem dúvida vocês que me fazem parecer melhor do que realmente sou.

## RESUMO

**Breve Fundamentação:** A depressão na população mais velha tem-se mostrado uma das condições que mais impacto tem na funcionalidade. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), enquanto membro da equipa multidisciplinar, pela sua formação especializada, mostra-se um profissional capaz de construir uma relação terapêutica com a pessoa e de iniciar uma intervenção psicoterapêutica com resultados em saúde. **Objetivos:** Demonstrar a aquisição de competências comuns, específicas e de mestre do Enfermeiro EESMP desenvolvidas no estágio 1 e estágio final. **Metodologia:** Focada no Raciocínio Clínico e no Processo de Cuidados, passando pelas fases de avaliação inicial, Planeamento, Implementação das Intervenções e Avaliação de Resultados. No Estágio 1, optamos pela elaboração de caso clínico de uma pessoa mais velha com depressão. No Estágio Final, baseado nos princípios dos cuidados centrados na pessoa mais velha com depressão, aplicamos a intervenção psicoterapêutica Treino Metacognitivo para a pessoa mais velha com Depressão (MCT-Silver). **Resultados:** A aplicação do MCT-Silver, mostrou resultados favoráveis ao nível da melhoria da Autoestima e do Humor depressivo. **Conclusão:** Este Relatório reflete o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo do curso de mestrado, assim como a aquisição de competências baseadas nos conhecimentos e capacidades do EESMP, focando-se na pessoa mais velha com depressão.

**Palavras-Chave:** Idoso; Depressão; Enfermagem; Treino Metacognitivo, Cuidados centrados na Pessoa, Saúde Mental

## Abstract

**Brief Rationale:** Depression in the older population has proven to be one of the conditions that, associated with other medical diagnoses, have the greatest impact on their functionality. The Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing (NSMPN), as a member of the multidisciplinary team, due to his/her specialized training, shows him/herself to be a professional capable of building a therapeutic relationship with the person, capable of initiating a psychotherapeutic intervention with health outcomes.

**Objectives:** To demonstrate the acquisition of common, specific, and master competences of the EEESMP developed in stage 1 and final stage. **Methodology:** Focused on Clinical Reasoning and on the Care Process, going through the phases of initial assessment, Planning, Intervention Implementation and Results Evaluation. In Stage 1, we chose to develop a clinical case of an older person with depression. In the Final Stage, based on the principles of elder-centred care with depression, we applied the psychotherapeutic intervention Metacognitive Training for the older person with Depression (MCT-Silver). **Results:** The application of MCT-Silver, showed favourable results at the level of improvement of Self-esteem and depressive mood. **Conclusion:** This report reflects the learning process developed throughout the master's course, as well as the acquisition of competencies based on the knowledge and skills of the EEESMP, focusing on the older person with depression.

Keywords: Aged; Depression; Nursing; Metacognitive Training, Person-Centred Care, Mental Health

## Índice

1. INTRODUÇÃO .....	9
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	13
2.1 A DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO IDOSA .....	13
2.2. CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA - UMA ABORDAGEM ESSENCIAL NOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL .....	18
2.3 TREINO METACOGNITIVO .....	20
2.4 O TREINO METACOGNITIVO NA DEPRESSÃO .....	21
3. CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	23
4. METODOLOGIA.....	25
5. ANÁLISE REFLEXIVA .....	27
5.1 ESTÁGIO CONTEXTO HOSPITALAR .....	27
5.1.1 AVALIAÇÃO INICIAL .....	27
5.1.2 PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES .....	31
5.1.3 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS .....	34
5.1.4 OUTRAS INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS.....	38
5.2 ESTÁGIO FINAL .....	44
5.2.1 AVALIAÇÃO INICIAL .....	46
5.2.2 PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES .....	48
5.2.3 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS .....	53
6. ANALISE REFLEXIVA DO PERCURSO.....	58

7. CONCLUSÃO .....	62
8. BIBLIOGRAFIA .....	63

### Índice de Tabelas

Tabela 1 Módulos e tópicos de D-MCT e MCT-Silver, retirado do manual “Treino metacognitivo para a depressão (D-MCT): Um breve manual para a sua versão original e a sua adaptação para adultos mais velhos (MCT-Silver) (Jelinek et al., 2019) .....	22
Tabela 2 – Adesão ao regime medicamentoso comprometido .....	31
Tabela 3 - Diagnóstico de Autocuidado comprometido .....	32
Tabela 4 - Diagnóstico de confusão presente .....	33
Tabela 5 - Diagnóstico Interação Social Comprometida .....	34
Tabela 6 - Avaliação do Diagnóstico Adesão ao regime medicamentoso comprometido.....	34
Tabela 7 - Diagnóstico Comportamento interativo comprometido .....	35
Tabela 8 - Avaliação do Diagnóstico de Autocuidado Comprometido .....	36
Tabela 9 - Avaliação do Diagnóstico de Confusão.....	36
Tabela 11 - Plano da sessão grupal de relaxamento.....	38
Tabela 12 - Planeamento da sessão grupal de relaxamento .....	39
Tabela 13 - Plano de Intervenção "Passeio Terapêutico" .....	40
Tabela 14 - Planeamento da Intervenção "Passeio Terapêutico" .....	40
Tabela 15 - Avaliação da sessão grupal de relaxamento .....	41
Tabela 16 - Avaliação da Intervenção "Passeio Terapêutico" .....	42
Tabela 17 - Plano da sessão de formação do MCT-Silver.....	45
Tabela 18 - Planeamento Base das sessões do MCT-Silver.....	49
Tabela 19 - Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem .....	50
Tabela 20 - Resultados da aplicação do Questionário de Satisfação aos participantes .....	55
Tabela 21 - Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem .....	56

### Índice de Figuras

Figura 1 - Genograma Sra.H .....	29
Figura 2 - Avaliação inicial relativo à Autoestima .....	47
Figura 3 - Avaliação Inicial relativa ao Sintomas Depressivos.....	48

Figura 4 - Avaliação Final da Dimensão de Humor Depressivo .....	54
Figura 5 - Avaliação Final da Dimensão da Autoestima .....	55

## 1. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio em Enfermagem encontra-se inserido na sexta edição do Mestrado em Enfermagem em Associação entre a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora e Institutos politécnicos de Beja, Portalegre, Castelo Branco e Setúbal.

Esta edição do Mestrado realizada no Instituto Politécnico de Setúbal, teve início em outubro de 2021 e uma duração de três semestres.

Aos Mestrandos da presente edição foi proposto elaboração de um relatório de estágio de natureza profissional, com o objetivo de obtenção do grau de mestre em enfermagem segundo o Decreto-Lei n.º 63/2016.

A sua lógica teve por base as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro de 2019), nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto de 2018) e as Competências de Mestre em Enfermagem. Desta forma, com este relatório, pretendemos descrever e explicar o efetivo desenvolvimento das competências desenvolvidas através da prática clínica de cuidados, descrevendo, analisando e refletindo criticamente os resultados obtidos através da prática desenvolvida ao longo do Estágio 1 e do Estágio Final.

Durante o estágio foi desenvolvido um processo de raciocínio clínico com uma lógica centrada no processo de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, passando pelas fases de avaliação inicial, planeamento de cuidados, implementação das intervenções e avaliação de resultados. Para responder a esta metodologia, no Estágio 1, foi desenvolvido um caso clínico, com enfoque na pessoa mais velha com depressão e intervenções de grupo. No Estágio Final, foi desenvolvida uma psicoterapia grupal denominada Treino Metacognitivo para a Pessoa mais velha com Depressão.

Diretamente relacionado com fenómenos demográficos e epidemiológicos, o envelhecimento é um aspeto cada vez mais presente, no mundo e em Portugal. Portugal, enquanto país desenvolvido, acompanha esta tendência demograficamente mundial, começando a caracterizar-se como país envelhecido, devido ao aumento da esperança média de vida conjugado com o aumento dos movimentos

migratórios da população mais jovem. Mas, também, relacionado com fenómenos epidemiológicos, como a transição da carga de mortalidade e morbidade das faixas etárias mais novas para as mais velhas, conjugado com o predomínio de patologias crónicas e não transmissíveis em detrimento das doenças infecciosas (Lopes et al., 2021).

Destes diagnósticos médicos, prevalece os de doenças mentais na população idosa que também tem aumentado. Cerca de 15% das perturbações que comprometem a pessoa idosa são do foro mental, sendo a demência e a depressão as que detém mais prevalência (Lilford & Hughes, 2020; Sequeira & Fernandes, 2014).

O conceito de “centro na pessoa” ou “*person-centredness*” é algo que se começa a observar estando muito relacionado com várias abordagens à prestação de cuidados de saúde, sobretudo à prestação concreta de cuidados de Enfermagem (McCormack & McCance, 2006). De acordo com McCormack (2006), os Cuidados Centrados na Pessoa (CCP) foram teorizados por volta dos anos de 1990s e surgem no contexto do sistema de saúde inglês.

McCormack e McCance (2017), definem CCP, como uma abordagem de planeamento e fornecimento de cuidados de saúde ancorada na parceria entre os profissionais de saúde e a pessoa que os procura, respondendo às suas preferências, necessidades e valores (Rossiter et al., 2020).

O planeamento dos cuidados centrados na pessoa com depressão deve ser de natureza individual, dinâmica, flexível e participativa. O planeamento deve responder às necessidades específicas da pessoa, incluindo: (i) a identificação de problemas, (ii) o estabelecimento de objetivos individuais, (iii) uma tomada de decisão partilhada, (iv) informação e educação, (v) feedback sistémico (vi) e gestão de casos. Deve, assim, ir ao encontro das preferências e satisfação da pessoa e da família, inserida nesses mesmos cuidados e alcançar uma gestão terapêutica dos cuidados (Pinho et al., 2021).

Portanto, objetivamos o aumento de pessoas mais velhas com diagnóstico de depressão acompanhando outros diagnósticos médicos, que apresentam, cada vez mais, uma funcionalidade comprometida (Lopes et al., 2021). O sistema de saúde português, focado numa profissão, não apresenta respostas personalizadas para as necessidades destas pessoas. É imperativo, por isso, obter uma resposta centrada na pessoa, nos seus valores e nas suas crenças. No entanto, a ausência de uma relação terapêutica bem estabelecida pode comprometer todo este processo (Pinho et al., 2021).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, beneficiando do seu processo de especialização de competências, e membro da equipa multidisciplinar, posiciona-se como um dos

elementos com competência social e emocional capazes de promover esta alteração de abordagem de cuidados (Pereira & Botelho, 2014). Possibilitando, assim, a implementação de intervenções psicoterapêuticas com mais eficácia e com reais ganhos em saúde para a pessoa mais velha.

O Treino Metacognitivo para a pessoa idosa com depressão segue esta abordagem de metacognição inicialmente desenvolvida pelo treino metacognitivo para a depressão, ou D-MCT (Jelinek, Quaquebeke, et al., 2017; Schneider et al., 2018).

De forma a promover uma prática baseada na evidência recorreu-se a pesquisa em bases de dados científicas e a sites de entidades de caráter institucional e de saúde. Meleis, Lopes e Phaneuf foram os teóricos que suportaram a realização e a prática de cuidados (Alligood, 2004; Lopes, 2021; Phaneuf, 2005; Meleis, 2010).

Tendo como referência o processo de enfermagem em cuidados de saúde mental e psiquiátrica, nomeadamente a avaliação diagnóstica e a implementação de intervenções psicoterapêuticas, definimos como objetivos específicos deste relatório:

1. Enquadrar os conceitos de envelhecimento, depressão no idoso e TMC com base na evidência científica.
2. Caracterizar os contextos da prestação de cuidados
3. Analisar criticamente o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica em relação às fases do processo de cuidados, nomeadamente, avaliação diagnóstica, planeamento de cuidados, intervenções psicoterapêuticas, e avaliação de resultados baseado no processo de cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica à pessoa/família/grupo/comunidade, em ambos os contextos de cuidados (internamento e comunidade).
4. Refletir criticamente sobre as experiências significativas vivenciadas em contexto da prestação cuidados especializados de enfermagem.

O presente trabalho encontra-se estruturado em 6 capítulos. O primeiro, concentra o enquadramento teórico, iniciando uma descrição do envelhecimento mundial e nacional, assim como a sua caracterização. Segue-se depois para um enquadramento sobre a importância da alteração do tipo de abordagem de cuidados, colocando a pessoa no centro e o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica nesta mudança de paradigma, através da implementação de intervenções psicoterapêuticas como o MCT-Silver. O segundo capítulo introduz os contextos de estágio que compuseram este processo de especialização. O terceiro capítulo diz respeito ao processo de raciocínio clínico associado ao processo de enfermagem que fomos desenvolvendo ao longo dos Estágios. O quarto capítulo descreve as atividades

e processos de enfermagem nas suas fases essenciais de avaliação inicial, planeamento, implementação das intervenções e avaliação de resultados, desenvolvidos de forma a responder à metodologia. No quinto e cabe a descrição do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista através de uma reflexão crítica de todo o percurso.

O documento foi elaborado segundo as normas do novo acordo ortográfico e segundo as normas de referência da American Psychological Association- (APA)- 7ª edição

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1 A DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO IDOSA

Consciente ou inconscientemente, todos resistimos à ideia de que um dia vamos envelhecer (Faria et al., 2017).

Pensar sobre o processo de envelhecimento conduz-nos sempre a falar sobre comportamentos, estilos de vida, expectativas, sonhos, valores que, na grande maioria, culminam num questionamento inevitável acerca da representação social que este fenómeno determina (Maccormack et al., 2019). Representação social, que de acordo com um estudo, é influenciada por variáveis como o contexto cultural, género, mas sobretudo pela idade (Camargo, 2016).

A idade, mostra-se assim, uma unidade de medida para avaliar o desenvolvimento humano (Assis & Parra, 2015). Neste sentido a Organização Mundial da Saúde, define pessoa mais velha, como todo o individuo com 60 ou mais anos de idade (OMS, 2002).

As Pessoas vivem vidas mais longas, pelo que o número de pessoas mais velhas não para de crescer (Lopes, 2021; Nations, 2020; WHO, 2015).

Em 2020, pode-se observar cerca de 727 milhões de pessoas com 65 ou mais anos de idade a nível mundial. Sendo que as mulheres vivem mais tempo que os homens, compreende-se a existência de um grande número de pessoas mais velhas a nível mundial, bem como o fenómeno denominado de feminização da velhice (Lopes, 2021; Nations, 2020; WHO, 2015). A visão de um futuro próximo acompanha esta tendência e prevê-se que, a nível mundial, nos próximos 30 anos a população que envolve pessoas mais velhas evolua de 9,3% em 2020, para 16% em 2050 (Nations, 2020).

Paralelamente ao fenómeno de envelhecimento decorrem outras mudanças a nível social e económico como: (i) a diminuição da fertilidade, (ii) a alteração dos padrões de casamento, (iii) a coabitação e o divórcio, (iv) o aumento dos níveis educacionais, principalmente nas gerações mais jovens, (v) a migração

rural para as grandes cidades nacionais e internacionais, alterando significativamente os contextos em que as pessoas idosas vivem (Lopes, 2021; Nations, 2020; WHO, 2015).

Portugal, enquanto país desenvolvido, acompanha esta tendência demograficamente mundial, começando a caracterizar-se como um país envelhecido, devido principalmente a fenómenos demográficos, como o aumento da esperança média de vida conjugado com o aumento dos movimentos migratórios da população mais jovem, e a fenómenos epidemiológicos como a transição da carga de mortalidade e morbilidade das faixas etárias mais novas para as mais velhas combinado com o predomínio das patologias crónicas e não transmissíveis em detrimento das doenças infecciosas (Lopes et al., 2021).

A evolução das condições de saneamento básico, assim como a melhoria da tecnologia e conhecimento biomédico são os fatores que mais têm contribuído para o aumento da esperança média de vida à nascença. Em Portugal, segundo dados de 2020, a Esperança Média de Vida à nascença aponta para os 80,7 anos, sendo que para o sexo masculino a média diminui para os 77,7 anos e para o sexo feminino a média aumenta para os 83,4 anos de vida (PORDATA, 2022). Em Portugal este número não é tão encorajador, uma vez que, a Esperança Média de Vida à Nascença não significa viver necessariamente mais anos com saúde. Em 2020, uma pessoa após os 65 anos de idade esperava viver em média mais 19,4 anos de idade e dessa média apenas 7,3 anos seriam saudáveis e os restantes anos seriam vividos com a presença de alguma forma de incapacidade física ou mental (INE, 2019; PORDATA, 2020; Lopes, 2021). Observamos a necessidade de otimizarmos esses anos adicionais de vida após os 65 anos.

Os movimentos migratórios é outro fenómeno que impacta a caracterização demográfica portuguesa. No sentido em que as faixas etárias mais novas tendem a sair do país para o estrangeiro, permanecendo as faixas etárias mais velhas (Lopes, 2021). Dados das Nações unidas garantem que em 2019, 26% da população residente em Portugal se encontra emigrada (Nations, 2020).

Ao nível Epidemiológico, o predomínio das doenças crónicas em detrimento das infetocontagiosas, mostra-se como o fator epidemiológico que mais contribui para a caracterização demográfica portuguesa (OCDE, 2021). O Acidente Vascular Cerebral, a doença cardíaca isquémica e a pneumonia mantem o pódio dos diagnósticos mais mortais em Portugal, onde até podemos inclui a COVID-19, responsável por 5,7% das mortes em 2020, terminando os dez diagnósticos mais mortais em Portugal com o cancro do pulmão, Diabetes, DPOC, Cancro colorretal, Cancro do Estomago e Doença Renal (OCDE, 2021).

Desses diagnósticos médicos, a prevalência de doenças mentais na população mais velha também tem aumentado. Cerca de 15% das perturbações que comprometem a pessoa idosa, são do foro mental,

sendo que as que detém mais prevalência são a demência e a depressão (Lilford & Hughes, 2020; Sequeira & Fernandes, 2014).

A depressão é identificada em pessoas que evidenciam sintomas de alteração de humor como, sentimentos de “culpa”, problemas de sono e insônias, redução de apetite, sentimento de falta de energia, aumento de fadiga, perda de interesse na realização de atividades do dia-a-dia e redução de concentração em tarefas (Rahman et al., 2019).

De acordo com DSM-V, um dos manuais de apoio usados para a decisão médica, para o diagnóstico de Depressão a pessoa deve apresentar 5 ou mais dos seguintes sintomas depressivos, no mesmo período de pelo menos duas semanas:

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (Sentir-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (Mostrar-se choroso).
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias.
3. Perda ou ganho significativo de peso, sem evidencia de dieta específica (Alteração de mais de 5% do peso corporal).
4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias.
5. Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias.
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias.
8. Capacidade de pensamento ou concentração diminuída, ou indecisão, quase todos os dias.
9. Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio (American Psychiatric Association, 2013).

De destacar que o DSM-V também estabelece que para um real diagnóstico de Depressão, os sintomas acima mencionados, devem causar um sofrimento clinicamente significativo com impacto na funcionalidade social, profissional e/ou outras áreas de vida do indivíduo, assim como uma não atribuição fisiológica ou orgânica destes sintomas (American Psychiatric Association, 2013).

Os fatores de risco identificados para o desenvolvimento de depressão são de natureza multifatorial (WHO, 2018; Rahman et al., 2019). No entanto os mais identificados são o sexo feminino, solteiro ou

viúvo, fumador, toxicodependente, polimedicação, baixa literacia, baixo estatuto socioeconómico, desemprego, saúde física comprometida (multimorbilidade), solidão, falta de suporte social, existência de eventos de vida stressantes, défices nutricionais, comprometimento cognitivo e doenças neurodegenerativas (WHO, 2018; Alexopoulos, 2005, Ansari et al., 2022).

Todavia, recentemente vivenciamos um fenómeno mundial, que hiperbolizou os fatores de risco, impactando negativamente a saúde física e mental da pessoa mais velha (Ganz et al., 2020; Id et al., 2021; Silva et al., 2023). A Pandemia, resultante do vírus SARS-COV-2, veio colocar à prova tudo aquilo a que o Homem chamava de “dia-a-dia”. Houve medidas restritivas que confinaram a população ao domicílio, impedindo os contactos sociais, restrições de visitas em hospitais e lares, isolando a população. As consequências do período de confinamento são agora notórias, principalmente para as pessoas mais velhas (Ganz et al., 2020). As consequências do isolamento social vão ao encontro de mais ansiedade, mais depressão, perda de qualidade de sono e quebra de estímulo físico durante o confinamento (Ganz et al., 2020; Id et al., 2021).

Se no período pré-pandemia observávamos uma necessidade de intervenção junto da pessoa mais velha, após confinamento, torna-se ainda mais urgente (Id et al., 2021).

Acompanhando a transição epidemiológica abordada anteriormente, o fenómeno de multimorbilidade, ou seja, a presença de duas ou mais doenças crónicas no mesmo individuo (Abegunde et al., 2015; Ansari et al., 2022; Lopes et al., 2021; Romana et al., 2019; Zhao et al., 2021), surge como um dos principais problemas de saúde para a população idosa portuguesa e mundial. Estudos que procuraram perceber a prevalência da Multimorbilidade, concluem que, na Europa a multimorbilidade representa 70% a 80% da despesa em saúde na Dinamarca e responsável por 8 em cada 11 internamentos no Reino Unido (Romana et al., 2019). Já na Ásia, a sua prevalência em países como a Índia e o Bangladesh chega aos 83% (Ansari et al., 2022).

Outros estudos realizados em países com altas taxas de envelhecimento, que procuraram o impacto da associação entre a multimorbilidade e a depressão, mostram que quando identificadas em simultâneo, observamos uma deterioração ainda mais agressiva da capacidade funcional em realizar atividades instrumentais de vida diária e atividades de vida diária (Abegunde et al., 2015; Ansari et al., 2022; Zhao et al., 2021).

Aproximadamente 5,7% das pessoas mais velhas a nível mundial reportam que viviam com depressão antes do período pandémico, sendo que a pandemia elevou os níveis de prevalência para 28,1% (Silva et al., 2023).

Portanto, aquilo que objetivamos em Portugal vai ao encontro de uma população mais velha crescente, caracterizada por multimorbilidade (Fonseca et al., 2021; Goes et al., 2020; Lopes et al., 2021), em que cerca de um quarto sofre de depressão (Sequeira & Fernandes, 2014), e que devido a esta associação entre multimorbilidade e depressão, onde um dos dois ou mais diagnósticos médicos é a depressão, observamos um declínio ainda mais acentuado da saúde física, prejudicando a realização das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, e da saúde mental (Abegunde et al., 2015; Ansari et al., 2022; Romana et al., 2019; Zhao et al., 2021).

Relação confirmada por um estudo, que procurou analisar a associação entre multimorbilidade, depressão e qualidade de vida em pessoas mais velhas e identificou que 27% das pessoas idosas apresenta Depressão, sendo esta condição, a mais frequente entre as pessoas mais velhas com multimorbilidade (Lameira et al., 2018). Sendo também que as pessoas mais velhas com multimorbilidade tiveram maiores índices de qualidade de vida piores, principalmente nos domínios físico, psicológico e social (Lameira et al., 2018; Romana et al., 2019; Zhao et al., 2021). Assim a Multimorbilidade em pessoas mais velhas está associada a depressão e a pior qualidade de vida (Lameira et al., 2018).

Posto isto, que respostas podemos encontrar no nosso serviço nacional de saúde, enquanto estrutura garantidora de saúde a todos os cidadãos portugueses? Aquilo que encontramos, é uma estrutura pensada para uma população com características que já não se adequam à realidade atual. Como explanado anteriormente, evoluímos de uma realidade em que prevaleciam as doenças infecciosas e transmissíveis para a prevalência de doenças crónicas, não transmissíveis e multimorbilidade que invariavelmente obriga a uma natureza de abordagem completamente diferente (Lopes, 2021).

Exige-se, dessa forma, uma alteração de abordagem e intervenção. A mudança concretizada em três grandes pilares: (a) atribuindo a centralidade no cidadão, tirando o foco da decisão nos profissionais e recentrando todo o processo de cuidados na pessoa enquanto gestora de si mesma; (b) investindo na literacia das pessoas capacitando-as para acederem, compreenderem e utilizarem informação de saúde para o próprio processo de gestão da mesma e (c) melhorar a integração e continuidade dos cuidados, de maneira que os serviços de saúde sejam fáceis de navegar implicando que a pessoa encontre o cuidado que precisa no momento em que precisa (Lopes, 2021).

Mas, como conseguiremos planear e executar planos de cuidados centrados na pessoa mais velha, de maneira a criar uma oferta disponível e de fácil acesso com ganhos reais para a sua saúde física e mental? É neste ponto que realçamos o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Pela consciência de si enquanto instrumento terapêutico, dotado das competências relacionais e empáticas, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, pode ser um catalisador, inserido na equipa multidisciplinar da abordagem de cuidados centrada na pessoa.

## **2.2. Cuidados centrados na pessoa - Uma abordagem essencial nos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental**

O conceito de “centro na pessoa”, ou “*person-centredness*”, muito observado atualmente, está relacionado com várias abordagens à prestação de cuidados de saúde, sobretudo à prestação concreta de cuidados de Enfermagem (McCormack & McCance, 2006). De acordo com McCormack (2006), os Cuidados Centrados na Pessoa (CCP), foram teorizados por volta dos anos de 1990s e surge do contexto de sistema de saúde inglês.

McCormack e McCance (2017), definem CCP, como uma abordagem de planeamento e fornecimento de cuidados de saúde ancorada na parceria entre os profissionais de saúde e a pessoa que procura os cuidados, respondendo às suas preferências, necessidades e valores (Rossiter et al., 2020).

Os mesmos autores desenvolveram um enquadramento teórico para os CCP baseado em quatro domínios essenciais, sendo:

1. Pré-requisitos (Os atributos dos Profissionais de Saúde);
2. O Ambiente de Cuidados (Como é que o ambiente físico, sistemas e relações se tornam propícios aos CCP);
3. Processos Centrados na Pessoa (As atividades englobadas nos cuidados);
4. Os Resultados Centrados na Pessoa (Os resultados esperados pela pessoa, família e profissionais de saúde) (Slater et al., 2017).

A investigação que vinda a ser desenvolvida nesta temática, tem-se centrado maioritariamente na clarificação do conceito, nas implicações para a prática, assim como na identificação dos desafios culturais e contextuais da aplicação dos CCP (McCormack & McCance, 2006; Rossiter et al., 2020).

Uma revisão sistemática, onde foram incluídos 40 estudos, identifica uma influência positiva dos CCP na satisfação da pessoa, bem-estar e autocuidado. Sendo que os autores também identificam que os resultados obtidos se estendem do imediato para momentos mais distais da vida da pessoa (Rossiter et al., 2020).

Outros autores identificam também que fatores como a condição das pessoas ou a adesão ao tratamento são dois dos fatores moderadores e mediadores dos CCP e que têm grande impacto nos resultados dos CCP (Rathert et al., 2013).

A Pessoa idosa com depressão denota de uma complexidade e especificidade, requerendo de uma abordagem diferente de cuidados. Pelo que, um processo de cuidados centrado na pessoa se mostra fundamental para que consigamos reais ganhos em saúde junto da pessoa idosa portuguesa com depressão (Lopes et al., 2021).

Mas que indicadores de processo devemos ter em conta, para efetivamente conseguirmos implementar um processo de cuidados, centrado na pessoa com depressão?

Um conjunto de Enfermeiros Especialistas, entre os quais Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, através de uma revisão integrativa identificaram e sintetizaram indicadores para o processo de cuidados centrado na pessoa com depressão e/ou ansiedade, passando pelas fases de avaliação diagnóstica e planeamento dos cuidados (Pinho et al., 2021).

Concluem que, a fase de planeamento dos cuidados centrados na pessoa com depressão deve ser de natureza individual, dinâmica, flexível e participativa, devendo responder às necessidades específicas da pessoa, incluindo a identificação de problemas, o estabelecimento de objetivos individuais, uma tomada de decisão partilhada, informação e educação, feedback sistémico e gestão de casos, devendo ir ao encontro das preferências e satisfação da pessoa e da família, inserida nesses mesmos cuidados, assim como uma gestão terapêutica dos cuidados (Pinho et al., 2021). Conclusões que se cruzam com os enquadramentos internacionais dos CCP que apresentámos no início do subcapítulo.

A descoberta dos investigadores portugueses segue, portanto, os princípios fundamentais descritos pelos autores dos CCP McCormack e McCance.

A eficácia deste tipo de abordagem na pessoa idosa com depressão ainda é escassa, no entanto e principalmente em Inglaterra (contexto onde surgiu os CCP), os estudos que comparam a eficácia de psicoterapias mais centradas na pessoa *versus* terapias comportamentais tradicionais, têm vindo a identificar resultados positivos imediatos (Barkham et al., 2021).

De forma a conseguir-se dar desígnio aos princípios de um processo de cuidados centrado na pessoa mais velha com depressão é importante observar-se a interação entre Enfermeiro-Pessoa.

Uma interação que, segundo autores clássicos como Carl Rogers, sirva “*como mostrar o caminho certo* (..)” (Rogers, 1961). Neste sentido, diversos autores em enfermagem entenderam estudar esta “interação”, a que chamaram Relação Terapêutica, baseada em pilares fundamentais como a confiança e empatia, e caracterizada por constantes fenômenos de transferência e contratransferência (Dinc & Gastmans, 2013; Lopes, 2006; Phaneuf, 2005; Wu, 2021).

A prática da enfermagem implica inevitavelmente uma relação enfermeiro-pessoa. As teorias que melhor o explicam são a Teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau, e a Teoria das Transições de Afaf Meleis (Allgood, 2004). Foi a partir de teorias como estas, que a enfermagem passou de um paradigma em que substituía o a pessoa cuidada, para um paradigma em que assume que a pessoa que precisa dos cuidados já detém em si mesma as competências/capacidades para ultrapassar o seu problema. Assumindo o enfermeiro o papel de guia e impulsionador dessa mudança ou transição (Allgood, 2004; Lopes, 2006; Phaneuf, 2005).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, beneficiando do seu processo de especialização de competências integra a equipa multidisciplinar munido com recursos como altruísmo, compaixão, solidariedade, gentileza, simpatia, autenticidade, interesse genuíno, atitude reflexiva, compreensão e disponibilidade, qualidades sociais que o mesmo utiliza com intencionalidade terapêutica (Pereira & Botelho, 2014).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, através da sua compreensão dos processos de sofrimento, alterações e perturbação mental da pessoa e as implicações na sua vida, deve englobar a excelência relacional e a mobilização de si como instrumento terapêutico, assim como a mobilização de competências psicoterapêuticas (Pereira & Botelho, 2014).

São estas competências psicoterapêuticas que envolvem, após avaliação inicial e identificação de diagnósticos de enfermagem, a implementação de intervenções psicoterapêuticas, centradas na pessoa, seguindo os seus valores, preferências e crenças (Pinho et al., 2021).

No caso do diagnóstico de enfermagem de humor deprimido, o treino metacognitivo para a depressão, tem mostrado resultados promissores e preditivos de um bom impacto na saúde das pessoas.

## **2.3 TREINO METACOGNITIVO**

O treino metacognitivo (TMC), enquanto terapia cognitivo-comportamental, foi desenvolvido por Stefen Moritz e colaboradores (Moritz et al., 2011).

Inicialmente desenvolvido para a psicose e com a sua aplicação e desenvolvimentos foi-se atualizando e adaptando para outras patologias do foro mental (Pinho et al., 2020).

Através da metacognição, uma abordagem terapêutica que estimula o “pensar sobre o pensar”, o TMC, tem como objetivos principais o de ensinar o reconhecimento de distorções cognitivas e treinar formas alternativas de pensamento (Moritz et al., 2011; Queirós & Oliveira, 2013).

Em Portugal, numa tentativa de enriquecer a nossa população com esta intervenção especializada, que fizesse frente as condições mais comuns que prejudicam a saúde mental da população portuguesa, a Professora Doutora Lara Pinho e colaboradores, trataram de avaliar a eficácia do Treino Metacognitivo para a pessoa com esquizofrenia, obtendo resultados positivos na redução dos sintomas psicóticos e melhorando o insight cognitivo e a funcionalidade (Pinho et al., 2020).

Entre as especificidades do desenvolvimento do TMC para diferentes patologias mentais, uma em particular é a Depressão. Inicialmente desenvolvida para a Depressão na pessoa adulta, mais tarde Schneider, B.C., Bücker, L., Riker, S., & Jelinek, L. (2018) desenvolveram o TMC específico para a Depressão na pessoa mais velha, denominado MCT-Silver (Schneider et al., 2018).

## **2.4 O TREINO METACOGNITIVO NA DEPRESSÃO**

O Treino Metacognitivo para a pessoa idosa com depressão, segue esta abordagem de metacognição inicialmente desenvolvida pelo treino metacognitivo para a depressão, ou D-MCT (Jelinek, Quaquebeke, et al., 2017; Schneider et al., 2018).

O D-MCT visa reduzir os sintomas depressivos através do questionamento das crenças cognitivas e metacognitivas das próprias pessoas através de exercícios lúdicos e criativos (Jelinek, Moritz, et al., 2017; Jelinek, Quaquebeke, et al., 2017). Em termos de “mecanismo de ação” esta especialização do TMC para a pessoa com depressão foca não só os vieses comportamentais tradicionais como, a generalização, o saltar para conclusões, mas também preconceitos metacognitivos como o processamento emocional e a memória congruente com o humor. O D-MCT trabalha também a desmistificação das estratégias de coping disfuncionais, muitas vezes usadas pelas pessoas com humor depressivo, como a ruminação, supressão do pensamento (Jelinek, Moritz, et al., 2017; Jelinek, Quaquebeke, et al., 2017; Schneider et al., 2018).

Um estudo piloto mostrou que o D-MCT se apresenta como uma psicoterapia segura e eficaz na população caracterizada com depressão, nas faixas etárias entre os 18 e os 65 anos de idades (Jelinek, Quaquebeke, et al., 2017).

Porém, quando falamos de depressão em pessoas mais velhas, ou seja, pessoas com mais de 65 anos, esta apresenta etiologias e fatores diferentes das outras faixas etárias agravando-se pelo facto de os estudos que procuram perceber alguma eficácia de intervenções psicoterapêuticas para esta população serem escassos.

Schneider e colaboradores, desenvolveram um estudo piloto que procurou observar a segurança, viabilidade, e eficácia do D-MCT, para a população mais velha, com 65 ou mais anos (Schneider et al., 2018). Os resultados revelaram-se muito promissores, no sentido em que os achados deste estudo mostram viabilidade e aceitação do D-MCT por parte da população mais velha com depressão (Schneider et al., 2018).

Através desta conclusão, nasce o Treino Metacognitivo para as pessoas mais velhas com depressão, ou MCT-Silver. Com estrutura e objetivos muito semelhantes ao D-MCT, visando melhorar a consciência dos vieses cognitivos e a subjetividade de pensar, aumentando a flexibilidade cognitiva (Jelinek, Moritz, et al., 2017; Jelinek, Quaquebeke, et al., 2017). Ambos os tipos de treino compreendem oito módulos semelhantes e com diferenças ligeiras que passamos a apresentar na Tabela 1.

*Tabela 1 Módulos e tópicos de D-MCT e MCT-Silver, retirado do manual “Treino metacognitivo para a depressão (D-MCT): Um breve manual para a sua versão original e a sua adaptação para adultos mais velhos (MCT-Silver) (Jelinek et al., 2019)*

Módulo	Título	Tópico no D-MCT	Tópico no MCT - Silver
1	Pensar e Raciocinar 1	Filtro mental, sobre-generalização	
2	Memória	Distorções de memória, falsas memórias	
3	Pensar e Raciocinar 2	Afirmações “deveria”, desqualificar o positivo, pensamento a preto e branco	Afirmações “deveria”, aceitação das mudanças de vida
4	Autoestima (MCT-Silver: Valores)	Autoestima, Perfeccionismo	Identificar estratégias e valores para viver uma vida baseada em valores
5	Pensar e Raciocinar 3	Maximização ou minimização, estilo depressivo atributivo	
6	Comportamentos e estratégias	Estratégias comportamentais disfuncionais: isolamento social, ruminação, supressão de pensamentos	
7	Pensar e Raciocinar 4	Tirar conclusões precipitadas, da mente, adivinhação (catastrofizar)	
8	Emoções (MCT-Silver; Autoestima)	Perceção de sentimentos, raciocínio emocional	Autoestima, mudança de percepções negativas próprias através de imagens

### 3. CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O primeiro estágio foi realizado num serviço de internamento de psiquiatria de um hospital da zona de Lisboa.

Este serviço de internamento assegura o tratamento de curta duração de doentes que não podem obter resposta suficiente do tratamento em modalidade de ambulatório. Quer pela natureza, quer pela intensidade de sintomas, estes doentes, requererem o tratamento intensivo sob cuidados permanentes. A decisão pelo internamento é tomada após observação de médico psiquiatra em contexto de serviço de urgência ou em consulta programada.

Enquanto missão, o serviço compromete-se a elaborar planos terapêuticos individualizados pela equipa multidisciplinar em colaboração com o doente e família. A Equipa Multidisciplinar procura transmitir a compreensão do adoecer mental e estimular a adesão ao tratamento. A equipa opta pelos meios mais adequados, no sentido de controlar os sintomas agudos, a adesão ao tratamento e a prevenção das recaídas. O intuito passa por promover estilos de vida saudáveis, tendentes ao desenvolvimento das atividades de vida diária da pessoa no seu meio e objetiva estimular o treino de competências e cidadania dos doentes, a psicoeducação e o desenvolvimento de literacia. Possibilitando, neste sentido, aos doentes e aos familiares a sua colaboração em rede com outros serviços de saúde e sociais e com diferentes níveis de diferenciação, privilegiando a continuidade de cuidados.

O Estágio I teve a duração de seis semanas.

O segundo estágio realizado numa Unidade de intervenção comunitária, inseriu-se num serviço de psiquiatria de um hospital da zona de Lisboa e Vale do Tejo.

No Serviço de Psiquiatria deste Hospital, as áreas de atividade disponíveis são Internamento, Consulta Externa, Urgência e Exames Periciais de Psiquiatria e Psicologia.

O Serviço de Psiquiatria também desenvolve atividades de consultoria aos centros de saúde da área de influência, assim como atividades de formação pré e pós-graduada e de investigação. Tem como missão, assegurar à população de ambos os sexos, com idades superiores a 17 anos e 364 dias, Promoção da saúde, Prevenção e Tratamento das Doenças Mentais e Reabilitação e a Reinserção Social das Pessoas com Problemas de Saúde Mental.

Inserida neste Serviço de Psiquiatria, a Unidade de Intervenção Comunitária é destinada ao acompanhamento das pessoas que se encontram inseridas na comunidade. Conta com a presença de enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica que tem a responsabilidade de consulta, de acompanhamento e da administração de medicação injetável. Conta, também, com diversos médicos psiquiatras, uma psicomotricista e uma terapeuta ocupacional.

O Estágio final teve a duração de dezoito semanas.

## 4. METODOLOGIA

A Metodologia seguiu o processo de enfermagem nas suas etapas essenciais enquanto metodologia científica e instrumento básico para a Prática da Enfermagem. Sendo este processo composto pelas fases de Colheita de Dados, Planeamento, Execução e Avaliação. Ancorado a esta metodologia científica baseamos o nosso raciocínio clínico em Afaf Meleis, com a sua teoria das Transições.

Meleis, na essência da sua tese teórica, afirma que o foco da Enfermagem são as respostas humanas às transições que decorrem de eventos relacionados com processos de saúde/doença e/ou com processos de vida (Lopes, 2006; Meleis, 2010). Completa ainda que cabe aos enfermeiros antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar e ajudar a lidar com as mudanças inerentes às transições, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar (Lopes, 2006; Meleis, 2010).

Durante o período pós 65 anos de idade as principais alterações que se observam cognitivamente, centram-se, na lentificação do próprio processo cognitivo, redução da atenção, maior dificuldade no resgate das informações aprendidas (Memória do trabalho), redução da memória prospetiva (“Lembrar-se de Lembrar”) e da memória contextual (Os detalhes) (Moraes et al., 2010). Note-se que estas alterações não trazem limitações ao nível da satisfação das atividades de vida diária e da participação social. Logo um Envelhecimento Ativo e Saudável não resulta num idoso limitado cognitivamente ou fisicamente, mas que possivelmente requererá uma adaptação ao meio que o rodeia de maneira a otimizar a sua funcionalidade (Moraes et al., 2010).

Portanto, o Envelhecimento, enquanto fase de alterações que podem muitas vezes criar um conflito entre “aquilo que a pessoa era, aquilo em que se está a tornar”, pode dificultar o processo de transição de desenvolvimento, impedindo o alcance de um novo estado de homeostasia para a pessoa (Lopes, 2006; Meleis, 2010).

Neste sentido, nos dois estágios realizados seguimos uma linha de pensamento que tentou focar-se na pessoa mais velha e suas necessidades, realizando um processo de enfermagem especializado e com impacto na saúde mental da mesma. Seguimos o raciocínio das etapas do processo de enfermagem onde, iniciámos uma colheita de dados, com aplicação de instrumentos de avaliação clínica e onde efetuámos o exame do estado mental da pessoa mais velha. Seguiu-se, depois, para o desenho das suas necessidades, planeamento e implementação das intervenções, culminando na avaliação do processo

com a aplicação dos mesmos instrumentos de avaliação clínica, para averiguar a eficácia da nossa intervenção e/ou identificação de desvios aos resultados planeados anteriormente. Seguindo-se um último fim, otimizar o processo de transição da pessoa mais velha, promovendo a máxima autonomia física e mental e o bem-estar da pessoa mais velha.

## 5. ANÁLISE REFLEXIVA

Esta Unidade será composta por três subcapítulos. Nos dois primeiros tentaremos descrever a nossa prática respondendo à metodologia que serviu de guia neste processo de especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica. No último, e mais importante, refletiremos criticamente sobre todo o percurso, prática, emoções sentidas e possíveis resultados neste estágio de especialização.

### 5.1 ESTÁGIO CONTEXTO HOSPITALAR

Para responder à metodologia descrita, no Estágio 1, decidimos optar pelo método do Caso Clínico. Selecionámos uma pessoa com mais de 65 anos de idade; com histórico de múltiplos internamentos em serviço de psiquiatria; com o diagnóstico de Depressão acompanhada de multimorbilidade e com défices funcionais presentes.

Após seleção da pessoa alvo do estudo de caso, iniciámos o processo de enfermagem percorrendo as suas etapas essenciais.

OS DADOS DO CASO CLÍNICO NÃO SERÃO PUBLICADOS DE FORMA A GARANTIR O ANONIMATO.

#### 5.1.1 AVALIAÇÃO INICIAL

Na avaliação inicial recolhemos os dados demográficos, o histórico de saúde e a biografia do paciente, o seu Exame do Estado Mental e a avaliação de funções psicológicas (Anexo I).

Em relação aos dados sociodemográficos, histórico de saúde e biografia do paciente, reunimos dados essencialmente relacionados com a identificação, história da doença, história familiar, história sociofamiliar, condições de habitação, grau de sociabilidade e escolaridade (Anexo I).

Para obtenção destes dados foram consultados registos de antigos internamentos, assim como entrevista individual com o utente e contacto com os familiares.

**Identificação:** Sexo feminino; 80 anos de idade; Casada; Residente em Lisboa, mas natural de Vila Viçosa

**Queixa Principal:** Agravamento depressivo iniciado, aproximadamente, há 3 meses, com dificuldade acrescida de comparência as sessões de Eletroconvulsivoterapia. Segundo o marido, mantém-se sem energia, com clinofilia e alguma agitação psicomotora durante a noite ("geme, está inquieta"). Recusa-se a sair de casa, "diz que não pode fazer nada". Diminuição do apetite. Nega incumprimento terapêutico oral.

**Desenvolvimento na infância, Adolescência e vida adulta:** Casada, três filhos e uma neta. Tem o 3º ano de escolaridade.

**História médica e psiquiátrica:** Está diagnosticada com Perturbação Afetiva Bipolar de início muito tardio, tendo tido episódio de mania inaugural aos 75 anos de idade (janeiro de 2017). Conta com 7 internamentos anteriores no CH (primeiro em 2016, o último em fevereiro de 2021), por episódios depressivos recorrentes e episódio maníaco com características mistas (último internamento). - Episódios Depressivos Major (EDM) recorrentes graves, nomeadamente EDM com padrão sazonal (predomínio de Novembro a Maio), EDM com características melancólicas (lentificação psicomotora, recusa alimentar e perda ponderal) e EDM com sintomas psicóticos (ideação delirante de cariz hipocondríaco e de ruína), com fraca resposta à terapêutica psicofarmacológica com vários antidepressivos (escitalopram, venlafaxina, bupropiom, clomipramina), antipsicóticos (quetiapina, olanzapina, aripiprazol) e valproato de sódio, e resposta clínica favorável a electroconvulsivoterapia (ECT), que iniciou em fevereiro de 2020.

- Episódio mania inaugural - hipomania em janeiro de 2017, com aumento da energia vital e da atividade dirigida a objetivos, irritabilidade, estando sob terapêutica farmacológica com tricíclicos e ECTs, sugerindo tratar-se de viragem maníaca. Tratamento em ambulatório.

- Em novembro de 2018 sofreu traumatismo crânio-encefálico (TCE) ligeiro complicado com hemorragia subaracnóidea, hematoma subdural (na tenda do cerebelo) e hemorragia intraventricular. Em TAC-CE de setembro de 2020 não se observaram lesões focais no parênquima cerebral na fase crônica do TCE.

- Parkinsonismo de provável etiologia vascular. Seguimento em consulta de Neurologia e Neuropsiquiatria

**Situação Socioeconómica:** Classe baixa

**Condições de habitação:** Com canalização de rede de águas, energia elétrica, esgoto sanitário e coleta de lixo.

**Estrutura e funcionamento familiar:**

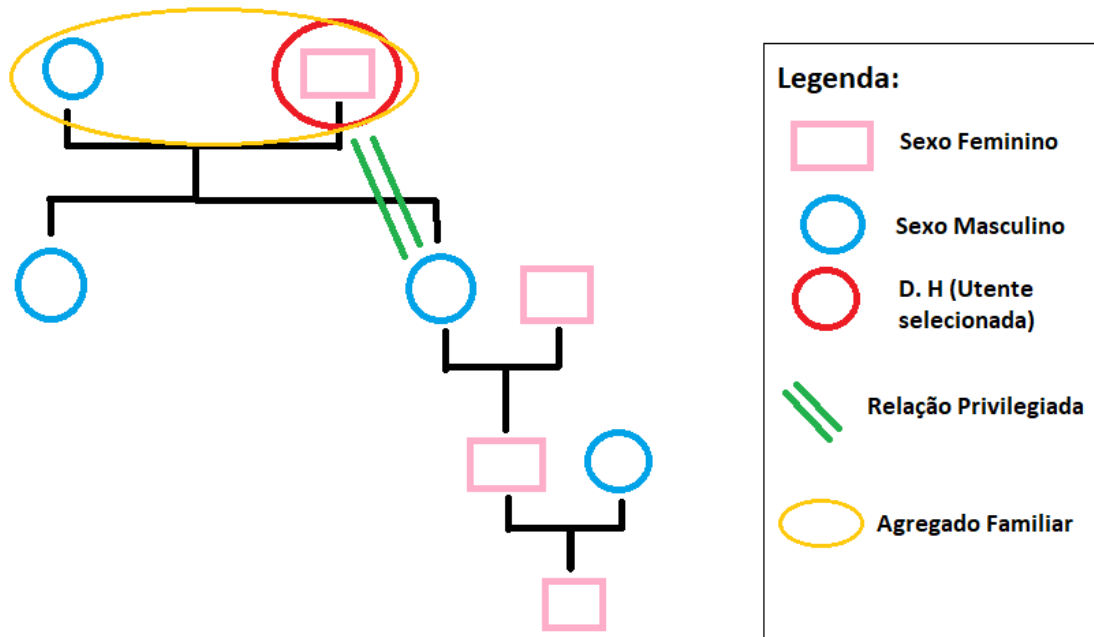


Figura 1 - Genograma Sra.H

A Sra.H é a mais nova de três filhos sendo que os dois irmãos já faleceram. É casada há mais de 60 anos e do casamento resultaram dois filhos. O mais velho é casado e tem uma filha, que por sua vez, também já tem uma filha o que torna a Sra. H bisavó. O filho mais novo é divorciado, está desempregado e apresenta um diagnóstico médico de Perturbação Afetiva Bipolar. O agregado familiar é da doente é constituído pela Sra. H e pelo seu marido. Ambos idosos, com multimorbilidade e, à data da entrevista a um dos filhos, constata-se que o marido se encontrava, também, internado por cistite aguda. Os filhos estavam a ponderar a institucionalização por falta de condições de apoio na satisfação das atividades de vida diária dos pais.

**Escolaridade:** 3º ano de Escolaridade

**Trabalho:** Reformada

**Hábitos Toxicológicos:** Nega consumos toxicológicos

A segunda parte da avaliação inicial concentrou-se no Exame do Estado Mental, onde subdividimos em avaliação geral da pessoa. Procurávamos perceber a aparência e as posturas aquando da situação do exame e no exame das funções mentais. O Exame das funções Mentais incidiu sobre a avaliação do nível de consciência, Estado Cognitivo (Orientação; Atenção; Memória; Inteligência), Pensamento (Forma; Fluxo; Conteúdo), Linguagem, Sensopercepção, Humor/Afeto e Psicomotricidade (Anexo I).

Exame Geral da Pessoa

**Apresentação:** Alterna deambulação com ajuda de terceira pessoa e cadeira de rodas; Higiene corporal mantida com ajuda total no autocuidado.

**Postura:** Apresenta maioritariamente uma postura colaborante com o prestador de cuidados, alternando posturas passivas, cabisbaixo e insegura.

Exame das funções mentais

**Nível de Consciência:** Alterna entre o estado vígil (com abertura ocular espontânea e responsiva à estimulação verbal) com estados de sonolência (com Bradipsiquismo). Sra.H apresentava-se com uma Escala de Coma de Glasgow de 14.

**Estado Cognitivo:**

- **Orientação:** Orientação autopsíquica mantida, no entanto com períodos de orientação alopsíquica comprometida dizendo "o meu marido está lá fora à espera".
- **Atenção:** Apresenta uma atenção facilmente captável, mas dificilmente fixável nas diferentes atividades.
- **Memória:** Apresenta memória imediata mantida (últimos 5 minutos); memória recente por vezes comprometida (últimos dias e horas); memória remota mantida (primeiros anos de vida).

**Linguagem:** Não se apuram alterações da linguagem.

**Discurso:** Observa-se um discurso do tipo taciturno, não espontâneo, muitas vezes monossilábico, lento e com um volume maioritariamente baixo e pobre.

**Pensamento:** Apresenta um pensamento coerente, lógico e lentificado.

**Sensopercepção:** Ao nível da percepção não se verificam alterações aparentes.

**Humor/Afeto:** Humor depressivo durante a entrevista.

**Emoções:** Durante a Entrevista apresentou algum embotamento afetivo.

Na avaliação de funções psicológicas tentamos identificar, padrões de sono, Appetite, Sexualidade.

**Avaliação de funções psicofisiológicas**

**Sono:** Com padrão de sono mantido, através de administração de indutores do sono.

**Apetite / Dieta:** Alimenta-se por mão própria, com necessidade de reforço autocuidado. Alimenta-se de dieta pastosa sem apetite. Dependência consequente da alteração do estado mental. A Sra.H evidenciava no meio das refeições ou da sua higiene, momentos em que ficava parada, associado a algum bloqueio de pensamento.

**Sexualidade:** Em Fase pós-menopausa

**Autocuidado:** Apresentava comprometimento na satisfação das atividades de vida, nomeadamente Alimentar-se, Despir-se/Vestir-se, Banho/Higiene. No entanto em relação ao Autocuidado uma ressalva há a ser feita. O facto da Sra.H não conseguir desenvolver os seus autocuidados através da satisfação das atividades de vida diária, não se prendia com uma incapacidade funcional, mas sim por consequência do estado mental. O Humor depressivo que evidenciava, denotava aqui uma influência negativa sobre a sua funcionalidade pela falta de vontade demonstrada no seu dia-a-dia. Não tendo apetite, não demonstrando vontade para se levantar da cama, para mudar de roupa ou higienizar-se. O Bloqueio de pensamento também mostrava uma limitação ao autocuidado, pelo facto de paralisar a Sra.H, por exemplo, no meio de uma refeição, precisando de algum incentivo para a acabar.

### 5.1.2 PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Após colheita de dados, interpretamos diagnósticos de enfermagem, sendo a Adesão ao regime terapêutico comprometido, Autocuidado comprometido e Confusão presente onde demonstramos nas tabelas 2, 3 e 4.

Colocamos também o diagnóstico de Comportamento interativo comprometido, manifestado por dificuldade em iniciar, manter ou terminar uma interação social (Tabela 5).

Segue-se a apresentação das intervenções e dos resultados esperados, utilizando linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

*Tabela 2 – Adesão ao regime medicamentoso comprometido*

Diagnóstico: Adesão ao regime medicamentoso comprometido	
Adesão ao regime (CIPE, 2019)	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem

<p>- Autogestão do regime medicamentoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar adesão ao regime medicamentoso</li> <li>- Promover a consciencialização da Sra.H relativamente ao regime medicamentoso, explicado cada medicamento relativamente à sua indicação, horário e efeito terapêutico, a cada administração.</li> <li>- Promover o envolvimento da Sra.H na gestão do regime terapêutico</li> <li>- Assistir no reconhecimento da importância do regime medicamentoso</li> <li>- Ensinar o cuidador sobre o regime medicamentoso (Anexo II)</li> <li>- Instruir o cuidador sobre o regime medicamentoso (Anexo II)</li> <li>- Treinar com o cuidador capacidades relacionadas com a gestão do regime medicamentoso, através da montagem da caixa da medicação semanal. (Anexo II)</li> </ul>
---	--

Importa realçar o foco no cuidador em relação ao diagnóstico da adesão terapêutica. Meleis et al (2000), refere que as condições facilitadoras/inibidoras desta transição podem ser a consciencialização, o envolvimento, a vontade de aprender, o significado atribuído ao regime medicamentoso, a volição e autoeficiência. Neste sentido, relacionado com a identificação destas condições na Sra.H, percebemos que ainda não demonstra total potencialidade de aumento do conhecimento e da capacidade para a autogestão do regime medicamentoso. Portanto, o envolvimento da família mostrou-se vital neste diagnóstico.

Tabela 3 - Diagnóstico de Autocuidado comprometido

<p><b>Diagnóstico: Autocuidado comprometido</b></p>	
<p><b>Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária (CIPE, 2019)</b></p>	
<p><b>Resultados Esperados</b></p>	<p><b>Intervenções de Enfermagem</b></p>
<p>- Autocuidado mantido</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar Autocuidado</li> <li>-Assistir no Autocuidado: Banho/Higiene;</li> <li>-Assistir no Autocuidado: Vestir-se/Arrumar-se;</li> <li>- Supervisionar autocuidado: Alimentar-se</li> <li>-Apoiar emocionalmente;</li> <li>-Instruir a pessoa/familiar cuidador sobre estratégias facilitadoras do autocuidado;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir a pessoa/familiar cuidador sobre estratégias promotoras da realização das AVDs</li> <li>-Promover a autorresponsabilização;</li> <li>-Aplicar treino de marcha.</li> </ul>
--	--

Tabela 4 - Diagnostico de confusão presente

Diagnóstico: Confusão presente	
Pensamento distorcido: memória comprometida com desorientação em relação à pessoa, local ou tempo (CIPE, 2019)	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
-Orientação Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar confusão;</li> <li>-Avaliar Risco de Queda, através da escala de Morse;</li> <li>-Executar intervenção psicoterapêutica, através da utilização de mediadores de expressão como colagens, pinturas e jogos terapêuticos;</li> <li>- Executar estimulação cognitiva, através de jogos terapêuticos focados em cálculo e atenção;</li> <li>-Executar medidas de segurança;</li> <li>-Executar técnica de treino de memória (Estimulação para a identificação do dia da semana, dia do mês e ano);</li> <li>- Orientar para estratégias de estimulação da cognição;</li> <li>-Executar terapia de orientação para realidade;</li> <li>-Gerir ambiente;</li> <li>-Gerir medidas de segurança;</li> <li>-Incentivar apoio/suporte da família;</li> <li>-Incentivar treino de memória diariamente. No início de cada dia se incentivava a Sra.H a indicar o dia, dia da semana, mês, ano civil e estado do tempo;</li> <li>- Instruir sobre técnicas auxiliares de compensação de memória;</li> <li>-Otimizar ambiente físico;</li> <li>-Vigiar comportamento;</li> <li>-Vigiar medidas de segurança.</li> </ul>

Tabela 5 - Diagnóstico Interação Social Comprometida

<b>Diagnóstico: Comportamento interativo comprometido</b>	
<b>Relacionar: agir com os outros (CIPE, 2019)</b>	
<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
- Que a Sra.H consiga iniciar, manter ou terminar uma interação social	-Avaliar Comportamento interativo; -Treinar habilidades de comunicação; -Treinar competências sociais, como promoção da autoconfiança, treino de assertividade e estimular a interação social; -Orientar familiar cuidador sobre formas de interação social através de psicoeducação; - Executar técnica de modificação do comportamento.

### 5.1.3 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Findado o período de implementação das intervenções, realizamos uma avaliação de todo o plano de forma a identificarmos os resultados atingidos e os desvios que possam ter surgido. Mostramos a avaliação individualizada dos quatro diagnósticos nas tabelas 6, 7, 8 e 9.

Tabela 6 - Avaliação do Diagnóstico Adesão ao regime medicamentoso comprometido

<b>Diagnóstico: Diagnóstico: Adesão ao regime medicamentoso comprometido</b>
<b>Avaliação dos Resultados</b>
<p><b>18/06/2022</b></p> <p>No decorrer do processo de cuidados, no diagnóstico de adesão ao regime terapêutico comprometido tentamos alcançar um estado de autogestão do regime terapêutico por parte da Sra.H. No entanto como já referimos, identificamos inibidores como consciencialização, o envolvimento, a vontade de aprender, o significado atribuído ao regime medicamentoso, a volição e autoeficiência comprometidos.</p> <p>Nesse sentido o envolvimento da família tornou-se vital para a resolução deste diagnostico, tentando simultaneamente combater os diferentes inibidores à transição junto da Sra.H.</p> <p>A aplicação da psicoeducação junto da família e da Sra.H, mostrou uma eficácia extrema. A família transita de um estado de completo de alienação do regime medicamentoso da Sra.H, em relação ao horário; tipo de medicação; indicação, importância e supervisão da toma, para um estado de plena consciencialização e envolvimento.</p>

No entanto, a consciencialização da Sra.H em relação ao regime terapêutico, evidenciou uma evolução positiva com a aplicação das intervenções no sentido da interiorização da importância do mesmo, todavia, de forma autónoma, não atinge a capacidade de autogestão do regime terapêutico, pelo que a necessidade de organização da “caixa semanal” e do cumprimento do horário da toma da medicação pela família, se mostrou imperial.

Com o envolvimento da família, após psicoeducação, atingimos um estado de autogestão do regime terapêutico, através da aliança Sra.H e Família Nuclear.

A explicação e aumento da consciencialização das diferentes respostas sociais existentes como, centros de dia, Estruturas residenciais para idosos, etc., também se mostrou útil para os familiares da Sra.H, no sentido de manter o acompanhamento e estimulação social no seguimento da alta.

*Tabela 7 - Diagnóstico Comportamento interativo comprometido*

<b>Diagnóstico: Comportamento interativo comprometido</b>
<b>Avaliação dos Resultados</b>
<p>A melhoria do processo de pensamento, muito contribui para este diagnóstico de Enfermagem, no sentido da dificuldade de interação enquanto a Sra.H vivenciava o Delírio.</p> <p>No entanto, após verificarmos a melhoria do diagnóstico de processo de pensamento comprometido, notamos uma competência social comprometida em relação à dificuldade de início, manutenção e término de uma relação social.</p> <p>Assim, no decorrer do processo de cuidados, tentamos fomentar a aquisição de competências sociais num contexto promotor de bem-estar da Sra. H. Esse contexto inseria-se aquando das atividades lúdicas das pinturas e jogos terapêuticos. Passamos a realizar este tipo de atividades, que outrora eram feitas de forma isolada, para uma natureza grupal e desta forma criar condições para o treino de competências sociais. A resposta da utente foi positiva, bem como os resultados. A utente estabeleceu relações sociais com outras pessoas mais velhas que participavam no grupo da atividade. O contacto com pessoas mais velhas deu-se pela preferência de contacto da Sra.H, apesar do grupo em que realizámos as atividades psicoterapêuticas ser composto por pessoas de outras faixas etárias.</p> <p>Em relação à família, efetuamos também uma intervenção no sentido de promover a inscrição em centro de dia, também para manter a estimulação social. Mostrámos junto da família, que a resposta social de Centro de dia se apresentava uma oferta útil, para a manutenção da funcionalidade e socialização da Sra.H.</p> <p>Em relação ao diagnóstico de comportamento interativo comprometido, o resultado esperado ia ao encontro da capacidade de iniciar, manter e terminar uma interação social. Resultado que verificámos favorável pelo ingresso de forma positiva nas diferentes atividades de grupo, não só as lúdicas, mas também nos momentos de refeição em que se alimentava de forma isolada, e passou a alimentar-se em grupo, apresentando iniciativa em contactos seletivos de acordo com as suas afinidades.</p>

Tabela 8 - Avaliação do Diagnóstico de Autocuidado Comprometido

<b>Diagnóstico: Autocuidado comprometido</b>
<b>Avaliação dos Resultados</b>
<b>18/06/2022</b> <p>A melhoria que notámos ao nível do autocuidado foi muito ao encontro da melhoria do seu estado mental, pelo facto do nível de dependência estar diretamente relacionado com a alteração do estado mental. A Sra.H foi ganhando um propósito para acordar de manhã, realizar a sua atividade lúdica, o seu treino de marcha e realizar a sua refeição. Principalmente depois de conseguir interagir com outras pessoas internadas no serviço.</p> <p>Iniciámos este processo de cuidados com a Sra.H a deambular de cadeira de rodas e apenas em curtas distâncias, com ajuda de uma terceira pessoa e, no Autocuidado: Alimentar-se, a ser necessário ajuda parcial, levando o enfermeiro o alimento até à boca da utente.</p> <p>Nesta avaliação a Sra.H deambula longas distâncias com ajuda de uma terceira pessoa, e ao nível do Autocuidado: Alimentar-se, esta consegue de forma autónoma ingerir uma dieta mole (Doente não tem dentes); ficando a responsabilidade da organização da dieta a cargo do enfermeiro.</p> <p>No Autocuidado: Banho/Higiene, mantivemos o nível de dependência, pela dificuldade em higienizar os membros inferiores.</p> <p>No Autocuidado: Vestir-se/Arrumar-se, mantivemos o nível de dependência, pela dificuldade na colocação de calças, meias e sapatos.</p>

Tabela 9 - Avaliação do Diagnóstico de Confusão

<b>Diagnóstico: Confusão presente</b>
<b>Avaliação de Resultados</b>
<b>18/06/2022</b> <p>Identificámos uma melhoria significativa na dimensão da pessoa, passando a identificar quem é, e uma melhoria moderada nas dimensões de tempo e espaço, acertando a maioria das vezes em que questionávamos o dia da semana e mês, assim como o espaço físico em que nos encontrávamos.</p> <p>Incentivámos sempre o treino de memória nas três dimensões pessoa, espaço e tempo.</p> <p>Todos os dias pela manhã, após os cuidados de higiene e pequeno-almoço, procurávamos o incentivo para que a Sra.H pronunciasse o Dia, Dia da semana, Mês, Ano Civil e estado do tempo.</p> <p>Os jogos terapêuticos mostraram uma eficácia positiva na melhoria da colocação e fixação da atenção da Sra.H</p> <p>A família esteve presente durante todo o processo, através de visitas regulares semanais.</p> <p>A melhoria comportamental esteve relacionada com a orientação pessoal, passando da agitação por períodos para uma postura calma.</p>

Com a constante melhoria observada neste diagnóstico, conseguimos garantir a segurança da pessoa através do indicador sensível aos cuidados de enfermagem, incidência de quedas. Através da aplicação da Escala de Morse, não se verificaram quedas no decorrer deste processo de cuidados.

Depois de avaliados os resultados atingidos, o plano de cuidados foi atualizado. Sendo atualizados os diagnósticos de enfermagem, intervenções planeadas e resultados esperados, para o decorrer do internamento.

Aqui começamos a tirar uma das primeiras conclusões deste percurso de especialização. Ora no contexto onde me encontrava a realizar o Estágio I, existiam enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas. Ambos conseguiam de forma autónoma identificar determinadas necessidades como a que nos levou a realizar esta intervenção grupal. No entanto, apenas os especialistas estavam aptos a realizar este tipo de intervenções psicoterapêuticas de forma autónoma. Porquê? Porque os Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica detêm, fruto deste processo de especialização em que me encontro, uma “bagagem” de conhecimento técnico-científico que lhes permite realizar o raciocínio clínico no âmbito da especialidade, baseado no processo de cuidados, tendo em conta as preferências e gostos das pessoas cuidadas, de forma terapêutica e autónoma.

Embora a atividade possa parecer ter pouco impacto a um olhar menos conhecedor, o facto é que se trata de uma atividade com objetivos terapêuticos bem definidos, enquadrando-se como uma intervenção psicoterapêutica com impacto positivo na saúde das pessoas cuidadas, em que o Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições (Regulamento n.º 515/2018).

Outra grande conclusão a que chegamos no fim deste primeiro estágio foi a importância e necessidade de utilização de instrumentos de avaliação clínica. Os instrumentos de avaliação clínica, permitem transformar as nossas avaliações em números, que através do seu tratamento estatístico e interpretação, nos confere uma capacidade mais concreta de auferir a avaliação do rendimento das nossas intervenções especializadas (Galvão et al., 2018). Por este motivo, no sentido em que o Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental (Regulamento n.º 515/2018).

O facto de termos desenvolvido a metodologia de caso clínico possibilitou, também a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, no sentido em que

o mesmo, desempenha as funções de terapeuta de referência e pode coordenar programas de gestão de casos (Regulamento n.º 515/2018).

#### 5.1.4 Outras Intervenções Psicoterapêuticas

Ao longo do tempo de estágio, implementámos outras intervenções psicoterapêuticas grupais, nomeadamente passeios terapêuticos e técnica de relaxamento, promovendo a reabilitação psicossocial e a redução da ansiedade. Com isto, conseguimos a aquisição da competência específica de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica: Promoção da 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.

Mostrámos a planificação da aplicação de uma técnica de relaxamento e a intervenção “Passeio terapêutico” para pessoas internadas nas tabelas 11 e 12 e tabelas 13 e 14.

Tabela 10 - Plano da sessão grupal de relaxamento

Plano da sessão grupal de relaxamento
<p><b>TEMA:</b> Técnica de relaxamento</p> <p><b>DATA:</b> maio 2022</p> <p><b>DURAÇÃO:</b> 45 minutos</p> <p><b>POPULAÇÃO ALVO:</b> Utentes internados, com capacidades cognitivas compatíveis com a atividade a desenvolverem. Utentes com Diagnóstico de Ansiedade Presente em Grau moderado a leve.</p> <p><b>LOCAL:</b> Parque Exterior ao serviço de internamento</p> <p><b>OBJECTIVO GERAL DA SESSÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Promover em cada participante um estado geral de relaxamento capaz de facilitar o contacto consigo mesmo.</li></ul> <p><b>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Promover a compreensão da técnica de relaxamento utilizada (Jacobson) e as condições ideais de realização;</li><li>• Facilitar técnicas respiratórias, durante o desenrolar da sessão;</li><li>• Reduzir os níveis de ansiedade através da indução de um estado de calma;</li><li>• Estimular a capacidade de concentração;</li><li>• Reforçar a relação de ajuda entre o enfermeiro-utente.</li></ul>

Tabela 11 - Planeamento da sessão grupal de relaxamento

	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Atividades de Grupo	
<b>I N T R O D U Ç Ã O</b>	<p>Apresentação ao grupo;</p> <p>Apresentação da atividade “Técnicas de Relaxamento muscular progressivo de Jacobson”</p> <p>Explicação da relevância da atividade.</p>	Expositivo	Espaço Exterior ao serviço	Comunicar aos utentes alguns dos cuidados/observações gerais a ter com o método.	15 min
<b>D E S E N V O L V I M E N T O</b>	<p>Ajudar o utente com a familiarização dos materiais, Necessidade de permanecer deitado ou sentado na cadeira;</p> <p>Demonstrar disponibilidade no acompanhamento da atividade;</p> <p>Uso de instruções simples, através do uso de uma voz calma e segura;</p> <p>Encorajar o utente a participar, eliminar eventuais pensamentos parasitas que possam interferir;</p> <p>Observar e registar as reações dos utentes no desenrolar da atividade (grau de concentração, passividade, nível de tensão, resposta ao estímulo);</p>	Expositivo Interativo	<p>Cadeiras, mantas e colchões</p> <p>Música tranquila, sem grandes alterações no ritmo, com o objetivo de diminuir os ritmos cardíaco e respiratório.</p> <p>Velas e Incenso com cheiro suave e apaziguador</p>	<p>Protocolo do relaxamento muscular progressivo de Jacobson, tendo em conta os seguintes grupos musculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-mão e braço;</li> <li>-bíceps;</li> <li>-testa;</li> <li>-cara e pescoço;</li> <li>-peito e ombros;</li> <li>-abdómen;</li> <li>-coxa;</li> <li>-barriga da perna;</li> <li>-pé;</li> </ul>	20 min
<b>C O N C L U</b>	<p>Resumo;</p> <p>Avaliar a satisfação do utente;</p> <p>Quantificar o grau de adesão por parte do utente, bem como a sua</p>	Interativo		Os indicadores do <b>não relaxamento</b> : movimento, respiração dificultada, tosse e sons;	10 min

S Ã O	disponibilidade para atividades futuras;				
	Identificar principais dificuldades sentidas (ex: dificuldade de concentração, pensamentos parasitas, incapacidade de se abstrair do frio, câibras etc)				

Tabela 12 - Plano de Intervenção "Passeio Terapêutico"

Plano da sessão Passeio Terapêutico
<p><b>TEMA:</b> "Passeio Terapêutico"</p> <p><b>DATA:</b> maio 2022</p> <p><b>DURAÇÃO:</b> 45 minutos</p> <p><b>POPULAÇÃO ALVO:</b> Utentes internados, todos os utentes que se encontravam capazes de deambular e sem risco de fuga. Utentes com diagnóstico de Interação Social Comprometida</p> <p><b>LOCAL:</b> Parque Exterior ao serviço de internamento</p> <p><b>OBJECTIVO GERAL DA SESSÃO:</b> Promover o contacto com a sociedade e a interação social;</p> <p><b>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover bem-estar físico e mental;</li> <li>• Promover orientação espacial;</li> <li>• Promover o desenvolvimento de autonomia e capacitação física;</li> <li>• Estimular a nível cognitivo e sensorial;</li> <li>• Desenvolver um clima de confiança.</li> </ul>

Tabela 13 - Planeamento da Intervenção "Passeio Terapêutico"

	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Atividades de Grupo	
I N T R O D U Ç	Apresentação ao grupo; Apresentação da atividade; Explicação da relevância da atividade;	Expositivo		Técnica do quebra-gelo;	5 min

Ã O					
D E S E N V O L V I M E N T O	<p>Disponibilidade no acompanhamento da atividade;</p> <p>Interação social e o espírito de equipa;</p> <p>Auxílio dos utentes nas dificuldades demonstradas.</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interativo</p>		<p>Os utentes são convidados a sair ao exterior;</p> <p>Sempre acompanhados de um enfermeiro;</p> <p>Realizamos um passeio pelo parque, em que o percurso é de comum acordo de todos os membros do grupo, promovendo cuidados centrados na pessoa;</p> <p>Há um período de pausa durante o qual os utentes terão oportunidade de socializar entre si e com a sociedade;</p> <p>Regressamos ao serviço.</p>	30 min
C O N C L U S Ã O	<p>Resumo;</p> <p>Avaliar a satisfação dos utentes;</p> <p>Avaliar a capacidade demonstrada pelos mesmos, na realização da atividade;</p> <p>Quantificar o grau de adesão por parte do utente, bem como a sua disponibilidade para atividades futuras;</p> <p>Identificar principais dificuldades sentidas.</p>	<p>Interativo</p>			10 min

As intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas também foram alvo de avaliação após implementação, para averiguação do cumprimento terapêutico das mesmas.

Tabela 14 - Avaliação da sessão grupal de relaxamento

<p><b>Avaliação da sessão grupal de relaxamento</b></p> <p>Esta intervenção psicoterapêutica, foi inserida no contexto do plano de cuidados de pessoas com diagnóstico de Ansiedade presente identificado.</p> <p>O Objetivo da sessão foi ao encontro da diminuição da ansiedade das pessoas que compuseram o grupo.</p>
---

Proporcionou-se um ambiente acolhedor/apaziguador em que foi explicado aos utentes o que se pretendia com a atividade e saber se constituía uma novidade ou se já tinham praticado noutros envoltimentos. Foi criada uma atmosfera propícia à descontração, onde se usaram velas, se promoveu a calma e uma temperatura amena. Pedimos a colaboração da restante equipa de enfermeiros e auxiliares de ação médica para que não houvesse nenhuma interrupção no decorrer da sessão. A técnica de relaxamento utilizada baseou-se na Técnica de Jacobson.

Observámos uma boa adesão por parte do grupo, verificando-se como principal limitação a necessidade de efetuar o relaxamento na posição de sentado, devido a algumas limitações físicas manifestadas pelos utentes. Foi igualmente explicado, que conforme se sentissem mais à vontade, poderiam fazer os exercícios com os olhos abertos ou fechados. Isto confere um sentido de segurança e proteção na presença dos técnicos.

Os exercícios foram executados de forma calma, no entanto verificaram-se algumas resistências, a nível de coordenação motora, flexibilidade e elasticidade. Foi utilizado um tom de voz tranquilo e pedido aos utentes para sentirem a sensação proporcionada através da contração/descontração de determinados grupos musculares; foi incentivada a respiração e consciencialização do ciclo da entrada e da saída do ar; bem como das regiões do corpo, em que acumulamos mais stress, como a região cervical, a região lombar e dorsal, etc.

Verificou-se que alguns utentes tinham dificuldade em concentrar-se e em executar aquilo que era pedido, manifestando um ritmo ora mais acelerado ora mais lento, mas de um modo geral, os utentes beneficiaram com esta atividade, sentindo-se satisfeitos e tranquilos durante a mesma; quer escutando de forma passiva a voz do enfermeiro, quer de forma ativa na execução dos movimentos, à medida que as instruções iam sendo dadas.

*Tabela 15 - Avaliação da Intervenção "Passeio Terapêutico"*

#### **Avaliação da Intervenção Grupal "Passeio Terapêutico"**

O objetivo desta intervenção psicoterapêutica foi diminuir os níveis de stress e ansiedade das pessoas com esquizofrenia internadas na unidade.

Esta atividade foi realizada num espaço ao ar livre, jardins e esplanadas do parque da saúde, o facto de ser ao ar livre e o meio envolvente ser agradável e sossegado provocou em grande parte bem-estar nos utentes.

Os utentes com diagnóstico de Esquizofrenia, têm associado à sua patologia, o isolamento social marcado, acompanhado por um estigma relacionado com a doença mental que os persegue no dia-a-dia, ficando retidas as suas capacidades de pensar, sentir e até agir. É preciso dar às pessoas com esta patologia plenas condições de desenvolver as suas potencialidades, criativas e espontâneas.

Durante o internamento, são muitos os momentos monótonos em que os utentes se encontram sozinhos e sem nenhuma ocupação que lhes proporcione bem-estar e prazer. O facto de estarem fechados e não puderem vir ao exterior, é mais uma fonte de ansiedade tornando-os mais inquietos.

Na prática clínica, este “Passeio Terapêutico” foi uma atividade de eleição, realizando-a sempre que me era permitido; todos os utentes que se encontravam capazes de deambular, sem risco de fuga e, com o diagnóstico de Interação Social Comprometida, eram convidados a sair ao exterior; algo que os agradava muito. Foi das atividades com maior adesão por parte dos utentes, visto tratar-se de algo que tanto anseiam durante o internamento, a saída para o exterior.

Durante o passeio verbalizavam que “...é bom apanhar ar e sol...”; “...assim sempre esticamos as pernas, quando estamos ali dentro estamos sempre sentados...”, “...aqui fora sempre vemos outras pessoas diferentes...”.

No meio do passeio parávamos sempre na esplanada do café, para descansarem e poderem consumir alguma coisa, alguns compravam gelados, bolos, café, água..., esta etapa do passeio também era importante, pois acaba também por ser um momento de partilha, proporcionando a interação entre eles.

Nunca ocorreu nenhuma situação problemática no decorrer desta atividade, todos os utentes, de uma forma geral, respeitaram as regras que eram estabelecidas no início da atividade, como:

- Nunca se separarem do grupo;
- Seguirem sempre pelos passeios;
- Nunca se afastarem sem antes falarem com o enfermeiro;
- Quando estávamos na esplanada ir apenas dois de cada vez ao balcão.

Ao estabelecer-se uma relação de confiança entre o enfermeiro e os utentes, estas regras foram facilmente respeitadas. Uma atividade com objetivo terapêutico, para ser realizada com sucesso tem de ter sempre uma base uma relação de confiança.

Após a atividade foi possível avaliar que os utentes apresentavam níveis de ansiedade e agitação mais baixos; manifestaram satisfação com a mesma, pelo que foi estabelecido o compromisso de que quando fosse possível, a atividade se repetiria.

## 5.2 ESTÁGIO FINAL

No estágio final foi realizado em contexto comunitário. Neste contexto, o público-alvo foi ao encontro da população mais velha com depressão.

Neste sentido, pretendemos implementar uma intervenção psicoterapêutica, autónoma do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica, que mostrasse resultados benéficos para o processo de transição de desenvolvimento, que a pessoa mais velha com depressão estivesse a vivenciar. Respondendo assim, em caso de evidência de resultados positivos, com a utilização e adaptação de uma intervenção que contribui para uma eficaz transição de desenvolvimento na pessoa mais velha com depressão.

A intervenção que desenvolvemos foi o Treino Metacognitivo para a Pessoa mais Velha com Depressão. Intervenção Psicoterapêutica já abordada e explicada no capítulo de enquadramento teórico.

Por se tratar de uma intervenção psicoterapêutica desenvolvida na Alemanha e, até à data, ainda não implementada em Portugal, havia a necessidade de formação concreta e especializada acerca do Treino Metacognitivo. Oportunidade que surgiu em julho de 2022, ao abrigo do projeto “Tradução, adaptação cultural e realização de estudo piloto do Treino Metacognitivo para pessoas idosas com Depressão (MCT-Silver) para a população Portuguesa”, financiado pela FCT – Um acordo de Cooperação Científica entre Portugal e a Alemanha.

Durante a estadia tivemos a oportunidade de contactar diretamente com os criadores da intervenção. Através da realização do curso de formação específico para o MCT – Silver e das várias reuniões, houve a possibilidade de compreender os princípios básicos, indicações, contraindicações, os diferentes módulos, instrumentos de avaliação clínica utilizados pelos investigadores alemães e esclarecer dúvidas.

Em Portugal, concretamente na instituição onde nos encontramos, foi apresentado o estudo de “Tradução, adaptação cultural e realização de estudo piloto do Treino Metacognitivo para pessoas idosas com Depressão (MCT-Silver) para a população Portuguesa”, ao Conselho de Administração, e consequente pedido à Comissão de Ética, sendo aprovado por todas as entidades.

Enquanto participante deste estudo de investigação, a competência comum de especialista de suporte da prática clínica em evidência científica ficou mais facilitada pelo contacto com os investigadores principais, e com os próprios criadores do MCT-Silver.

Antes de iniciarmos o MCT – Silver decidimos efetuar uma formação para terapeutas a todos os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica do serviço de psiquiatria, onde o estágio final se estava a desenvolver. O objetivo principal da formação foi munir os enfermeiros especialistas de competências para o desenvolvimento do Treino Metacognitivo, promovendo a continuidade da utilização da intervenção psicoterapêutica. Na tabela 17 apresentamos o plano de formação que desenhamos (Anexo I).

Tabela 16 - Plano da sessão de formação do MCT-Silver

Plano da sessão de formação do MCT-Silver
<p><b>FORMADORES:</b> Enf<sup>o</sup> Bruno Morgado + Prof. Celso Silva + Prof. Lara Pinho</p> <p><b>TEMA:</b> Treino Metacognitivo para a Pessoa mais velha com depressão (MCT-Silver)</p> <p><b>DATA:</b> outubro 2022</p> <p><b>DURAÇÃO:</b> 8 horas</p> <p><b>POPULAÇÃO ALVO:</b> Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica do serviço de Psiquiatria.</p> <p><b>LOCAL:</b> Sala de Formações do Serviço de Psiquiatria</p> <p><b>OBJECTIVO GERAL DA SESSÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Compreender o Treino Metacognitivo para a Pessoa mais velha com Depressão.</li></ul> <p><b>COMPETENCIAS A ADQUIRIR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Que cada participante seja capaz de compreender os princípios básicos do MCT-Silver;</li><li>• Que cada participante seja capaz de compreender as indicações e contraindicações para a aplicação do MCT-Silver;</li><li>• Que cada participante seja capaz de compreender os princípios básicos de cada Módulo constituinte do MCT-Silver;</li></ul>

Esta oportunidade de formação mostrou-se uma oportunidade de desenvolvimento da competência comum de Especialista no sentido da formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica (Regulamento n.º 140/2019).

O processo de rastreamento e identificação da População mais Velha com Depressão, que estivessem na comunidade abrangida pela área de atuação da unidade de saúde mental e psiquiátrica onde nos encontrávamos, começou de seguida.

Através do grupo de trabalho, já existente no serviço, focado na dinamização da Psiquiatria Geriátrica, iniciámos um rastreamento de utentes incluídos na lista de acompanhamento na comunidade. Feita uma primeira análise através do processo clínico, foram selecionadas pessoas com sintomas depressivos.

Após conseguido o primeiro grupo de utentes, foram contactados para marcação de consulta de Enfermagem individual e realização da avaliação inicial.

### **5.2.1 AVALIAÇÃO INICIAL**

As consultas de Enfermagem de avaliação inicial foram entrevistas clínicas individuais semiestruturadas realizadas em gabinete, preservando a privacidade.

De forma a promover a melhoria dos nossos cuidados especializados, de acordo com a reflexão do estágio anterior, aplicámos os seguintes instrumentos de avaliação Clínica:

1. Questionário sobre a saúde do Paciente – 9 (PHQ-9)

O PHQ-9 é um instrumento de avaliação clínica desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas (1999), baseado no The Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), com 9 questões avaliando os 9 critérios diagnósticos para depressão major do DSM-IV-TR. Este questionário permite avaliar os sintomas de depressão e a gravidade dos mesmos. Foi adaptado e validado para a população portuguesa por Pacheco e colaboradores (2020). O score deste instrumento varia de 0 (Depressão Mínima) e 27 (Depressão Grave).

2. Escala da Autoestima de Rosenberg (RSES)

Escala desenvolvida por Morris Rosenberg (1965), e adaptada e validada para Portugal por Ferreira (2001). A pontuação varia de 10 a 40 pontos, e quanto maior for o score maior será o grau de autoestima. As respostas possíveis são 1 - concorda fortemente; 2 - concorda; 3 - discorda; 4 - discorda totalmente.

Entre os 15 e 25 pontos demonstra uma autoestima saudável e que está dentro dos parâmetros do que é considerado “equilibrado”; uma pontuação maior que 25 mostra uma pessoa forte e sólida. A pontuação ideal varia entre 15 e 25 pontos.

A escala pretende avaliar o quanto a pessoa se valoriza e a satisfação consigo mesma.

Os focos de Enfermagem em que nós incidimos foram ao encontro da Autoestima Comprometida e do Humor depressivo, por serem duas dimensões diretamente ligadas neste processo de transição patológico que assola as pessoas mais velhas na comunidade, como dizem “O que fui, e o que Sou” (Tang, Jiang, Tang, 2021).

Com base nestes Focos de enfermagem seguiu-se um planeamento de uma intervenção psicoterapêutica que respondesse a estas duas necessidades.

De acordo com dados resultantes de um estudo piloto, o Treino Metacognitivo para a pessoa mais velha com depressão, surge como intervenção psicoterapêutica capaz de responder aos focos identificados. Esta intervenção, através de exercícios lúdicos e criativos, foca-se em reduzir os sintomas depressivos através do questionamento das crenças cognitivas e metacognitivas das próprias pessoas. Trabalha também a desmistificação das estratégias de coping disfuncionais, como a ruminação e supressão do pensamento, muitas vezes usadas pelas pessoas com humor depressivo (Jelinek, et al., 2017).

Os resultados relativos à avaliação inicial são demonstrados nas figuras 2 e 3. Relativamente ao Humor depressivo, resultado de uma pontuação média de depressão moderada.

Já a dimensão da autoestima notámos que três dos quatro participantes apresentam um valor de autoestima abaixo do intervalo ideal e que apenas uma pessoa tem a sua autoestima mantida.

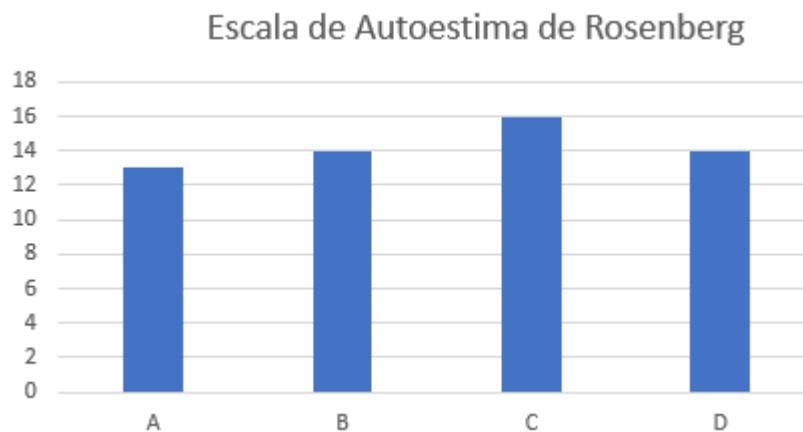


Figura 2 - Avaliação inicial relativo à Autoestima

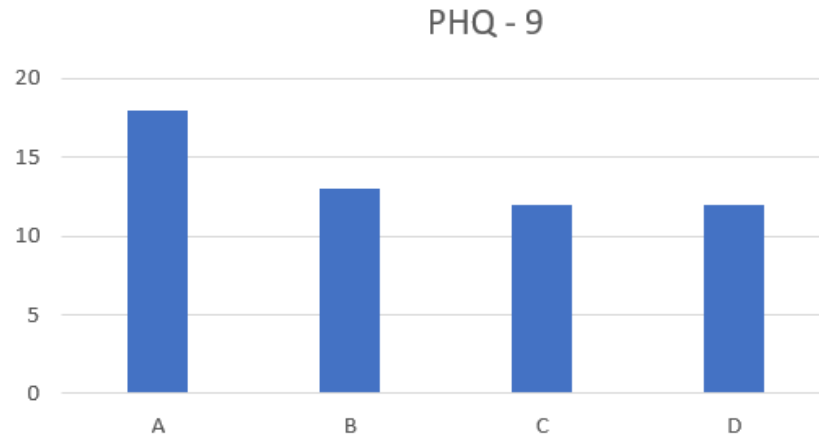


Figura 3 - Avaliação Inicial relativa ao Sintomas Depressivos

As consultas de Enfermagem individuais serviram também para percebermos as morbilidades dos participantes, como a HTA e *diabetes mellitus*, assim como serviu para entender as suas crenças religiosas e abertura para a participação numa intervenção psicoterapêutica grupal.

Estas consultas tiveram uma importância chave no início e posterior manutenção dos cuidados centrados nas pessoas. Não só para iniciar o processo de cuidados, mas também para a identificação de restrições alimentares.

Por último, as consultas de Enfermagem individuais marcaram o início da relação terapêutica que se foi dinamizando ao longo do processo de cuidados. Não só foi importante os Enfermeiros conhecerem os utentes com necessidade de cuidados, mas foi igualmente importante os utentes conhecerem os Enfermeiros. Relação onde ninguém tinha título “Enf. X”, mas onde todos sabiam o seu papel.

Após esta avaliação clínica importa abordar uma pequena reflexão. Ao iniciarmos o processo de cuidados, identificando dois principais focos em enfermagem e a planificação da intervenção psicoterapêutica, fomos ao encontro da competência de execução de uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos seus diversos contextos sociais, através da avaliação global das respostas humanas à transição de desenvolvimento e de saúde mental do utente (Regulamento n.º 515/2018).

## 5.2.2 PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Como já abordamos no enquadramento teórico, a caracterização da pessoa mais velha com humor depressivo, com a adição de outros diagnósticos médicos, torna o cuidado aos mesmos muito complexo e específico de caso a caso (Barkham et al., 2021).

De notar que apesar de planearmos uma intervenção psicoterapêutica de natureza grupal, em todo o momento deste processo de cuidados, se desenvolveram processos centrados em cada pessoa (McCormack & Mccance, 2006).

McCormack & Mccance, autores pioneiros dos cuidados centrados na pessoa afirmam que, para conseguirmos atingir resultados centrados na pessoa, devemos privilegiar os pré-requisitos e o contexto de cuidados, de acordo com quatro pilares dos CCP. Quando referimos pré-requisitos, queremos dizer preferências, valores e crenças de cada elemento do grupo e, por contexto de cuidados, estamos a indicar o ambiente em que os desenvolvemos. No contexto comunitário, fora do hospital, ao estarmos mais próximo da comunidade e das suas casas, proporcionou-nos um grande *engagement* no processo de cuidados.

Após avaliação inicial, iniciámos o Treino Metacognitivo para a Pessoa mais Velha com Depressão. Na tabela 18, apresentamos o planeamento base das sessões, que estruturamos de acordo com os princípios básicos do MCT – Silver.

Tabela 17 - Planeamento Base das sessões do MCT-Silver

	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Atividades de Grupo	
<b>I N T R O D U Ç Ã O</b>	Apresentação ao grupo;  Apresentação da atividade “Treino Metacognitivo – Modulo X”  Explicação da relevância da atividade.	Expositivo	Retroprojektor Caderno de Trabalhos de Casa	Iniciar a sessão como a explicação da dinâmica das sessões, no caso de ser a primeira.  Na segunda e conseqüentes sessões, corrigir o TPC da sessão anterior.	15 min
<b>D E S E N V O</b>	No decorrer do desenvolvimento do treino metacognitivo os diferentes módulos foram desenvolvidos: - Pensamento e Raciocínio I - Memória - Pensamento e Raciocínio II - Valores	Expositivo Interativo	Retroprojektor	Iniciar o Módulo alvo da sessão.	20 min

L V I M E N T O	- Pensamento e Raciocínio III - Comportamentos e Estratégias - Pensamento e Raciocínio IV - Autoestima				
C O N C L U S Ã O	Resumo do Módulo apontando os pontos chave; Avaliação da satisfação do utente; Introdução do Trabalho de casa;	Expositivo Interativo	Retroprojektor Caderno de Trabalhos de Casa	Fornecer as folhas impressas do trabalho de casa a apresentar na próxima sessão. Fornecer um lanche pós sessão	10 min

Construímos também um conjunto de indicadores para averiguarmos o real impacto da nossa prestação de cuidados de especialista. Os dois tipos de indicadores construídos enquadram-se no (R3), relativos à taxa de ganhos possíveis/esperados de efetividade, que resultam da comparação do que se deseja atingir e aquilo que realmente se obtém; e os (R2), indicadores relativos às mudanças positivas nos estados dos diagnósticos de enfermagem. Neste sentido, os indicadores de resultado sensíveis aos cuidados especializados que desenvolvemos, comuns às quatro utentes encontram-se na tabela 19.

Tabela 18 - Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem

Foco	Diagnóstico	Indicador	Tip o	Formula	Periodicidade	Taxa de Efetividad e
Humor Depressivo	Presente	Diminuição de cinco pontos PHQ-9	R3	$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes que participaram no TMC com diminuição de pelo menos 5 pontos na PHQ-9, no período de 10 semanas}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes que participaram no TMC período de 10 semanas}} \times 100$	Início e fim das 10 semanas do Treino Metacognitivo para a pessoa mais velha com depressão	100%

Autoestima	Comprometida	Redução de pelo menos dois pontos na escala de Rosenberg	R3	Nº de utentes que participaram no TMC com autoestima melhorada avaliada pela redução de pelo menos 2 pontos na escala de Rosenberg, num período de 10 semanas $\frac{\text{Nº de utentes que participaram no TMC com autoestima melhorada}}{\text{Nº total de utentes que participaram no TMC no período de 10 semanas}} \times 100$	Início e fim das 10 semanas do Treino Metacognitivo para a pessoa mais velha com depressão	100%
Comportamento Interativo	Comprometido	Modificação do estado do diagnóstico	R2	Nº de utentes que participaram no TMC com comportamento interativo comprometido, num período de 10 semanas $\frac{\text{Nº de utentes que participaram no TMC com comportamento interativo comprometido}}{\text{Nº total de utentes que participaram no TMC no período de 10 semanas}} \times 100$	Início e fim das 10 semanas do Treino Metacognitivo para a pessoa mais velha com depressão	100%

Após planeamento, recursos e explicada a dinâmica das sessões aos participantes, demos início à implementação da intervenção psicoterapêutica MCT – Silver.

Inicialmente tentamos cumprir o plano de sessão que apresentámos na tabela 13. No entanto, notamos uma dificuldade por parte dos participantes, em elaborar e desenvolver o Trabalho de casa. Pela importância do mesmo, que permite aos participantes aplicarem os exercícios na sua vida diária através da “Metacognição”, decidimos realizar sessões extra para discussão dos trabalhos de casa.

Foi efetuada uma sessão por semana, com a duração de uma hora e meia, no período da tarde. O alargamento do horário da sessão tem que ver com o lanche que era fornecido pelos enfermeiros que

desenvolveram as sessões, considerando as preferências e restrições alimentares de cada participante, de forma a promover a interação social entre os participantes.

Decidimos focar uma sessão inteira à correção/elaboração do trabalho de casa. Por exemplo, ao tratar o Módulo 2 – Memória, faríamos a sessão expositiva, promovendo a participação das pessoas e no fim introduzíamos o Trabalho de Casa. Na sessão seguinte, focávamos apenas no Trabalho de casa. Percebendo as respostas dos participantes e dificuldades na elaboração. De seguida, caso aceitassem, elaborávamos o trabalho de casa em conjunto, respondendo a cada questão. Em caso de recusa em partilhar com o grupo, faríamos em conjunto apenas com o participante em gabinete privado.

Ocorreu apenas uma situação em que a participante pediu uma consulta de Enfermagem individual. Após a sessão reunimos com a mesma, percebemos as manifestações e deparamo-nos com alguma atividade produtiva (Delírio de Perseguição). Encaminhámos para o elemento da equipa multidisciplinar com capacidade de prescrição medicamentosa para atualização dos psicofármacos e efetuámos a sessão na semana seguinte de forma individual. Foi observada uma diminuição da atividade delirante e a participante voltou ao grupo, promovendo assim o seu próprio processo de cuidados.

Seguindo esta metodologia, notámos uma melhoria na elaboração e perceção do Trabalho de casa, facilitando assim, o processo de Metacognição.

Com o avançar das sessões da intervenção psicoterapêutica, notámos uma melhoria da interação social entre os elementos do grupo, pelo poder de coesão que foram criando, através da identificação das vivências entre si, e de vivências do passado. Este dado, resultante da avaliação continua dos cuidados centrados na pessoa, vai ao encontro de estudos que concluem que intervenções grupais com pessoas mais velhas, que estimulem a partilha de vivências e memórias melhoram a satisfação com o suporte social (Morgado et al., 2023).

Esta etapa do processo de cuidados foi ao encontro da aquisição da competência de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica no sentido da realização e implementação do planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade (Regulamento n.º 515/2018).

No entanto, também importa referir a capacidade de implementar um processo de cuidados individualizado em saúde mental ao utente, mesmo baseando-nos numa intervenção psicoterapêutica de natureza grupal, tendo em conta as preferências, problemas, valores e crenças de cada um dos elementos do grupo, proporcionado centrado nas pessoas.

### 5.2.3 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

A avaliação do processo de cuidados de cada utente realizou-se nesta etapa.

É de referir que a avaliação do processo de cuidados se realiza, não apenas no final da implementação das intervenções, mas no decorrer de todo o processo de cuidados. Como mencionámos no subcapítulo anterior, ao longo do processo de cuidados fomos realizando as alterações à própria metodologia de implementação da intervenção grupal, assim como aos problemas individuais que surgiram, de maneira a conseguirmos alcançar os resultados centrados de cada pessoa.

Antes de falarmos dos focos de Enfermagem, que foram alvo de avaliação concreta por parte dos instrumentos de avaliação clínica, fomos observando resultados reais de cada utente. Desde a melhoria da interação social de todos os participantes, pela coesão de grupo que se formou, até à melhoria da motivação no dia-a-dia da Sra.C e Sra.D, pela identificação que sentiram no grupo nas diferentes vivências partilhadas.

Quando falamos de intervenções grupais, podemos cair numa confusão de raciocínio, que nos importa aqui refletir. As pessoas no seu global, quando se aproximam das fases mais adiantadas da vida, deparam-se com dois tipos de morte, primeiro a social e por fim a biológica. Ora a morte social de uma pessoa mais velha começa por se verificar pela Reforma e continua quando os amigos e familiares de uma vida vão desaparecendo deste mundo. Este desaparecimento do “Ser Social” interior a cada um de nós precipita a desesperança e a desmotivação do dia-a-dia, perdendo a vontade de sair a rua, de comer e de levantar da cama (Morgado et al., 2023).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, dotado de competências teóricas que lhe permitem compreender as necessidades e fenómenos diretamente relacionados com esta sociedade a Envelhecer onde vivemos, pode atuar neste desaparecimento social de cada pessoa mais velha com intervenções psicoterapêuticas de natureza grupal, melhorando cada pessoa como um todo da comunidade onde se insere. Estes tipos de Intervenções psicoterapêuticas estimulam a partilha de vivências, levando à identificação das diferentes experiências de vida, gerando uma coesão de grupo pelo que, “...aquela pessoa viveu o mesmo que eu...”. O poder da coesão grupal, permite “atrasar” o processo de “morte” social da pessoa mais velha, transformando os seus laços sociais e até mesmo o seu suporte social “...Ah eu também sou dessa terra vizinha à sua...” (Morgado et al., 2023).

Para além da avaliação contínua, já evidenciada na implementação das intervenções, a repetição da aplicação dos instrumentos de avaliação clínica utilizados na primeira consulta de Enfermagem individual, permitiram avaliar os focos de Enfermagem identificados nos quatro utentes, a Autoestima e o Humor depressivo.

Aplicámos um questionário de satisfação aos utentes no final da última sessão da intervenção psicoterapêutica. A aplicação foi realizada através de consulta de Enfermagem individual.

Relativamente aos resultados obtido pela aplicação final da escala de depressão, relembramos que a escala varia de 0 a 27 pontos, e que quanto maior for o somatório da pontuação, mais grave é sintomatologia depressiva. Verificou-se a redução dos valores de partida de todos os utentes. Concluindo-se um impacto positivo e eficaz da intervenção na melhoria do humor depressivo dos quatro utentes, como mostra a figura 4.

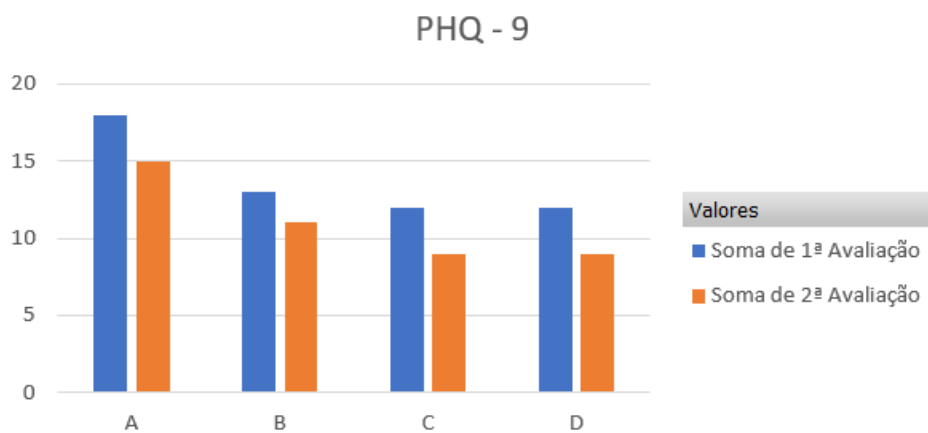


Figura 4 - Avaliação Final da Dimensão de Humor Depressivo

O segundo diagnóstico surge dos resultados obtidos através da aplicação da Escala da Autoestima de Rosenberg, relembramos que a escala varia entre os 10 e 40 pontos, e que quanto maior for a pontuação, mais elevada é a autoestima. Note-se que todos os utentes evidenciaram uma melhoria da Autoestima, sendo que apenas os Participantes B e C, mostraram uma melhoria ligeira. Explicação que se poderá prender ao facto que à partida apresentarem valores perto do limite mínimo normal para o valor da escala, como mostra a Figura 5.

### Escala de Autoestima de Rosenberg

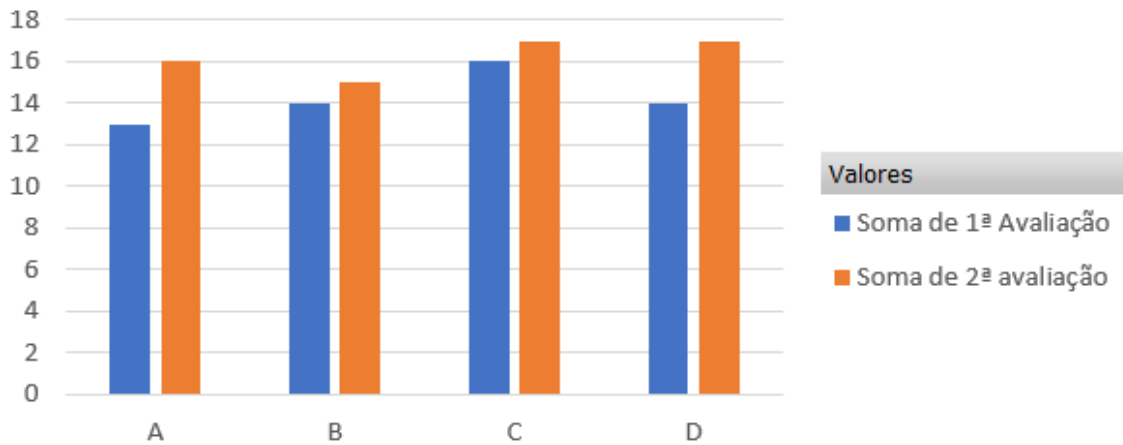


Figura 5 - Avaliação Final da Dimensão da Autoestima

Os resultados da satisfação do processo de cuidados na sua globalidade mostram que a contribuição da aplicação desta intervenção psicoterapêutica foi bastante positiva, revelando a importância da sua aplicação por parte do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, no bem-estar da pessoa mais velha e simultaneamente na contribuição de ganhos em saúde, como demonstramos na Tabela 19.

Tabela 19 - Resultados da aplicação do Questionário de Satisfação aos participantes

Questões	Participantes							
	A		B		C		D	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
As sessões foram uteis?	x		x		x		x	
Tive de me esforçar a comparecer nas sessões		x		x		x		x
Aplica o que aprendeu nas sessões		x	x		x		x	
As sessões foram importantes no seu tratamento	x		x		x		x	
As sessões foram divertidas	x		x		x		x	
O que aprendi nas sessões mostra-se útil		x	x		x		x	
Os objetivos e fundamentos das sessões foram claros para mim		x	x		x		x	
Recomenda as sessões a outras pessoas	x		x		x		x	
Achou benéfico a aplicação em grupo	x		x		x		x	

Após obtermos os resultados dos processos de cuidados através da observação, da aplicação de instrumentos de avaliação clínica, nível de participação e a própria avaliação contínua durante o processo, afirmamos que os resultados centrados em cada utente foram atingidos. A Sra.A, Sra.B e Sra.C participaram em todas as sessões da intervenção psicoterapêutica, com interesse e motivação. A Sra.D

também demonstrou motivação e assiduidade, mas precisou de uma atualização do seu processo de cuidados individualizado, já explicado anteriormente, de maneira a otimizar os seus resultados.

Posto isto, e porque o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental, construímos um conjunto de indicadores que representam os diagnósticos, intervenções e resultados obtidos ao longo do processo de cuidados (Tabela 21) (Regulamento n.º 515/2018).

Tabela 20 - Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem

Foco	Diagnóstico	Indicador	Tipo	Formula	Periodicidade	Taxa de Efetividade
Humor Depressivo	Presente	Diminuição de cinco pontos PHQ-9	R3	$\frac{4}{4} \times 100$	Início e fim das 10 semanas do Treino Metacognitivo para a pessoa mais velha com depressão	100%
Autoestima	Comprometida	Redução de pelo menos dois pontos na escala de Rosenberg	R2	$\frac{3}{3} \times 100$	Início e fim das 10 semanas do Treino Metacognitivo para a pessoa mais velha com depressão	100%
Comportamento Interativo	Comprometido	Modificação do estado do diagnóstico	R2	$\frac{4}{4} \times 100$	Início e fim das 10 semanas do Treino Metacognitivo para a pessoa mais velha com depressão	100%

Como diziam os utentes que fizeram parte deste processo de cuidados, “...estou desejando que chegue a segunda-feira para estar aqui convosco...”

Mas qual a real importância dos indicadores sensíveis à prática da enfermagem especializada? A pergunta remete-nos à Ontologia da própria enfermagem, ao porquê da necessidade de enfermeiros e daquilo que eles fazem. O Enfermeiro cuida, e o Enfermeiro especialista presta cuidados especializados à população que serve. Com isto os Enfermeiros especialistas, detém a obrigação de espelhar os resultados da sua atuação perante a população, não servindo apenas o indicador da satisfação do cliente, mas a efetividade de todo o processo de cuidados que diagnostica, planeia e implementa. Os indicadores sensíveis à prática da Enfermagem especializada, nada mais traduzem o singular exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população (Reed, 1997).

Com isto, fomos ao encontro do comprometimento da definição de indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental, identificando, descrevendo e monitorizando os resultados clínicos individualizados para os clientes, e relacionados com o comportamento, para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental enquanto competência específica (Regulamento n.º 515/2018).

## 6. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO

Este capítulo destina-se a analisar, avaliar e refletir sobre as atividades e intervenções desenvolvidas durante os estágios, e contributos para o desenvolvimento de competências inerentes à especialidade e desenvolvimento pessoal.

Considero que a minha geração foi bafejada pela sorte pela oportunidade de contacto com os pais dos pais. Pessoas que nos surpreendem por serem os únicos a quem os nossos pais obedeciam a ordens sem qualquer argumentação. Falo dos nossos avós.

Contactei com os quatro. Onde pude observar a curva descendente da vida de dois deles. Nos últimos anos apercebia-me que viviam num eterno conflito interno entre “o que foram e o que são, principalmente quando as limitações físicas se tornaram evidentes.

Um deles tinha uma oficina, era carpinteiro. Deixou a oficina com setenta e quatro anos. A reforma, que deveria estar associada a descanso, tempo para a família, ficou associada a uma autêntica morte social. Após largar o propósito de uma vida, o meu avô ficou deprimido.

Como vimos a depressão no idoso, em soma com outras patologias do foro mental, como as demências, são das mais prevalentes nesta faixa etária. Torna-se importante prevenir o impacto na vida das pessoas mais velhas, ao nível da funcionalidade e qualidade de vida.

Apesar de não me encontrar na prestação de cuidados na área da saúde mental, sempre me interessei pela saúde mental no idoso, tendo a sorte e oportunidade de participar em estudos dentro da área. Sempre com a motivação primária de dar aos outros avós ferramentas para viverem felizes e em pleno bem-estar até ao fim da vida.

No entanto não estar na área de saúde mental, e ambicionar especializar os meus cuidados nessa mesma área foi um enorme desafio. Desafio que encarámos com honestidade e frontalidade, porque sem dificuldade não se movem montanhas. E apesar de tudo a magia da saúde mental prender-se na sua transversalidade em todas as áreas.

Neste sentido, o primeiro estágio foi realizado em contexto hospitalar, numa unidade de agudos. A importância da passagem por este tipo de unidade ia ao encontro do contacto com a pessoa em fase aguda da doença mental e, em termos metodológicos ganhar competência prática na planificação e implementação de um plano de cuidados individual.

Com isto, escolhemos um caso clínico, onde passamos pelas suas fases essenciais. A dificuldade nem sempre passou pela elaboração de um exaustivo exame do estado mental da pessoa visada, mas sim de ir ao encontro da família e de tentar perceber o contexto familiar. Algo que nos deparamos muito nesse internamento foi que na maioria dos casos as famílias eram muito disfuncionais.

Na fase de implementação, a dificuldade que sentimos foi muito no sentido de percebermos que o próprio enfermeiro é um ser terapêutico na relação terapêutica que se estabelece. Começando simplesmente pela voz. O tom, o conteúdo era algo que não estava habituado a consciencializar. Mas que facilmente me habituei que teria de pensar sobre cada palavra que dizia e o impacto terapêutico ou “patológico” sobre as pessoas internadas.

No decorrer do estágio hospitalar, tivemos a oportunidade de realizar intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas autónomas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, que acrescentaram mais valor à nossa aquisição de competências especializadas.

No fim do estágio deparamos com duas dificuldades que tinham necessariamente de melhorar no Estágio seguinte. Primeiro ao avaliarmos os resultados do plano de cuidados, utilizamos poucos instrumentos de avaliação clínica.

A segunda dificuldade percebida foi a adequação individual da minha prática. Ora como disse, encontrando-me a prestar cuidados numa unidade de cuidados intensivos, que torna o cuidado muito metódico, ou seja, apesar da necessária individualização dos cuidados numa unidade de cuidados intensivos, existem procedimentos bem estabelecidos para as diferentes situações, por exemplo, uma reanimação cardiopulmonar. No entanto, na saúde mental, não existem tais Guidelines, por exemplo que nos indiquem o tom de voz ou o tipo de linguagem não verbal que devemos adotar numa determinada situação. Temos de saber os princípios básicos, deter as competências e adequar à pessoa que temos à nossa frente, com a sua família, valores, preferências e crenças. Pois só assim conseguimos uma prática de cuidados centrada na pessoa.

O Estágio final foi realizado em contexto comunitário, com o intuito de implementar uma intervenção psicoterapêutica, inovadora em Portugal, para a pessoa mais velha com depressão. Tendo em conta os

principais desvios que identificamos no estágio anterior, tentamos à partida melhorar desse ponto de vista.

Adequando a nossa prestação de pessoa para pessoa e também utilizando instrumentos de avaliação clínica para uma avaliação mais concreta e assertiva das dimensões e diagnósticos que queríamos modificar através da implementação da intervenção. No caso utilizamos a PHQ-9 e a Escala da Autoestima de Rosenberg.

Com a percepção da necessidade de utilização de instrumentos de avaliação clínica, penso que conseguimos ir ao encontro da competência comum, inserida no desenvolvimento de práticas de qualidade, avaliando a qualidade dessas mesmas práticas, através de indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas e da respetiva análise desses mesmos dados. Só esta transformação em “números” da nossa prática clínica possibilita a criação e transformação de indicadores de resultado (Regulamento n.º 140/2019).

Neste estágio final, identifico duas oportunidades únicas. A primeira, a oportunidade de, inserido no projeto “Tradução, adaptação cultural e realização de estudo piloto do Treino Metacognitivo para pessoas idosas com Depressão (MCT-Silver) para a população Portuguesa”, financiado pela FCT, me deslocar até à Alemanha para conhecer os criadores do Treino Metacognitivo e adquirir competências nesta intervenção.

A segunda grande oportunidade, foi a de ter facultado, com o apoio da investigadora principal e orientadora pedagógica dos estágios e relatório, e de um dos investigadores deste mesmo projeto, uma formação aos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, em Treino metacognitivo para a pessoa mais velha com depressão. Algo que consolidou as minhas competências de especialista e da aplicação desta intervenção psicoterapêutica em si.

A principal dificuldade que senti neste contexto comunitário foi o de chegar até às pessoas. Senti uma grande dependência do Médico Psiquiatra, na fase de rastreamento dos participantes, pelo facto de apenas estes deterem acesso às suas listas de utentes.

No entanto, após passagem pelo contexto comunitário, fico com mais certezas de que este é o contexto ideal para a prevenção, mas também para o tratamento e reabilitação psicossocial da condição mental das pessoas, sobretudo das pessoas mais velhas. Pois a pessoa encontra-se inserida no seu contexto familiar e social. No entanto isto requer outras obrigações como o envolvimento de autarquias, segurança social, justiça, família e do próprio, que muitas vezes não funcionam em integração plena.

A relação de proximidade, é sem dúvida a chave para o estabelecimento de objetivos terapêuticos conjuntos.

Algo que me fez sentir que tinha uma relação de proximidade, com impacto e importância terapêutica na vida dos quatro participantes em que atuamos, foi a transformação do papel de “Enfermeiro Bruno” para o “Bruno”.

A realização desta reflexão possibilitou a aquisição da competência inserida no desenvolvimento de um autoconhecimento e assertividade, no sentido da melhoria da consciência de mim enquanto enfermeiro, percebendo a minha influência ao nível da relação, que em si, é terapêutica. Indo também ao encontro da demonstração a tomada de consciência de mim durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, enquanto competência específica do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018).

Seguramente ainda há caminho a percorrer para me afirmar como um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. No entanto este é o início de uma viagem que conto participar ativamente durante o resto da minha vida profissional.

## 7. CONCLUSÃO

Com este relatório, pretendemos descrever e explicar o efetivo desenvolvimento das competências desenvolvidas através da prática clínica de cuidados, descrevendo, analisando e refletindo criticamente os resultados obtidos através da prática desenvolvida ao longo do Estágio 1 e do Estágio Final.

A estrutura ficou organizada em 6 capítulos. O primeiro, concentra o enquadramento teórico, iniciado por uma descrição do envelhecimento mundial e nacional, assim como a sua caracterização. O segundo capítulo introduz os contextos de estágio que compuseram este processo de especialização. O terceiro capítulo diz respeito ao processo de raciocínio clínico por detrás do processo de enfermagem que fomos desenvolvendo ao longo dos Estágios. O quarto capítulo descreve as atividades e processos de enfermagem, nas suas fases essenciais de avaliação inicial, planeamento, implementação das intervenções e avaliação de resultados, desenvolvidos de forma a responder à metodologia. No quinto e último capítulo cabe a descrição do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista através de uma reflexão crítica de todo o percurso.

Com a elaboração deste relatório podemos constatar a importância e valência do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa. O mesmo tendo consciência de si enquanto instrumento terapêutico, pode, inserido no meio social e familiar da pessoa, atingir resultados em saúde, que no seu fim, ajudam à transição de desenvolvimento de um estado de homeostasia para outro estado de homeostasia da pessoa mais velha, mantendo a funcionalidade e o bem-estar.

Concluindo, consideramos que os objetivos propostos para a realização deste relatório foram atingidos com sucesso e que foram desenvolvidas as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, bem como as competências de mestre.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. 365(panel 1).
- Lilford, P., & Hughes, J. C. (2020). Epidemiology and mental illness in old age. 26, 92–103. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.56>
- Lopes, M., Pinho, L. G. De, Fonseca, C., & Goes, M. (2021). Functioning and Cognition of Portuguese Older Adults Attending in Residential Homes and Day Centers : A Comparative Study.
- Moraes, E. N. De, Paula, S. De, & Lima, P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. 20(1), 67–73.
- Moritz, S., Kerstan, A., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Schmidt, C., Heise, M., & Woodward, T. S. (2011). Behaviour Research and Therapy Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. Behaviour Research and Therapy, 49(3), 151–157. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.11.010>
- Prazeres, F., & Santiago, L. (2015). Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal : a cross-sectional study. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009287>
- Queirós, C. L., & Oliveira, C. (2013). Análise qualitativa do impacto do programa de treino metacognitivo e da cognição social em pessoas com Esquizofrenia. 18(4), 559–568.
- Rahman, T., Anne, N. J., Gri, M. D., & Mamun, M. A. (2019). Risk factors of geriatric depression among elderly Bangladeshi people : A pilot interview study. 44(July), 163–169. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.050>
- Romana, G. Q., Kislava, I., Salvador, M. R., Gonçalves, S. C., Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbilidade em Portugal : Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico Multimorbidity in Portugal : Results from The First National Health Examination Survey. 30–37.
- Sequeira, C., & Fernandes, L. (2014). Focos de Enfermagem em pessoas mais velhas com problemas de saúde mental.
- Abegunde, D. O., Mathers, C. D., Adam, T., Ortegón, M., & Strong, K. (2015). *Chronic Diseases 1 The*

*burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries.*

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61696-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61696-1)

Alligood, A. T. M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra.pdf.*

Ansari, S., Id, A. A., & Hossain, B. (2022). *Multimorbidity and depression among older adults in India : Mediating role of functional and behavioural health.* 1–18.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269646>

Assis, F. S. De, & Parra, C. R. (2015). *ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO E A PARTICIPAÇÃO NOS SERVIÇOS DE CONVIVÊNCIA.* 1–8.

Barkham, M., Saxon, D., Hardy, G. E., Bradburn, M., Galloway, D., Wickramasekera, N., Keetharuth, A. D., Bower, P., King, M., Elliott, R., Gabriel, L., Kellett, S., Shaw, S., Wilkinson, T., Connell, J., Harrison, P., Ardern, K., Bishop-edwards, L., Ashley, K., ... Brazier, J. E. (2021). Person-centred experiential therapy versus cognitive behavioural therapy delivered in the English Improving Access to Psychological Therapies service for the treatment of moderate or severe depression ( PRACTICED ): a pragmatic , randomised , non-inferior. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 487–499.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00083-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00083-3)

Camargo, B. (2016). *The Study of Social Representation Systems : Relationships Involving Representations on Aging , AIDS and the Body.* January 2010.

Dinc, L., & Gastmans, C. (2013). *Trust in nurse – patient relationships : A literature review.* 20(5), 501–516.

Faria, L., Antonio, L., & Santos, D. C. (2017). *A fenomenologia do envelhecer e da morte na perspectiva de Norbert Elias Norbert Elias on the phenomenology of aging and death La fenomenología de envejecer y la muerte desde la perspectiva de Norbert Elias.* 33(12), 1–11.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00068217>

Fonseca, C., Pinho, L. G. De, Lopes, M. J., & Marques, C. (2021). *The Elderly Nursing Core Set and the cognition of Portuguese older adults : a cross-sectional study.* 4–11.

Galvão, R., Gardona, B., Aparecida, D., li, B., Federal, U., Paulo, D. S., Pós-graduação, P. De, & São, G. (2018). *Importância da prática clínica sustentada por instrumentos de avaliação em saúde.* 71(4), 1921–1922.

Ganz, F., Torralba, R., & Oliveira, D. V. (2020). *IMPACT OF SOCIAL ISOLATION DUE TO COVID-19 ON HEALTH IN OLDER PEOPLE : MENTAL AND PHYSICAL EFFECTS AND RECOMMENDATIONS.* 24(9), 938–947.

- Goes, M., Lopes, M. J., Oliveira, H., Fonseca, C., & Marôco, J. (2020). *OPEN A Nursing Care Intervention Model for Elderly People to Ascertain General Profiles of Functionality and Self Care Needs*. 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58596-1>
- Id, S. G., Id, E. L., Id, D. M., Chew-, C. A., Id, G., Id, D. B., Id, S. G., Id, C. S., Id, L. B., Id, P. C., Id, S. C., Id, C. F., Henry, A., Id, C. H., Id, K. J., Id, E. R., Id, L. S., Traviss-turner, G., Woodhouse, R., ... Id, D. E. (2021). *Behavioural activation to prevent depression and loneliness among socially isolated older people with long-term conditions : The BASIL COVID-19 pilot randomised controlled trial*. 9, 1–21. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003779>
- Jelinek, L., Moritz, S., & Hauschildt, M. (2017). Patients' Perspectives on Treatment with Metacognitive Training for Depression (D-MCT): Results on Acceptability. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.003>
- Jelinek, L., Quaquebeke, N. Van, & Moritz, S. (2017). *Cognitive and Metacognitive Mechanisms of Change in Metacognitive Training for Depression*. January, 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-03626-8>
- Lameira, T., Amaral, M., Torres, G., & Monteiro, R. (2018). *Multimorbidity , depression and quality of life among elderly people assisted in the Family Health Strategy in Senador Guiomard , Acre , Brazil*. 3077–3084. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.22532016>
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente.pdf*.
- Lopes, M. (2021). *REPENSAR OS MODELOS DE CUIDADOS*.
- Lopes, M., Pinho, L. G. De, Fonseca, C., & Goes, M. (2021). *Functioning and Cognition of Portuguese Older Adults Attending in Residential Homes and Day Centers : A Comparative Study*.
- Maccormack, J. K., Henry, T. R., Davis, B. M., Oosterwijk, S., & Lindquist, K. A. (2019). *Aging Bodies, Aging Emotions: Interoceptive Differences in Emotion Representations and Self-Reports Across Adulthood*.
- Margot Phaneuf. (2005). *Comunicação, entrevista relacao de ajuda*.
- Mccormack, B., & Mccance, T. V. (2006). *Development of a framework for person-centred nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Meleis, A. (2010). *TRANSITIONS THEORY*.
- Morgado, B., Fonseca, C., Afonso, A., Amaro, P., Lopes, M., & Pinho, L. G. De. (2023). *“ Geriatric Proximity ” Intervention in COVID-19 Context : Contribution to Reducing Loneliness and Improving Affectivity*.

- Nations, U. (2020). *World Population Ageing*.
- OCDE. (2021). *Estado da Saúde na UE - Portugal*.
- Patricia Pereira; Maria Botelho. (2014). *Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental : Revisão Sistemática da Literatura Personal Qualities of the Nurse and the Therapeutic Relationship in Mental Health : Systematic review of the literature*. 18, 61–73.
- Pinho, Lara Guedes De; Sequeira, Carlos; Sampaio, Francisco; Rocha, Nuno; Ferre-Grau, C. (2020). A randomized controlled trial to evaluate the efficacy of metacognitive training for people with schizophrenia applied by mental health nurses: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 356–363. <https://doi.org/10.1111/jan.14240>
- Pinho, L. G. De, Jos, M., Correia, T., Sampaio, F., Reis, H., Mendes, A., & Fonseca, C. (2021). *Patient-Centered Care for Patients with Depression or Anxiety Disorder : An Integrative Review*.
- Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). *Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature*. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>
- Romana, G. Q., Kislaya, I., Salvador, M. R., Gonçalves, S. C., Nunes, B., & Dias, C. (2019). *Multimorbidade em Portugal : Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico Multimorbidity in Portugal : Results from The First National Health Examination Survey*. 30–37.
- Rossiter, C., Levett-jones, T., & Pich, J. (2020). The impact of person-centred care on patient safety : An umbrella review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 103658. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103658>
- Sampaio, F., & Sequeira, C. (2013). *Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa*. 125–134.
- Schneider, B. C., Bücker, L., Riker, S., Karamatskos, E., & Jelinek, L. (2018). *A Pilot Study of Metacognitive Training ( D-MCT ) for Older Adults with Depression*. 29, 7–19.
- Sequeira, C., & Fernandes, L. (2014). *Focos de Enfermagem em pessoas mais velhas com problemas de saúde mental*.
- Silva, C., Fonseca, C., Ferreira, R., Weidner, A., Morgado, B., Lopes, M. J., Moritz, S., Jelinek, L., Schneider, B. C., & Pinho, L. G. (2023). *Depression in older adults during the COVID-19 pandemic A systematic review*.
- Slater, P., Mccance, T., & McCormack, B. (2017). *The development and testing of the Person-centred Practice Inventory – Staff ( PCPI-S )*. 29(June), 541–547. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx066>

WHO. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. 30.

Wu, Y. (2021). *Empathy in nurse-patient interaction : a conversation analysis*. 1–7.

Zhao, Y. W., Haregu, T. N., He, L., Lu, S., Katar, A., Wang, H., Yao, Z., & Zhang, L. (2021). *The effect of multimorbidity on functional limitations and depression amongst middle-aged and older population in China : a nationwide longitudinal study*. June 2020, 190–197.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa117>

