



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

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 SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Treino Metacognitivo: Intervenção Psicoterapêutica aplicada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na pessoa mais velha com sintomas depressivos

Raquel Sofia Barroso Parreira

Orientação: Professora Doutora Lara Guedes de Pinho

Coorientação: Professora Tânia Correia

Mestrado em Enfermagem em Associação

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

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 SETÚBAL

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 aplicada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na pessoa mais velha com sintomas depressivos

Raquel Sofia Barroso Parreira

Orientação: Professora Doutora Lara Guedes de Pinho

Coorientação: Professora Tânia Correia

Mestrado em Enfermagem em Associação

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Lara Pinho, pela disponibilidade, orientação e exigência nesta minha caminhada. Devo-lhe a si, muito do que sou hoje.

À Professora Tânia Correia, pelo apoio, orientação e partilha de conhecimento.

À Sr.ª Enfermeira Especialista FA e à Sr.ª Enfermeira Especialista MCR, pela amabilidade com que me receberam nos contextos de estágio e pela visão sempre atenta e preocupada com o meu processo de desenvolvimento pessoal e académico.

À Sr.ª Enfermeira Gestora MMV pelo carinho e pela ajuda na gestão do tempo, em prol da minha formação.

Aos meus pais pela presença constante, fãs incondicionais.

À minha irmã, o porto seguro das minhas angústias.

Ao António, pelo verdadeiro sentido da palavra amor.

Aos doentes que aceitaram partilhar comigo o seu sofrimento e as suas experiências.

Obrigada,

de coração

“A liberdade de pensamento é inerente a todo o ser humano e não tem forma de ser limitada, portanto, usem-na sem limite!”

(Manuel Lopes, 2024)

RESUMO

Breve fundamentação: Assistimos hoje a um aumento da doença mental nas pessoas mais velhas, sendo a depressão uma das mais prevalentes. Sabemos também, que a eficácia dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental, pelo EEESMP, comprovada pela evidência científica, é por si só promotora de saúde e bem-estar mental das pessoas, gerando ganhos em saúde.

Objetivos: Demonstrar o processo de aquisição de competências comuns, específicas e de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em ambos os contextos de estágio.

Metodologia: Alicerçada no Raciocínio Clínico e no Processo de Enfermagem, coerente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados. No primeiro estágio optámos pela reflexão sobre o planeamento de cuidados centrado numa pessoa com sintomas depressivos; no estágio final optámos pela implementação de uma intervenção psicoterapêutica (MCT-Silver) a um grupo de pessoas com mais de 60 anos com sintomatologia depressiva, tendo em conta o processo de cuidados.

Resultados: A métrica dos indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, demonstrou a contribuição desta intervenção psicoterapêutica na redução dos sintomas depressivos na pessoa mais velha.

Conclusão: O Relatório de Estágio ambicionou ser o reflexo da aprendizagem do curso de mestrado e do processo de aquisição de competências comuns, específicas e de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras-Chave: Pessoa mais velha; Sintomas depressivos; Treino Metacognitivo; Enfermagem; Saúde Mental.

ABSTRACT

Brief Rationale: We are witnessing an increase in mental illness among older people today, with depression being one of the most prevalent conditions. We also know that the effectiveness of specialized mental health care, provided by Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing is scientifically proven to promote mental health and well-being, resulting in health outcomes.

Objectives: To demonstrate the acquisition of common, specific, and master competencies in Mental Health and Psychiatric Nursing in both stages.

Methodology: Grounded in Clinical Reasoning and the Nursing Process, consistent with the quality standards of specialized nursing care. In Stage 1, we chose to reflect on care planning focused on a person with depressive symptoms; in the Final Stage we opted to develop a care process to verify the effectiveness of MCT-Silver as a psychotherapeutic intervention autonomous from by Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Results: The metric of outcome indicators sensitive to specialized nursing care demonstrated the contribution of this psychotherapeutic intervention to reducing depressive symptoms in older adults

Conclusion: This report aimed to reflect the learning from the master's program and the process of acquiring common, specific, and master competencies in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Keywords: Older adults; Depressive symptoms; Metacognitive Training; Nursing; Mental Health.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1 – *Fases que se sobrepõem na relação enfermeiro e pessoa, retirado do livro “Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (Tomey & Alligood, 2002).*

Figura nº2 – *Mapa conceptual*

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 - *Avaliação inicial: PHQ 9*

Gráfico nº2 - *Avaliação inicial: RSES*

Gráfico nº3 - *Avaliação final do diagnóstico de enfermagem Humor depressivo*

Gráfico nº4 – *Avaliação final do diagnóstico de enfermagem Autoestima*

Gráfico nº5 – *Avaliação da satisfação da pessoa aos cuidados de enfermagem especializados*

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - *Módulos de 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)

Tabela nº2 - *Plano da sessão de formação em serviço para divulgação do projeto MCT-Silver*

Tabela nº3 - *Planeamento da sessão do Módulo nº1 – Pensamento e Raciocínio 1*

Tabela nº4 - *Planeamento da sessão do Módulo nº2 – Memória*

Tabela nº5 - *Planeamento da sessão do Módulo nº3 – Pensamento e Raciocínio 2*

Tabela nº6 - *Planeamento da sessão do Módulo nº4 – Valores*

Tabela nº7 - *Planeamento da sessão do Módulo nº5 – Pensamento e Raciocínio 3*

Tabela nº8 - *Planeamento da sessão do Módulo nº6 – Comportamentos e Estratégias*

Tabela nº9 - *Planeamento da sessão do Módulo nº7 – Pensamento e Raciocínio 4*

Tabela nº10 - *Planeamento da sessão do Módulo nº8 – Autoestima*

Tabela nº 11 - *Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, no Humor Depressivo*

Tabela nº 12 - *Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, na Autoestima*

Tabela nº 13 - *Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, na satisfação da pessoa aos cuidados de enfermagem*

Tabela nº 14 – *Questionário de satisfação*

Tabela nº 15 - *Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, no Humor Depressivo*

Tabela 16 - *Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, na Autoestima*

SIGLAS E ABREVIATURAS

BDI-II Beck's Depression Inventory

CNS Conselho Nacional de Saúde

DALY Disability Adjusted Life Years

D-MCT Treino Metacognitivo para a depressão

DPSM Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

ESMP Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EEESMP Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

INE Instituto Nacional de Estatística

MCT-Silver Treino Metacognitivo para a Depressão na pessoa mais velha

OMS Organização Mundial da Saúde

PHQ9 Patient Health Questionnaire

REPE Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSES Escala da Autoestima de Rosenberg

R3 Taxas de ganhos possíveis/esperados de efetividade - Indicador de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem

R4 Taxa de satisfação da pessoa com os cuidados especializados do EEESMP - Indicador de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem

SPSM Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

TMC Treino Metacognitivo

ULS Unidade Local de Saúde

UPIA Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL
 - 2.1 Saúde Mental na pessoa mais velha
 - 2.1.1 Depressão na pessoa mais velha
 - 2.2 Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na pessoa mais velha
 - 2.3 Treino Metacognitivo
 - 2.3.1 Treino Metacognitivo na Depressão: intervenção psicoterapêutica
 - 2.4 Contributo da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau
 - 2.5 Mapa concetual
3. CONTEXTO DE ESTÁGIO
 - 3.1 Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
 - 3.1.1 Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos em Internamento
 - 3.1.2 Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos em Ambulatório
4. ESTÁGIO NO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DE ADULTOS EM INTERNA-
MENTO
5. ESTÁGIO FINAL
 - 5.1 Metodologia
 - 5.1.1 Diagnóstico da situação
 - 5.2 Avaliação inicial
 - 5.3 Diagnósticos de enfermagem
 - 5.4 Planeamento e Intervenção
 - 5.4.1 Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfer-
magem
 - 5.5 Avaliação e Discussão dos resultados
6. ANÁLISE RELFEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
 - 6.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
 - 6.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Sa-
úde Mental e Psiquiátrica

6.3 Competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

7. CONCLUSÃO

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma das maiores conquistas civilizacionais da humanidade. Todavia, os autores são unânimes em referir que o envelhecimento conjuga uma maior vulnerabilidade a algumas doenças (Lopes & Sakellarides, 2021).

Assistimos a um aumento das doenças do foro mental nas pessoas mais velhas, sendo a depressão e a ansiedade as mais prevalentes (Lilford & Hughes, 2020).

Os estudos mostram que a depressão é uma das principais causas da perda de funcionalidade, afetando significativamente a qualidade de vida, a independência e a capacidade de realizar as atividades do dia a dia.

Por isso, é fundamental repensar os modelos de cuidados em saúde, sendo de extrema importância a aplicação de intervenções não farmacológicas e não apenas farmacológicas.

Na conjuntura atual, olhamos a enfermagem como uma disciplina do conhecimento e uma profissão autorregulada, centrada nas necessidades de saúde das pessoas ao longo da vida (Nunes, 2018). Sabemos hoje que a eficácia dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental, demonstrada pela evidência científica, é por si só promotora da saúde e bem-estar mental das pessoas, gerando ganhos em saúde (Lopes, 2021).

A obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pressupõe a aquisição de competências comuns e específicas, previstas no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (Decreto-Lei nº 161/96) e competências de mestre definidas pelo Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (Decreto-Lei nº65/2018).

O presente Relatório de Estágio insere-se na 7ª Edição de Mestrado em Enfermagem em Associação, concretizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

O Relatório de Estágio tem como objetivo geral, analisar reflexivamente o processo de aquisição de competências comuns, específicas e de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Como objetivos específicos definimos: enquadrar concetualmente a pessoa mais velha com sintomas depressivos com a aplicação das intervenções psicoterapêuticas do EEESMP; analisar o desenvolvimento de competências de EEESMP em ambos os contextos de estágio, ancorada nas fases do Processo de Enfermagem.

A estrutura do relatório divide-se em cinco capítulos. Como ponto de partida são apresentados o enquadramento teórico e o respetivo mapa concetual, este último que contempla os principais conceitos, o contributo da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e a intervenção psicoterapêutica do EEESMP. O segundo capítulo descreve o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, onde foram realizados ambos os estágios. No terceiro capítulo são apresentadas as atividades desenvolvidas no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos em Internamento. Já no 4º capítulo, que se remonta ao Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos em Ambulatório, em que, com a oportunidade de colaboração com o 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 seguindo a sistematização do Processo de Enfermagem, apresentamos o processo de cuidados elaborado que nos permitiu verificar a eficácia do MCT-Silver na redução dos sintomas depressivos, enquanto intervenção psicoterapêutica e autónoma do EEESMP. Por último, analisamos de forma reflexiva o processo de aquisição de competências específicas, comuns e de mestre do EEESMP, adquiridas em ambos os contextos de estágio.

Ao longo do Relatório de Estágio é cumprida a Norma de Referenciação Bibliográfica da American Psychological Association – 7ª edição e utilizado o novo acordo ortográfico português em vigor.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1 Saúde Mental na pessoa mais velha

A Organização Mundial de Saúde entende a Saúde, como sendo um direito humano fundamental, tendo como horizonte a consecução do seu potencial mais elevado (Organização Mundial de Saúde, 1948). A saúde mental integra a definição de Saúde adotada na Constituição da OMS, em que a saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (OMS, 1948). A saúde mental, na sombra do preconceito e da indiferença social, pode ser vista como o resultado de um trabalho organizado pela humanidade, para garantir a promoção da saúde e bem-estar, prevenir a doença mental, capacitar para a funcionalidade, obtendo assim, ganhos em saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

Sabemos hoje, que a saúde resulta de uma combinação de fatores, não só genéticos e fisiológicos, como também ambientais e comportamentais, que influenciam a morbilidade e mortalidade da população (Lopes, 2021). Esta questão multidimensional, que congrega variáveis já concetualizadas pela OMS, às denominamos como determinantes sociais da saúde (Lopes & Sakellarides, 2021), surgem como um desafio para o setor governamental.

Vivemos num paradigma demográfico e epidemiológico, em que o facto das pessoas viverem mais anos, tem feito sobressair os fenómenos de doença crónica. O fio deste paradigma, prende-se em fatores como o aumento da esperança de vida à nascença, o envelhecimento demográfico, o índice elevado de pobreza dos mais velhos, a multimorbilidade, a dependência funcional e a iliteracia em saúde (Lopes & Sakellarides, 2021).

A OMS declarou a década 2021-2030 como a Década do Envelhecimento Ativo, tendo sido reconhecido, que será crucial a colaboração dos vários setores governamentais para além da saúde, para garantir um envelhecimento saudável (Resolução do Conselho de Ministros nº14/2024).

À escala mundial, em 2050 prevê-se que em cada cinco pessoas, uma tenha mais de 60 anos, triplicando o número de pessoas com mais de 80 anos (OMS, 2019). Em Portugal, a

percentagem de população com 60 ou mais anos, encontra-se acima da média da União Europeia (19,6%), sendo 21,3% (PORDATA, 2019). Projetando para 2080, os dados indicam-nos que, o número de pessoas mais velhas, passará de 2,2 para 3,0 milhões (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

O envelhecimento é uma das maiores conquistas civilizacionais da humanidade (Lopes & Sakellarides, 2021). Devemos olhar para a pessoa mais velha, entenda-se, pessoa com 60 ou mais anos (Whittington et al., 2021), como uma oportunidade para promover a saúde, a coesão social, a evolução científica, a inovação e o crescimento económico. O investimento na promoção da saúde das pessoas mais velhas, deverá incluir os cuidados de saúde e de apoio social, promovendo assim, ganhos em saúde, o envolvimento social e a dignidade pessoal (Resolução do Conselho de Ministros nº14/2024).

Os autores são unânimes em referir que o envelhecimento conjuga uma maior vulnerabilidade a algumas doenças (Lopes & Sakellarides, 2021). É um processo complexo a nível biológico, psicológico e social (Sequeira & Sampaio, 2020). Do ponto de vista da transformação psicológica, as pessoas mais velhas sofrem alterações cognitivas, emocionais e da personalidade, cujo processo facilita o aparecimento da doença mental (Sequeira & Sampaio, 2020). No entanto, a principal causa da perda de funcionalidade não é o envelhecimento, mas sim a carência de cuidados especializados e de qualidade, nesta fase de vida das pessoas.

A perda de anos de vida saudável por morte prematura, doença ou incapacidade é mensurada pelo indicador *Disability Adjusted Life Years* (DALY), permitindo identificar as principais causas e, conseqüentemente, priorizar as intervenções. Em Portugal, uma das principais causas de DALY é a doença mental (Sequeira & Sampaio, 2020), sendo consensual que a depressão e a ansiedade são as situações de natureza psiquiátrica mais frequentes nas pessoas mais velhas (Sequeira & Sampaio, 2020).

Os estudos dizem-nos que os portugueses vivem mais anos, embora com muito menos saúde e, portanto, com menor qualidade de vida (Lopes, 2021). Impera-nos compreender a natureza e o processo de envelhecer, onde a ciência e a sensibilidade se devem combinar para combater o estigma, permitindo que as pessoas mais velhas vivam com qualidade, prevenindo o adoecer mental.

2.1.2 Depressão na pessoa mais velha

Os dados em saúde mental divulgados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em 2023 revelam um panorama mundial complexo e preocupante. Durante a pandemia COVID-19, houve um aumento significativo dos sintomas de ansiedade e depressão em todos os países membros da OCDE. Embora tenha havido alguma recuperação na saúde mental das pessoas após a pandemia, os níveis de sofrimento mental permanecem elevados, devendo ser alvo de reflexão (OCDE 2023).

Em 2022, os dados mostraram uma pequena diminuição na prevalência dos sintomas depressivos, no entanto, esses níveis são pelo menos 20% mais altos do que antes da pandemia (OCDE, 2023).

Portugal já enfrentava desafios significativos em relação à saúde mental, mesmo antes da condição pandémica. De acordo com dados da OMS, Portugal tinha uma das taxas mais altas de prevalência de problemas de saúde mental na Europa (Conselho Nacional de Saúde, 2019). Estima-se que cerca de 25% da população portuguesa sofra de algum tipo de problema de saúde mental durante a sua vida (CNS, 2019; Lilford & Hughes, 2020).

Assistimos hoje a um aumento da prevalência de doenças mentais nas pessoas mais velhas. Cerca de 15% das perturbações que diminuem a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas são do foro mental, sendo a ansiedade e a depressão as mais prevalentes (Lilford & Hughes, 2020).

A depressão, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, Quinta Edição (DSM-V), é caracterizada pela combinação dos vários sintomas que afetam significativamente a funcionalidade da pessoa, no seu dia a dia (American Psychiatric Association, 2013). O diagnóstico de depressão impõe que as pessoas devam ter pelo menos cinco sintomas, durante um período específico de tempo (American Psychiatric Association, 2013):

- Humor deprimido;
- Diminuição do interesse em quase todas as atividades;

- Insónia ou hipersónia;
- Fadiga ou perda de energia;
- Agitação ou retardo psicomotor;
- Ganho de peso por aumento do apetite ou perda de peso por diminuição do apetite;
- Dificuldade em pensar ou concentrar-se;
- Pensamentos sobre morte ou ideação suicida sem um plano específico ou tentativa de suicídio;
- Sentimento de culpa ou de inutilidade.

A depressão resultada de uma combinação de fatores genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da depressão são ser do sexo feminino, baixa condição socioeconómica, histórico familiar de depressão, abuso de bebidas alcoólicas, polimedicação, ocorrência de luto, viuvez, solidão e isolamento social, ausência de suporte familiar ou social e o declínio físico (Costa, 2020).

Compreender a complexidade da depressão nas pessoas mais velhas, incluindo os fatores de risco, é essencial para fornecer intervenções eficazes e individualizadas, dada a vulnerabilidade conhecida desta faixa etária. Esta reflexão, não só promove a qualidade dos cuidados de saúde, como também contribui para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, face ao envelhecimento.

Posto isto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, munido de competências específicas em saúde mental, desempenha um papel crucial na compreensão dos processos de doença mental, e a sua implicação no dia a dia da pessoa. O EEESMP pode ser visto como um instrumento terapêutico, na medida que, a relação que estabelece com a pessoa, num ambiente de confiança e apoio, emprega as suas competências psicoterapêuticas, respondendo às necessidades da pessoa, promovendo o seu bem-estar físico e mental.

2.2 Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na pessoa mais velha

Desde 1881, com a criação da primeira Escola de Enfermagem Portuguesa, na cidade de Coimbra, pelo médico e professor Costa Simões (Simões, 1888), que se almejava formar enfermeiros laicos para a crescente complexidade dos cuidados de saúde a que se assistia na época. Desde então, a Enfermagem registou uma evolução, desde a formação base, à complexificação do exercício profissional, e até ao reconhecimento do seu papel na comunidade científica (Nunes, 2018).

O desenvolvimento do raciocínio clínico, do pensamento crítico e reflexivo, e da tomada de decisão, suportada pela evidência empírica e científica, promoveu a Enfermagem, enquanto ciência, profissão e disciplina do conhecimento (Sequeira & Sampaio, 2020; Nunes, 2018).

Os pressupostos teóricos que suportam uma prática de Enfermagem de excelência, incluem uma avaliação consciente e responsável, um processo diagnóstico, as intervenções planeadas e os resultados obtidos. A sistematização do Processo de Enfermagem permite mobilizar conhecimentos e competências que conduzem ao diagnóstico, tendo em conta a multidimensionalidade e variabilidade da condição humana (Henriques, 2021).

É a Pessoa, em toda a sua dimensão e vulnerabilidade, o objeto da prática profissional do enfermeiro (Nunes, 2018). Mais do que o conhecimento técnico e científico, o enfermeiro deve desenvolver o seu autoconhecimento, alicerçando assim a relação terapêutica, indispensável ao cuidado em Saúde Mental e Psiquiatria.

O cuidado contempla a competência de cuidar das pessoas, não sendo sinónimo de bondade, ultrapassa os procedimentos técnicos, engloba a relação e o compromisso com o outro, tornando-se, por isso, uma ação humanizada (Oliveira & Carraro, 2011).

Todavia, a conceção do cuidado tem percorrido um longo caminho. Se recuarmos à Idade Média, em Portugal, a desordem do pensamento materializava-se na doença mental, onde as pessoas eram isoladas da comunidade, enfatizando assim a discriminação e o cuidado desumano (Abreu, 2021). É no início do século XIX que surge a primeira revolução na saúde mental, pela

mão de Philippe Pinel, ao reconhecer que o louco passa a ocupar o lugar de doente, com direito a tratamento adequado e não ao seu exílio (Abreu, 2021).

Na época atual, reconhecemos a doença mental como peça da vida humana. Assistimos a uma evolução na prestação de cuidados em saúde mental, no que concerne ao combate à discriminação, à integração da pessoa com doença mental na comunidade e ao seu processo de reabilitação.

Sabemos hoje que a eficácia dos cuidados especializados em saúde mental, demonstrada pela evidência científica, sendo promotora da saúde e bem-estar mental, gera ganhos em saúde (Lopes, 2021).

É inegável o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em articulação com a equipa de saúde, por via do seu quadro de competências específicas. No Regulamento das Competências Específicas do EEESMP assume de forma clara que a prestação de cuidados psicoterapêuticos se trata de uma competência específica do mesmo (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

A intervenção psicoterapêutica em Enfermagem, assenta a sua prática num conhecimento disciplinar próprio, numa abordagem integrativa e estruturada, sustentada em sistemas de linguagem classificada em Enfermagem (OE, 2023).

Importa salientar, que as intervenções psicoterapêuticas, enquanto intervenção autónoma do EEESMP, devem ser dirigidas a um diagnóstico de enfermagem, e a sua eficácia deve ser avaliada a partir dos resultados que visam ir de encontro às reais necessidades da pessoa.

2.3 Treino Metacognitivo

Nos últimos anos, o termo “metacognição” tem aliciado o estudo e o desenvolvimento de modelos psicoterapêuticos (Moritz et al., 2018; Moritz & Lysaker, 2018). Este conceito descreve de forma ampla o conhecimento sobre a regulação do processo cognitivo (Flavell, 1976), dito por outras palavras, a metacognição pode ser definida como “pensar sobre o próprio pensamento”, que se concentra na compreensão da função cognitiva (Sequeira & Sampaio, 2020).

O Treino Metacognitivo (TMC), tem por base a terapia cognitivo-comportamental, ancorado na metacognição, objetiva a consciencialização da pessoa sobre os vieses cognitivos que distorcem e desfiguram o processamento da informação (Faissner et al., 2018; Ladegaard et al., 2016).

O TMC foi concetualizado e desenvolvido por Stefen Moritz com os seus investigadores, no ano de 2007, primeiramente desenvolvido para a psicose, e comprovada a sua eficácia, tendo por isso impulsionado o desenvolvimento, a adaptação e a aplicação do TMC em outras patologias psiquiátricas (Pinho et al., 2020).

O Treino Metacognitivo para a pessoa com depressão (D-MCT) pretende diminuir os sintomas depressivos, levando a pessoa a questionar as suas crenças cognitivas e metacognitivas, através de exercícios lúdicos e criativos (Jelinek, et al., 2017).

Sabemos hoje, que a ausência do diagnóstico de depressão, conduz a resultados desfavoráveis na funcionalidade e no bem-estar da pessoa (OMS, 2021). O tratamento desta perturbação, passa não só pela psicofarmacologia, mas também pela aplicação de intervenções psicoterapêuticas aplicadas pelo EEESMP.

A evidência diz-nos que o D-MCT, enquanto intervenção psicoterapêutica, se apresenta como sendo segura e eficaz, entre os 18 e os 60 anos (Jelinek, 2017). Todavia, dada a complexidade desta faixa etária, a aplicação desta intervenção, exigiu uma adaptação dos conteúdos. Razões como o declínio cognitivo, a diminuição da funcionalidade, a multimorbilidade, a reforma, o sentimento de ninho vazio e a perda de amigos, demonstram a vulnerabilidade das pessoas mais velhas.

Uma equipa de investigadores, realizou um estudo piloto, em que pretendia observar a eficácia do D-MCT para a pessoa mais velha. Os resultados foram promissores, viabilizando assim, o desenvolvimento prometedora do Treino Metacognitivo para a pessoa mais velha com depressão (MCT-Silver) (Schneider et al., 2018).

O MCT-Silver baseia-se nos fundamentos teóricos cognitivo-comportamentais do D-MCT, que visa modificar os vieses cognitivos e crenças disfuncionais, capacitando a pessoa a reconhecer e corrigir os padrões de pensamento (Sequeira & Sampaio, 2020). O MCT-Silver é composto por oito sessões, sistematizada na tabela que segue:

Tabela nº 1 – *Módulos de 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., 2022).*

Módulo	Título	MCT-Silver (viés cognitivo)
1	<i>Pensar e Raciocinar 1</i>	Filtro mental, sobre-generalização
2	<i>Memória</i>	Distorção de memória, mudanças na memória devido ao envelhecimento
3	<i>Pensar e Raciocinar 2</i>	Afirmações “deveria”, aceitação das mudanças de vida
4	<i>Valores</i>	Identificar estratégias e valores para viver uma vida baseada em valores
5	<i>Pensar e Raciocinar 3</i>	Ampliação ou Minimização, estilo depressivo atributivo
6	<i>Comportamentos e Estratégias</i>	Estratégias comportamentais disfuncionais: isolamento social, ruminação, supressão de pensamentos
7	<i>Pensar e Raciocinar 4</i>	Tirar conclusões precipitadas, leitura da mente, adivinhação (catastrofizar)
8	<i>Autoestima</i>	Autoestima, mudança de perceções negativas próprias através de imagens

2.3.2 Treino Metacognitivo na Depressão: intervenção psicoterapêutica

Os estudos dizem-nos que a pessoa com depressão processa a informação preferencialmente com conteúdo negativo, que apresenta dificuldade em distanciar-se dessa negatividade (Gotlib & Joormann 2010; Balsamo et al., 2018), e que, tendencialmente generaliza os seus erros e fracassos (Carver, 1998).

O MCT-Silver visa melhorar a consciência dos vieses cognitivos e a subjetividade de pensar, de modo a criar distância de pensamentos negativos e aumentar a flexibilidade cognitiva (Moritz et al., 2018).

O treino de “pensar sobre o próprio pensamento”, aborda não só o conteúdo, como também a própria perceção do pensamento (Moritz et al, 2018). A disfuncionalidade do pensamento, a autoestima diminuída, o pensamento negativo e consciencialização comprometida, comprovam a necessidade da intervenção autónoma do EEESMP. Este, assume um papel de notória relevância, dotado de competências específicas, tendo como objetivo assistir a pessoa na modificação dos seus comportamentos, cognições e emoções (Sampaio et al., 2017).

O MCT-Silver, enquanto intervenção psicoterapêutica aplicada pelo EEESMP, pretende dar resposta ao diagnóstico de enfermagem humor depressivo (Sequeira & Sampaio 2020) e deve avaliar a sua eficácia a partir dos resultados na melhoria dos sintomas depressivos (Sequeira & Sampaio, 2020).

O processo de sistematização da intervenção psicoterapêutica deve sustentar-se no modelo de intervenção psicoterapêutico em enfermagem, abordado no capítulo seguinte (OE, 2023). O EEESMP deve apoiar-se numa abordagem integrativa e de forma dinâmica para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem. Após a identificação do diagnóstico de enfermagem, importa decidir quais as intervenções a executar, e aplicá-las em contexto de internamento ou ambulatório.

É consensual, que a execução destas intervenções, deve ser precedida da avaliação do estado mental da pessoa. Avaliação essa, que deve ter em conta aspetos como o comportamento

e a preservação cognitiva, e que permite excluir as pessoas que apresentam estado confusional e/ou déficit cognitivo grave (Sampaio et al, 2017).

Concluindo, a intervenção psicoterapêutica assente num conhecimento disciplinar próprio e sistematizado, deve ser aplicada pelo EEESMP. Este, deve fundamentar a escolhas das intervenções em referenciais teóricos já existentes, passíveis de dar resposta ao diagnóstico de enfermagem identificado (OE, 2023).

2.4 Contributo da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau

O ser humano, provido de complexidade e capacidade de reflexão, tendo evoluído a partir da sua necessidade em compreender o mundo (Descartes, 2021). A simbiose com o ambiente em que se insere, geram percepções, ideias e interpretações da realidade (Locke, 2014). Todavia, o caráter subjetivo das percepções sensoriais, resulta na procura por formas de conhecimento e pensamento mais sistematizadas (Locke, 2014). Por isso, surgem as teorias e os modelos, criados de forma estruturada e coerente, capazes de resistir ao julgamento crítico.

As teorias e os modelos em saúde, sustentam o seu conhecimento nas ciências naturais e nas ciências humanas. O facto de as ciências naturais compreenderem os processos fisiopatológicos centrados na doença, negligenciam a visão holística do ser humano. Em contrapartida, as ciências humanas estudam os aspetos da existência e comportamento humanos, integrando valores e subjetividade nos seus estudos (Butts & Rich 2011). Logo, em saúde, a integração destes dois ramos da ciência, permite prover soluções completas e centradas na pessoa.

Ao longo de toda a humanidade, as teorias desempenham um papel crucial na evolução do conhecimento, na medida que, sustentam conceptualmente os fenómenos complexos que emergem na vida do Homem.

Os modelos e paradigmas explicativos dos fenómenos em saúde, permitem explicar conceitos como saúde e doença, e são utilizados pelos profissionais de saúde para fundamentar a sua prestação de cuidados, almejando ganhos em saúde (Lopes, 2021).

Sabemos hoje, que a harmonização entre a evidência científica e as teorias em enfermagem, concedeu significado ao conhecimento e permitiu reconhecer a enfermagem como disciplina e profissão (Nunes, 2018).

No exercício da profissão de enfermagem, o EEESMP distingue-se pela sua formação e pela abordagem holística, numa equipa multidisciplinar, bem como pela sua conduta ética e deontológica no cuidar. É essencial que o EEESMP agregue a dimensão científica, técnica e

humana, suportando assim a tomada de decisão e a implementação das intervenções, em prol de maiores níveis de saúde e bem-estar da pessoa (Nunes, 2018).

Assim, os cuidados de enfermagem centram-se na relação estabelecida com a pessoa, tendo por objetivo promover a consecução do seu projeto de saúde. Esta relação interpessoal surge como um processo terapêutico, dinâmico e de parceria. Segundo a filosofia de Heidegger, a experiência humana de estar num mundo de significados e preocupações, materializa-se no cuidado, o que significa que compreendemos e nos preocupamos, com a relação com o outro e com o mundo (Oliveira & Carraro 2011).

Posto isto, de forma a sistematizar o recurso à intervenção psicoterapêutica, por parte do EEESMP, o modelo teórico escolhido como âncora concetual e referência estrutural, foi a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau.

Hildegard Peplau, nasceu em 1909 e deixou-nos aos 89 anos, considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica, porém, o seu contributo para a profissão de enfermagem, transcende em muito a sua especialização (Tomey & Alligood 2002).

Foi em 1952 que surge a sua obra intitulada, "*The interpersonal relations in nursing*", que gerou uma mudança paradigmática na natureza do processo relacional do enfermeiro, caracterizando-o sem ambiguidade e numa base científica (Lopes, 2006). Uma teoria de médio alcance, em que o conhecimento retirado da ciência comportamental e do modelo psicológico, conceptualiza a pessoa, como sendo parceiro no processo de enfermagem. A estrutura conceptual desta teórica permitiu que o enfermeiro se distanciasse da doença e procurasse explorar os sentimentos e comportamentos da pessoa e incluí-los nas intervenções de enfermagem (Peplau, 1992).

As relações descrevem comportamentos que ocorrem na interação do enfermeiro com a pessoa. O enfermeiro deve desenvolver relações interpessoais devidamente estruturadas através de um processo faseado (Lopes, 2006). Este processo relacional aos olhos de Peplau, desenvolve-se em quatro fases: Orientação, Identificação, Exploração e Resolução:

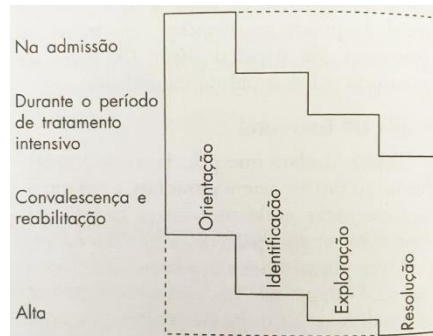


Figura nº1 – Fases que se sobrepõem na relação enfermeiro e pessoa, retirado do livro “Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem)” (Tomey, & Alligood 2002).

Na fase de orientação, o enfermeiro ajuda a pessoa a reconhecer e a compreender o seu problema, enaltecendo a importância do pedido de ajuda. Na segunda fase, a pessoa reconhece que o enfermeiro o pode ajudar, na medida que, explora os pensamentos e sentimentos, para que a pessoa encare a doença como uma experiência que reorganiza os sentimentos e revigora a força positiva da personalidade. Na fase de exploração, a pessoa tende a retirar a completa significância da relação estabelecida, desafiando o enfermeiro a projetar novas metas a partir do esforço pessoal e da deslocação do poder para a pessoa. Na última fase, a pessoa distancia-se das antigas metas e abraça novos objetivos, desprendendo-se da identificação da enfermeira.

Ao longo das diversas fases da relação, Peplau descreve seis papéis do enfermeiro: papel de estranho, papel de pessoa de recurso, papel de professora, papel de líder, papel de substituta e papel de conselheira. A sua lógica baseia-se no raciocínio indutivo, pois recolhe ideias a partir da observação do particular e aplica-as no geral, desenvolvendo cada relação baseada na compreensão e na simplicidade. Acreditava que a generalidade da sua teoria, permitia que os enfermeiros aplicassem os seus princípios em qualquer área das suas vidas (Tomey, & Alligood 2002).

Posto isto, a teorização de Peplau centrada na relação terapêutica, concomitante com o quadro de competências específicas da formação avançada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, leva-nos a afirmar que o EEESMP atua como instrumento terapêutico. A relevância deste processo relacional entre o enfermeiro e a pessoa, resultou na necessidade de constituir a relação terapêutica como intervenção, competência e indicador da qualidade dos cuidados.

2.5 Mapa concetual

A elaboração de um mapa conceptual permite organizar e representar visualmente a informação e os seus principais conceitos. A sua estruturação possibilita organizar o pensamento, facilitar a compreensão, melhorar a memorização e potenciar a tomada de decisão.

A sistematização dos conceitos no presente mapa concetual, permite relacionar as fases do processo de cuidados planeado pelo EEESMP.

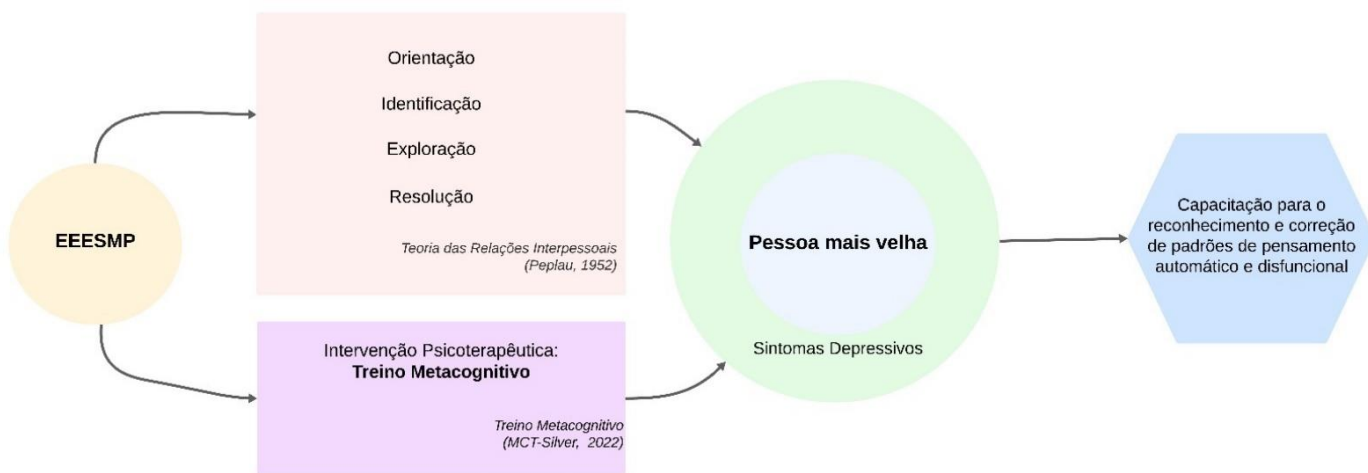


Figura nº 2 – *Mapa conceptual*

Tendo como objetivo geral a aquisição de competências do EEESMP, a elaboração do mapa concetual possibilitou a sistematização dos conceitos, relacionando-os entre si. Tendo como referencial teórico a Teoria das Relações Interpessoais e o seu contributo para a disciplina de enfermagem, planeámos a aplicação de uma intervenção psicoterapêutica, autónoma de enfermagem, (MCT-Silver), de forma a responder aos diagnósticos de enfermagem identificados nas pessoas mais velhas com sintomas depressivos. Incorporou uma perspetiva holística, reconhecendo a individualidade e a vulnerabilidade, permitindo assim a aplicação do MCT-Silver no grupo terapêutico. Esta intervenção visa capacitar a pessoa para o reconhecimento e correção de padrões de pensamento automático e disfuncional. Os resultados deste processo de cuidados em saúde mental procuraram a diminuição dos sintomas depressivos, contribuindo para a qualidade de vida e promovendo ganhos em saúde.

3. CONTEXTO DE ESTÁGIO

O presente relatório pretende ser o reflexo do processo de aquisição de competências de EEESMP, adquiridas em dois contextos de estágio, ambos realizados na mesma Unidade Local de Saúde.

As Unidades Locais de Saúde (ULS) são organizações de saúde integradas em Portugal, destinadas a proporcionar uma resposta coordenada e contínua às necessidades de saúde da população numa determinada área geográfica. Estas unidades combinam cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados promovendo a eficiência na utilização dos recursos e garantindo a qualidade e humanização dos serviços prestados.

3.1 Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS, opera na prevenção primária, secundária e terciária na esfera da Psiquiatria e Saúde Mental, no Alentejo. Tem como principal missão promover a Saúde Mental, tratar as doenças psiquiátricas, em ambulatório ou internamento, e assegurar a reabilitação e reinserção socioprofissional e familiar dos doentes.

É constituído pelo Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos e pela Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, sendo a sua equipa composta por Assistentes Técnicos, Assistentes Operacionais, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Psiquiatras, Pedopsiquiatra, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais e Terapeutas da Fala.

O SPSM de Adultos funciona como uma unidade própria, que presta cuidados assistenciais em ambulatório, garantindo uma intervenção individualizada a cada pessoa, respeitando o seu posicionamento familiar e social e promover um acompanhamento multidisciplinar em associação com os cuidados de saúde primários e com o setor social.

3.1.1 Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos em Internamento

A Unidade de Internamento de Doentes Agudos destina-se ao internamento de curta duração de utentes com patologia do foro psiquiátrico em fase aguda. Os internamentos acontecem sob decisão médica e efetuam-se através do Serviço de Urgência ou da Consulta Externa, sempre que houver indicação clínica urgente e que não seja possível resolver em ambulatório.

3.1.2 Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos em Ambulatório

O modelo de saúde mental comunitária implica uma perspetiva bio-psico-social das questões relacionadas com a saúde e a doença mental. O SPSM assegura e preconiza equidade no acesso aos cuidados psiquiátricos, o tratamento na comunidade, o respeito pelos direitos humanos, sempre numa visão de reabilitação, promoção do autocuidado e da integração social das pessoas e famílias.

O SPSM de adultos em ambulatório, concretizado pela equipa comunitária, envolve visitas domiciliárias ou institucionais, consultas multidisciplinares, contactos telefónicos ou via e-mail, gestão de situações de crise, intervenção psicoeducacional e consultoria aos cuidados de saúde primários. A intervenção da equipa comunitária centra-se no acompanhamento das pessoas e das suas famílias, evitando assim o internamento agudo.

4. ESTÁGIO NO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DE ADULTOS EM INTERNA- MENTO

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos em Internamento destina-se à prestação de cuidados especializados a pessoas que vivenciam agudizações severas da sua situação de doença mental. Este serviço engloba a prestação de cuidados 24 horas por dia, oferecendo um ambiente seguro e controlado, perspetivando o controlo célere dos sintomas agudos.

A equipa multidisciplinar reúne semanalmente e sempre que necessário, de modo a planear intervenções terapêuticas individualizadas e em consonância com as necessidades das pessoas.

A prioridade passa por garantir a segurança, aliviar os sintomas e capacitá-la para a continuidade do seu processo de cuidados, face à sua condição de saúde/doença mental.

Ao longo do estágio em contexto de internamento, houve oportunidade de intervir junto de várias pessoas, com patologias do foro psiquiátrico bastante díspares.

Foram realizadas várias entrevistas clínicas individuais, que integram não só a observação e a recolha de informação como também permitem a avaliação do estado mental das pessoas. Esta avaliação integrada possibilitou a identificação dos diagnósticos de enfermagem, o planeamento e implementação das intervenções, permitindo monitorizar e avaliar os resultados da sua eficácia, adaptando o plano de cuidados às necessidades da pessoa, tendo em conta a sua singularidade e vulnerabilidade. Esta oportunidade, permitiu a aquisição de competências no âmbito da implementação de intervenções psicoterapêuticas, individuais, centradas nas respostas humanas ao seu processo de saúde/doença mental e às transições (Regulamento n.º 515/2018).

Foi também nas entrevistas clínicas individuais que as pessoas expressaram os seus sentimentos, preocupações e experiências, potenciando assim a relação psicoterapêutica estabelecida. Essa relação foi basilar para a promoção de um ambiente de confiança, permitindo incentivar a colaboração e adesão da pessoa ao seu planeamento de cuidados.

Ancorado no raciocínio clínico e na metodologia do Processo de Enfermagem, a título de exemplo, apresentamos o planeamento de algumas intervenções e atividades psicoterapêuticas, dirigidas a uma pessoa selecionada, com mais de 60 anos e com sintomas depressivos.

Avaliação Inicial

Pessoa do sexo feminino, com 66 anos de idade e reside sozinha em casa própria com condições de habitabilidade garantidas. Viúva, com apenas um filho, este que reside na mesma cidade e com disponibilidade para apoiar a mãe face à sua condição de saúde/doença mental. Insere-se numa situação socioeconómica de classe baixa, reformada e com o 4º ano de escolaridade. A mesma nega hábitos toxicológicos, referindo ser uma pessoa preocupada com a sua saúde.

Está diagnosticada com Depressão, segundo a classificação do DSM-V, com início dos sintomas coincidente com o processo de luto, pela perda do seu marido, enquanto pessoa significativa. A apresentar episódios de agudização da sintomatologia, com padrão sazonal no início do Verão e do Inverno, com ansiedade persistente relacionada com a perda, insatisfação e sentimento de vazio com desinteresse no futuro, pela fraca adesão ao regime terapêutico motivada pelos efeitos adversos, e por apresentar um comportamento não adaptativo face à perda, com implicações na funcionalidade e na qualidade de vida.

Segundo o Exame de Avaliação do Estado Mental, no domínio da aparência, atitude e comportamento, a pessoa apresenta uma aparência cuidada e coincidente com a sua idade. Apresenta-se com um fâcies entristecido e com uma linguagem não verbal que refletem desânimo e com olhar evitante, no entanto com uma atitude colaborante para conosco. Não foram observados quaisquer movimentos distónicos, automatismos ou alterações do movimento. No domínio da avaliação da consciência, a pessoa encontra-se em score 15 na Escala de Coma de Glasgow. No processo de cognição, encontra-se orientada na pessoa, no tempo e no espaço, sem serem encontradas quaisquer alterações na memória. Apresenta dificuldade em concentrar-se, referindo estar sempre com o seu pensamento focado na perda, apresentando por isso um humor depressivo. No âmbito do discurso e da linguagem, comunica espontaneamente, ainda que de forma lenta e num tom de voz baixo. Apresenta um pensamento perseverante, pois ao sobrevalorizar o sentimento de perda, este emerge sistematicamente em

detrimento de outros. Por último, apresenta *insight* pela capacidade em reconhecer a sua situação de doença mental, no entanto, mostra dificuldade em reconhecer a importância da ajuda e do tratamento.

Planeamento e Implementação das Intervenções

Após a avaliação inicial, adotando a linguagem definida para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2016) identificámos vários diagnósticos de enfermagem, dos quais destacamos apenas dois para o planeamento de cuidados: *Processo de Luto Comprometido e Ansiedade Presente*.

Processo de Luto Comprometido

Resultado Esperado: Processo de Luto Melhorado

Intervenções de Enfermagem: Executar escuta ativa; Executar relação de ajuda; Executar apoio emocional; Apoiar no processo de luto; Instruir a pessoa sobre estratégias facilitadoras do processo de luto; Incentivar o apoio/suporte da família

Resultados: No decorrer do processo de cuidados, ambicionámos que a pessoa melhorasse o seu processo de luto. Para isso, a relação terapêutica estabelecida, numa atmosfera de confiança e cooperação, permitiu que a pessoa expressasse os seus sentimentos, emoções, medos e angústias associados à perda. Acrescentamos que, também a partilha de experiências de perdas anteriores, se mostrou eficaz, visível não só na mudança do olhar, inicialmente desviante e no final já mais próximo, como no fâcies menos entristecido. Essa partilha foi facilitada pela escuta ativa e pelo apoio emocional, e a sua avaliação possibilitou concluir a eficácia das nossas intervenções. O apoio no processo e na instrução sobre as estratégias facilitadoras do processo de luto, foram executadas a partir do aconselhamento enquanto intervenção psicoterapêutica, e foi verificada a sua eficácia, pelo facto da pessoa no final reconhecer a necessidade de pedir ajuda especializada. Ao incluir e instruir o seu filho no processo de cuidados, enquanto pessoa significativa, permitiu que este fosse visto como a sua rede de suporte numa situação pós-alta do internamento. A aplicação da psicoeducação junto do filho foi eficaz, na medida que, a sua envolvimento, dando como exemplo as suas visitas diárias

ao internamento, a sua atenção para com a situação de doença com a mãe e a sua participação nas entrevistas clínicas individuais, suscitaram um sentimento de conforto e confiança para a pessoa.

Ansiedade Presente

Resultado Esperado: Ansiedade diminuída

Intervenções de Enfermagem: Executar escuta ativa; Executar relação de ajuda; Executar apoio emocional; Executar relaxamento; Promover a interação social a partir do “passeio terapêutico”.

Resultados: No decorrer do processo de cuidados, ambicionámos a diminuição da ansiedade na pessoa. Para isso, a relação terapêutica estabelecida, baseada no respeito, na confiança e na empatia, permitiu que a pessoa expressasse os seus medos e angústias causadores de ansiedade. Acrescentamos que, esta relação, enquanto intervenção psicoterapêutica, se mostrou eficaz, não só na mudança da postura e do olhar da pessoa, como a própria referir inúmeras vezes “(...) *vir aqui conversar consigo deixa-me menos ansiosa (...)*” (sic) e “(...) *faz-me bem falar dos medos que tenho (...)*” (sic). A sessão de relaxamento, enquanto intervenção psicoterapêutica contemplou as técnicas de relaxamento muscular modificado e exercícios de respiração profunda, induzindo um estado de bem-estar através do tónus muscular. Com a avaliação dos sinais vitais antes e depois da sessão, permitiu identificar uma diminuição da frequência cardíaca e da tensão arterial, comprovando o resultado benéfico da intervenção. O facto de promovermos um alívio no tónus muscular, levou a que nos dissesse “(...) *sinto-me menos ansiosa, até sinto o corpo mais leve (...)*” (sic), tendo por isso ganhos no bem-estar físico da pessoa e na diminuição da ansiedade. Por último, o “passeio terapêutico”, enquanto intervenção psicoterapêutica, o ambiente ao livre e a sensação de calma e tranquilidade em contacto com a natureza, não só potenciou a relação terapêutica, como permitiu a partilha de experiências com outras pessoas. Durante o internamento, o facto das pessoas se sentirem fechados no próprio serviço, por si só é causador de ansiedade, pelo que o passeio terapêutico se mostra eficaz na redução desses sintomas. Podemos ainda validar a satisfação da pessoa, pelo

facto de a mesma ter partilhado vontade de repetição da atividade, afirmando *“foi tão bom, que amanhã devíamos fazer outra vez”* (sic).

Na última semana de estágio, foi sugerido a algumas das pessoas internadas, que caso a sua condição de saúde permitisse e que já tivessem regressado ao seu domicílio, poderiam participar no grupo terapêutico para a aplicação do MCT-Silver, enquanto intervenção psicoterapêutica.

5. ESTÁGIO FINAL

5.1 Metodologia

A Metodologia desempenha um papel crucial no presente relatório, funcionando como alicerce que sustenta a estrutura e a validade dos resultados obtidos. Além disso, oferece o caminho pelo qual podemos colher, interpretar e analisar os dados, garantindo o rigor e a confiabilidade do projeto, contribuindo significativamente para o avanço do conhecimento na disciplina de Enfermagem.

A Enfermagem de Saúde Mental intervém “*perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição*” (Regulamento n.º 515/2018), logo, a intervenção do EEESMP requer um método sistematizado, eficiente e rigoroso, para uma tomada de decisão centrada na pessoa, baseada em evidência científica.

Posto isto, o instrumento metodológico utilizado neste relatório baseia-se no Processo de Enfermagem, como sendo um processo dinâmico que exige raciocínio e pensamento crítico. Os cinco momentos deste processo (avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, intervenção, implementação e avaliação final) visam sustentar o EEESMP no seu processo de formulação de diagnósticos de enfermagem, consequentemente o planeamento de cuidados (Riegel et al., 2023).

Todavia, a evidência diz-nos que a aplicação do Processo de Enfermagem deve sustentar-se também nos referenciais teóricos e filosóficos das teorias de enfermagem (Riegel et al., 2023). Logo, tendo como referencial teórico a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, abordada no capítulo anterior, a relação entre o EEESMP e a pessoa, funciona como vínculo terapêutico, numa abordagem holística e individualizada, promovendo a autonomia, a funcionalidade e o bem-estar da pessoa.

5.1.1 Diagnóstico da situação

Sabemos hoje que Portugal enfrenta os desafios decorrentes do envelhecimento da população, logo, a inovação dos modelos de cuidados deve centrar-se nas pessoas mais velhas. Não só o declínio físico, psicológico e cognitivo, mas também a solidão, contribuem para o agravamento de sintomas depressivos, com implicações significativas na saúde mental (Lopes, 2021). Assim sendo, optámos por centralizar o presente relatório, na pessoa mais velha, com sintomas depressivos, inseridos no SPSM de Adultos em Ambulatório.

Como forma de intensificar os esforços para promover o bem-estar mental das pessoas mais velhas, promovendo também uma cultura de sensibilização e combate ao estigma em relação às questões de saúde mental no envelhecimento, optámos por aplicar uma intervenção psicoterapêutica, autónoma do EEESMP, que mostrasse resultados benéficos na redução dos sintomas depressivos.

A intervenção que aplicámos, o MCT-Silver descrita no capítulo 2, visa a modificação dos vieses cognitivos e crenças disfuncionais, capacitando as pessoas mais velhas para reconhecerem e corrigirem os padrões de pensamento, muitas vezes inconscientes (Sequeira & Sampaio, 2020). Dito por outras palavras, pretende-se que a pessoa reflita sobre os seus pensamentos negativos e se consciencialize dos mesmos, modificando-os (Sequeira & Sampaio, 2020).

A intervenção psicoterapêutica, Treino Metacognitivo, aplicada neste estágio, foi englobada 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 – Um acordo de Cooperação Científica entre Portugal e a Alemanha, aprovado pela Administração e pela Comissão de Ética. A colaboração com o grupo de trabalho que conduziu esta investigação, a exigência e o rigor da metodologia do projeto, permitiu a aquisição da competência comum de enfermeiro especialista, que descreve que a nossa prática clínica deve basear-se em evidência científica.

A aplicação do MCT-Silver obriga a formação específica em Treino Metacognitivo na Depressão, pelo que os enfermeiros que aplicaram esta intervenção psicoterapêutica, receberam

essa formação, certificada pela Professora Doutora Lara Guedes de Pinho, enquanto investigadora principal do projeto.

No DPSM planeámos uma sessão de formação em serviço para divulgação do MCT-Silver, pelo que, apresentamos o plano de formação:

Tabela nº2 - *Plano da sessão de formação em serviço para divulgação do projeto MCT-Silver*

Plano de sessão: Treino Metacognitivo na Depressão (MCT-Silver)	
Data	25 setembro 2023
Duração	8 horas
População	EEESMP no SPSM de Adultos
Local	Gabinete de enfermagem
Objetivo Geral	Divulgar a aplicação do Treino Metacognitivo na pessoa mais velha com sintomas depressivos
Objetivo Específicos	Adquirir conhecimentos obre o MCT-Silver Adquirir conhecimentos sobre as indicações e contra-indicações para aplicação do MCT-Silver Adquirir conhecimentos sobre os princípios estruturais dos módulos do MCT-Silver

No SPSM de Adultos, outrora, funcionaram alguns grupos terapêuticos. No entanto, com o advento da pandemia, os grupos findaram. Posto isto, em reunião de equipa multidisciplinar, planeámos o processo de rastreamento e identificação de pessoas mais velhas com sintomas depressivos. Numa primeira fase, analisámos criteriosamente o processo clínico da pessoa. Posteriormente, foi agendada Consulta de Enfermagem Individual, não só para realização da Avaliação Inicial, mas também, para lhe ser fornecida informação detalhada sobre os objetivos e procedimentos envolvidos, garantindo o consentimento informado.

De tal forma, seleccionámos um grupo terapêutico composto por doze pessoas, sujeito à Avaliação Inicial, possibilitando o início da estruturação do processo de cuidados.

5.2 Avaliação inicial

A avaliação inicial, contempla não só a observação e a aplicação de instrumentos de avaliação clínica, como também a entrevista clínica individual semiestruturada. Nesta fase, são compilados os dados recolhidos sobre o histórico de saúde, multimorbilidade pessoal e familiar, situação de saúde e doença atuais e avaliação do estado mental. O EEESMP analisa e interpreta a informação, livre de preconceitos e juízos de valor, objetivando identificar os diagnósticos de enfermagem, planear as intervenções, de modo a produzir um resultado de enfermagem (Borges et al., 2020). Importa salientar, que a avaliação inicial, realizada em contexto de Consulta de Enfermagem, garante não só a individualidade como também a privacidade da pessoa.

Tendo em consideração o que foi dito anteriormente, é sustentado na Avaliação Inicial da pessoa, que o EEESMP se consciencializa da sua esfera de atuação, agindo em sintonia com o seu quadro de competências e que sejam do domínio científico da profissão de enfermagem.

O recurso à observação e à entrevista, sem que sejam identificados fatores que impeçam a sua concretização, permite avaliar a funcionalidade da pessoa, pelo facto de relacionar a avaliação do estado físico com a avaliação do estado mental, possibilitando que o EEESMP conheça a perceção da pessoa sobre o próprio estado de saúde ou doença, obliterando opiniões pessoais e resistindo ao senso comum.

É durante a primeira fase, em contexto de Consulta de Enfermagem, que o EEESMP procura estabelecer e fortalecer o desenvolvimento da relação terapêutica. Para isso, é basilar existir um ambiente seguro e de confiança entre a pessoa e o EEESMP, propício ao autoconhecimento de ambos, tal como defende Peplau. Esta relação assume-se como uma intervenção autónoma e psicoterapêutica de enfermagem (Coelho et al., 2020), que surge para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados.

O grupo terapêutico seguiu critérios de inclusão como idade igual ou superior a 60 anos, domínio básico da língua portuguesa e capacidade de consentir livremente a sua participação no projeto. Todavia, critérios como sintomas psicóticos, delírios e alucinações, demência e ideação suicida aguda, excluía a possibilidade de integrar o grupo terapêutico.

Reforçando que, à luz da lei, a proteção de dados em saúde é fundamental para garantir a confidencialidade, integridade e disponibilidade das informações das pessoas, optámos pela apresentação do valor médio da pontuação final dos instrumentos de avaliação clínica, promovendo assim a segurança e o respeito à privacidade em ambiente clínico e de investigação.

Posto isto, aplicámos os seguintes instrumentos de avaliação clínica:

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

O *PHQ-9* foi desenvolvido por Kroenke et al. (2001) com o objetivo de avaliar a presença de sintomas depressivos. Adaptado e validado para a população portuguesa por Monteiro et al (2013). Este instrumento contém nove itens que avaliam a gravidade da sintomatologia associada à depressão, numa escala de 4 pontos onde o “0” corresponde a “nunca” e o “3” corresponde a “quase todos os dias”. A pontuação final, varia de 0 a 27, onde pontuações entre 0 e 4 indicam depressão mínima e pontuações entre 20 e 27 indicam depressão grave (Kroenke, 2001).

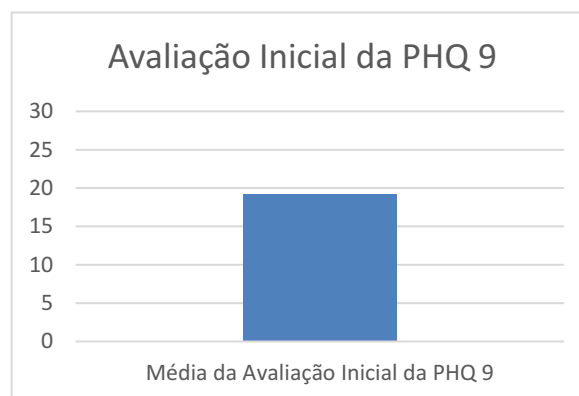


Gráfico nº1 - Avaliação inicial: PHQ 9

Escala da Autoestima de Rosenberg (RSES)

A RSES foi desenvolvida por Morris Rosenberg (1965), com o objetivo de avaliar a autoestima da pessoa e o quanto a própria se valoriza. Adaptada e validada para a população portuguesa por Ferreira & Meek (2001). A pontuação final varia de 10 a 40, e quanto maior for a pontuação, maior será o grau de autoestima. Numa escala de 4 pontos, as respostas possíveis são “1” que corresponde a “concorda fortemente” e “4” corresponde a “discorda totalmente”. Pontuações superiores a 25 demonstram uma autoestima saudável (Ferreira & Meek, 2001).

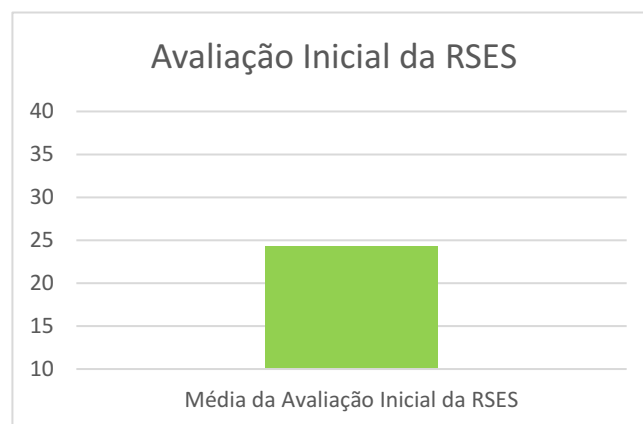


Gráfico nº3 - Avaliação inicial: RSES

Os instrumentos de avaliação clínica fornecem-nos uma abordagem estruturada e objetiva para a recolha de informação sobre a pessoa, não só pelo facto de padronizarem a colheita de dados como também facilitam a comparação e análise dos resultados. A evidência estatística dos resultados da avaliação inicial, dizem-nos que a pontuação média da *PHQ 9* foi de 19 pontos (\bar{x} 19), pelo que apresentam sintomas depressivos, num grau de depressão moderada. Já na RSES, a pontuação média do grupo terapêutico é de 24 pontos, levando-nos a concluir que as pessoas apresentam uma autoestima abaixo do nível saudável.

5.1.2 Diagnósticos de enfermagem

Os resultados obtidos a partir da observação, da aplicação dos instrumentos de avaliação clínica (*PHQ 9 e RSES*) e da entrevista clínica individual, viabilizaram o rigor na formulação dos diagnósticos de enfermagem, permitindo o planeamento das intervenções psicoterapêuticas, centradas na resolução dos problemas e na prática de cuidados de enfermagem individualizados.

Os resultados dessa avaliação conduziu-nos à identificação de dois diagnósticos de enfermagem: Humor depressivo presente e Autoestima diminuída.

O Humor depressivo é definido como uma *“Emoção negativa: sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia”* (OE, 2016, pp.73) e a Autoestima entendida por *“Opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva (OE, 2023, pp.13)”*.

Como tal, e de forma a dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados, no âmbito da saúde mental, avançámos para o planeamento de uma intervenção psicoterapêutica, passível de ser aplicada pelo EEESMP. A intervenção escolhida deverá ter definidos os princípios estruturais, o número e a duração das sessões e o conteúdo de cada uma delas (OE, 2023).

A intervenção psicoterapêutica deve ancorar-se na relação terapêutica e na comunicação interpessoal entre o EEESMP e a pessoa, sendo o seu principal objetivo a mudança ou a redução dos sintomas depressivos, identificados aquando da avaliação inicial (OE, 2023).

Já abordado no capítulo anterior, a evidência científica diz-nos que o Treino Metacognitivo para a pessoa com depressão (D-MCT) diminui os sintomas depressivos, levando a pessoa a questionar as suas crenças cognitivas e metacognitivas, através de exercícios lúdicos e criativos (Jelinek et al., 2017), capacitando a pessoa a reconhecer e corrigir os padrões de pensamento (Sequeira& Sampaio, 2020).

Posto isto, o processo de sistematização do Treino Metacognitivo para a pessoa mais velha (MCT-Silver) e a sua eficácia comprovada, apresenta-se como uma boa decisão clínica, para ser

aplicada pelo EEESMP ao grupo terapêutico, dirigida aos diagnósticos de enfermagem identificados.

Finalizada a avaliação inicial, onde identificámos os diagnósticos de enfermagem e consequentemente decidimos qual a intervenção psicoterapêutica mais adequada, com base na mais recente evidência, foi-nos possível adquirir a competência de avaliação global das necessidades em saúde mental de um grupo de pessoas, nos seus diversos contextos, através da avaliação das respostas humanas à transição de desenvolvimento e de saúde mental do utente, segundo o Regulamento n.º 515/2018, da Ordem dos Enfermeiros.

5.3 Planeamento e Intervenção

O início da intervenção psicoterapêutica é marcado, desde logo, pelo estabelecimento de uma aliança entre o EEESMP e a pessoa, que se denomina como relação terapêutica.

Num ambiente de confiança e apoio, o EEESMP deve distanciar-se de um interrogatório sistemático e de juízos de valor, sendo facilitador da exploração de pensamentos e sentimentos da pessoa (OE, 2023). O autoconhecimento do EEESMP é basilar, evitando que as próprias emoções e sentimentos dificultem a objetividade da sua intervenção psicoterapêutica com a pessoa.

O ponto de partida da relação terapêutica, pretende-se no compromisso estabelecido entre a pessoa e o EEESMP, para a concretização mútua do plano de cuidados, dirigido e individualizado, aos diagnósticos de enfermagem. Ressalvamos ainda, que a definição de papéis e o esclarecimento das regras, previnem as dificuldades durante a intervenção.

Importa salientar que o MCT-Silver é uma intervenção psicoterapêutica grupal, todavia todo o processo de cuidados é centrado na individualidade de cada pessoa. Numa meta-análise, que comparou a eficácia de intervenções individuais com as grupais, concluíram que não foram encontradas diferenças a nível dos resultados (McRoberts et al., 1998).

Não só a partilha em grupo, mas também o *feedback* das pessoas, com necessidades de saúde semelhantes, podem constituir-se como suporte ou referência, ajudando-se entre si na resolução de problemas (OE, 2023). Os estudos mostram que o suporte social proveniente das

intervenções grupais com pessoas mais velhas, estimulam a partilha de vivências e memórias, melhorando a satisfação e o bem-estar das pessoas (Morgado et al., 2023).

Em intervenções psicoterapêuticas grupais, critérios como motivação, compromisso, expectativas relativamente à intervenção psicoterapêutica, ou até mesmo dificuldades na gestão pessoal, tornam os grupos únicos, reconhecendo o sucesso da intervenção no binómio entre com os indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem e a avaliação da satisfação das pessoas.

Tal como apresentado anteriormente, o MCT-Silver baseia-se nos fundamentos teóricos cognitivo-comportamentais do D-MCT, que visa modificar os vieses cognitivos e crenças disfuncionais, capacitando a pessoa a reconhecer os padrões de pensamento (Sequeira & Sampaio, 2020). O MCT-Silver permite analisar cuidadosamente os processos mentais, capacitando a pessoa a modificá-los, diminuindo os sintomas depressivos (Jelinek, 2022), obtendo ganhos na sua própria saúde.

Esta intervenção engloba oito módulos de sessenta minutos, estes devem ser ministrados entre um a dois por semana, sendo cada módulo independente dos outros e a informação mais importante é recapitulada no início do módulo seguinte (Jelinek, 2022).

Os materiais necessários para as oito sessões estão disponíveis em PDF. O sumário escrito, que contém a consolidação dos conteúdos aprendidos, e os trabalhos de casa, são impressos e entregues ao grupo no fim de cada sessão (Jelinek, 2022).

Tal como preconizado no manual do MCT-Silver, durante as sessões foi garantido um ambiente descontraído e lúdico, garantindo a natureza colaborativa. A intervenção centra-se na comunicação e na realização de exercícios práticos, no entanto, deve dar oportunidade para que as pessoas possam partilhar a sua opinião e as suas experiências pessoais. Acrescentamos ainda, que os exercícios devem ser explicados de forma que as pessoas compreendam, perguntando explicitamente se existem dúvidas, antes de prosseguir. O EEESMP deve motivar o grupo terapêutico, na medida em que, as pessoas devem adotar uma atitude positiva em relação aos erros, explicando que estes são fundamentais para o processo de aprendizagem (Jelinek, 2022).

Nas tabelas que se seguem, apresentamos o planeamento das sessões, estruturado de acordo com a concetualização e os princípios básicos do MCT – Silver:

Tabela nº3 - Planeamento da sessão do Módulo nº1 – Pensamento e Raciocínio 1

MÓDULO 1 <u>Pensamento e Raciocínio 1</u>	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Atividades	
Introdução	- Apresentação do grupo - Apresentação do MCT-Silver - Explicação do objetivo geral - Explicação do planeamento e das regras	-Expositivo	- Computador - Retroprojektor - Caderno de Trabalhos de Casa	Aplicação da intervenção psicoterapêutica de acordo com o manual do MCT-Silver	15minutos
Desenvolvimento	Identificar e modificar: - <i>filtro mental</i> - a percepção seletiva e o exagero dos aspetos negativos numa determinada situação - <i>sobregeneralização</i> - de experiências negativas	- Expositivo - Interativo - Partilha de experiências	- Computador - Retroprojektor		30minutos
Conclusão	- Exposição das ideias mais importantes a reter - Introdução aos Trabalhos de Casa - Avaliação da sessão	- Expositivo - Interativo	- Computador - Retroprojektor - Caderno de Trabalhos de Casa		15minutos

Tabela nº4 - Planeamento da sessão do Módulo nº2 – Memória

MÓDULO 2 <u>Memória</u>	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Atividades	
Introdução	- Explicação do objetivo geral - Relembrar as ideias mais importantes a reter do módulo anterior - Correção e partilha dos Trabalhos de Casa	-Expositivo	- Computador - Retroprojektor - Caderno de Trabalhos de Casa	Aplicação da intervenção psicoterapêutica de acordo com o manual do MCT-Silver	15minutos
Desenvolvimento	- Explicar as razões para os problemas de memória e concentração associados ao processo de envelhecimento, promotores de sintomas depressivos - Clarificar que a nossa memória é enganadora e que está sujeita a erros e varia em função do nosso humor no momento	- Expositivo - Interativo - Partilha de experiências	- Computador - Retroprojektor		30minutos
Conclusão	- Exposição das ideias mais importantes a reter - Explicar os Trabalhos de Casa - Avaliação da sessão	- Expositivo - Interativo	- Computador - Retroprojektor - Caderno de Trabalhos de Casa		15minutos

Tabela nº5 - Planeamento da sessão do Módulo nº3 – Pensamento e Raciocínio 2

MÓDULO 3 <u>Pensamento e Raciocínio 2</u>	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Atividades	
Introdução	- Explicação do objetivo geral - Relembrar as ideias mais importantes a reter do módulo anterior - Correção e partilha dos Trabalhos de Casa	- Expositivo - Interativo	- Computador - Retroprojektor - Caderno de Trabalhos de Casa	Aplicação da intervenção psicoterapêutica de acordo com o manual do MCT-Silver	15minutos
Desenvolvimento	- Identificar e modificar os pensamentos e as informações por respostas mais equilibradas e justas - Introduzir o conceito “ <i>aceitação</i> ” permitindo aceitar os sentimentos negativos, perdendo-se a si próprio	- Expositivo - Interativo - Partilha de experiências	- Computador - Retroprojektor		30minutos
Conclusão	- Exposição das ideias mais importantes a reter - Explicar os Trabalhos de Casa - Avaliação da sessão	- Expositivo - Interativo	- Computador - Retroprojektor - Caderno de Trabalhos de Casa		15minutos

Tabela nº6 - Planeamento da sessão do Módulo nº4 – Valores

MÓDULO 4 <u>Valores</u>	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Atividades	
Introdução	- Explicação do objetivo geral - Relembrar as ideias mais importantes a reter do módulo anterior - Correção e partilha dos Trabalhos de Casa	- Expositivo	- Computador - Retroprojektor - Caderno de Trabalhos de Casa	Aplicação da intervenção psicoterapêutica de acordo com o manual do MCT-Silver	15minutos
Desenvolvimento	- Explicar que as pessoas com sintomas depressivos são muito preocupadas consigo próprias e centram o seu pensamento no negativo - Explicar que os valores fornecem orientação à vida, e funcionam como bússola que ajudam a guiar o comportamento - Apresentar estratégias para ajudar as pessoas a tentar formular objetivos pessoais de acordo com os seus valores	- Expositivo - Interativo - Partilha de experiências	- Computador - Retroprojektor		30minutos
Conclusão	- Exposição das ideias mais importantes a reter - Explicar os Trabalhos de Casa - Avaliação da sessão	- Expositivo - Interativo	- Computador - Retroprojektor - Caderno de Trabalhos de Casa		15minutos

Tabela nº7 - Planejamento da sessão do Módulo nº5 – Pensamento e Raciocínio 3

MÓDULO 5 <u>Pensamento e Raciocínio 3</u>	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Atividades	
Introdução	- Explicação do objetivo geral - Relembrar as ideias mais importantes a reter do módulo anterior - Correção e partilha dos Trabalhos de Casa	-Expositivo	- Computador - Retroprojektor - Caderno de Trabalhos de Casa	Aplicação da intervenção psicoterapêutica de acordo com o manual do MCT-Silver	15minutos
Desenvolvimento	- Ensinar a prestar atenção aos momentos em que ampliar os erros e minimizar as suas forças e sucessos, leva a culpar-se quando algo corre mal - Explicar a importância de evitar atribuições unilaterais e sobregeneralizações no dia a dia	- Expositivo - Interativo - Partilha de experiências	- Computador - Retroprojektor		30minutos
Conclusão	- Exposição das ideias mais importantes a reter - Explicar os Trabalhos de Casa - Avaliação da sessão	- Expositivo - Interativo	- Computador - Retroprojektor - Caderno de Trabalhos de Casa		15minutos

Tabela nº8 - Planejamento da sessão do Módulo nº6 – Comportamentos e Estratégias

MÓDULO 6 <u>Comportamentos e Estratégias</u>	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Atividades	
Introdução	- Explicação do objetivo geral - Relembrar as ideias mais importantes a reter do módulo anterior - Correção e partilha dos Trabalhos de Casa	-Expositivo	- Computador - Retroprojektor - Caderno de Trabalhos de Casa	Aplicação da intervenção psicoterapêutica de acordo com o manual do MCT-Silver	15minutos
Desenvolvimento	- Explicar que existem comportamentos como o isolamento social, a ruminação e a preocupação que agravam os sintomas depressivos - Ensinar estratégias para identificar conscientemente as suposições negativas em que pensa e ultrapassá-las - Ensinar a pensar sem julgar o próprio pensamento	- Expositivo - Interativo - Partilha de experiências	- Computador - Retroprojektor		30minutos
Conclusão	- Exposição das ideias mais importantes a reter - Explicar os Trabalhos de Casa - Avaliação da sessão	- Expositivo - Interativo	- Computador - Retroprojektor - Caderno de Trabalhos de Casa		15minutos

Tabela nº9 - Planeamento da sessão do Módulo nº7 – Pensamento e Raciocínio 4

MÓDULO 7 Pensamento e Raciocínio 4	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Atividades	
Introdução	- Explicação do objetivo geral - Relembrar as ideias mais importantes a reter do módulo anterior - Correção e partilha dos Trabalhos de Casa	-Expositivo	- Computador - Retroprojeter - Caderno de Trabalhos de Casa	Aplicação da intervenção psicoterapêutica de acordo com o manual do MCT-Silver	15minutos
Desenvolvimento	- Explicar a importância de avaliar situações complexas, reunindo toda a informação disponível - Identificar e modificar o viés cognitivo de “tirar conclusões precipitadas”, em especial na leitura dos pensamentos negativos do outro e na catastrofização	- Expositivo - Interativo - Partilha de experiências	- Computador - Retroprojeter		30minutos
Conclusão	- Exposição das ideias mais importantes a reter - Explicar os Trabalhos de Casa - Avaliação da sessão	- Expositivo - Interativo	- Computador - Retroprojeter - Caderno de Trabalhos de Casa		15minutos

Tabela nº10 - Planeamento da sessão do Módulo nº8 – Autoestima

MÓDULO 8 Autoestima	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Atividades	
Introdução	- Explicação do objetivo geral - Relembrar as ideias mais importantes a reter do módulo anterior - Correção e partilha dos Trabalhos de Casa	-Expositivo	- Computador - Retroprojeter - Caderno de Trabalhos de Casa	Aplicação da intervenção psicoterapêutica de acordo com o manual do MCT-Silver	15minutos
Desenvolvimento	- Definir autoestima como sendo o <i>valor</i> que a pessoa coloca sobre <i>ela própria</i> . - Apresentar estratégias para encontrar uma imagem positiva e forte de si mesmo - Explicar que deve ter em conta os aspetos positivos de envelhecer	- Expositivo - Interativo - Partilha de experiências	- Computador - Retroprojeter		30minutos
Conclusão	- Discussão sobre a aquisição de conhecimentos sobre o MCT-Silver - Avaliação final: preenchimento do questionário de satisfação - Partilha de ideias, opiniões, pensamentos, sentimentos e emoções, acerca das sessões do MCT-Silver (lanche partilhado)	- Expositivo - Interativo	- Computador - Retroprojeter		15minutos

Concluída a estruturação do planeamento das oito sessões do MCT-Silver, conseguimos alcançar a aquisição da competência de EEESMP no sentido da realização e implementação do planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade (Regulamento n.º 515/2018).

Tendo como horizonte a melhoria dos processos e dos cuidados prestados à pessoa, seguidamente são apresentados os indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, que fornecem uma base quantitativa, que visam avaliar os ganhos em saúde (OE, 2023).

5.4.1 Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem

A criação dos indicadores relacionados com a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica têm como base de sustentação os documentos de suporte ao exercício profissional da especialidade em ESMP, designadamente o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 356/2015) e o Regulamento das Competências Específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018).

Os indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem permitem avaliar os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do EEESMP, constituindo a base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional e para a qualidade dos cuidados prestados. Estes indicadores, permitem não só obter dados sobre a alteração do estado dos diagnósticos de enfermagem, mas também permitem avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem (Sequeria & Sampaio, 2020).

Os três indicadores de resultado enquadram-se na taxa de ganhos possíveis/esperados de efetividade, que resultam da comparação do que é esperado atingir-se com aquilo que realmente se obtém (R3) e na taxa de satisfação da pessoa com os cuidados especializados do EEESMP (R4).

Nas tabelas que se seguem, apresentamos os indicadores adotados para avaliar a eficácia do MCT – Silver, enquanto intervenção psicoterapêutica, aplicada pelo EEESMP:

Tabela nº 11 - *Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, no Humor Depressivo*

Diagnóstico	Indicador de Resultado	Fórmula de cálculo	Frequência	Taxa de Efetividade
Humor Depressivo	R3 - Diminuição de 6 pontos na avaliação da PHQ 9	$\frac{\text{Nº de pessoas que participaram MCT-Silver com diminuição de pelo menos 6 pontos na PHQ 9}}{\text{Nº de pessoas que participaram MCT-Silver}} \times 100\%$	Término do 8º Módulo do MCT-Silver	100%

Tabela nº 12 - *Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, na Autoestima*

Diagnóstico	Indicador de Resultado	Fórmula de cálculo	Frequência	Taxa de Efetividade
Autoestima	R3 - Manter ou aumentar 1 ponto na avaliação da RSES	$\frac{\text{Nº de pessoas que participaram MCT-Silver com diminuição de 1 ponto na RSES}}{\text{Nº participantes no MCT-Silver}} \times 100\%$	Término do 8º Módulo do MCT-Silver	100%

Tabela nº 13 - *Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, na satisfação da pessoa aos cuidados de enfermagem*

Diagnóstico	Indicador de Resultado	Frequência	Taxa de Efetividade
Satisfação da pessoa aos cuidados de enfermagem	R4: Pontuação final no Questionário de Satisfação	Término do 8º Módulo do MCT-Silver	100%

Ao concluir o planeamento da intervenção, iniciámos a sua aplicação no grupo terapêutico.

No início da primeira sessão, antes de iniciar o Módulo 1, foi relembrado o processo de aceitação em participar no MCT-Silver, esclarecendo o direito das pessoas em optar por receber ou recusar as intervenções, desvinculando-se do grupo em qualquer momento (Jassen, 2019).

Ao longo das semanas, a importância do cumprimento da metodologia do MCT-Silver garantiu que a intervenção psicoterapêutica seguisse um caminho organizado e eficaz. O conteúdo teórico, os exercícios e as atividades lúdicas dos vários módulos, foram rigorosamente explicados, tendo em conta as características individuais e do grupo. Durante os momentos de partilha das experiências pessoais, previstos no manual de MCT-Silver, algumas vezes foi necessário reorganizar o grupo, de forma a manter o foco no conteúdo do módulo. O rigor e a flexibilidade, aliados ao humor, e assegurando o cumprimento da estrutura do treino, permitiu-nos perspetivar melhorias nos diagnósticos de enfermagem identificados no grupo terapêutico.

A intervenção prevê ser aplicada por dois terapeutas, tendo sido aplicada, neste caso, por uma EEESMP em parceria comigo.

A evolução na interação entre as pessoas do grupo foi sendo cada vez mais visível, devido ao poder de coesão promovido pelo treino, e pela identificação compartilhada das experiências vividas entre si. Não só a relação entre o grupo, mas também a relação terapêutica estabelecida com os EEESMP, foi sendo potenciada ao longo das sessões. Este processo interpessoal, caracterizado pelo autoconhecimento, pelo respeito e pela empatia, potenciou a relação de ajuda, enquanto intervenção psicoterapêutica (Phaneuf, 2005). A cada semana, o grupo era contactado telefonicamente, sendo incentivado a participar no MCT-Silver e promovendo a continuidade da intervenção, evidenciando interesse e preocupação com o bem-estar da pessoa e com a melhoria do seu processo de metacognição.

Constatámos também, que a realização do trabalho de casa, parecia ser mais fácil para as pessoas que dispunham de alguma rede de suporte no domicílio. Esse trabalho de casa incluía exercícios escritos para consolidar a informação aprendida e apoiar a sua aplicação no dia a dia. O suporte familiar ou social desempenha um papel crucial no processo de recuperação, no bem-estar e na funcionalidade da pessoa (Oliveira et al., 2024). A família ou cuidador ao entender a

natureza e complexidade da doença mental, pode monitorar sintomas, incentivar a adesão terapêutica, promover o cumprimento do plano de cuidados e ajudar na gestão de situações de crise. Logo, podemos concluir, que o apoio e a segurança familiar e social, desempenham um papel fundamental, na melhoria dos resultados em saúde, das pessoas com doença mental.

Em síntese, a aplicação do MCT-Silver pelo EEESMP, enquanto intervenção psicoterapêutica, cumpriu as linhas orientadoras, destacando o reforço positivo ao grupo, a natureza colaborativa do treino, a partilha as experiências vividas, a validação da compreensão do conteúdo dos módulos e a motivação da participação ativa nas sessões.

5.5 Avaliação e Discussão dos resultados

A avaliação dos resultados em saúde permite otimizar os recursos disponíveis, otimizar a experiência e os resultados das pessoas, melhorar a qualidade dos cuidados, e desta forma, contribuir para um sistema de saúde mais eficiente (Ramos, 2022).

A melhoria da qualidade dos cuidados em saúde mental, requer que o EEESMP, apoiado nas teorias de enfermagem, utilize um modelo na prática, estruturado e baseado em evidência científica, orientado para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Regulamento nº 356/2015). A escolha do Processo de Enfermagem, enquanto metodologia científica de trabalho, sustentou a formulação dos diagnósticos de enfermagem de saúde mental, o planeamento da intervenção psicoterapêutica (MCT-Silver), a sua implementação e a avaliação dos resultados. O grande desafio desta última fase, prende-se na necessidade de avaliar a eficácia da intervenção e conseqüentemente, refletir sobre a qualidade do exercício profissional do EEESMP.

Este capítulo destina-se à avaliação e discussão dos resultados da aplicação do MCT-Silver, enquanto intervenção autónoma do EEESMP. Para isso, e tendo como referencial teórico o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento nº 356/2015), foram novamente aplicados os instrumentos de avaliação clínica ao grupo. Os resultados obtidos, permitiram o cálculo dos indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, possibilitando avaliar os diagnósticos de

enfermagem (humor depressivo e autoestima), tal como a satisfação das pessoas aos cuidados de enfermagem especializados. Salientamos, que a avaliação ocorre ao longo de todo o processo de cuidados, não se limitando ao término da intervenção, pois, no decorrer das sessões, o EEESMP adequa e adapta a sua prática tendo em conta a singularidade e as necessidades da pessoa.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental identifica oito categorias de enunciados descritivos (Regulamento n.º 356/2015), dos quais selecionámos quatro, para a avaliação dos resultados:

1 - Relação Psicoterapêutica

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental em parceria com o cliente presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducativo, que visam manter, melhorar e recuperar a sua saúde mental.”

(Regulamento n.º 356/2015, pp.5)

O MCT-Silver permitiu desenvolver a capacidade de estabelecer uma relação de terapêutica a partir das necessidades da pessoa, com também promoveu o autoconhecimento. A implementação da relação de ajuda enquanto intervenção psicoterapêutica, permitiu a mobilização de conhecimentos em função das necessidades da pessoa, não só no âmbito da metacognição, como também na modificação do comportamento e suporte emocional. Ao longo dos módulos, esta relação foi potenciada devido ao conteúdo dinâmico do MCT-Silver, à confiança e à empatia entre o grupo, ao compromisso semanal das sessões, à partilha de experiências pessoais e ao reforço positivo.

A interação entre o grupo foi sendo fortalecida gradualmente, proporcionando um ambiente terapêutico seguro, propício à aprendizagem visando modificar os vieses cognitivos e crenças disfuncionais, de forma a consciencializar as pessoas de que o modo como a pessoa pensa tem um papel fundamental no seu comportamento.

2 - Adaptação

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental conjuntamente com o cliente, desenvolve processos eficazes de adaptação às situações de vida e condição de saúde mental”

(Regulamento nº 356/2015, pp.4)

A aplicação do MCT-Silver enquanto intervenção psicoterapêutica, pelo EEESMP, permitiu que a pessoa desenvolvesse a capacidade de adaptação às situações do dia a dia e da sua condição de saúde. O conteúdo dos módulos e o carácter prático e dinâmico dos exercícios, facilitaram as respostas adaptativas da pessoa, dando resposta ao diagnóstico de enfermagem, humor depressivo. A utilização de exemplos da vida quotidiana, facilitou a aprendizagem sobre os pensamentos depressivos e correção dos vieses cognitivos disfuncionais.

Segundo o instrumento de avaliação clínica, *PHQ 9*, houve uma diferença significativa entre os resultados dos dois momentos de avaliação, representada no gráfico seguinte:

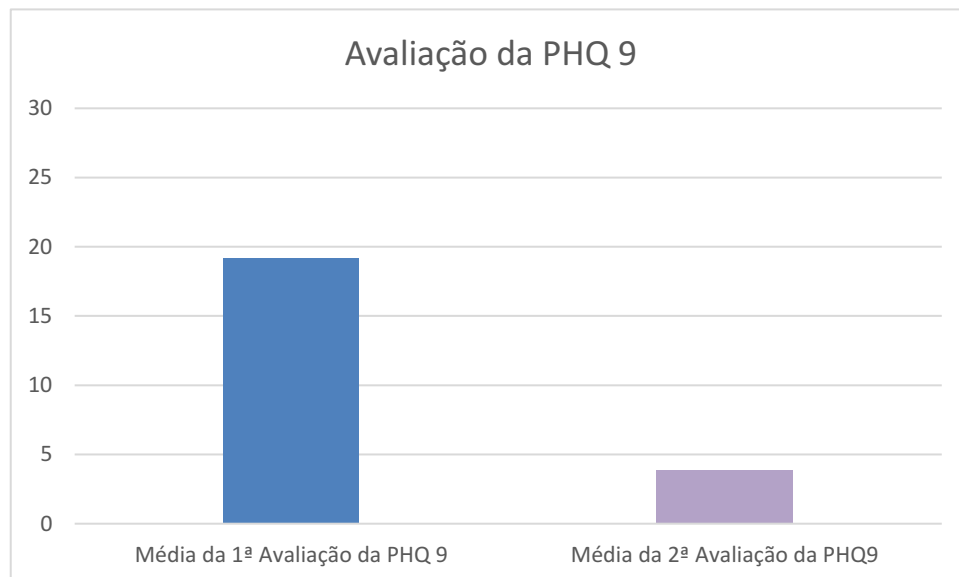


Gráfico nº3 - Avaliação final do diagnóstico de enfermagem Humor depressivo

Os dados resultantes da aplicação do instrumento de avaliação clínica, mostram-nos que houve uma diminuição significativa no valor da média da PHQ 9, de 19,2 para 3,87 na 2ª avaliação. Relembrando que quanto maior for o valor do somatório da PHQ 9, maior a gravidade da sintomatologia depressiva. Logo, a evidência dos dados, leva-nos a concluir que, o a aplicação do MCT-Silver, enquanto intervenção psicoterapêutica pelo EEESMP, se mostra eficaz na redução dos sintomas depressivas nas pessoas mais velhas.

Ainda englobado neste enunciado descritivo, ao longo das sessões do MCT-Silver pretende-se que a pessoa reflita sobre os seus pensamentos negativos e se consciencialize, modificando-os. Nos vários módulos são abordados e dinamizados assuntos como os valores, o pensamento e a autoestima, permitindo que as pessoas treinem as suas funções metacognitivas. Não só o treino, mas também a aquisição de conhecimentos sobre a autoconsciência, a adaptabilidade a situações de stress, a importância de manter relações sociais, promovem o fortalecimento do autocuidado em saúde mental.

Podemos observar no gráfico que se segue que houve uma diferença entre as duas avaliações:

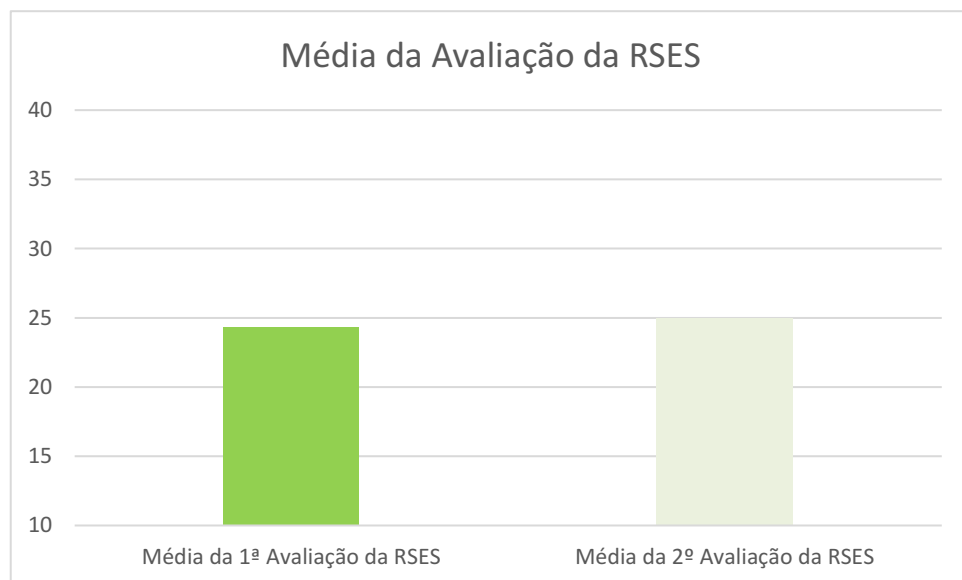


Gráfico nº4 - Avaliação final do diagnóstico de enfermagem Autoestima

O caráter colaborativo do MCT-Silver, em que a pessoa participa de forma ativa nas atividades e nos exercícios lúdicos, permite capacitar a pessoa a modificar os seus pensamentos

muitas vezes automáticos e inconscientes e promove a autoestima. Os dados resultantes da aplicação do instrumento de avaliação clínica, dizem-nos que houve um ligeiro aumento no valor do somatório final da RSES de 24,3 para 5 na 2ª avaliação. Logo, a evidência dos dados, leva-nos a concluir que, o a aplicação do MCT-Silver, enquanto intervenção psicoterapêutica, pelo EEESMP se mostra eficaz na redução dos sintomas depressivas nas pessoas mais velhas.

3- Satisfação do Cliente

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”

(Regulamento nº 356/2015, pp.2)

O EEESMP procura a excelência no exercício da sua profissão, priorizando o mais alto nível de satisfação das pessoas.

Ao longo das semanas, o respeito pela singularidade, pela vulnerabilidade e pelas crenças e valores de todas as pessoas incluídas na intervenção psicoterapêutica, permitiu o estabelecimento de uma relação de ajuda e de confiança entre o grupo e o EEESMP.

Numa atmosfera alegre e dinâmica, o nível de satisfação das pessoas tende a melhorar (Morgado et al., 2023), e por isso, favorece o vínculo terapêutico com o EEESMP no decorrer do processo de cuidados especializados em saúde mental.

De forma consentida e anonimizada, e como forma de avaliação da satisfação das pessoas acerca da intervenção psicoterapêutica do EEESMP, o grupo preencheu o seguinte questionário:

Tabela nº14 – *Questionário de satisfação*

Pergunta	Resposta	
	Sim (20pontos)	Não (0pontos)
As sessões foram úteis?		
Consegue aplicar no seu dia a dia aquilo que aprendeu?		
As sessões foram dinâmicas e divertidas?		
Acha que foi benéfico fazer as sessões em grupo?		
Recomendaria o MCT-Silver a outras pessoas?		
Total	100 pontos	

O somatório final das questões do questionário permitiu calcular uma taxa de satisfação de 92% do grupo terapêutico, permitindo comprovar o elevado nível de satisfação das pessoas aos cuidados de enfermagem especializados.

Em suma, a avaliação contempla a avaliação contínua do processo, os resultados dos instrumentos de avaliação clínica e por último o questionário de satisfação. No seu conjunto, foi possível comprovar a contribuição da aplicação desta intervenção psicoterapêutica pelo EEESMP, realçando a importância do seu papel diferenciado e especializado, na redução dos sintomas depressivos na pessoa mais velha.

Posto isto, e porque o EEESMP identifica e avalia os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde das pessoas, orientado pelos indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental, como forma de adquirir esta competência, apresentamos o conjunto desses indicadores, que representam os diagnósticos, as intervenções e os resultados obtidos ao longo do processo de cuidados (Regulamento nº515/2018):

Tabela 15 – Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, no Humor Depressivo

Diagnóstico	Indicador de Resultado	Fórmula de cálculo	Frequência	Taxa de Efetividade
Humor Depressivo	R3 - Diminuição de 6 pontos na avaliação da PHQ 9	$\frac{10}{10} \times 100\%$	Término do 8º Módulo do MCT-Silver	100%

Tabela 16 - Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, na Autoestima

Diagnóstico	Indicador de Resultado	Fórmula de cálculo	Frequência	Taxa de Efetividade
Autoestima	R3 – Manter ou aumentar 1 ponto na avaliação da RSES	$\frac{7}{10} \times 100\%$	Término do 8º Módulo do MCT-Silver	70%

Por último, acrescento que, neste percurso, não só me foi possível a aquisição de competências, como também a participação num estudo de investigação em saúde mental. Sabemos que o desenvolvimento disciplinar de enfermagem de saúde mental deve-se em grande parte à investigação produzida pelos EEESMP. O impacto desse desenvolvimento, resulta da qualidade da investigação produzida. O elevado nível de evidência, advém da utilização de metodologias sistematizadas, que possibilitam a avaliação e discussão dos resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem. Essa avaliação, ancorada nos enunciados descritivos do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, possibilitou o cálculo da taxa de efetividade das intervenções de enfermagem.

O desafio que se coloca passa pela verificação da eficácia do MCT-Silver, enquanto intervenção psicoterapêutica, em resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados pelo

EEESMP. A métrica dos indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, demonstrou a contribuição desta intervenção, aplicada pelo EEESMP na redução dos sintomas depressivos na pessoa mais velha. A Direção-Geral da Saúde, à semelhança da OMS, destaca a importância dos modelos de cuidados em saúde mental que contribuam para um envelhecimento saudável, onde o EEESMP ocupa um papel primordial (Direção Geral da Saúde, 2017).

Apesar do reconhecimento da importância dos serviços de saúde mental, os recursos e as infraestruturas continuam a ser insuficientes (Ramos, 2022). A limitação das condições físicas do SPSM, impossibilitou que as sessões em grupo, fossem realizadas no serviço. Por sua vez, e salientando a importância das parcerias com outras instituições de saúde e fora da saúde, tivemos a oportunidade de realizar a nossa intervenção num estabelecimento de ensino, sediado no recinto hospitalar. Esta parceria é uma oportunidade ímpar, que quando conduzida com responsabilidade e centrada nas necessidades da pessoa, permite melhorar o acesso aos cuidados de saúde e promove a melhoria da qualidade dos cuidados (Ramos, 2022).

À luz da lei, a pessoa portadora de doença mental poderá ter direito à comparticipação das despesas de deslocação para as instituições de saúde, de forma a participar no seu plano terapêutico (Decreto-Lei n.º 113/2011). Todavia, verificámos que algumas pessoas do grupo tinham dificuldades em se deslocar para participar na intervenção. Não só na impossibilidade de garantir a deslocação das pessoas semanalmente para as sessões, mas também pela burocracia fatigante em pedir essa comparticipação descrita na lei, o grupo terapêutico, que inicialmente incluía doze pessoas, ficou reduzido a dez. Embora o grupo estivesse determinado a participar na intervenção psicoterapêutica, a falta de apoio impediu a participação nas sessões.

9. ANÁLISE RELFEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Na conjuntura atual, olhamos a enfermagem como uma disciplina do conhecimento e uma profissão autorregulada, centrada nas necessidades de saúde das pessoas ao longo da vida. Esta visão inclui uma prática baseada em evidência, que funciona como ferramenta para o desenvolvimento do conhecimento próprio de enfermagem (Nunes, 2018).

Os cuidados de enfermagem assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, obrigando à diferenciação e especialização dos enfermeiros. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros destaca que as mudanças nas competências exigidas, assim como no seu nível de formação académica e profissional, resultaram na complexidade, diferenciação e exigência da prática clínica dos enfermeiros (Regulamento nº428/2021).

Nesta prossecução, a OE delibera a atribuição de título de enfermeiro especialista, reconhecendo-o como *“(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)”* (Decreto-Lei nº 104/98, pp.1). A obtenção desse título pressupõe a aquisição de competências comuns e específicas, aplicáveis aos vários contextos de prestação de cuidados de enfermagem.

Neste capítulo final, analisamos de forma reflexiva o processo de aquisição de competências específicas, comuns e de mestre do EEESMP. Essa análise visa demonstrar a obtenção das competências enunciadas pela OE. A avaliação reflexiva valida não só o processo de desenvolvimento profissional, mas também fornece o *insight* sobre as oportunidades de crescimento, alinhadas à qualidade dos cuidados de enfermagem (Correia et al., 2018).

8.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista são “(...) *partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria*” (Regulamento nº 140/2019, pp.2).

Estão definidos quatro domínios de competências comuns do enfermeiro: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, pp.2).

✓ Responsabilidade profissional, ética e legal

A relação terapêutica estabelecida com as pessoas do SPSM, potenciada ao longo do de ambos os estágios, mais concretamente na realização das entrevistas clínicas e individuais, na avaliação do estado mental, nas intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas no internamento, no planeamento de cuidados em parceria com a pessoa, nas visitas domiciliárias que possibilitavam a avaliação do contexto em que as pessoas estavam inseridas, e na aplicação do MCT-Silver enquanto intervenção psicoterapêutica grupal, permitiu a aquisição de competências que prevê o planeamento de estratégias de resolução de problemas optando pela escolha de respostas mais apropriadas às necessidades da pessoa, demonstrando por isso, uma tomada de decisão baseada no Código Deontológico inserido no Estatuto da OE de Enfermagem.

Foi adotada uma conduta guiada pelo respeito, pela dignidade, pelo princípio da autonomia, pela individualidade e pela vulnerabilidade da pessoa com doença mental, possibilitou a aquisição de competências através da efetivação de processos de tomada de decisão, devidamente fundamentada, ancorada nos princípios éticos, possibilitando a reflexão sobre os processos de tomada de decisão.

Como forma de adquirir competências de gestão da prática dos cuidados, incitando a privacidade e a dignidade das pessoas, foi assegurada a confidencialidade e a segurança dos dados em saúde nos vários contextos. No internamento, nas consultas de enfermagem de saúde

mental e nas visitas domiciliárias foi assegurado o respeito da pessoa à sua autodeterminação, planeando os cuidados de enfermagem em função das necessidades e da vontade da pessoa, numa relação de parceria e ajuda. A presença de familiares ou cuidadores em ambos os contextos, era consentida de acordo com a preferência da pessoa. Na aplicação do MCT-Silver, a participação colaborativa do grupo terapêutico, foi devidamente consentida por todas as pessoas e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem fruto da intervenção, foram devidamente anonimizados, garantindo a proteção e segurança das pessoas.

✓ Domínio da melhoria contínua da qualidade

No decorrer de ambos os estágios, a harmonia entre a estrutura conceitual da teoria das Relações Interpessoais de Peplau e o conteúdo das várias pesquisas de natureza científica, permitiu fundamentar a tomada de decisão e as intervenções de enfermagem. Ao incorporar a teoria e a evidência na prática dos cuidados, permitiu adquirir competências na mobilização de conhecimentos, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Objetivando a aquisição de competências no âmbito da qualidade, segurança e proteção das pessoas, as consultas de enfermagem de saúde mental, eram realizadas em gabinete próprio e individualizado, em que a família ou cuidadores, participava segundo a vontade da pessoa consulta, promovendo um ambiente terapêutico seguro e de confiança, assegurando a privacidade e a satisfação das suas necessidades.

Ao abrigo do programa de melhoria contínua do DPSM, planeámos uma sessão de formação em serviço sobre a importância da notificação e exposição dos acidentes em contexto de trabalho, oferecendo estratégias que ajudem diminuir os riscos e a proteger a saúde física e mental dos enfermeiros. Esta sessão proporcionou o ensino sobre um meio eficiente e sistemático para registar, analisar e responder aos riscos profissionais, a partir da notificação dos incidentes e acidentes de trabalho. A sessão promoveu não só a proteção da saúde dos trabalhadores, como também garantir um ambiente de trabalho seguro e eficiente. Esta atividade permitiu a aquisição de competências na gestão do risco a nível institucional, fomentando o recurso a mecanismos formais, contribuindo para uma prestação de cuidados seguros.

A oportunidade de colaboração com o 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 seguindo a sistematização do Processo de Enfermagem, os resultados em resposta aos diagnósticos de enfermagem, foram avaliados segundo os enunciados descritivos da qualidade dos cuidados de enfermagem enunciados pela OE. O cálculo dos indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, permitiu a aquisição das competências no domínio da melhoria contínua da qualidade.

✓ Domínio da gestão dos cuidados

No SPSM semanalmente eram organizadas reuniões multidisciplinares, onde se discutiam e analisavam os processos de saúde das pessoas. Ao participar nessas reuniões, a partilha de conhecimentos permitia uma abordagem holística e colaborativa no processo de cuidados, que conduziam a um planeamento mais eficaz das intervenções, contribuindo para melhores resultados nas pessoas. Posto isto, permitiu a aquisição de competências na colaboração nas decisões da equipa de saúde.

De forma a garantir a sustentabilidade e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, tive a oportunidade de colaborar com o enfermeiro responsável pelo SPSM na gestão da equipa e dos recursos adequados às necessidades do serviço. Tive oportunidade de elaborar planos de trabalho, verificação de recursos materiais e farmacológicos, promovendo sempre um ambiente agradável entre todos, garantindo assim a eficiência do funcionamento do serviço. Logo, foi-me possível adquirir as competências no âmbito da coordenação e liderança da equipa de prestação de cuidados.

✓ Domínio do desenvolvimento das aprendizagens

Ao longo dos estágios, o processo de autoconhecimento, dito por outras palavras, o entendimento que fiz sobre as minhas emoções, crenças, valores e pensamentos, foi fundamental para estabelecer e manter uma relação terapêutica eficaz com as pessoas. Este

conhecimento do “eu” possibilitou reconhecer os meus comportamentos e atitudes, que pudessem influenciar a relação terapêutica, permitindo que me adaptasse às necessidades individuais das pessoas. Logo, fui ao encontro das competências que demonstra a capacidade de autoconhecimento.

O contacto com várias pessoas, em diferentes contextos, considerando a sua singularidade, nutrindo o meu percurso de crescimento pessoal e profissional, permitiu-me adquirir competências no âmbito das respostas adaptadas de natureza individual e institucional.

Em saúde mental, as respostas inesperadas e os comportamentos desorganizados dos doentes, forçaram-nos na medida em que exigem uma avaliação cuidadosa do estado mental das pessoas. Em ambiente de consulta de enfermagem de saúde mental, a execução da avaliação do estado mental, a mobilização de conhecimentos e a adequação do comportamento, permitiu-me reconhecer e antecipar situações de provável conflito. A título de exemplo, a administração de psicofármacos a doentes que se apresentavam com comportamento agressivo e renitente à administração terapêutica, exigiu que eu planeasse intervenções de enfermagem de saúde mental, como estabelecer uma comunicação terapêutica, demonstrando empatia e compreensão, utilizar uma linguagem calma para reduzir a agitação do doente, ensinar técnicas de autocontrolo, como exercícios de respiração, de forma a ajudá-lo a lidar com a situação. A partilha e discussão com a equipa multidisciplinar desta e outras situações clínicas, potencializou as minhas oportunidades de aprendizagem.

Em virtude da colaboração 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 – Um acordo de Cooperação Científica entre Portugal, planeámos e executámos uma sessão de formação em serviço que objetivou a divulgação do projeto no DPSM e a aquisição de conhecimentos sobre o MCT-Silver. Foi-me possível atuar como formadora em contexto de trabalho e avaliar o impacto da formação, indo ao encontro da aquisição da competência de atuar como formador e responsável por ser facilitador da aprendizagem.

A aplicação do MCT-Silver no grupo terapêutico, permitiu adquirir as competências de análise e discussão dos resultados, baseados na evidência dos dados obtidos, e deste modo contribuir para o crescimento da disciplina e profissão de enfermagem.

8.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica focam-se na “(...) *promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.*” (Regulamento nº515/2018, pp.1).

As competências específicas do EEESMP são as seguintes:

- ✓ *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”* (Regulamento nº515/2018, pp.1).

O processo de autoconhecimento, desenvolvido a partir da elaboração de reflexões, influencia a relação terapêutica com as pessoas e com a equipa multidisciplinar, na medida que, o reconhecimento dos meus sentimentos, valores e formas de pensar, possibilitou a minha adaptação à abordagem terapêutica de forma a promover uma relação de confiança e respeito. A tomada de consciência de mim própria, permitiu que as minhas próprias emoções e perspetivas não condicionassem a qualidade dos cuidados.

Ao longo do estágio, esta capacidade de autoconhecimento esteve presente nas várias intervenções que planeei e executei, tais como: a aplicação do MCT-Silver enquanto intervenção psicoterapêutica, que exigia a mobilização de conhecimentos não só sobre o conteúdo dos módulos como também mas também pela relação terapêutica estabelecida com as pessoas; nas sessões de aconselhamento e suporte emocional no internamento e nas consultas de enfermagem de saúde mental, enquanto intervenção psicossocial; na orientação sobre a importância do regime terapêutico, nos vários contextos, enquanto intervenção psicoeducativa; o suporte e orientação familiar e a agilização de recursos e encaminhamento das pessoas para os serviços na comunidade, nas visitas domiciliárias, enquanto intervenção socioterapêutica.

Para a aquisição desta competência, acrescento ainda, que foi importante definição de papéis, de forma a garantir o limite da relação profissional, garantindo o sucesso do processo terapêutico.

- ✓ *“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”* (Regulamento nº515/2018, pp.1).

Não só no internamento, mas também na consulta de enfermagem de saúde mental e nas visitas domiciliárias, concretizei várias entrevistas clínicas individuais. Essa entrevista envolveu não só a pessoa como também a sua família ou cuidador, levando-me a mobilizar aptidões desde a comunicação eficaz até a sensibilidade cultural e linguística. Para realizar uma avaliação completa e rigorosa, foi fundamental cumprir a sistematização das fases da entrevista, registar a informação e validá-la sempre que necessário com a própria pessoa, fazendo uma avaliação global que permitiu avaliar as repercussões para a saúde mental da pessoa e da sua família ou cuidador.

Em ambos os estágios, essa avaliação global incluiu também a avaliação do estado mental. A individualidade e a complexidade das pessoas com doença mental, conduziu-me para a avaliação sistemática das funções cognitivas, emocionais e comportamentais. A observação da aparência, da atitude, do estado emocional, do conteúdo do pensamento, de percepção, da memória, do raciocínio, do *insight*, permitiu-me a aquisição de competências na execução de uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental da pessoa e da família ou cuidador.

Tendo a oportunidade em colaborar 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 – Um acordo de Cooperação Científica entre Portugal, permitiu-me coordenar, aplicar e avaliar uma intervenção autónoma do EEEESMP, de carácter dinâmico e colaborativo, que objetivou capacitar as pessoas para o reconhecimento e correção de padrões de pensamento automático e disfuncional, resultando na redução dos sintomas depressivos. Esta intervenção foi ao encontro das competências de desenvolvimento de projetos de promoção e proteção da saúde mental.

- ✓ “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (Regulamento nº515/2018, pp.1).

No decorrer dos estágios, utilizei, sem exceção, a sistematização do Processo de Enfermagem, para a elaboração do plano de cuidados com a pessoa. Quero com isto dizer que, no serviço de internamento e na consulta de enfermagem de saúde mental as pessoas, foram sujeitos a uma análise dos dados de saúde resultantes da avaliação inicial, à identificação dos diagnósticos de enfermagem de saúde mental, ao planeamento das intervenções em resposta aos resultados esperados, concedendo um processo clínico individualizado para a pessoa.

A relação terapêutica que se estabelece e que é potenciada ao longo do tempo da prestação de cuidados favorece o processo de negociação e coordenação de cuidados com a pessoa, tornando-se até como terapeuta de referência.

Durante o decorrer das sessões do MCT-Silver, foi claramente perceptível o efeito da relação terapêutica e a atitude de compromisso do grupo terapêutico, tendo sido fundamentais para assegurar a continuidade e efetividade da intervenção e do plano de cuidados, otimizando os ganhos em saúde.

O privilégio de colaborar com o 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 seguindo a sistematização do Processo de Enfermagem, os resultados em resposta aos diagnósticos de enfermagem de saúde mental, foram avaliados segundo os enunciados descritivos da qualidade dos cuidados de enfermagem enunciados pela OE e foram calculados os indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Posto isto, fomos ao encontro da aquisição de competências, que indicam, descrevem e avaliam os resultados individualizados para a pessoa e relacionados com o comportamento, de forma a avaliar a eficácia das intervenções do EEESMP.

- ✓ *“Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”* (Regulamento nº515/2018, pp.1).

Durante todos os estágios, a relação estabelecida com as pessoas, o planeamento dos cuidados em resposta aos diagnósticos de enfermagem de saúde mental, visaram ajudar a pessoa na concretização das suas capacidades e promover a funcionalidade e o bem-estar. Para isso, a implementação do MCT-Silver, permitiu o desenvolvimento de processos psicoterapêuticos, a partir das atividades e dos exercícios lúdicos dos módulos, baseados em exemplos do dia a dia, treinando o processo de metacognição da pessoa. A mobilização de cuidados psicoterapêuticos comprovada não só pelos resultados das atividades desenvolvidas no internamento, como também pelos dados analisados após o término do MCT-Silver, permitiu a aquisição de competências na implementação de intervenções que ajudaram a pessoa a reduzir os sintomas depressivos e a aumentar a autoestima.

Ainda utilizando os resultados da eficácia do MCT-Silver no grupo terapêutico, a título de exemplo, a intervenção psicoterapêutica permitiu que um dos elementos do grupo terapêutico regressassem ao posto de trabalho, fruto da redução dos sintomas depressivos, do aumento da autoestima e da melhoria do seu estado de saúde.

Por último, especialmente durante as visitas domiciliárias, tive a oportunidade de dedicar algum tempo ao ensino das pessoas e das famílias ou cuidadores sobre a importância das opções terapêuticas, farmacológicas ou não, e os seus benefícios. Este ensino num ambiente de parceria e cooperação, foi fundamental para garantir que todos compreendessem os riscos e os benefícios, de forma a tomarem decisões informadas sobre o seu processo de cuidados.

8.3 Competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

As competências de mestre em enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, são conferidas a quem: Detiver conhecimentos e capacidade de compreensão, sustentando-se em muitos casos em evidência científica; Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares; Capacidade para integrar os conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver respostas e refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais resultantes; Comunicar as suas ideias e raciocínios quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei nº 65/2018).

Ao longo do mestrado em associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que compreende unidades curriculares teóricas e práticas, tive a possibilidade de adquirir competências que: incluem a capacidade de realizar avaliações sistematizadas e globais sobre o estado de saúde das pessoas, dando como exemplo a entrevista clínica individual e a avaliação do estado mental; desenvolver processos de cuidados individualizados e singulares, não só elaborei planos de cuidados de doentes no serviço de internamento como da consulta de enfermagem de saúde mental como planeei a aplicação da intervenção psicoterapêutica (MCT-Silver) a um grupo terapêutico; baseei toda a minha prática de cuidados nos referenciais teóricos e na maior evidência científica disponível; apliquei intervenções autónomas do EEESMP que permitiram avaliar a sua eficácia a partir de indicadores de resultado sensíveis ao cuidados especializados em enfermagem; os resultados obtidos ao longo dos estágios foram coincidentes com a evidência existente acerca da efetividade da intervenção especializada em saúde mental; comuniquei sempre de forma clara, sem duplicidades e de forma respeitosa, permitindo assim potenciar a relação terapêutica com as pessoas, promovendo a saúde mental e o bem-estar obtendo ganhos em saúde. Além disto, o facto de ter desenvolvido a minha prática de cuidados em vários contextos, no internamento, na consulta de enfermagem de saúde mental, nas visitas domiciliárias, em contexto de intervenção grupal, e integrar as equipas multidisciplinares, permitiu-me adquirir as competências que respondem ao facto dos mestres se encontrarem

preparados para atuar perante situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares contribuindo para a inovação e melhoria contínua dos cuidados de saúde mental.

10. CONCLUSÃO

Em Portugal, a percentagem da população com mais de 60 anos, encontra-se acima da média da UE, projetando para que em 2080, o número de pessoas mais velhas passe para 3,0 milhões (INE, 2020).

Os portugueses vivem mais anos, embora com menos saúde e, portanto, com menor qualidade de vida. Impera-nos compreender a natureza e o processo de envelhecer, onde a ciência e a sensibilidade se devem combinar, de modo a serem repensadas as políticas e os modelos de cuidados em saúde, permitindo que as pessoas mais velhas vivam com qualidade, prevenindo a doença mental.

O EEESMP, munido de competências específicas em saúde mental, responde às necessidades da pessoa, desempenhando por isso um papel crucial na compreensão dos processos de doença mental, e a sua implicação no dia a dia da pessoa.

O Relatório de estágio ambicionou ser o reflexo do processo de aquisição de competências comuns, específicas e de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Acrescento também, que não só me foi possível a aquisição de competências, como também a participação num estudo de investigação em saúde mental.

O desafio colocado passou pela verificação da eficácia do MCT-Silver, enquanto intervenção psicoterapêutica, em resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados pelo EEESMP. A métrica dos indicadores de resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, demonstrou a contribuição desta intervenção, aplicada pelo EEESMP na redução dos sintomas depressivos na pessoa mais velha.

Concluimos que, numa cultura de melhoria contínua dos cuidados, a combinação entre responsabilidade profissional, ética e legal, uma eficaz gestão dos cuidados, e o desenvolvimento de aprendizagens, permitiu planear e implementar intervenções de enfermagem, atendendo às necessidades singulares e vulneráveis da pessoa com doença mental.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, P. (2021). Pequena História da Psiquiatria - Os Desafios das Doenças Mentais. D. Quixote.

American Psychological Association. (2020). Manual de publicação da American Psychological Association (7ª ed.). Porto: Editora.

Balsamo, M., Cataldi, F., Carlucci, L., Padulo, C., & Fairfield, B. (2018). Assessment of late-life depression via self-report measures: A Review. *Clinical Interventions in Aging*.

<https://doi.org/10.2147/CIA.S178943>

Beck, T., Steer, R., & Steer, G. (1966). Beck depression inventory-II manual. The Psychological Corporation.

Borges, D., Wanderley, P., Nobre, S., Costa, S., & Batello, T. (2020). Processo de enfermagem na saúde mental. *Brazilian Journal of Health Review*.

Butts, J., & Rich, K. (2011). Philosophies and theories for advanced nursing practice. In *Philosophies and theories for advanced nursing practice*.

Carver, C S. (1998). Generalization, adverse events, and development of depressive symptoms.

CIPE (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2015. Geneva: International Council of Nurses.

Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.

<https://doi.org/10.19131/rpesm.0274>

Conselho Nacional de Saúde. (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa.

Correia, M., & Santiago, M. (2018). The Reflective Practice and Development of Competence of Nursing Students Caring for Critical Care Patients. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*.

Costa, R., Santos, P., & Mendes, S. (2020). Fatores de risco para a depressão em idosos residentes na comunidade: um estudo transversal em Portugal. *Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia*.

<https://doi.org/10.1234/rpgg.2020.0123>

Descartes, R. (2021). *Discurso do método*. Guimarães.

Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro de (1996). *Diário da República*, 1ª Série-A, nº 205

Decreto-Lei nº 104/98, de 21 Abril (1998). *Diário da República*, 1ª Série-A, nº 93.

Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto de (2018). *Diário da República*, 1ª Série, nº157

Direção-Geral da Saúde. *Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Lisboa

Faissner, M., Kriston, L., Moritz, S., & Jelinek, L. (2018). Course and stability of cognitive and metacognitive beliefs in depression. *Depression and Anxiety*.

<https://doi.org/10.1002/da.22834>

Flavell, J. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. The nature of intelligence. Hillsdale. In L. Resnick.

Ferreira, P., & Meek, A. (2001). Portuguese wheelchair athletes self-perceptions in the physical domain: Preliminary analysis. *Proceedings of the 13th International Symposium, 5th European Congress Adapted Physical Activity – ISAPA, Vienna, Austria*.

Gotlib, H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>

Henriques, E. (2021). O cuidado centrado no cliente. Da apreciação à Intervenção de Enfermagem. Lusidata - Sabooks Editora.

INE (2020). Informação Estatística. Destaques. Projeções de População residente 2018-2080.

Disponível em:

https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y

Jassen. (2019). Guia Prático dos Direitos das Pessoas com Doença Mental em Portugal. Jassen ed.

Jelinek, L., Quaquebeke, N. Van, & Moritz, S. (2017). Cognitive and Metacognitive Mechanisms of Change in Metacognitive Training for Depression.

<https://doi.org/10.1038/s41598-017-03626-8>

Jelinek, L., Schneider, B. C., Hauschildt, M., Moritz, S., By, T., Pinho, L. G., Reis, I., & Silva, C. (2022). Um breve manual para a sua versão original e a sua adaptação para adultos mais velhos (MCT- Silver).

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. Journal of General Internal Medicine.

<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Ladegaard, N., Videbech, P., Lysaker, P. H., & Larsen, E. R. (2016). The course of social cognitive and metacognitive ability in depression: Deficit are only partially normalized after full remission of first episode major depression. British Journal of Clinical Psychology.

<https://doi.org/10.1111/bjc.12097>

Lopes, M., & Sakellarides, C. (2021). Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo: contributos para a Gestão da Mudança. Imprensa da Universidade de Évora.

Lilford, P., & Hughes, J. (2020). Epidemiology and mental illness in old age.

<http://doi.org/10.1192/bja.2019.56>

Locke, J. (2014). Ensaio sobre o entendimento humano. Fundação Calouste Gulbenkian.

Lopes, M. (2006). A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica. Proposta de uma Teoria de Médio Alcance. Formasau.

Lopes, M., (2021). Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os modelos de cuidados. Universidade de Évora.

McRoberts, C., Burlingame, G. M., & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*.

<https://doi.org/10.1037/1089-2699.2.2.101>

Monteiro, S., Torres, A., Pereira, A., Albuquerque, E., & Morgadinho, R. (2013). Preliminary validation study of a portuguese version of the patient health questionnaire (PHQ-9). *European Psychiatry*.

[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)76982-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)76982-7)

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.

Moritz, S., Lysaker, H., Hofmann, G., & Hautzinger, M. (2018). Going meta on metacognitive interventions. *Expert Review of Neurotherapeutics*.

<https://doi.org/10.1080/14737175.2018.1520636>

Moritz, S., Schneider, B. C., Peth, J., Arlt, S., & Jelinek, L. (2018). Metacognitive Training for Depression (D-MCT) reduces false memories in depression. A randomized controlled trial. *European Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.05.010>

Nunes, L., (2018). Para uma epistemologia de enfermagem. Almargem do Bispo: Lusodidacta – Sabooks.

OCDE. (2023). Mental health and work: Impact, issues and good practices.

<http://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

Oliveira, M., & Carraro, T. (2011). Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn.

Oliveira, F., Fracoli, A., Gryscek, L., Pina-Oliveira, A., Campos, S., Geraldo, C., Silva, A., Pereira, Z., & Coelho, B. (2024). A família como sujeito: a centralidade do cuidado e do conhecimento na orientação familiar em saúde. Revista JRG de Estudos Acadêmicos.

<https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.989>

Organização Mundial da Saúde (2021). Depression.

Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento Dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem de Saúde Mental.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento nº 428/20221 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas da Intervenção Psicoterapêutica.

Ordem dos Enfermeiros (2023). Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Organização Mundial da Saúde. (1948). Constitution of the World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2019). World Health Organisation launches app to improve care for the elderly.

Disponível em: <https://www.digitalhealth.net/2019/10/world-health-organisation-elderly-careapp/>

Peplau, H. (1992). Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice. Nursing Science Quarterly.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Pinho, L., Sequeira, C., Sampaio, F., Rocha, N., 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.

<https://doi.org/10.1111/jan.14240>

Ramos, F. (2022). Ação em Políticas de Saúde. Almedina ed.

Resolução do Conselho de Ministros nº14/2024, de 12 de janeiro de (2024). Diário da República, 1.ª Série, nº 9.

Riegel, F., Unicovsky, R., Nascimento, F., & Escobar, V. (2023). Filosofia e Processo de Enfermagem: Uma reflexão das bases teóricas filosóficas na prática clínica de enfermagem. Enfermagem em Foco.

<https://doi.org/10.21675/2357-707x.2023.v14.e-202359>

Sampaio, C., Sequeira, C., & Canut, T. (2017). Content Validity of a Psychotherapeutic Intervention Model in Nursing: A Modified e-Delphi Study. *Archives of Psychiatric Nursing*.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.007>

Schneider, C., Bücken, L., Riker, S., Karamatskos, E., & Jelinek, L. (2018). A Pilot Study of Metacognitive Training (D-MCT) for Older Adults with Depression.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem de Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções (1ª Edição)*. LIDEL.

Simões, A. (1888). *A minha administração dos Hospitais da Universidade: uma gerência de 15 anos, sob a reforma de 1870*. Coimbra, Imprensa da Universidade.

Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lusociência.

Whittington, J., Kunkel, R., & de Medeiros, K. (2021). *Global Aging. Comparative Perspectives on Aging and the Life Course*. Springer