



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

Intervenções Psicoeducativas com contributos de Mindfulness, para redução da ansiedade, realizadas pelo EEESMP, em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria.

Nuno Roberto Santos Presa

Orientação: Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Mestrado em Enfermagem

Portalegre, 2020



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

Intervenções Psicoeducativas com contributos de Mindfulness, para redução da ansiedade, realizadas pelo EEESMP, em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria

Nuno Roberto Santos Presa

Orientação: Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Mestrado em Enfermagem

Portalegre, 2020

Intervenções Psicoeducativas com contributos de Mindfulness, para redução da ansiedade, realizadas pelo EEESMP, em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria

Nuno Roberto Santos Presa

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro, Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde de Beja

Arguente: Professora Fernanda Paula Santos Leal, Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde de Setúbal

Orientador: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro, Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde de Portalegre

Data: Portalegre, 22 de setembro de 2020

Não existe um caminho para a felicidade. A felicidade é o caminho.

(Thich Nhat Hanh , 1992)

AGRADECIMENTOS

“A dúvida é o princípio da sabedoria” (Aristóteles)

Este trabalho é uma longa viagem, uma trajetória salteada por inúmeros desafios, incertezas e alegrias, que reúne contributos de muitas pessoas indispensáveis para a caminhada. Percorrê-la só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas, pessoas essas, a quem dedico este Mestrado.

Especialmente ao meu orientador, Professor Doutor Raúl Alberto Carrilho Cordeiro, que sempre disponível, acreditou em mim e sempre me apoiou, agradeço a sua orientação exemplar pautada por um elevado e rigoroso nível científico, um interesse permanente, uma visão crítica e oportuna, que contribuíram para realizar, passo a passo, todas as etapas subjacentes ao trabalho realizado.

À minha Enfermeira orientadora, TC, pela pessoa e profissional que é, que inexcusável, dedicou muito do seu tempo com sapiência e capacidade, que a fez, por vezes, deixar de lado os seus momentos de descanso para me ajudar e me orientar. Obrigado por ter acreditado e depositado a sua confiança em mim ao longo de todos estes meses. Sem a sua orientação, apoio, confiança e amizade, nada disso seria possível.

Um exemplo de profissionalismo, liderança e humanidade

Aos meus colegas e amigos de Mestrado, os quais asseguraram para sempre um lugar cativo no meu coração.

À minha família, os últimos são sempre os primeiros, portanto, quero agradecer à minha esposa e ao meu filho, os meus amores, a quem em especial, dedico este trabalho, pois sempre apoiaram as minhas decisões, mesmo aquelas mais difíceis, implicando inúmeros sacrifícios para que eu pudesse chegar onde estou.

RESUMO

Viver com ansiedade, é mais frequente do que se imagina e afeta milhões de pessoas por todo o mundo diariamente. Cuidar de uma pessoa com ansiedade, é desafiador não apenas no ato de cuidar, mas também na promoção e manutenção do seu bem-estar, acarretando sofrimento para a pessoa e para a sua família. As intervenções psicoeducativas com contributos de Mindfulness, são eficazes para a redução da mesma. O presente relatório de Estágio pretende refletir sobre a importância das intervenções psicoeducativas com contributos de Mindfulness e descrever reflexivamente a aquisição de competências no Mestrado. O relatório suporta-se na Metodologia de Projeto tendo-se recorrido à Revisão Sistemática da Literatura para reunir evidência científica e elaborar uma proposta de cuidados. A implementação de intervenções psicoeducativas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promove a redução da ansiedade. As metodologias adotadas possibilitaram a consecução dos objetivos propostos.

Palavras-chave: Psicoeducação, Ansiedade, Mindfulness, Enfermagem Psiquiátrica

ABSTRACT

Living with anxiety is more frequent than you think and affects millions of people around the world on a daily basis. Taking care of a person with anxiety is challenging not only in the act of taking care, but also in promoting and maintaining their well-being, causing suffering for the person and their family. Psychoeducational interventions with contributions from Mindfulness are effective in reducing it. This Internship report aims to reflect on the importance of psychoeducational interventions with contributions from Mindfulness and to reflexively describe the acquisition of skills in the master's degree. The report is based on the Project Methodology, having resorted to the Systematic Literature Review to gather scientific evidence and elaborate a care proposal. The implementation of psychoeducational interventions by the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing promotes the reduction of anxiety. The adopted methodologies made it possible to achieve the proposed objectives.

Keyword: Psychoeducation, Anxiety, Mindfulness, Psychiatric Nursing

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura n. º 1 - Transições. Teoria de médio alcance. (Traduzido) (Meleis, 2010, p. 56) | 37 |
| Figura n. º 2 - Model <i>Evidence-based Health Care</i> (Jordan et al., 2018, p.3) | 56 |
| Figura n. º 3 - Fluxograma do processo de pesquisa e seleção..... | 59 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela n.º 1 - Transtornos e características apresentadas pela pessoa com ansiedade..... | 26 |
| Tabela n.º 2 - Fatores predisponentes/Consequências funcionais, implicados na ansiedade..... | 28 |
| Tabela n.º 3 - Ansiedade – Diagnósticos/intervenções/objetivos de enfermagem..... | 52 |
| Tabela n.º 4 - Resumo dos objetivos e resultados dos artigos incluídos na RSL | 61 |
| Tabela n.º 5 - Características, componentes e efeitos das intervenções..... | 62 |
| Tabela n.º 6 - Sessão preliminar: “ Apresentação do programa ” | 65 |
| Tabela n.º 7 - Primeira sessão: “ Desligar o piloto automático ” | 66 |
| Tabela n.º 8 - Segunda sessão: “ Ter em mente o corpo ” | 67 |
| Tabela n.º 9 - Terceira sessão: “ O rato no labirinto ” | 69 |
| Tabela n.º 10 - Quarta sessão: “ Ultrapassar os rumores ” | 71 |
| Tabela n.º 11 - Quinta sessão: “ Virar-se para as dificuldades ” | 73 |
| Tabela n.º 12 - Sexta sessão: “ Preso no passado ou a viver no presente? ” | 75 |
| Tabela n.º 13 - Sétima sessão: “ Quando é que deixou de dançar? ” | 76 |
| Tabela n.º 14 - Oitava sessão: “ A sua vida selvagem e preciosa ” | 78 |
| Tabela n.º 15 - Competências Comuns do EE (OE, 2019) | 84 |

LISTA DE ABREVIATURAS

n. º - número

p. – página

LISTA DE SIGLAS

AESES – Associação entre Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde

APA – *American Psychological Association*

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CE – Consulta Externa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

E1 – Estudo 1

E2 – Estudo 2

E3 – Estudo 3

E4 – Estudo 4

E5 – Estudo 5

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESS – Escola Superior de Saúde

EU – Universidade de Évora

EUA – Estados Unidos da América

HD – Hospital de Dia

ICN – *Internacional Council of Nurses*

IPB – Instituto Politécnico de Beja

IPCB – Instituto Politécnico de Castelo Branco

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

JBÍ – *Joanna Briggs Institute*

ME – Mestrado em Enfermagem

MeSH – *Medical Subject Headings*

NAP – Neurolépticos de Ação Prolongada

NIC – *Nursing Interventions Classification*

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática baseada na evidência

PE – Processo de Enfermagem

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SNS – Serviço nacional de saúde

SOE – Sem outra especificação

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE DE APÊNDICES

| | p. |
|--|-----|
| Apêndice 1 – Síntese dos artigos selecionados para a RSL..... | 115 |
| Apêndice 2 – Resumo do Artigo Científico “Contributos de Mindfulness para redução da ansiedade, realizados pelo enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, em contexto de hospital de dia de psiquiatria.” | 117 |
| Apêndice 3 – Apresentação do programa..... | 119 |
| Apêndice 4 – Desligar o piloto automático..... | 124 |
| Apêndice 5 – Ter em mente o corpo..... | 130 |
| Apêndice 6 – O rato no labirinto..... | 136 |
| Apêndice 7 – Ultrapassar os rumores..... | 142 |
| Apêndice 8 – Virar-se para as dificuldades..... | 151 |
| Apêndice 9 – Preso no passado ou a viver no presente?..... | 158 |
| Apêndice 10 – Quando é que deixou de dançar?..... | 165 |
| Apêndice 11 – A sua vida selvagem e preciosa..... | 179 |
| Apêndice 12 – Sessão preliminar – Apresentação..... | 188 |
| Apêndice 13 – Primeira sessão – Apresentação..... | 192 |
| Apêndice 14 – Segunda sessão – Apresentação..... | 194 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | p. |
|---|-----|
| Anexo I – Terapia do grupo “Cerca para as galinhas” | 199 |
| Anexo II – Sessão de relaxamento “Relaxamento muscular progressivo de Jacobson” | 202 |
| Anexo III – Terapia pelo cinema “Se enlouquecer não se apaixone” | 211 |
| Anexo IV – Análise transaccional “As palavras de ordem” | 215 |
| Anexo V - Apresentação em <i>powerpoint</i> de análise transaccional “As palavras de ordem” | 219 |
| Anexo VI – Sessão psicoeducativa para os familiares “Comunicar” | 225 |
| Anexo VII - Comprovativo de submissão para publicação na Revista Sinais Vitais | 229 |
| Anexo VIII - IV Encontro Nacional “FINANCIAMENTO GLOBAL EM SAÚDE MENTAL” | 230 |
| Anexo IX – Jornadas da Associação Portuguesa de Adictologia, “AS VERTIGENS DO RISCO E OS LABIRINTOS DA VONTADE – OLHARES SOBRE OS COMPORTAMENTOS ADITIVOS” | 231 |
| Anexo X – III jornadas temáticas de psiquiatria do centro hospitalar do médio tejo “SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE, RESPOSTAS E DESAFIOS” | 232 |
| Anexo XI – Curso online de Mindfulness, com a duração de oito semanas ministrado pela “HAPPINESS.COM COURSES” | 233 |
| Anexo XII – “I JORNADAS DE MINDFULNESS E COMPAIXÃO”, organizadas pela Associação Portuguesa para o Mindfulness, (APM) em parceria com o Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Universidade de Coimbra (CINEICC) e a Associação Mentis Sorridentes..... | 234 |

ÍNDICE

| | p. |
|---|-----|
| 0. INTRODUÇÃO..... | 14 |
| PARTE I | |
| 1. CARACTERIZAÇÃO LOCAL DE ESTÁGIO – Hospital de Dia região Centro..... | 17 |
| 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 22 |
| 2.1. A Pessoa com Ansiedade | 22 |
| 2.2. Ansiedade e Mindfulness..... | 32 |
| 2.3 Modelo de transições de Afaf Meleis..... | 34 |
| 2.4 Relação de Ajuda | 42 |
| 3. METODOLOGIA DE PROJETO | 48 |
| 3.1 Diagnóstico de Situação | 50 |
| 3.2 Definição dos objetivos | 53 |
| 3.3 Planeamento | 54 |
| 3.4 Execução | 64 |
| 3.5 Avaliação | 80 |
| 3.6 Divulgação dos Resultados | 81 |
| PARTE II | |
| 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 83 |
| 4.1 Competências Comuns Enfermeiro Especialista | 84 |
| 4.2 Competências Especificas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Saúde Mental E Psiquiátrica | 88 |
| 4.3 Competências De Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica | 98 |
| 5. CONCLUSÃO | 102 |
| 6. BIBLIOGRAFIA | 105 |

0. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Mestrado em Enfermagem (ME) surge no âmbito do 3º ME em Associação entre Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (AESES), nomeadamente entre a Universidade de Évora (UE) em associação com o Instituto Politécnico de Beja (IPB), o Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB), o Instituto Politécnico de Portalegre (IPP) e o Instituto Politécnico de Setúbal (IPS). O referido curso decorreu na Escola Superior de Saúde (ESS) do IPP com a duração de 3 semestres, com início em setembro do ano letivo 2018/2019 e final previsto em junho do ano letivo 2019/2020. O curso disponibiliza sete áreas de especialização, tendo sido por nós eleita a Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, cuja coordenação é assegurada pelo Professor Doutor Raúl Cordeiro.

No segundo semestre do segundo ano, é solicitado a redação do presente Relatório de ME no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório Final. De acordo com o Regulamento do Estágio Final e do Relatório do ME, este consiste num trabalho de descrição e reflexão crítica pormenorizada e detalhada das atividades desenvolvidas.

Os processos de aprendizagem que conduziram à aquisição de competências, nomeadamente competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ocorreram no Estágio I e no Estágio Final, ambos sob orientação do docente Raúl Cordeiro e EEESMP TC.

Ambos os estágios foram realizados no Hospital de Dia de Psiquiatria de um Hospital do Centro do país, sendo que o Estágio I foi realizado durante o segundo semestre do primeiro ano do ME em associação, com a duração de seis semanas, entre 20 de maio e 28 de junho de 2019. Por sua vez, o Estágio Final foi realizado no terceiro semestre do segundo ano do ME em associação, com a duração de 18 semanas, entre 17 de setembro de 2019 e 31 de janeiro de 2020.

As intervenções psicoeducativas com contributos de Mindfulness, implementadas pelo EEESMP em doente com ansiedade, em contexto de hospital de dia, constituem-se como a temática eleita para o presente relatório, sendo deste modo alvo de estudo e reflexão crítica. A escolha desta temática resultou de um conjunto de motivos de cariz pessoal, profissional e técnico-científico, que

agrupados suportaram a escolha da mesma. Assim, no âmbito pessoal partilhamos que nos é intrínseca a preocupação com o bem-estar, pelo lugar de destaque que assume na nossa vida e deste modo decidimos transpor este aspeto para a escolha da temática.

Por sua vez, no âmbito profissional destacamos o desejo em investir no aumento de conhecimentos acerca da pessoa com ansiedade, do seu impacto e de que modo as intervenções implementadas pelo EEESMP respondem às necessidades identificadas. Por fim, o interesse no âmbito técnico-científico relaciona-se com a escassez de literatura científica existente acerca desta temática, e a inexistência, no local de estágio final, de um programa específico, que objetive a redução da ansiedade, contribuindo desta forma, para a melhoria e implementação de cuidados diferenciados.

As intervenções psicoeducativas surgem enquanto intervenções comprovadamente eficazes neste âmbito. (Sin et al., 2017)

A implementação de intervenções psicoeducativas por parte do EEESMP encontra-se suportada e regulamentada no Regulamento n.º 515/2018 (OE, 2018), nomeadamente na quarta competência, corroboradas pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, mencionando que as intervenções psicoeducativas, promovem a satisfação do cliente, promoção da saúde e prevenção de complicações, adaptação e redução do estigma e promoção da inclusão social (OE, 2011).

Considerando o âmbito em que se insere o documento em apreço, em ligação à temática suprarreferida, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

1. Apresentar o Relatório de ME através da Metodologia de Projeto que será alvo de prova pública perante um júri;
2. Refletir sobre a importância da intervenção do EEESMP no âmbito das intervenções psicoeducativas com contributos de Mindfulness em pessoas com ansiedade;
3. Descrever reflexivamente e pormenorizadamente a aquisição das competências desenvolvidas no percurso do Mestrado.

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes.

A primeira parte subdivide-se em três capítulos, o primeiro capítulo corresponde à caracterização do Hospital de dia de Psiquiatria, local onde se realizaram ambos os estágios. O segundo capítulo refere-se ao enquadramento conceptual, nomeadamente, a pessoa com ansiedade, ao Mindfulness e sua relação com a ansiedade, à Teoria das Transições de Afaf Meleis, à Relação de Ajuda enquanto processo intersubjetivo de partilha, apresentando a sua definição e fases que a constituem. O terceiro capítulo apresenta a Metodologia de Projeto adotada, no qual são abordadas as suas etapas bem como a sua execução.

A segunda parte retrata o capítulo da Análise reflexiva sobre aquisição e desenvolvimento de competências, dividindo-se por sua vez, em três subcapítulos nomeadamente, a reflexão crítica por-menorizada e fundamentada da aquisição de competências comuns do EE, competências específicas do EEESMP e competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O último capítulo é respeitante à conclusão, no qual se apresentam de modo sucinto as principais considerações finais deste relatório, e a análise dos objetivos propostos.

Este Relatório de ME, encontra-se redigido de acordo com as diretrizes do novo acordo ortográfico português, e referenciado de acordo com as normas da American Psychological Association (APA) – 6ª edição.

PARTE I

1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Hospital de Dia (HD) de Psiquiatria é uma Unidade clínica especializada que presta assistência a doentes psiquiátricos cuja gravidade exige um plano terapêutico individualizado, intensivo e multidisciplinar, com ênfase não só no tratamento psicofarmacológico, mas sobretudo psicoterapêutico e de reabilitação. Permite o tratamento e acompanhamento dos utentes em ambulatório, o que contribui para uma transição progressiva e adequada para a comunidade, e a reintegração familiar, social e laboral, constituindo-se como um recurso chave dos serviços de saúde mental.

O internamento em Hospital de Dia inclui um programa de tratamento intensivo com Planos de Tratamento Individualizados adaptados a cada doente. Estes incluem, em cada caso, uma abordagem multifatorial tendo em conta a situação clínica do doente, e atividades em grupo com intuito diagnóstico e terapêutico, não só para o doente, mas também para os seus cuidadores, visando a preparação após a alta, bem como a reintegração completa na comunidade.

O programa de tratamento poderá integrar as seguintes atividades terapêuticas:

- Entrevista de admissão;
- Avaliação em consulta de Psiquiatria;
- Avaliação neuropsicológica;
- Avaliação de necessidades e suporte social;
- Psicoterapia individual e de grupo;
- Estimulação cognitiva;
- Treino de competências sociais e de atividades de vida diária;
- Terapia Ocupacional;
- Intervenção familiar;
- Psicoeducação;
- Adesão e gestão da terapêutica psiquiátrica instituída.

O Hospital de Dia tem capacidade diária para 16 utentes, sendo que o tratamento terapêutico varia consoante a evolução da situação clínica do doente, podendo variar de algumas semanas até quatro meses.

Funções do hospital de dia

Os seus objetivos clínicos visam o tratamento e reabilitação de indivíduos com doenças psiquiátricas que requerem tratamento no período de agudização da sua sintomatologia ou se encontram em transição desde uma hospitalização breve para os cuidados plenamente ambulatoriais, e assim pretende:

- Desenvolver tratamento especializado psicológico, farmacológico e social;
- Permitir a continuidade do processo de estabilização clínica após uma hospitalização, oferecendo um tratamento mais intensivo do que aquele que é possível nos cuidados ambulatoriais;
- Avaliar o funcionamento social permitindo oferecer um plano integral de reabilitação psicossocial;
- Promover tratamento de suporte, evitando interrupções depois do período de hospitalização, evitando-se assim sucessivos reinternamentos;
- Melhorar a aderência ao tratamento;
- Oferecer suporte social a familiares e cuidadores;
- Servir como ponte entre o utente e o sistema de saúde.

Objetivos do funcionamento do hospital de dia

- Reduzir o estigma que recai sobre os indivíduos com patologia psiquiátrica;
- Favorecer a continuidade dos cuidados no âmbito comunitário;
- Reduzir custos em relação à hospitalização completa (como alternativa e para reduzir a duração);
- Melhorar a relação custo-efectividade do tratamento integral em indivíduos com patologia psiquiátrica;
- Favorecer o início do processo de reabilitação;
- Melhorar a capacidade de resolução de episódios agudos;
- Prevenir recaídas;
- Diminuir o número e o tempo de hospitalizações em regime fechado;
- Melhorar a dinâmica familiar e/ou ambiental suscetível de destabilizar o doente em tratamento;

- Melhorar a aderência ao tratamento;
- Favorecer o envolvimento dos familiares no processo terapêutico.

Caraterísticas dos doentes que beneficiam do hospital de dia

O doente do HD é um doente que padece de uma patologia psiquiátrica, que cursa com um período de agudização, requerendo tratamento clínico intensivo, com abordagem integral, tanto pela composição da equipa terapêutica como pela profundidade dos fatores familiares e contextuais.

O carácter ambulatorio do HD exige que os doentes estejam em condições de se deslocar a este diariamente ou em determinados dias da semana definidos conjuntamente com a equipa terapêutica, por um período variável compreendido entre algumas semanas até 4 meses, ou mais, considerando a realidade local e as necessidades do doente.

Sob a definição de indivíduos com patologias psiquiátricas inclui-se uma variedade de patologias, essencialmente psicoses esquizofrénicas, transtornos de ansiedade, perturbações afetivas unipolares e bipolares e perturbações da personalidade. Contudo, quase todos os doentes, a partir dos 18 anos de idade, do foro psiquiátricos podem beneficiar do internamento em HD, desde que possuam competências cognitivas que lhes permitam participar no projeto terapêutico diferenciado e específico deste tipo de serviço.

Dinâmicas de trabalho no hospital de dia

Uma característica fundamental do HD é o trabalho em equipa, sendo o êxito neste aspeto um dos elementos essenciais da sua efetividade.

No HD, um grupo de profissionais e técnicos de saúde mental partilham um espaço definido e por um tempo suficiente para estabelecer uma adequada interação terapêutica, definir um genuíno diagnóstico e um pertinente plano de tratamento integral.

Sobre uma base de interações adequadas e um intercâmbio frequente e permanente acerca de e com os doentes, torna-se possível delinear uma atenção eficaz e planificada para cada doente num ambiente normalizador.

Deve entender-se por “interações adequadas”, que além do trabalho específico que cada técnico desenvolve, toda a equipa atua em função de uma estratégia geral do tratamento e da

orientação do trabalho em cada momento do seu desenvolvimento, partilhando o conhecimento dos incidentes, dificuldades e sucesso de cada uma das diferentes atividades que se realizem.

Principais ações desenvolvidas

1. Avaliação e diagnóstico integral de ingresso

- Processo de avaliação e diagnóstico efetuado por uma equipa interdisciplinar que inclui aspetos clínico-psiquiátricos, psicológicos, ocupacionais, familiares e psicossociais.
- O objetivo é formular, num prazo de 15 dias, um plano terapêutico, que em conjunto com a melhoria clínica permita atuar eficazmente sobre fatores que influenciam negativamente as respostas futuras aos objetivos de estabilidade clínica e ajuste psicossocial.
- Nesta ocasião, será atribuído a cada utente um Técnico de Referência, conforme as suas necessidades e áreas deficitárias a trabalhar, e que supervisionará a sua evolução e será responsável pela reestruturação do programa terapêutico individual e pela articulação com os outros técnicos da equipa.
- Neste processo, assim como no momento da alta, é crucial um diálogo ativo com os profissionais ou equipas terapêuticas externas ao HD, a fim de maximizar a continuidade e qualidade dos cuidados.

2. Tratamento psicofarmacológico

- Administração controlada de psicofármacos por via oral e injetável, de ação rápida ou de “Depot”.
- O HD, ao facilitar que se estabeleça um estreito contacto entre o doente e a equipa terapêutica, possibilita observar de forma muito detalhada os efeitos terapêuticos e secundários dos fármacos prescritos, assim como assegurar a toma efetiva da medicação prescrita.

3. Intervenções psicológicas

- Intervenções fundadas em técnicas psicoterapêuticas, efetuadas de acordo com o Plano de Tratamento individual e das orientações gerais de trabalho da Unidade a nível individual, grupal e/ou familiar. Privilegiam-se as intervenções psicossociais grupais dadas as condições especialmente favoráveis para efetuá-las que oferece o HD, e tendo em atenção o seu valor terapêutico no tipo de doentes que atende.

4. Psicoeducação

- Consiste num conjunto de atividades de educação em saúde destinadas a gerar conhecimentos e capacidades para ultrapassar a condição da doença psiquiátrica e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados por esta e seus familiares. Assim, inclui o doente e os seus cuidadores. Pode-se realizar de forma individual ou grupal. Os impactos favoráveis verificam-se na aderência ao tratamento e no prognóstico.
- Os conteúdos incluem temas como: natureza da patologia; manifestações clínicas; importância de fatores como o stress, ansiedade, vulnerabilidade, comunicação, etc.; tratamento farmacológico (importância, benefícios, efeitos colaterais, alternativas); tratamento psicossocial (importância, benefícios e alternativas); direitos e alternativas de apoio social; reconhecimento precoce de sintomas e sinais de descompensação; reconhecimento de complicações (abuso de álcool e drogas, comportamentos de risco); e reconhecimento de sinais de alerta de risco de suicídio.
- O HD tem um Programa de Psicoeducação explícito, dotado de recursos e apoios, suscetível de se avaliar e melhorar continuamente.

5. Intervenção no comportamento ocupacional e reabilitação social

- Corresponde ao início do processo de Reabilitação Psicossocial. Efetuando-se uma avaliação integral do comportamento sócio-ocupacional do doente, procurando avaliar e identificar os objetivos pessoais, estimulando as suas competências remanescentes de acordo com a sua motivação intrínseca e os referidos objetivos. A promoção de competências sociais, de processamento e instrumentais, torna-se fulcral para potenciar uma maior independência do doente e o cumprimento das metas terapêuticas, permitindo-lhe vir a desempenhar papéis satisfatórios nos âmbitos social, laboral e pessoal.
- Tais objetivos são explicitados no Plano de Tratamento e no Plano Individualizado de Reabilitação, assim como os seus resultados avaliados a quando da alta.

6. Intervenção em crise

- Consiste no apoio ativo, presencial ou não, aos utentes do HD em crises ocorridas fora da unidade, efetuado por solicitação do doente, familiares ou outros profissionais que o acompanhem.
- Concluída a estadia do doente no HD, deve assegurar-se a continuidade de cuidados na rede de saúde mental local. No entanto, a equipa do HD, pelas características particulares, poderá responder rápida e eficazmente a algumas situações.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. A Pessoa com ansiedade

A Saúde Mental define-se, de acordo com World Health Organization como um estado de bem-estar através do qual a pessoa reconhece o seu potencial, gere os acontecimentos stressantes normais da sua vida, trabalha de modo produtivo e frutuoso, sendo capaz de contribuir para a comunidade (WHO, 2014). O estado de saúde referido, também recebe a denominação de saúde mental positiva, contrastando com as múltiplas doenças mentais causadoras de sofrimento psíquico e comprometedoras das capacidades relacionais e produtivas das pessoas que delas sofrem (Almeida, 2018).

A ansiedade é uma emoção experienciada por qualquer ser humano nas mais variadas situações e conotada, muitas vezes como negativa, sendo parte integrante da condição humana. Representa-se através de um conjunto de emoções que funcionam de forma positiva quando nos alertam para algo que necessita de preocupação. A ansiedade ajuda o indivíduo a responder de modo mais adequado a estímulos, uma vez que acelera os reflexos e concentra a atenção. (Mental Health Foundation, 2014)

Também a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), (CIPE, 2011) a define como, sendo um tipo de emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autossegurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.

A ansiedade não patológica caracteriza-se como um alarme protetor desencadeando respostas automáticas e imediatas que estimulam o ser humano a agir em modo de defesa. (Rebelo, & Carvalho, 2014)

Quando ultrapassa a linha do saudável e se torna patológica, é caracterizada, segundo a (APA) como uma "preocupação (apreensão expectante) exagerada acerca de um conjunto de

acontecimentos ou atividades que ocorrem em mais de metade dos dias por um período de pelo menos seis meses. São acompanhadas de pelo menos três sintomas adicionais de uma lista que inclui: inquietação, fatigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono". (APA, 2011)

A tentativa de definição de ansiedade vem desde a antiguidade. "Hipócrates e Aristóteles definiam-na como uma doença; Platão e Espinoza como um problema filosófico; Soren Kierkegaard considerava-a como uma questão espiritual; autores como Wystan Auden, David Riesman e Albert Camus questionavam se a ansiedade poderia ser um sinal cultural dos tempos e da estrutura da sociedade. (Stossel, 2014) Stossel afirma que "todos têm razão, que a ansiedade é ao mesmo tempo um efeito da biologia e da filosofia, do corpo e do espírito, do instinto e da razão, da personalidade e da cultura. Ainda que a ansiedade seja sentida a um nível espiritual e psicológico, é cientificamente mensurável a nível molecular e fisiológico. É um fenómeno psicológico e um fenómeno sociológico". (Stossel, 2014)

Freud foi dos autores que deu um grande passo em direção à definição complexa do conceito, tentando explicá-la dos pontos de vista filosófico e psicanalítico. (Rebelo, & Carvalho, 2014)

Ansiedade não é apenas um conceito com uma perspetiva negativa. Ansiedade é uma emoção que pode ser também definida com uma perspetiva positiva, uma vez que é a responsável pelas atividades quotidianas a que o ser humano atribui menor importância como o simples levantar da cama. Se não existir um estímulo, o indivíduo não se propõe a cumprir nem a desempenhar a atividade proposta. (Rebelo, & Carvalho, 2014)

Dados da Organização Mundial de Saúde apontam que a prevalência mundial do transtorno de ansiedade é de 3,6%. (WHO, 2017)

Nos Estados Unidos da América (EUA), a ansiedade apresenta-se como a doença mental mais vulgar. Estima-se que cerca de 40 milhões de americanos em fase adulta, em algum momento da vida sofram de algum tipo de distúrbio de ansiedade de acordo com o Instituto Nacional de Saúde Mental, com os custos associados. (Carvalho, 2018)

No Reino Unido, cerca de uma em cada quatro pessoas sofrerá de algum tipo de patologia mental, e uma pessoa em cada seis poderá vir a sofrer de ansiedade ou depressão. Esta realidade tem vindo a aumentar ao longo das últimas duas décadas. (Mental Health Foundation, 2014)

Em Portugal, a realidade não difere muito daquilo já demonstrado nos EUA e no Reino Unido. Segundo dados estatísticos da Direção Geral de Saúde (DGS) de 2013, a análise da prevalência da ansiedade em Portugal indica-nos que cerca 16,5% da população é atingida, números próximos dos EUA, que apresentam uma média de 18,5%.

Também em 2017, em Portugal a proporção de utentes com registo de perturbações da ansiedade, entre os utentes inscritos ativos em Cuidados de Saúde Primários é de 6.51%. (Carvalho, 2018)

Portugal mantém-se, há anos, o país da Europa com maior consumo de benzodiazepinas, o grupo farmacológico dos ansiolíticos ou tranquilizantes mais prescritos no SNS, enquanto os seus parceiros registaram uma redução desse grupo à medida que o da utilização dos antidepressivos foi aumentando, nomeadamente nas perturbações de ansiedade e de acordo com as referidas normas de boas práticas médicas (Carvalho, 2018)

Torna-se ainda relevante mencionar o facto da população com idades compreendidas entre os 16 e os 24 anos apresentarem taxas de ansiedade maiores que os indivíduos de idade adulta, e que quatro em cada dez indivíduos sofrem de ansiedade devido ao trabalho. Tal facto comprova que a era moderna é por si só um fator multifatorial gerador de ansiedade, que desencadeia um ciclo. Atualmente, na vertente profissional tudo é gerido com o fator pressão, onde os profissionais são obrigados a cumprir determinados objetivos. Contudo, esta pressão extravasa o campo profissional provocando o efeito "bola de neve". (Rebelo, & Carvalho, 2014)

A ansiedade também pode conduzir a alterações cognitivas como dificuldade de concentração, bloqueio de pensamento, capacidade diminuída para a resolução de problemas, capacidade diminuída de perceção, capacidade diminuída de aprendizagem e esquecimento; alterações emocionais e comportamentais como o cansaço, sentimentos de perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhado de pânico, sentimentos de inadequação, falta de confiança, sentimentos de aflição e nervosismo, incertezas, medo de consequências inespecíficas, preocupação, alerta exagerado,

irritabilidade, sensação de excitação ou euforia, frustração, comportamento de isolamento social, choro e/ou tendência compulsiva. (Brozek et al, 2012)

A presença de vários tipos de manifestações de foro somático, cognitivo, emocional ou comportamental são dados relevantes para a nomeação do foco: ansiedade como área de intervenção em enfermagem. (Rebelo, & Carvalho, 2014)

Para avaliação da ansiedade são frequentemente utilizados vários instrumentos nomeadamente a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), entre outros.

Os Transtornos de Ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, estes dois estados sobrepõem-se, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade é mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Por vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. Os ataques de pânico destacam-se dentro dos transtornos de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo. Não estão limitados aos transtornos de ansiedade e também podem ser vistos em outros transtornos mentais. (APA, 2014)

Os transtornos de ansiedade diferenciam-se do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento. Eles diferem do medo ou da ansiedade provisórios, com frequência induzidos por stress, por serem persistentes, embora o critério para a duração seja tido como um guia geral, com a possibilidade de algum grau de flexibilidade, sendo às vezes de duração mais curta em crianças (como no transtorno de ansiedade de separação e no mutismo seletivo). Muitos dos transtornos de ansiedade desenvolvem-se na infância e tendem a persistir se não forem tratados. A maioria ocorre com mais frequência em indivíduos do sexo feminino do que no masculino (proporção de aproximadamente 2:1). Cada transtorno de ansiedade é diagnosticado somente quando os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos do uso de uma substância/medicamento ou de outra condição médica ou não são mais bem explicados por outro transtorno mental. (APA, 2014)

Expomos em tabela, os transtornos de ansiedade e as características principais apresentadas pela pessoa.

Tabela n.º 1- Transtornos e características apresentadas pela pessoa com ansiedade.

| Transtornos | Características Diagnósticas |
|--|---|
| Ansiedade de separação | O indivíduo com transtorno de ansiedade de separação é apreensivo ou ansioso quanto à separação das figuras de apego até um ponto em que é impróprio para o nível de desenvolvimento. Existe medo ou ansiedade persistente quanto à ocorrência de dano às figuras de apego e em relação a eventos que poderiam levar a perda ou separação de tais figuras e relutância em se afastar delas, além de pesadelos e sintomas físicos de sofrimento. Embora os sintomas se desenvolvam com frequência na infância, também podem ser expressos durante a idade adulta.(APA, 2014) |
| Mutismo seletivo | O mutismo seletivo é caracterizado por fracasso consistente para falar em situações sociais nas quais existe expectativa para que se fale (p. ex., na escola), mesmo que o indivíduo fale em outras situações. O fracasso para falar acarreta consequências significativas em contextos de conquistas acadêmicas ou profissionais ou interfere em outros aspectos na comunicação social normal. (APA, 2014) |
| Fobia específica | Os indivíduos com fobia específica são apreensivos, ansiosos ou se esquivam de objetos ou situações circunscritas. Uma ideação cognitiva específica não está caracterizada nesse transtorno como está em outros transtornos de ansiedade. Medo, ansiedade ou esquiva é quase sempre imediatamente induzido pela situação fóbica, até um ponto em que é persistente e fora de proporção em relação ao risco real que se apresenta. Existem vários tipos de fobias específicas: a animais, ambiente natural, sangue-injeção-ferimentos. situacional e outros. (APA, 2014) |
| Transtorno de ansiedade social (fobia social) | No transtorno de ansiedade social (fobia social), o indivíduo é temeroso, ansioso ou se esquivam de interações e situações sociais que envolvem a possibilidade de ser avaliado. Estão inclusas situações sociais como encontrar-se com pessoas que não são familiares, situações em que o indivíduo pode ser observado comendo ou bebendo e situações de desempenho diante de outras pessoas. A ideação cognitiva associada é a de ser avaliado negativamente pelos demais, ficar embaraçado, ser humilhado ou rejeitado ou ofender os outros. (APA, 2014) |
| Transtorno de pânico | No transtorno de pânico, o indivíduo experimenta ataques de pânico inesperados recorrentes e está persistentemente apreensivo ou preocupado com a possibilidade de sofrer novos ataques de pânico ou alterações desadaptativas em seu comportamento devido aos ataques de pânico (p. ex., esquiva de exercícios ou de locais que não são familiares). Os ataques de pânico são ataques abruptos de medo intenso ou desconforto intenso que atingem um pico em poucos minutos, |

| | |
|--|--|
| | acompanhados de sintomas físicos e/ou cognitivos. Os ataques de pânico com sintomas limitados incluem menos de quatro sintomas. Os ataques podem ser esperados, como em resposta a um objeto ou situação normalmente temido, ou inesperados, significando que o ataque não ocorre por uma razão aparente. Eles funcionam como um marcador e fator prognóstico para a gravidade do diagnóstico, curso e comorbidade com uma gama de transtornos, incluindo, mas não limitados, os transtornos de ansiedade (p. cx., transtornos por uso de substância, transtornos depressivos e psicóticos). O ataque de pânico pode, portanto, ser usado como um especificador descritivo para qualquer transtorno de ansiedade, como também para outros transtornos mentais. (APA, 2014) |
| Agorafobia | Os indivíduos com agorafobia são apreensivos e ansiosos acerca de duas ou mais das seguintes situações: usar transporte público; estar em espaços abertos; estar em lugares fechados; ficar em uma fila ou estar no meio de uma multidão; ou estar fora de casa sozinho em outras situações. O indivíduo teme essas situações devido aos pensamentos de que pode ser difícil escapar ou de que pode não haver auxílio disponível caso desenvolva sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores. Essas situações quase sempre induzem medo ou ansiedade e com frequência são evitadas ou requerem a presença de um acompanhante. (APA, 2014) |
| Transtorno de ansiedade generalizada | As características principais do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar. Além disso, são experimentados sintomas físicos, incluindo inquietação ou sensação de "nervos à flor da pele", fadigabilidade, dificuldade de concentração ou "ter brancas", irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. (APA, 2014) |
| Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento | O transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento envolve ansiedade devido a intoxicação ou abstinência de substância ou a um tratamento medicamentoso. No transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, os sintomas de ansiedade são consequência fisiológica de outra condição médica. (APA, 2014) |
| Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica | No transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, os sintomas de ansiedade são consequência fisiológica de outra condição médica. (APA, 2014) |

Os transtornos de ansiedade apresentam etiologia multifatorial, destacando-se, didaticamente, a etiologia genética, neurobiológica, psicológica e ambiental. (Filho & Silva, 2013)

O principal fator de risco para ansiedade na infância e adolescência é a presença de transtornos ansiosos e/ou depressivos em familiares, a maior proximidade parental aumenta esse risco. (Filho & Silva, 2013)

Tabela n.º 2 - Fatores predisponentes/Consequências funcionais, implicados na ansiedade.

| Transtornos | Idade de início | Fatores predisponentes | | Consequências funcionais |
|--|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade de separação | <ul style="list-style-type: none"> • Mais prevalente em crianças com menos de 12 anos | <ul style="list-style-type: none"> • Ambientais | <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento após um stress vital, sobretudo uma perda • Morte de um parente ou animal de estimação • Separação das figuras de apego | <ul style="list-style-type: none"> • Limitação das atividades independentes longe de casa ou das figuras de apego • Risco de suicídio |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Genéticos e fisiológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Hereditariedade | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mutismo seletivo | <ul style="list-style-type: none"> • Maior frequência em crianças menores | <ul style="list-style-type: none"> • Temperamentais | <ul style="list-style-type: none"> • Afetividade negativa (neuroticismo) • Inibição comportamental • História parental de timidez • Isolamento • Ansiedade social | <ul style="list-style-type: none"> • Isolamento social • Prejuízo grave no funcionamento escolar e social • Pode servir como estratégia compensatória para reduzir o aumento da ansiedade em encontros sociais |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Ambientais | <ul style="list-style-type: none"> • Inibição social por parte dos pais pode servir como modelo para a reticência social e o mutismo seletivo em crianças • Pais superprotetores ou mais controladores | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Genéticos e fisiológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Pode haver fatores genéticos associados | |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Fobia específica | <ul style="list-style-type: none"> • Crianças e jovens de 13 a 17 anos | <ul style="list-style-type: none"> • Temperamentais | <ul style="list-style-type: none"> • Afetividade negativa (neuroticismo) • Inibição comportamental | <ul style="list-style-type: none"> • Prejuízo no funcionamento psicossocial e redução na qualidade de vida • Prejuízos no funcionamento profissional e interpessoal • O sofrimento e o prejuízo aumentam com o número de objetos e situações temidos. • Risco de suicídio |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Ambientais | <ul style="list-style-type: none"> • Superproteção • Perda e separação parentais • Abuso físico e sexual • Encontros negativos ou traumáticos com o objeto ou situação temidos | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Genéticos e fisiológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Pode haver fatores genéticos associados | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade social (fobia social) | <ul style="list-style-type: none"> • Crianças e adolescentes são comparáveis às dos adultos e decrescem com a idade | <ul style="list-style-type: none"> • Temperamentais | <ul style="list-style-type: none"> • Inibição comportamental • Medo de avaliação negativa. | <ul style="list-style-type: none"> • Taxas elevadas de evasão escolar • Prejuízos no: <ol style="list-style-type: none"> a) Bem-estar b) Emprego c) Produtividade d) Ambiente de trabalho e) Status socio-económico f) Qualidade de vida • Impede atividades de lazer. • Ser solteiro, não casado ou divorciado e sem filhos |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Ambientais | <ul style="list-style-type: none"> • Maus-tratos e adversidades na infância são fatores de risco para o transtorno | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Genéticos e fisiológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Fortemente influenciados pela genérica • Sujeita à interação gene-ambiente • Hereditariedade | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pânico | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento gradual durante a adolescência, e puberdade, e | <ul style="list-style-type: none"> • Temperamentais | <ul style="list-style-type: none"> • Afetividade negativa (neuroticismo) • sensibilidade à ansiedade • História de "períodos de medo" | <ul style="list-style-type: none"> • Níveis altos de incapacidade social, profissional e física • Risco de suicídio |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | alcançam seu pico durante a idade adulta | <ul style="list-style-type: none"> Ambientais | <ul style="list-style-type: none"> Experiências infantis de abuso sexual e físico Fumar Stressores identificáveis: <ol style="list-style-type: none"> Interpessoais Relacionados ao bem-estar físico Experiências negativas com drogas Doença ou morte na família | <ul style="list-style-type: none"> Custos económicos consideráveis Número mais alto de consultas médicas entre os transtornos de ansiedade Aumento de ausências no trabalho ou escola Desemprego ou evasão escolar Pior qualidade de vida |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Genéticos e fisiológicos | <ul style="list-style-type: none"> Risco aumentado para transtorno de pânico entre filhos de pais com transtornos de ansiedade, depressivo e bipolar Distúrbios respiratórios, como asma | |
| <ul style="list-style-type: none"> Agorafobia | <ul style="list-style-type: none"> Pode ocorrer na infância, mas a incidência atinge o pico no fim da adolescência e início da idade adulta. | <ul style="list-style-type: none"> Temperamentais | <ul style="list-style-type: none"> Inibição comportamental Disposição neurótica Afetividade negativa Sensibilidade à ansiedade | <ul style="list-style-type: none"> Prejuízo e incapacidade em termos de desempenho de papéis, produtividade no trabalho e dias com incapacidade Grande parte dos indivíduos está restrito à sua casa e é incapaz de trabalhar |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Ambientais | <ul style="list-style-type: none"> Eventos negativos na infância Eventos estressantes <ol style="list-style-type: none"> Ser atacado Ser assaltado | |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Afeto reduzido e superproteção | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Genéticos e fisiológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Hereditariedade | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Transtorno de ansiedade generalizada | <ul style="list-style-type: none"> • Pico na meia-idade e declina ao longo dos últimos anos de vida. | <ul style="list-style-type: none"> • Temperamentais | <ul style="list-style-type: none"> • Inibição comportamental • Afetividade negativa • Evitação de danos | <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade do indivíduo em fazer as coisas de forma rápida e eficiente, seja em casa, seja no trabalho • Os sintomas associados de tensão muscular e sensação de estar com os nervos à flor da pele, cansaço, dificuldade em concentrar-se e perturbação do sono contribuem para o prejuízo. • Incapacidade e sofrimento significativos |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Ambientais | <ul style="list-style-type: none"> • Embora adversidades na infância e a superproteção parental, sejam associados, não foram identificados fatores ambientais específicos | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Genéticos e fisiológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Um terço do risco é genético. | |

Relativamente ao tratamento dirigido para as pessoas com ansiedade, sugerem-se a abordagem farmacológica e a abordagem não-farmacológica, sendo que esta última se baseia em intervenções psicológicas e psicossociais, nomeadamente, psicoterapia individual, terapia cognitiva, terapia comportamental e terapia de grupo/família. (Towsend, 2011)

Para determinar se a ansiedade é de cunho patológico, é necessária uma avaliação clínica, bem como observar a frequência dos pensamentos e se eles prejudicam nas tarefas quotidianas, levando em conta o contexto cultural e os grupos sociais. O diagnóstico ocorre quando se constata não haver efeitos de usos medicamentosos ou que não são explicados por outro transtorno mental (APA, 2014).

Sabendo, portanto, dos diferentes graus de ansiedade, a medicina utiliza de estratégias farmacológicas para poder controlar os efeitos negativos que ela causa por meio de medicamentos

específicos e receitados por psiquiatras, de acordo com o diagnóstico. Ainda, a respeito das terapias farmacológicas, (Braz et al., 2011 cit. por Lubian & Bossardi, 2018) afirmam que, além das benzodiazepinas e antidepressivos, existem os moduladores dos canais de cálcio, relaxantes musculares e analgésicos, sendo que, para os autores, estes muitas vezes podem não trazer resultados eficazes ou ocasionam efeitos colaterais. Desta forma, os utentes procuram a solução diante de terapias complementares.

As terapias complementares são estratégias não farmacológicas, de cunho científico, que têm sido praticadas e tidas como soluções para diversas enfermidades, dentre elas, a ansiedade. Dentre essas estratégias, pode-se citar a dança, a pintura, a meditação, as técnicas de relaxamento, a massagem, entre outros. (Braz et al., 2011 cit. por Lubian & Bossardi, 2018)

O presente relatório terá como foco, o uso de estratégias não farmacológicas no tratamento da ansiedade, especialmente no que se refere aos contributos de Mindfulness para redução da mesma com relevo na psicoeducação.

2.2. Ansiedade e Mindfulness

Viver com stress e ansiedade é mais frequente do que se imagina. Milhões de pessoas sofrem e vivem com desafios stressantes, diariamente, existindo uma tendência, para negá-los, ou evitá-los. Muitas vezes estamos ansiosos, pela nossa ansiedade. (Gonçalves, 2014)

Cuidar de uma pessoa com ansiedade é emocional e fisicamente desafiador não apenas no ato de cuidar, mas também na promoção e manutenção do seu bem-estar.

Não podemos controlar ou eliminar o stress ou a ansiedade constantemente, pois estes fazem parte do ser humano. Mas sim, aplicar estratégias como o Mindfulness, que nos permite a saber lidar com os desafios da nossa vida, e examinando no que resulta ou não resulta, quando lidamos com estes. (Gonçalves, 2014)

Mindfulness ou atenção plena é um estado de consciência plena promovido a partir da escolha consistente e deliberada do indivíduo, para tomar conhecimento do que está a ocorrer nos mundos interno e externo, exercitando a capacidade de estar completamente envolvido no momento presente, sem desviar sua atenção com eventos do passado ou do futuro. (Brown et al, 2007)

É a consciência que surge quando se presta atenção de uma maneira específica, ou seja, com propósito de perceber o momento presente sem julgamentos. (Kabat-Zinn, 2013)

Um dos grandes objetivos é tornar consciência da mente e corpo, e viver no aqui ou agora, sem filtros, nem julgamentos. Consiste simplesmente em observar, ver, examinar. A pessoa não é um juiz, mas sim um cientista. Pode ser implementado, em qualquer situação, incluindo ansiedade, stress e sofrimento, sendo urna das grandes vantagens, pois ajuda a pessoa a reagir melhor aos acontecimentos de vida, ajudando a urna melhor autoeficácia (Gonçalves, 2014).

De acordo com (Davidson et al, 2003), o Mindfulness promove mudanças significativas a nível psicofisiológico, como por exemplo:

- Aumento da ativação cerebral esquerda, nas zonas anteriores e médias dos medidores, verificando uma maior disposição afetiva positiva, e uma maior rapidez na recuperação depois de uma provocação negativa
- Mudanças positivas nas funções cerebrais e imunidade
- Diminuição da ansiedade, e aumento do afeto positivo
- Mudanças estruturais na plasticidade cortical e uma possível mudança de característica, não meramente de estado, isto é, existe uma diferença na maneira como o doente olha para os acontecimentos de vida, stress.

O treino de Mindfulness foi inicialmente introduzido por (Kabat-Zinn, 1982) como tratamento para a dor crónica, no entanto mostrou-se eficaz no tratamento de outras patologias, como transtornos de ansiedade (Kabat-Zinn et al., 1992), tendo durante a década de 90 do século passado, adquirido maior notoriedade enquanto instrumento de intervenção terapêutica para tratar problemas psicológicos comuns como o stress, a ansiedade e a depressão. (Keng, Shian-Ling et al, 2011)

No cuidado em saúde, a prática de Mindfulness ajuda a cultivar no profissional, um desejo de saber e entender os sentimentos e necessidades dos doentes e familiares, desenvolvendo a

capacidade de estar totalmente presente com a atenção focada no outro, doente e/ou família. (Kabat-Zinn J., 2013)

A “presença” do enfermeiro é um elemento crítico para um apoio efetivo ao doente que experimenta algum desequilíbrio físico ou mental. Atuando como assistencialistas, professores e pesquisadores, os enfermeiros podem lançar a mão a técnicas voltadas para a aprendizagem da atenção plena, para enredar-se ativamente nos acontecimentos que ocorrem nos contextos ao seu redor. (Kabat-Zinn J., 2013)

As estratégias do Mindfulness permitem ensinar o doente a lidar com os desafios da vida, focando intencionalmente a sua atenção na vivência imediata, ao passo que reduz a ansiedade e potencializa o afeto positivo. Trata-se de um método não farmacológico eficaz de tratamento da ansiedade que pode prevenir futuros episódios de ansiedade, representando também um modelo eficaz de prevenção. (Lima & Sene, 2017)

Tem em comum com a terapia cognitiva a ideia de que a percepção e o pensamento direcionam a emoção e o comportamento. Dessa forma, se o indivíduo for capaz de mudar sua relação com os próprios pensamentos, ele pode alterar padrões de comportamento autodestrutivos profundamente enraizados. (Vorkapic & Rangé, 2013)

Perante as evidências descritas, e no âmbito das competências específicas do EEESMP, importa explorar as intervenções psicoterapêuticas, fazendo usufruto de terapias, nomeadamente dos contributos da psicoeducação dos programadas baseados em Mindfulness.

2.3. Modelo das transições – Afaf Meleis

Afaf Meleis deu início ao desenvolvimento da sua teoria de médio alcance em meados de 1960, à qual deu o nome de Teoria das Transições (Transitions Theory). Centrada no fenómeno específico da transição, a autora teve o intuito de oferecer um foco concetual e uma imagem mental, da forma como o conceito de transição está presente ao longo do ciclo de vida (Meleis, 2010).

O seu interesse em transições, surgiu quando diversos grupos de apoio foram formados para ajudar as pessoas a lidar com uma variedade de experiências de desenvolvimento, ou com problemas de saúde através do ensino e/ou apoio. Estes grupos de apoio foram iniciados por enfermeiros ou por membros das comunidades, no sentido de ajudar as pessoas e as famílias, a lidar com as exigências de eventos que sucediam ao longo da vida, como por exemplo, novas responsabilidades parentais, perda de um membro da família, o receber de um diagnóstico devastador, bem como, eventos ou experiências na vida de uma pessoa que sejam consideradas fora do comum (Meleis, 2010).

Transição, é uma passagem de um estado razoavelmente estável para outro, sendo um processo desencadeado por uma mudança. As transições são caracterizadas por diferentes estágios dinâmicos, marcos e pontos de viragem, podendo ser definidos através de processos e ou de resultados obtidos. (Meleis, 2010).

A transição é um conceito familiar em teorias do desenvolvimento e em teorias do esforço e da adaptação. Acomoda tanto as continuidades como as descontinuidades nos processos de vida da pessoa. (Meleis, 2010).

Os cuidados de enfermagem prestados a doentes em Hospitais Dia, focam atividades terapêuticas interdisciplinares voltadas à reinserção da pessoa que sofre com transtornos mentais, ao convívio familiar e em sociedade. (Pessoa J. et al, 2014)

O enfermeiro necessita de auxiliar a pessoa nos seus processos de transição, não apenas num estágio anterior aos mesmos, mas também, numa atuação preventiva e para a preparação para a mudança, bem como, ao longo da fase transicional e ainda após essa fase, com o auxílio no reencontro do equilíbrio (Meleis, 2010).

Afai Meleis propôs que a transição é um dos conceitos centrais para a disciplina de enfermagem, defendendo uma prática de enfermagem humanizada, científica, partilhada, holística, que intenta um saber quanto ao crescimento e desenvolvimento ao longo do ciclo vital, encarando e adaptando aos eventos significativos da vida e mudanças no estado de saúde para a doença. Os encontros entre o enfermeiro e o utente, frequentemente, ocorrem durante períodos transitórios de instabilidade precipitada por mudanças no desenvolvimento, situacionais ou de saúde-doença (Meleis, 2010).

Uma transição compreende uma mudança na condição de saúde, no funcionamento de papéis, expectativas e capacidades, o que pode postular que a pessoa integre novos saberes, modifique hábitos e comportamentos ou até que substitua a definição do Self no seu contexto social. A teórica, conceitua o momento de transição como positivo. É um período particular para o desenvolvimento da pessoa, mas, por outro lado, a pessoa pode vivenciar momentos de maior desequilíbrio, podendo experienciar fases de declínio e fragmentação. (Meleis, 2010).

Nos processos de transição é importante ter ciente que o significado atribuído às transições varia de pessoa para pessoa, que os períodos de transição são acompanhados por uma ampla gama de emoções, muitas das quais derivadas das dificuldades encontradas nos processos de transição (Tomey & Alligood, 2011). Inúmeras vezes são desenvolvidos diferentes processos transacionais em simultâneo ou de forma sequencial, que condicionam a natureza da relação e a forma como o doente se move em direção a uma transição saudável (Tomey & Alligood, 2011).

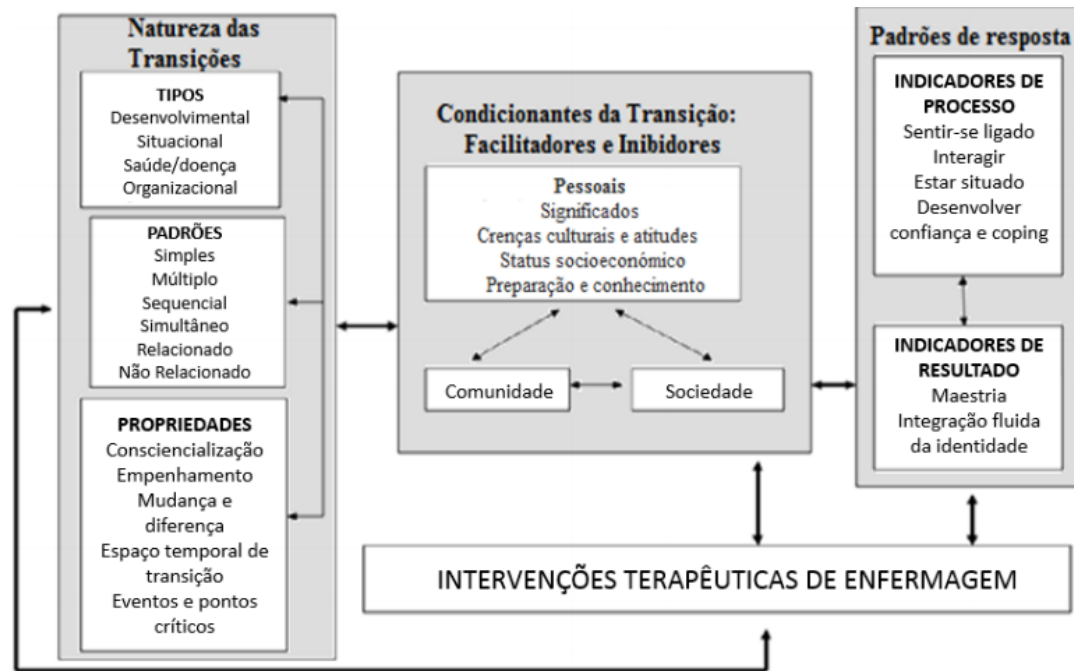
A relação entre enfermeiro e utente torna-se a ferramenta essencial mais importante, uma vez que existe a construção de uma relação e intervenção terapêutica, bem como, o desenvolver de um processo de enfermagem (PE) (Meleis, 2010).

O processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela perceção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes. (Meleis, 2010)

A Teoria das Transições inclui 4 conceitos essenciais das experiências de transição que auxiliam no entendimento de situações complexas:

- A natureza das transições
- Condições de transição
- Padrões de resposta
- Terapêutica de enfermagem

Figura n.º 1 - Transições. Teoria de médio alcance. (Meleis, 2010, p. 56) Traduzido



Relativamente à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos: (Meleis, 2000)

- Desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital)
- Situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis)
- Saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença)
- Organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intra-organizacionais)

Apresentam diferentes padrões:

- Simples (única transição) ou múltiplas;
- Sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas;
- Relacionadas ou não relacionadas.

Possuem propriedades que são essenciais às experiências de transição, como:

- Consciencialização (É uma característica definidora de transição, cuja ausência significa que o indivíduo pode não ter iniciado a experiência de transição. Está relacionada com a percepção,

com o conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição; por exemplo, saúde-doença).

- Empenhamento (Envolvimento nos processos inerentes à transição. A pessoa procura informações, prepara-se ativamente, comprometendo-se com o seu processo de transição. O nível de consciência influencia o compromisso e vice-versa) (Meleis, 2000)
- Mudança e diferença (Refere-se à percepção que a pessoa doente tem das mudanças que viveu durante o período entre o diagnóstico e o tratamento, as expectativas não atendidas ou divergentes; como por exemplo, sentir-se diferente; perceber-se como diferente; ou ver o mundo e os outros de maneira diferente) (Meleis, 2000)
- Espaço temporal da transição (todas as transições são caracterizadas por fluxo e movimento ao longo do tempo. Este intervalo de tempo estende-se desde os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança até um eventual "término", com um novo começo ou período de estabilidade. No entanto, pode ser difícil ou impossível, e talvez até mesmo contraproducente, colocar limites no intervalo de tempo de certas experiências de transição) (Meleis, 2000)
- Eventos e pontos críticos (Alterações nas ideais, percepções, identidades, relações e rotinas). (Meleis, 2000)

Os seres humanos são definidos como seres ativos que têm percepções e atribuem significados a situações de saúde e doença. Essas percepções e significados são influenciados e, por sua vez, influenciam as condições em que ocorre uma transição. Assim, para compreender as experiências vivenciadas pelos indivíduos durante as transições é necessário conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade, os quais podem facilitar ou dificultar o processo para que o indivíduo alcance uma transição saudável, ou seja, a reformulação da sua identidade, o domínio de novas habilidades e alteração dos próprios comportamentos. (Meleis, 2010)

- Pessoais
 - Significado (neutros, positivos ou negativos) os significados atribuídos a eventos que precipitam a transição e o próprio processo de transição podem facilitar ou dificultar transições saudáveis (Meleis, 2010).
 - Crenças culturais e atitudes (quando o estigma está ligado a uma transição pode influenciar a expressão de emoções relacionadas com a transição; por exemplo, inibindo-a) (Meleis, 2010)

- Estado socioeconómico (por exemplo, as pessoas com baixo nível socioeconómico têm maior probabilidade de vivenciar sintomas psicológicos). (Meleis, 2010).
- Preparação e conhecimento (facilita a experiência de transição, ao passo que a falta de preparação e de conhecimento é um inibidor, ambos podem ser usados como estratégias para auxiliar na gestão da situação e vivência de uma transição saudável). (Meleis, 2010).
- Comunitárias e da sociedade (Os recursos comunitários podem ser facilitadores ou inibidores das transições; por exemplo, a existência de apoio familiar e social, de recursos instrumentais, de representação social e de estereótipos, podem também dificultar ou facilitar a transição (Meleis, 2010). Sociedades mais fechadas, que não permitam a abertura a certos temas de saúde, podem expor os seus cidadãos a transições mais difíceis.

Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição. Nestes incluem-se os indicadores de processos e de resultados. Os indicadores de processo permitem identificar se o indivíduo, que vivencia a transição, se encontra na direção de saúde e bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e risco. (Meleis, 2010)

- Indicadores de processo
 - Sentir-se ligado (família, amigos, profissionais de saúde, que possam responder a perguntas e com quem se sentiam confortavelmente ligados). (Meleis, 2010).
 - Interagir (com pessoas na mesma situação, profissionais de saúde, cuidadores familiares) a fim de clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições; embora o diagnóstico de doença mental seja visto como um evento de crise, o significado de autocuidado e carinho varia, entre as pessoas com os seus familiares, e vice-versa.
 - Estar situado (no tempo, espaço e relações), possibilita que a pessoa se despenda do seu passado e enfrente novos desafios, sendo que, as pessoas têm necessidade de se sentirem situadas e terem uma sensação de pertença.
 - Desenvolver confiança e coping, que se manifesta pelo nível de compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação. (Meleis, 2010)
- Indicadores de resultados
 - Maestria (domínio de novas competências)
 - Integração fluida de identidade (reformulação da identidade, mais fluida e dinâmica)

A capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é imprescindível para cumprir a transição com sucesso. Ambos são definidores de um processo de transição saudável. (Meleis, 2010)

As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como ações interventivas e continuadas no decorrer do processo de transição. Devem proporcionar conhecimentos e capacidades, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar. (Meleis, 2010). Incluem oportunidades oferecidas pelos enfermeiros para esclarecer os diferentes papéis esperados durante e após a recuperação, com oportunidades para o ensaio de novos e antigos papéis, um convite para que outros modelem novos papéis, e desenvolvam relações de apoio saudáveis, durante os processos de recuperação e alcancem papéis saudáveis como resultados. (Meleis, 2010) Realizados através de dois conceitos próprios da Teoria das Transições aos quais Afaf Meleis, em 1975, chamou de “Papel Insuficiente” e “Suplementação de papéis”.

Inerente a qualquer tipo de transição há um componente que é o da aquisição ou perda de papel ou ainda, simultaneamente, perder um papel e ganhar outro. Exemplo deste último, é a pessoa que, depois do diagnóstico de uma doença crónica, adquiriu o papel de doente e perdeu o papel de desportista (Meleis, 1975).

Papel insuficiente é qualquer dificuldade no reconhecimento ou desempenho do papel, e de como é percebido pelo próprio, ou pelos que lhe são significativos. É caracterizado por comportamentos e sentimentos filiados com perceções de disparidade em cumprir obrigações ou expectativas do papel (Meleis, 1975).

A suplementação de papel, foi definida como qualquer processo deliberado pelo qual, a insuficiência de papel ou potencial insuficiência de papel é identificado pelo próprio ou por outras pessoas significativas. Inclui os componentes da clarificação e do assumir de papéis. (Meleis, 2010) A autora propõe que os profissionais de saúde possam intervir para minimizar esta insuficiência de papéis através da suplementação de papéis, que pode ser usada tanto de forma preventiva como terapêutica.

A suplementação de papéis é operacionalizada incorporando a clarificação e o assumir de papéis, sendo que, estes têm como estratégias a modelação do papel, o ensaio de papéis e os grupos de referência, e a comunicação e interação social, os seus processos (Meleis, 1975).

- Clarificação do papel, é a identificação do conhecimento e comportamento associado ao papel (Meleis, 1975); ou seja, no caso da pessoa com doença mental, perceber até que ponto percebe o seu estado de saúde e que comportamentos já foram iniciados para as várias mudanças da sua vida. Pode incluir igualmente a realização de ensinamentos, esclarecimento de algumas dúvidas, etc.
- Assumir o papel, incorpora que, a habilidade de tomar o papel de outra pessoa é condição essencial, para uma interação social e transição de papéis tranquilos (Meleis, 1975). Esta componente da suplementação de papéis é usada em casos em que é necessário a pessoa colocar-se no papel do outro para que a transição aconteça.
 - Estratégias:
 - Modelação do papel, ocorre quando um doente é capaz de aprender e reproduzir comportamentos e atitudes através da observação dos outros (Meleis, 1975); podem ser usados instrumentos educacionais, como a psicoeducação.
 - Ensaio de papéis, ocorre quando um doente coloca em prática mentalmente a situação ou o papel e antecipa ou imagina a resposta, os entes significativos (Meleis, 1975); por exemplo, o *role-play*.
 - Grupos de referência, são um certo número de pessoas reunidas com o mesmo propósito de suportar o desenvolvimento de comportamentos diferentes e adaptativos, discutindo sentimentos e atitudes (Meleis, 1975). Possibilita a partilha de sentimentos e preocupações. Sendo o profissional o facilitador nestes grupos, pode ocorrer a modelação de papéis facilitando a transição.

A fim de alcançar um processo de transição saudável, mais humanizado, científico, compartilhado e holístico, o enfermeiro precisa conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e da sua família, no decorrer do seu ciclo vital, sendo consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade. (Meleis, 2010)

As intervenções terapêuticas de enfermagem, podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição. Devem proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar (Meleis, 2010). Os enfermeiros que promovem o cuidado transicional valorizam o indivíduo, já que os cuidados executados estão associados ao desenvolvimento humano, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal mediante um maior

equilíbrio e estabilidade. (Meleis, 2010)

Em suma, e de acordo com a teórica, há duas partes importantes na sua teoria. A primeira é uma intervenção feita por um enfermeiro para facilitar a transição e promover o bem-estar e o domínio das mudanças que resultam da transição.

O enfermeiro, tenta esclarecer o que a pessoa em transição pode estar a passar e vai passar durante a transição para a recuperação, sendo então providenciados conhecimentos, habilidades, estratégias, autocuidado, e competências psicossociais para ajudar a pessoa a lidar com a experiência de transição. (Meleis, 2010)

A segunda é ter uma compreensão da experiência de transição em si, que é definida como a experiência de perdas e ganhos, mudanças e transformações, e uma passagem de um estado para outro. A experiência também é mediada por saber se a pessoa está a passar por transições individuais ou múltiplas, o significado da transição para a pessoa que a está a passar, e o que mais está a ocorrer na sua vida, desta forma o enfermeiro surge como agente facilitador do processo de transição e do cuidado transicional. (Meleis, 2010)

Nesta perspetiva, são de suma importância os conceitos da Teoria das Transições de Meleis pois, todos as pessoas apresentam transições ao longo de sua vida. Através de cuidados de enfermagem congruentes com as reais necessidades dos doentes, estes podem alcançar o seu estado de bem-estar, bem como evitar recidivas.

2.4. Relação de ajuda

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, sustentada na evidência científica e apoiada nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, persegue os mais elevados padrões de qualidade no cuidar. A abordagem holística, suportada na relação de ajuda, tem em conta as necessidades e as capacidades dos indivíduos, famílias e comunidades. (OE, 2011)

A Enfermagem tem priorizado um cuidado pautado na humanização e na integralidade da atenção no espaço do Hospital Dia, a partir da priorização de atividades terapêuticas interdisciplinares. (Pessoa J. et al, 2014)

O EEESMP desenvolve uma relação interpessoal com as pessoas e famílias alvo dos seus cuidados, por intermédio de um processo intersubjetivo de partilha que engloba a vulnerabilidade individual, no qual existe um processo de trocas recíprocas de afetação entre os intervenientes (Vieira, 2009).

Mendes (2016) refere que os cuidados de enfermagem centram-se nas relações interpessoais, sendo o relacionamento humano a componente que caracteriza os cuidados prestados. É de acordo com estas relações interpessoais desenvolvidas durante a prestação de cuidados de enfermagem que surge a relação de ajuda, sendo considerada como um instrumento válido, útil e com fidelidade comprovada num processo de cuidados de enfermagem. (Mendes, 2006).

Chalifour (2008) defende que cada profissional de saúde, decorrente da sua formação e experiências profissionais, desenvolve o seu modo ímpar de estar em relação com as pessoas alvo dos seus cuidados. Por intermédio de uma análise sistemática, foi possível perceber que as intervenções são influenciadas pela nossa personalidade, conhecimentos, habilidades profissionais, pela conceção individual de pessoa e saúde, pela compreensão de quais os motivos que estão por base da necessidade de ajuda e que estes podem variar de acordo com o contexto. Em síntese, "(...) o profissional intervém a partir daquilo que ele é e orienta-se segundo um modelo de ajuda que lhe serve de referência." (Chalifour, 2008, p.7).

Partindo destas orientações, das quais provêm as intervenções dos profissionais, o autor constatou que existem vários profissionais que sentem dificuldades em denominar e descrever o modelo que fundamenta a sua prática. Esta dificuldade tem repercussões que se manifestam através de incoerências entre os valores defendidos e os comportamentos adotados, qualidade da relação estabelecida e conseqüentemente das intervenções implementadas (Chalifour, 2008).

O Modelo Geral de Relação de Ajuda Profissional fundamenta-se na abordagem existencial-humanista adaptada por diversos autores com interesse na abordagem centrada na pessoa (Meador & Rogers, 1984; Merans & Throne, 1989; Rogers 1968; Rogers & Kinget, 1969; St.Arnaud, 1983; Watson, 1979 cit. por Chalifour, 2008) pela Gestalt terapia (Bouchard, 1990; Delisle, 1992; Ginger 1992;

Polster & Polster, 1983; Zinker, 1981 cit. por Chalifour 2008) pela corrente interaccionista em enfermagem (Beck, Rawlins & Williams, 1984; King, 1971; Orlando, 1979; Peplau, 1952 cit. por Chalifour, 2008), e por certas estratégias terapêuticas, (Aguilera, 1995; Bloch, 1996; Hanus, 1994; O'Honlon & Weiner Davis, 1995; Werman, 1984; Wordon, 1991 cit. Por Chalifour, 2008).

O modelo conjuga as ideias destes autores enunciados, acerca da abordagem existencial-humanista da relação de ajuda profissional e da intervenção terapêutica. Estabelece as diferenças e as ligações existentes entre a comunicação corrente, a relação de ajuda profissional, a entrevista e a intervenção psicoterapêutica (Chalifour, 2008). Apresenta três premissas gerais.

A primeira premissa assenta no cliente. Este possui recursos latentes que lhe permitem adequar as suas características. A intervenção consiste em ajudar o cliente a libertar-se de certos entraves que o impedem de se desenvolver de acordo com a sua natureza. O doente possui características inatas que lhe permitem o seu enriquecimento. (Chalifour, 2008)

A segunda premissa refere-se ao ser humano enquanto ser de relação. A necessidade de ajuda, por vezes, advém da dificuldade, que a pessoa tem em estabelecer relações harmoniosas consigo próprio e com os outros. (Chalifour, 2008)

A terceira premissa refere-se ao interveniente. Este, deve situar-se como facilitador, deve possuir bons conhecimentos científicos e o elevado conhecimento de si-mesmo, uma vez que é o principal agente desta relação, permitindo que o cliente aceda aos seus processos internos e desenvolva uma maior consciência de si, para gerir da melhor forma as dificuldades que vive. (Chalifour, 2008)

Para isso o terapeuta deve ser verdadeiro, empático, respeitador, e ao permitir que o cliente o veja desse modo, leva-o a distanciar-se de um funcionamento fixo, estático, insensível e impessoal, e se dirija para uma experiência fluida e transformadora. Deste movimento resulta uma evolução da personalidade e do comportamento no sentido da saúde e maturidade psíquica e de relações realistas consigo e com os outros. (Chalifour, 2008)

O modelo tem quatro componentes:

- O cliente – a razão desta relação, isto é, apresenta uma necessidade de ajuda mais ou menos definida.
- O interveniente – facilitador, ajuda o cliente a reconhecer as suas necessidades e os seus recursos. Perito, que ajuda o cliente a mobilizar certos processos de natureza psicoterapêutica.
- Os processos – diferentes modos de estar, que servem de catalisador da relação de ajuda.
- O ambiente físico e social e o contexto – influenciam a relação, forma estrutura e o tipo de serviço oferecido.

Todos os componentes do sistema são de igual importância. Não pode haver relação sem o cliente com necessidade e, sem o terapeuta com conhecimentos. Os encontros são influenciados pelo lugar, momento e as condições psicossociais em que se desenvolvem. (Chalifour, 2008)

Em contexto profissional a relação de ajuda constitui-se como uma “(...) interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adota um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.” (Chalifour, 2008, p.33).

Tem como objetivos: (Chalifour, 2008)

- Favorecer a presença de um contacto físico, pelos sentidos e contacto afetivo
- Assegurar compreensão ao cliente
- Assegurar um serviço personalizado, que responde às expectativas do cliente
- Estabelecer um clima de confiança e respeito
- Favorecer a participação do cliente,
- Favorecer a aprendizagem e desenvolvimento ao cliente
- Utilizar a experiência relacional por forma que esta contribua para os efeitos terapêuticos pretendidos
- Servir de meio psicoterapêutico privilegiado, para melhor compreender relações traumáticas passadas ou mesmo, para as “reparar”

No processo contínuo no qual decorre a relação de ajuda profissional, podendo decorrer por vários meses ou anos, é possível identificar a evolução da relação entre o interveniente e o cliente, e a existência de três fases: (Chalifour, 2008)

- A orientação da relação - Caracteriza-se pelo acolhimento do doente num clima de abertura, respeito, autenticidade e interesse por aquilo que ele é. Há o início da relação e conhecimento mútuo. As tarefas a assumir pelo interveniente nesta fase são:
 - Favorecer a criação de um clima de confiança;
 - Clarificar os papéis assumidos por cada um na relação
 - Acompanhar o cliente na expressão da sua necessidade de ajuda
 - Informá-lo dos recursos humanos e físicos à sua disposição
 - Esclarece-lo acerca das rotinas, políticas e regulamentos da instituição.

Pode ser estabelecido um diagnóstico estrutural e um diagnóstico da dificuldade do cliente, e propor um plano de intervenção.

- O trabalho ou a emergência das identidades - inicia-se quando o interveniente já esclareceu a necessidade de ajuda, as expectativas da pessoa e uma vez que já a conhece melhor, seleciona quais as estratégias mais adequadas para responder às suas necessidades. Existem intervenções facilitadoras da realização da presente etapa do processo de ajuda, tais como definir estratégias suscetíveis de responder às necessidades da pessoa e favorecer a aprendizagem e expressão de novos comportamentos. O modelo propõe cinco estratégias que abrangem uma ampla extensão de intervenções psicossociais que são suscetíveis de responder às necessidades da pessoa, sendo elas:
 - A terapia de resolução de problemas
 - A terapia do luto
 - A terapia de suporte
 - A terapia da crise
 - A terapia expressiva favorecendo a consciência-de-si.

O interveniente encoraja a pessoa a reconhecer e a expressar as suas necessidades, emoções e resistências conduzindo-a a um processo de consciencialização da sua vontade, ou não, de mudar e caso queira mudar, da sua capacidade para ultrapassar obstáculos nesse processo

- A conclusão - É importante determinar o momento em que a relação termina, devendo ambos utilizar este momento para partilhar a sua visão desta experiência comum e facilitar a transferência das aprendizagens realizadas para outras situações de vida.

Chalifou, (2008) socorrendo-se de Lecomte, (1987), refere que 65% da variabilidade dos resultados depende do cliente, 25% depende do interveniente e 10% das técnicas, quer sejam de base humanista, behaviorista ou psicanalista. Considerando, que a eficácia depende em muito da qualidade da relação, o interveniente deve estar ciente da importância do cliente em todo o processo, enquanto agente da sua própria terapia, pois grande parte das mudanças é-lhe atribuída. Em diversas situações de ajuda serão as suas qualidades humanas que se constituirão como os principais utensílios (Chalifou, 2008)

Em enfermagem de saúde mental a relação terapêutica é central no processo de cuidar, pois o restabelecimento do equilíbrio do doente em sofrimento mental, assenta em relações interpessoais significativas (Chalifou, 2008).

Enfermeiro e doente encontram-se num espaço potencialmente reparador e nutritivo. Este tipo de relação caracteriza-se por ser interpessoal, estar centrada no bem-estar do doente e desenvolver-se por etapas, num espaço temporal limitado. O seu desenvolvimento compreende domínios técnicos e pessoais igualmente importantes (Pontes, Leitão, & Ramos, 2008).

Recorrendo ao nosso auto-conhecimento, à nossa formação e experiências profissionais em distintos contextos, consideramos que a relação de ajuda defendida pelo modelo enunciado, se enquadra no nosso modo de estar e se revela eficaz na prossecução das nossas intervenções.

3. METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia de projeto tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática. (Ferrito et al., 2010).

É definida como um “(...) conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Guerra, 1994 cit. por Ferrito et al., 2010, p.3), isto é, permite prever uma mudança.

Etimologicamente, o termo projeto deriva do latim: *projectare*, que significa lançar para a frente, atirar e terá surgido pela primeira vez no século XV. Projetar significa investigar um determinado tema, problema ou situação com o objetivo de conhecer e apresentar as interpretações dessa realidade. (Ferrito et al., 2010).

O projeto, é assim um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar. Desta forma, o trabalho de projeto é uma metodologia, isto é: um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas. (Ferrito et al., 2010).

Este processo não se baseia apenas numa investigação sustentada de determinado problema, mas sim na tentativa de intervenção, baseada em alicerces fundamentais, para a resolução eficaz desse mesmo problema, pelo que o trabalho de projeto aproxima-se bastante da investigação-ação. Assim, estabelece-se uma dinâmica entre a teoria e a prática em que o investigador interfere no próprio campo da investigação, estando diretamente ligado às consequências da sua ação e intervenção.

A metodologia de projeto assume características fundamentais como uma atividade intencional que pressupõe a consecução dos objetivos estabelecidos, visa a iniciativa e autonomia de quem a

realiza, implica autenticidade e originalidade, relativamente ao problema, integra complexidade e incerteza e assume um carácter prolongado e faseado, decorrendo por um período de tempo que engloba a transição das fases da metodologia (Ferrito et al., 2010).

A Metodologia de Projeto é constituída pelas seguintes fases: (Ferrito et al., 2010)

- Diagnóstico de situação
- Definição de objetivos
- Planeamento
- Execução
- Avaliação
- Divulgação dos resultados obtidos

A metodologia aplicada aos cuidados de saúde, remete-nos para uma vasta área onde podemos encontrar diversos processos metodológicos e metodologias de projeto que envolvam todas as características referidas

Podemos abordá-la, mais especificamente, aplicada aos cuidados de Enfermagem. A Enfermagem, pertencendo à área da saúde, incorpora um conjunto de instrumentos, que visam a resolução ou minimização de problemas identificados, socorrendo-se para esse efeito dum instrumento essencial aos cuidados de Enfermagem, e que reflete a metodologia de projeto, nomeadamente, o Processo de Enfermagem. "O PE é um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para a planificação de cuidados personalizados, visando a melhoria do estado de saúde da pessoa/cliente." (Phaneuf, 2005 cit. por Ferrito et al., 2010, p.6 e 7).

O PE é considerado uma metodologia de trabalho que permite o prosseguir das etapas de identificação de problemas até a resolução e/ou minimização dos mesmos na vida pessoa/família, através de intervenções de carácter individualizado, especializado e centrado na mesma, levando assim à promoção de melhor qualidade de vida (Andrade, 2005). Este instrumento metodológico de Enfermagem facilita também a troca de informações entre os enfermeiros e profissionais de saúde das diferentes unidades, instituições, associações, serviços de apoio (Andrade, 2005).

A organização e a realização do trabalho em moldes de projeto é hoje indispensáveis em diversas esferas da atividade do profissional, possibilitando a gestão das melhores estratégias, a realização de estudos e a coordenação de esforços de vários intervenientes e de elevada importância para a

instituição, serviço, profissionais das diferentes áreas e mesmo da comunidade a quem prestamos cuidados. Para esse efeito, os profissionais devem detetar oportunidades, para a utilização da metodologia, de forma a atingir os níveis de qualidade desejáveis.

3.1 Diagnóstico de Situação

A primeira etapa da metodologia de projeto, o diagnóstico de situação, visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar, surge enquanto processo contínuo e dinâmico no qual decorre a caracterização da situação. Nesta fase são definidos os problemas quer de índole quantitativa ou qualitativa, são estabelecidas as prioridades, indicadas as possíveis causas e são selecionados posteriormente os recursos e grupos envolvidos (Ferrito et al., 2010).

Um projeto em saúde deve ser sustentável e ter a capacidade de proporcionar benefícios num prolongado período de tempo, tendo as seguintes características: produzir benefícios que possam perdurar e que mesmo na ausência do projeto possam perpetuar os seus efeitos; criar dinâmica para outras iniciativas na equipa multidisciplinar, particularmente nos Enfermeiros; e por fim, permitir o desenvolvimento global, inovador e irreversível, de modo autónomo tendo em conta os recursos existentes.

O diagnóstico da situação deve corresponder às necessidades de saúde das populações. Não é possível formular uma política de intervenção sem uma boa colheita de informação. Neste sentido, enquanto conceito mais alargado do que a identificação de problemas, deve consolidar a análise do contexto social, económico e cultural onde o problema se insere, assim como as potencialidades e os mecanismos de mudança existentes. Assim, deverá assumir um carácter sistémico, interpretativo e prospetivo, devendo a sua elaboração "assentar na compreensão do carácter sistémico da realidade; envolver uma relação de causalidade linear numa primeira fase e ser mais integrado numa segunda fase; ser multidisciplinar; ser um instrumento de participação e de consciencialização dos atores; ser um instrumento de pesquisa-ação; ser já intervenção por ser um instrumento de interação e de compreensão do real. (Ferrito et al., 2010).

No Estágio I, cuja duração foi de 6 semanas, foram prestados cuidados a todos os utentes internados em HD, que incluíam a pessoa doente assim como a sua família. Neste período, foi feito também um estudo de caso, a um doente com o diagnóstico médico de Psicose SOE (Sem Outra Especificação), para o qual nos constituímos como o enfermeiro de referência do doente, devidamente acompanhados pela nossa enfermeira orientadora, e para o qual, mobilizamos e canalizamos todo o nosso interesse e dedicação.

Esta situação, permitiu-nos, após entrevistas com o doente e seus familiares, consulta do seu processo, troca de informação relevante com a equipa multidisciplinar e com a nossa enfermeira orientadora, a identificação de diagnósticos de enfermagem, com base em linguagem classificada CIPE, elaboração do plano de cuidados, previsão dos resultados esperados, com base em NOC (*Nursing Outcomes Classification*), delineamento e implementação das intervenções de enfermagem propostas com base em NIC (*Nursing Interventions Classification*) e a avaliação de todo o processo.

A elaboração do estudo de caso permitiu-nos aumentar os conhecimentos acerca das alterações comportamentais e emocionais decorrentes da psicose, a relação familiar e a relação social e laboral do doente.

No âmbito do Estágio Final, decorrente das nossas reuniões com a enfermeira orientadora e o professor coordenador, e após a consulta dos processos clínicos dos doentes internados, mais especificamente a escala de ansiedade presente no programa “Sclínico”, usado em ambiente hospitalar, foi possível constatar que a mesma, ansiedade, se encontrava em grau elevado em toda a população do HD.

Não havendo um programa psicoeducativo específico para redução da mesma, tendo em conta as competências que se previam adquirir, propusemos a realização de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL), no âmbito das intervenções psicoterapêuticas com contributos de Mindfulness na redução da Ansiedade, realizadas pelo EEESMP em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria.

De acordo com o preâmbulo do Regulamento nº 515/2018, a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem como foco da sua atuação a promoção da Saúde Mental, no âmbito da prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas face a processos de transição que são geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Deste modo, decorrente da prestação de cuidados às pessoas com ansiedade, a avaliação de enfermagem baseia-se no “(...) conhecimento

da sintomatologia relacionada com o conteúdo e a forma de pensamento, perceção, afeto, sentido do self, volição, comprometimento do funcionamento interpessoal e no relacionamento com o mundo e comportamento psicomotor.” (Towsend, 2011)

Relativamente ao foco de atuação da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na pessoa com ansiedade, o EEESMP estabelece diagnósticos de Enfermagem de Saúde Mental que contemplam as necessidades identificadas. Deste modo, apresentamos um conjunto de diagnósticos passíveis de serem formulados pelo EEESMP na prestação de cuidados à pessoa com ansiedade, utilizando como recurso a Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem (CIPE) versão 2015.

Tabela n.º 3 - Ansiedade – Diagnósticos/intervenções/objetivos de enfermagem

| Diagnósticos de enfermagem (CIPE) | Intervenções de enfermagem | Objetivos de enfermagem |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade em grau reduzido • Ansiedade em grau reduzido a moderado • Ansiedade em grau moderado a elevado | <ul style="list-style-type: none"> • Gerir a medicação • Promover um autocontrolo efetivo • Promover a comunicação efetiva de emoções • Promover o coping efetivo • Planear/executar aromaterapia • Planear/executar reestruturação cognitiva • Executar técnica de modificação de comportamentos • Planear/executar terapia de grupo • Planear/executar psicoeducação • Planear/executar aconselhamento • Orientar para terapia com grupo de apoio • Incentivar o doente a fazer exercício • Planear/executar arteterapia • Planear/executar musicoterapia • Planear/executar técnica de distração • Planear/executar técnica de relaxamento • Referenciar para terapia pela dança • Referenciar para terapia familiar | <ol style="list-style-type: none"> 1. Promoção da tranquilidade no doente, de modo que sejam verbalizadas em menor número e detetadas menos manifestações físicas de ansiedade, e também que haja uma redução de manifestações comportamentais; 2. O doente reconhece os sinais e sintomas de aumento de ansiedade e utiliza as capacidades aprendidas para a interromper 3. Diminuição da ansiedade do doente, com a finalidade do doente verbalizar a diminuição da frequência, duração, manifestações físicas e comportamentais dos episódios de ansiedade; 4. Promoção do autocontrolo ansiedade, com o critério de resultado do doente ser capaz de identificar se existe ou não melhorias no estado de ansiedade; que o doente seja capaz de identificar e reduzir estímulos ambientais quando se sente ansioso; |

| | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Gerir ambiente físico disponibilizar presença• Oferecer escuta ativa• Promover suporte emocional• Gerir comunicação• Proporcionar conforto• Encorajar o doente a relacionar-se com os outros | que o doente verbalize que consegue controlar a reação à ansiedade e que verbaliza a diminuição dos episódios da mesma, como anteriormente referido. |
|--|---|--|

Elegeu-se a psicoeducação, enquanto prática baseada na evidência, como sendo considerada eficaz, pela flexibilidade associada ao seu modo de implementação, que incorpora informações específicas sobre a doença e estratégias adaptativas para gerir as circunstâncias relacionadas com o processo de saúde-doença (Lukens & McFarlane, 2004).

3.2 Definição dos objetivos

De acordo com Nogueira (2005) a definição dos objetivos exige uma descrição sucinta dos problemas identificados de modo a facilitar a delimitação do problema e consequentemente para que a formulação dos objetivos seja clara. Sendo a definição de objetivos uma das fases fulcrais que integram a Metodologia do Projeto, uma vez que são os objetivos que nos indicam os resultados que se pretendem obter, (Mão de Ferro, 1999) e consequentemente assumem a função de nortear a nossa ação.

As intervenções psicoeducativas com contributos de Mindfulness, aparecem então como uma resposta às necessidades dos doentes internados em HD, objetivando a necessidade de redução da ansiedade. De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, e tal como enuncia a 4ª competência, o EEESMP na especificidade da área clínica na qual presta cuidados, desenvolve vivências e conhecimentos do âmbito terapêutico que o dotam de capacidades para mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

Psicoeducação, segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2015), é definida como uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com

interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. A psicoeducação não é um tratamento, é projetada para ser parte de um plano global de tratamento. Por exemplo, o conhecimento de uma doença é crucial para os indivíduos e sua rede de apoio poderem ser capazes de conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença.

Inferindo, e, de acordo com o Regulamento n.º 515/2018, o EEESMP na sua prática diária, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, realiza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais permitindo estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução, para que a pessoa e família objeto dos seus cuidados, transitem para um estado de saúde mental próximo do desejável, através da implementação das intervenções identificadas.

De acordo com o Regulamento supracitado, esta mobilização se si mesmo, implica que o enfermeiro possua a destreza e as capacidades adequadas para “(...) interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar.” (OE, 2018 p. 21430).

Progredindo na linha de pensamento, os objetivos que definimos neste ponto, são os seguintes:

- Realizar uma RSL procurando a mais recente evidência sobre as intervenções psicoterapêuticas com contributos de Mindfulness na redução da Ansiedade, realizadas pelo EESMP em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria
- Propor um programa psicoeducativo de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental, com contributos de Mindfulness na redução da Ansiedade, realizadas pelo EESMP em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria

3.3 Planeamento

O Planeamento surge enquanto terceira fase da Metodologia de Projeto, e constitui-se como a fase na qual são definidas as atividades a desenvolver, bem como, os métodos de pesquisa e o respetivo cronograma (Hungler et al, 2001 cit. por Ferrito et al., 2010).

A OE refere que a Investigação em Enfermagem é essencial para o desenvolvimento, e a expansão do conhecimento em Enfermagem, contribuindo para a prestação de cuidados seguros, promovendo o desenvolvimento profissional e que assumindo capital importância “(...) para a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, bem como para a melhoria da saúde das comunidades.” (OE, 2006 p. 2).

A Prática Baseada na Evidência (PBE) é uma metodologia para a prática clínica difundida entre os profissionais de saúde. Consiste na utilização de evidências científicas, produzidas por estudos desenvolvidos com rigor metodológico, para tomada de decisões sobre as melhores condutas para cada caso. A formação de uma evidência científica segue alguns passos: formulação de uma questão clínica, busca de evidências, avaliação crítica da evidência encontrada e tomada de decisão com base nessa evidência (Edivane et al, 2009).

Os enfermeiros ao recorrerem à PBE na sua prática diária, ficarão capacitados para colocar boas questões sobre de que modo e em que momento devem repensar a sua prática, evidenciando que utilizam informação válida como base das suas decisões, avaliam a sua prática assim como têm conhecimento se os resultados pelos quais estão a ser avaliados são adequados e aceites (ICN, 2012).

Considerando que, a PBE objetiva a incorporação dos resultados da investigação na prestação de cuidados em distintos níveis de intervenção, enaltecendo a importância que a investigação assume na prática clínica (Galvão et al., 2004), e tendo como pressuposto de que os cuidados de enfermagem, cada vez mais se devem pautar pela busca contínua da melhor evidência científica, para prestar cuidados diferenciados, fundamentar decisões e resolver problemas, propusemo-nos investigar qual a melhor evidência científica existente acerca das intervenções psicoeducativas com contributos de Mindfulness na redução da Ansiedade, implementadas pelo EEESMP. O método utilizado para recolher a evidência científica existente acerca da temática eleita foi a RSL. Trata-se de um tipo de investigação focada em questão bem definida, que visa identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis. (Galvão & Pereira, 2014)

Desta forma, decidimos adotar a abordagem preconizada pelo Joanna Briggs Institute (JBI), seguindo cada uma das etapas do *Systematic Review Resource Package The Joanna Briggs- Institute Method for Systematic Review Research Quick Reference Guide* (JBI, 2015).

O JBI é o Centro Internacional de Pesquisa e Desenvolvimento sem fins lucrativos da Faculdade de Saúde e Ciências Médicas da Universidade de Adelaide que se situa no sul da Austrália e colabora a nível internacional com mais de 70 entidades. O mesmo, em conjunto com as entidades colaborantes, adota uma abordagem que promove e apoia a síntese, transferência e utilização de evidência através do processo de identificação de práticas de saúde apropriadas, significativas e eficazes para alcançar uma melhoria global dos resultados obtidos em saúde (Jordan, Donnelly & Pittman, 2006).

O JBI considera que a PBE, suporta os processos de tomada de decisão, contribuindo deste modo para a viabilidade, adequação, significado e eficácia das práticas adotadas em saúde, e é vislumbrada como um processo cíclico, que visa responder às necessidades dos profissionais de saúde e das pessoas alvo dos seus cuidados, através da procura de evidência. As diferentes formas de evidência recolhidas são agrupadas numa metodologia formal e rigorosa denominada RSL ocorrendo deste modo a divulgação global de informação em formatos apropriados e relevantes para os sistemas de saúde, profissionais de saúde e pessoas alvo dos seus cuidados. (Jordan, Lockwood, Munn & Aromatis, 2018; Pearson, Jordan & Munn, 2012; Pearson, Wiechula, Court & Lockwood, 2005).

Figura n.º 2- Model Evidence-based Health Care (Jordan et al., 2018, p.3)



Uma RSL requer a análise de toda a literatura disponível com o intuito de validar a eficácia de uma determinada prática adotada. O processo de síntese a realizar envolve as seguintes etapas: (JBI, 2015).

- Desenvolvimento do protocolo da revisão
- Formulação da questão da revisão
- Identificação dos critérios de inclusão e exclusão utilizados para selecionar a literatura
- Delineamento da estratégia de pesquisa utilizada para identificar literatura relevante
- Realização da apreciação crítica da evidência qualitativa
- Extração de dados
- Síntese de dados

Na primeira etapa, desenvolvemos um protocolo da RSL a realizar, servindo o mesmo como um guia auxiliar no sentido de manter o foco na temática escolhida, garantindo o rigor científico e a minimização possível vícios, tal como é preconizado pela JBI.

A segunda etapa do protocolo corresponde à formulação da questão da revisão, e para tal, recorremos ao acrónimo “PICO”, uma vez que este confere suporte na clarificação dos componentes chave que integram a questão de investigação, e conseqüentemente a temática que pretendemos explorar.

Os componentes do acrónimo PICO são:

- (P) problema/participantes ou população
- (I) intervenção
- (C) grupo controlo/comparação/contexto
- (O) *outcome*.

Como participantes foram selecionados indivíduos adultos, com patologia psiquiátrica, em regime de hospital de dia ou ambulatório de psiquiatria. Pretendendo a presente RSL responder à seguinte questão de investigação:

“Qual o benefício de uma intervenção psicoterapêutica com contributos de Mindfulness na redução da Ansiedade, realizada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria?”

A terceira fase corresponde à identificação dos critérios de inclusão e exclusão utilizados para selecionar a literatura, sendo que os mesmos devem contemplar o tipo de participantes, as intervenções e o *outcome*.

Quanto ao tipo de participantes os critérios de inclusão contemplam estudos que incluam, participantes adultos com patologia psiquiátrica em regime de hospital de dia ou ambulatório de psiquiatria.

Quanto ao tipo de Intervenções incluem-se os estudos que abordem uma intervenção psicoterapêutica com contributos de Mindfulness, com ênfase na psicoeducação, enquanto intervenção implementada pelo EEESMP.

Quanto ao *outcome* incluem-se os estudos que descrevem as intervenções psicoeducativas implementadas de modo a que nos seja possível construir uma proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental com linhas orientadoras de intervenções psicoeducativas implementadas pelo EEESMP com contributos de Mindfulness na redução da Ansiedade, em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria. Para além destes critérios de inclusão referidos, incluímos igualmente os estudos primários de natureza qualitativa e quantitativa de modo a contemplar um maior espectro de evidência existente acerca da temática em estudo. Os critérios de exclusão definidos foram os estudos que não se encontrassem entre o período temporal estabelecido, estudos repetidos e estudos não disponíveis em texto integral.

A quarta fase consiste em delinear a estratégia de pesquisa utilizada. Existem várias etapas subjacentes ao processo de pesquisa, nomeadamente: definir as palavras-chave, pesquisa inicial, segunda pesquisa, pesquisa manual, seleção de estudos e manter os registos (JBI, 2015).

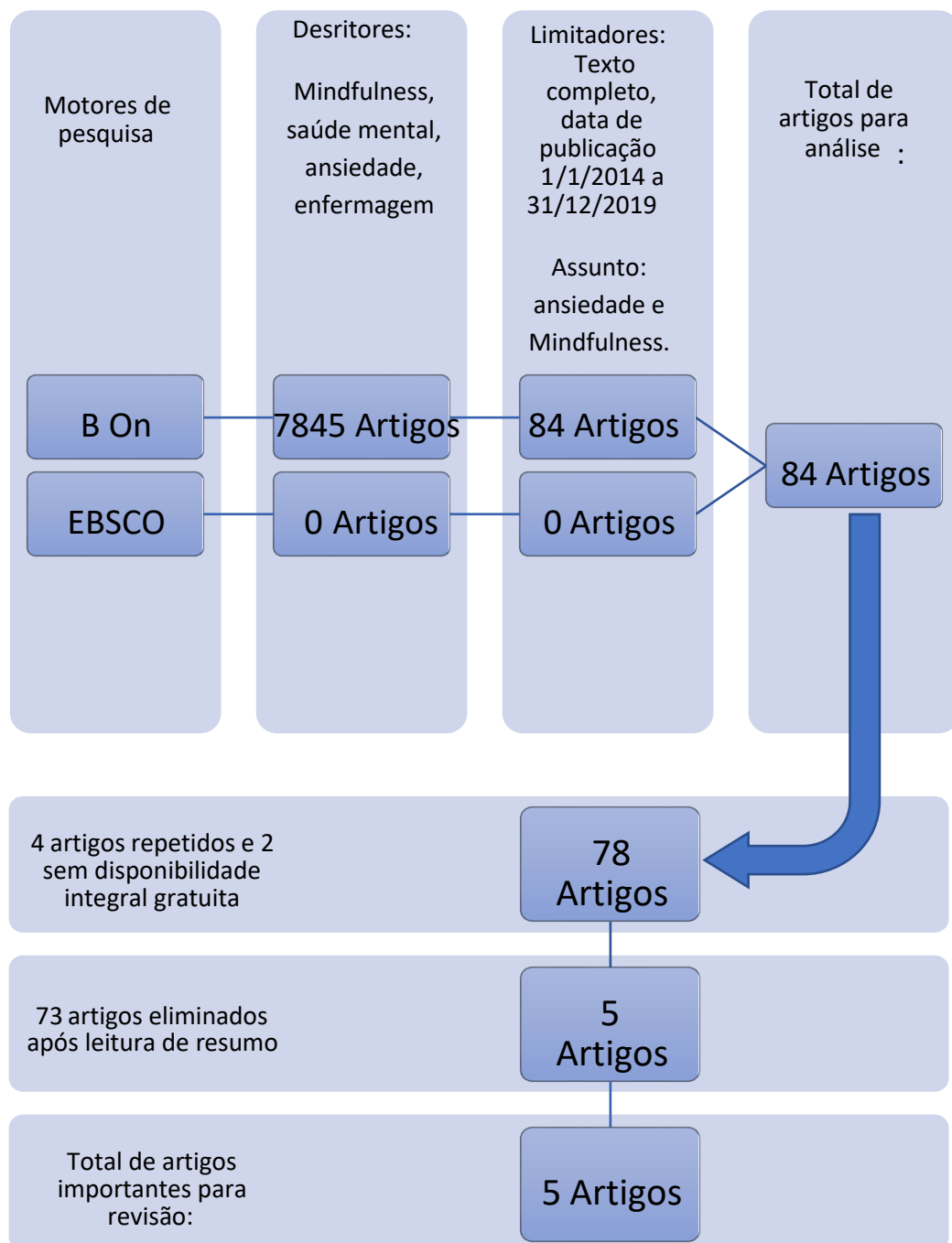
Seguindo o preconizado, a pesquisa científica realizada decorreu nas plataformas *B-on* e *EBSCO*, sendo selecionadas as bases de dados disponíveis: *CINAHL Plus with Full Text*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Clinical Answers*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *MedicLatina*, *Library, Information Science e Technology Abstracts*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*.

Os descritores de pesquisa utilizados, com a inclusão do operador booleano “*and*”, foram-nos nos Idiomas “*english*”, “*portuguese*” e “*spanish*”: Mindfulness, saúde mental, ansiedade, enfermagem. Descritores estes, validados nas plataformas *DeCS* e *MeSH*.

Foi utilizado como expansor: “pesquisar também no texto integral dos artigos”. Como Limitadores foram utilizados: “texto integral”, “revisto por especialistas”, tendo sido definido um limite temporal entre 01/01/2014 a 31/12/2019.

Relativamente à pesquisa realizada nas bases de dados, foram obtidos os resultados ora apresentados.

Figura n.º 3 – Fluxograma do processo de pesquisa e seleção.



A quinta fase respeita a apreciação crítica da evidência qualitativa, cujo foco de apreciação é o rigor do desenho da pesquisa e sua qualidade, assim sendo, procedeu-se à apreciação crítica da evidência qualitativa dos cinco artigos científicos reunidos, através das Critical Appraisal Checklist da JBI, cujo resultado obtido, foi plausível, para todos os artigos selecionados.

A sexta fase refere-se à extração de dados, que possui como objetivo resumir os métodos, intervenções e resultados da pesquisa realizada (JBI, 2015). Durante o processo de extração de dados, e para facilitar a sua análise, foi elaborada uma tabela que se encontra como apêndice n.º 1 – Síntese dos artigos selecionados para RSL.

São apresentados na tabela n.º 4, um resumo dos resultados e objetivos dos artigos incluídos na RSL, de cada um dos cinco estudos (E) considerados relevantes, e por uma questão organizativa, criámos uma codificação para cada um dos artigos, que seguidamente apresentamos.

- E1 – A Mindfulness-Based Compassionate Living Training in a Heterogeneous Sample of Psychiatric Outpatients: A Feasibility Study (Bartels-Velthuis et al, 2016)
- E2 – An evaluation of large group cognitive behaviour therapy with Mindfulness (CBTm) classes (Thakur, et al, 2019)
- E3 – Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-compassion, and Rumination in Clients with Depression, Anxiety, and Stress (Frostadottir, A. D., & Dorjee, D., 2019)
- E4 – Feasibility study of Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety disorders in a Japanese setting (Sado et al, 2018)
- E5 – Group Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders with Personality Disorders in Day Clinic Setting (Holas, 2016)

Tabela n.º 4 - Resumo dos objetivos e resultados dos artigos incluídos na RSL

| Artigo | Objetivos | Resultados |
|--------|--|--|
| E1 | Examinar os efeitos de um programa Mindfulness baseado na compaixão (MBCL) num serviço de ambulatório de psiquiatria com heterogeneidade de patologias psiquiátricas com vista à exequibilidade e mudanças nos níveis de depressão, ansiedade, atenção plena e compaixão | Os participantes preencheram um questionário antes e imediatamente após o programa de (MBCL). Os níveis de depressão diminuíram, não houve alteração estatisticamente significativa nos níveis de ansiedade e os níveis de atenção plena e auto compaixão aumentaram |
| E2 | Determinar a aceitabilidade e eficácia de (MBCT) Mindfulness Based Cognitive Therapy, em 4 sessões semanais | 90% dos participantes referiram as aulas úteis e expressaram desejo de participar em sessões futuras. Houve uma regressão dos sintomas da ansiedade e sintomas depressivos, mas não estatisticamente significativos. Na análise secundária verificou-se redução nos scores entre a linha de base e o acompanhamento |
| E3 | Comparar o impacto de MBCT aplicando instruções auto compaixão implícitas e CFT empregando instruções explícitas de auto compaixão, na mudança de sintomas, atenção plena, auto compaixão e ruminação. | Ambos os tratamentos resultaram em aumentos significativos na atenção plena e auto compaixão e diminuição da ruminação, depressão, ansiedade e stress. |
| E4 | Estudo piloto para investigar a viabilidade e efetividade do MBCT em doentes com transtornos de ansiedade. Avaliar a efetividade do MBCT em contexto de altas taxas de farmacoterapia. | Este é o primeiro estudo realizado no Japão para avaliar a aplicabilidade e a viabilidade do MBCT para transtornos de ansiedade. Os resultados indicam melhorias ao nível dos sintomas de ansiedade |
| E5 | Avaliar a eficácia de um programa de Terapia cognitivo-comportamental em grupo (GCBT) com doentes diagnosticados com transtornos mistos ansiedade, em hospital de dia. Facilitar o desenvolvimento de programas semelhantes em hospitais de dia | Este artigo analisa as vantagens da terapia de grupo, num grupo homogéneo e formatos de terapias individuais. As vantagens incluem, custos e tempo, sendo este um fator importante para o serviço de saúde, onde as soluções de custo-benefício são avidamente procuradas. Outra vantagem reside no fato que a configuração do grupo criar boas condições para mitigar transtornos de ansiedade onde os sintomas são frequentemente associados à presença de outros indivíduos, principalmente no caso da ansiedade social. A eficácia desta abordagem é apoiada por resultados de estudos preliminares. |

A sétima fase, corresponde à síntese de dados que pretende capturar a essência do fenómeno de interesse, sendo apontada como dificuldade inerente a esta fase, o processo de comparação dos resultados de cada estudo pela sua natureza qualitativa. Os mesmos autores descrevem três etapas facilitadoras do processo nomeadamente: identificar os resultados, agrupar os resultados em categorias e agrupar as categorias numa síntese de resultados (JBI, 2015).

Para esse efeito foi elaborada a seguinte tabela.

Tabela n.º 5 – Características, componentes e efeitos das intervenções

| Estudo | Teoria base | Número de semanas | Duração das sessões | Número de sessões por semana | Componentes das sessões | Efeitos das intervenções |
|--------|-------------------------------|-------------------|---------------------|------------------------------|--|---|
| E1 | MBCL (baseado em MBCT e MBSR) | 9 | 2,5 h | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação • Práticas de compaixão • Meditação Mindfulness • Práticas em casa • Práticas em grupo | <ul style="list-style-type: none"> • Redução dos níveis de depressão. • Aumento dos níveis de atenção plena e auto-compaixão • Não houve alterações estatísticas no nível da ansiedade |
| E2 | CBTm (baseado em MBSR) | 4 | 1,5 h | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação • Práticas em casa • Meditação Mindfulness • Práticas em grupo | <ul style="list-style-type: none"> • Redução dos níveis de depressão e ansiedade, não estatisticamente significativos |
| E3 | MBCT e CFT | 4 | 2 h | 2 | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação • Práticas em casa • Meditação Mindfulness • Práticas em grupo | <ul style="list-style-type: none"> • Aumentos significativos na atenção plena e auto-compaixão • Diminuição da ruminação, depressão, ansiedade e stress. • O MBCT aprimorou a atenção plena para os utentes que tinham inicialmente scores |

| | | | | | | |
|----|------|----|-------|----|--|---|
| | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • mais altos em ruminação • O CFT aprimorou a atenção plena. |
| E4 | MBCT | 8 | 2 h | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação • Práticas em casa • Meditação Mindfulness • Práticas em grupo | <ul style="list-style-type: none"> • Redução dos níveis de ansiedade. |
| E5 | GCBT | 12 | 1,5 h | 10 | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação • Sessões de terapia cognitivo-comportamental • Exposição (treino em situações que evocam ansiedade) • Práticas em casa • Treino de competências sociais • Práticas Mindfulness | <ul style="list-style-type: none"> • Redução dos níveis de ansiedade. |

De acordo com os resultados dos estudos E1, E2, E3, E4 e E5, podemos verificar que existem componentes das sessões que são semelhantes entre si, embora com ligeiras adaptações, sendo a psicoeducação com estratégias de Mindfulness, práticas em casa (formais e informais) e práticas em grupo (discussão e partilha de experiências em grupo), uma constante.

Relativamente à duração do programa de intervenção, verifica-se não existir uniformização, variando entre as 4 e as 12 semanas. Podemos ainda assim verificar que há uma tendência para as 8 semanas, e 16 horas, tempo esse, que é o adotado pelos programas Mindfulness mais conhecidos e consolidados, MBSR e MBCT.

Contributos como a psicoeducação baseada em Mindfulness, tem efeitos positivos na redução da ansiedade, havendo uma correlação positiva dos estudos E1, E2, E3, E4, e E5, com a literatura.

Métodos eficazes, através da metodologia de grupo, tal como se verificou nos estudos E1, E2, E3, E4, e E5, com ênfase em intervenções psicoeducativas com contributos de Mindfulness, são um

conjunto de intervenções que o EEESMP pode implementar no âmbito da sua atuação, e que dão resposta à questão de investigação **“Qual o benefício de uma intervenção psicoterapêutica com contributos de Mindfulness na redução da Ansiedade, realizada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria?”**

Os resultados da nossa revisão sugerem uma redução da ansiedade e sintomas associados.

3.4 Execução

Por ora, ocorre a materialização de tudo o que foi planeado anteriormente, desempenhando um papel relevante uma vez que “(...) possibilita a realização das vontades e necessidades através das ações planeadas” (Ferrito et al., 2010, p.23), decorrente de um dos objetivos formulados: Propor um programa psicoeducativo de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental, com contributos de Mindfulness com o objetivo de redução da Ansiedade, realizadas pelo EEESMP em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria.

Considerando a definição de psicoeducação, de acordo com padrões de qualidade dos cuidados especializado em Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, que a define como sendo “uma forma específica de educação, destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental (...)”, e corroborado pela literatura, que considera que a psicoeducação é uma intervenção útil para doentes com transtornos de ansiedade (Houghton, S. 2007), adicionado ao facto que as intervenções psicoterapêuticas baseadas Mindfulness, mostram melhores efeitos na redução da ansiedade e sintomas depressivos que os cuidados gerais (Wong, S. 2016), sendo estas geralmente praticadas em grupo, e de acordo com (Coelho, C. & Barros, M. 2011), as práticas em grupo trazem vantagens permitindo atender um número maior de indivíduos simultaneamente, uma redução considerável dos custos do tratamento em relação ao método individual, vantagens de potenciação terapêutica e amplificação que resulta da multiplicação pelos elementos do grupo de fenómenos de espelhamento, reconhecimentos, gratificações, enriquecimento de conteúdos e diferentes perspetivas, sugerimos, a presente proposta de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental.

Programa psicoeducativo de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com contributos de Mindfulness para redução da Ansiedade, realizado em grupo, composto por oito sessões, uma por semana, podendo estas ser proteladas conforme as necessidades, com a duração aproximada de 90 minutos.

Será também realizada uma sessão preliminar, com a duração de 30 minutos com o objetivo de servir de introdução, explicação e apresentação do programa.

Tabela n.º 6 - Sessão preliminar: “Apresentação do programa” (Apêndice n.º 3)

| | |
|------------------------------|----------------------------|
| Atividade: Sessão preliminar | “Apresentação do programa” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|-------------|--|
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o que é, e para que serve o “Programa psicoeducativo de enfermagem de saúde mental, com contributos de Mindfulness para redução da ansiedade em HD de psiquiatria.” • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • Espaço para colocação de dúvidas |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Definir “O que é Mindfulness?” • Explicar “Para que serve o Mindfulness?” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Dar a conhecer o programa • Apresentar dos elos dinamizadores • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 30 min |
| Enquadramento teórico | | Mindfulness é um termo traduzido do idioma Pali (em que foram registadas as escrituras do Budismo), que engloba três conceitos interligados. Um deles, “sati”, significa consciência, atenção e lembrança, não no sentido de recordação, mas de |

| | |
|--|--|
| | <p>nos lembrarmos de estar conscientes e atentos ao que ocorre dentro de nós e à nossa volta (Siegel, Germer & Olendzki, 2009).</p> <p>"Mindfulness significa prestar atenção, de forma particular: de propósito, no momento presente e sem Julgamentos" (Kabat-Zinn J., 2003).</p> <p>Mindfulness pode ser praticado de inúmeras e diferentes formas, e a sua aplicação não é exclusiva para doentes. As áreas de aplicação do Mindfulness são diversificadas, sendo utilizado na medicina, na educação, psicologia, entre outras.</p> <p>São cada vez maiores as evidências da eficácia desta terapia em diferentes doenças, orgânicas e psicológicas, tais como: Depressão, Ansiedade...</p> <p>Pode ser realizada em ambiente clínico individual, em grupos ou ainda em instituições como hospitais, escolas;</p> <p>O primeiro objetivo da prática de Mindfulness, é aquietar a mente, torná-la serena e tranquila. Para fazer isso, é preciso treiná-la para que fique centrada num ponto único, num único estímulo, de forma constante, e ininterrupta.</p> <p>Ajuda a pessoa a moldar uma nova visão face ao problema que experiencia, depois de o aceitar e estar consciente dele. (Siegel, Germer & Olendzki. 2009).</p> <p>Com as técnicas de Mindfulness, pretende-se mudar a natureza da relação que a pessoa tem com os seus pensamentos, em vez de tentar resolvê-los ou mudá-los. (Mace, 2008)</p> |
|--|--|

A cada uma das sessões corresponde um título, relativo à temática a explorar.

Tabela n.º 7 - Primeira sessão: **"Desligar o piloto automático"** (Apêndice n.º 4)

| | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Atividade: Primeira sessão | "Desligar o piloto automático" |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | |
|-----------|---|
| Descrição | <ul style="list-style-type: none"> • "Desligar o piloto automático" Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o "setting psicológico" das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A sessão é composta por dois momentos. |
|-----------|---|

| | | |
|---------------------------|-------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: Exercício “Passa de uva” • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar psicoeducação “Desligar o piloto automático” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal • Dar a conhecer o que é o “Piloto automático” |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min |
| Enquadramento teórico | | <p>A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>O nosso piloto automático pode ser inconveniente, mas não é um erro, embora possa deixar-nos mal em momentos inesperados, continua a ser um dos grandes recursos evolutivos da humanidade, permite-nos expandir a memória operativa criando hábitos. Se repetirmos uma coisa mais do que duas vezes, a mente faz a ligação de todas as ações necessárias para concluir uma tarefa, de uma maneira perfeitamente contínua, o cérebro pode encadear esses hábitos para levar a cabo tarefas complexas e longas, com um contributo muito pequeno da mente consciente.</p> |

Tabela n.º 8 - Segunda sessão: “Ter em mente o corpo” (Apêndice n.º 5)

| | |
|---------------------------|-------------------------------|
| Atividade: Segunda sessão | “Ter em mente o corpo” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|-------------|--|
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> • “Ter em mente o corpo” Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A sessão é composta por três momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: “Experiência realizada por Gary Wells e Richard Petty” • Terceiro momento: “Modo Fazer vs Modo ser” da mente • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Executar psicoeducação “Ter em mente o corpo” • Dar a conhecer o que é o “Modo Fazer vs Modo ser” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min |
| Enquadramento teórico | | <p>A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>O “Modo Fazer”, funciona estreitando progressivamente o fosso, entre o ponto onde está, e o ponto onde quer estar, fazemo-lo de uma forma inconsciente. Partimos o problema em pedaços sendo, cada um resolvido na sua visão mental, e a solução é reanalisada para ver se está mais próximo do objetivo. É um modo tremendamente poderoso de resolver problemas, por exemplo, conduzir carros, atravessar cidades ou organizar agendas, mas é muitas vezes a pior coisa que se</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>pode fazer, já que requiere que esteja focado na diferença, entre o modo como está agora, e como gostaria de estar. Inclui julgar tudo compara a forma como as coisas são, e como gostaríamos que fossem lutando para torná-las diferentes do que são. Incluem estar em “piloto automático” perdido em pensamentos.</p> <p>O “Modo Fazer”, inclui viver no passado ou no futuro, esquecendo o presente. Quando estamos infelizes, ansiosos ou stressados, é natural tentarmos perceber porquê e descobrir uma forma de resolver. Mas a tensão, a infelicidade ou à exaustão, não são problemas que possam ser resolvidos, são emoções, refletem estados de espírito e físicos, e como tal não podem ser resolvidos apenas sentidos.</p> <p>A mente pode fazer mais que pensar, ou analisar problemas, no “Modo Fazer”, pode ser consciente, de que está a pensar. A consciência pura, transcende o pensamento, permite-nos sair do diálogo negativo que temos connosco, e ao fazer isto há um sentimento de maravilha e de satisfação que começa a reaparecer nas nossas vidas.</p> <p>Quando a mente foge para o passado, ou futuro, reconhecer isso, registar para onde foi, e depois fazê-la regressar...e regressar...o movimento, de partir e voltar, conduz à mudança do “Modo Fazer” para o “Modo Ser”, conduzindo à felicidade.</p> |
|--|--|

Tabela n.º 9 - Terceira sessão: “O rato no labirinto” (Apêndice n.º 6)

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| Atividade: Terceira sessão | “O rato no labirinto” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | |
|-----------|---|
| Descrição | <ul style="list-style-type: none"> • “O rato no labirinto” Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A sessão é composta por quatro momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: “Experiência realizada por psicólogos da Universidade de Maryland” • Terceiro momento: “Sistema de aversão da mente vs. sistema de aproximação da mente” |
|-----------|---|

| | | |
|---------------------------|-------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Quarto momento: “A forma de ampulheta” • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar psicoeducação “O rato no labirinto” • Dar a conhecer o que é o “Sistema de aversão da mente vs. sistema de aproximação da mente” • Dar a conhecer o que é a “A forma de ampulheta” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min |
| Enquadramento teórico | | <p>A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>Sistema de aversão da mente vs. sistema de aproximação da mente</p> <p>O espírito com que se faz algo, é muitas vezes tão importante como o ato em si.</p> <p>Fazer algo de forma negativa ou crítica, ativa o sistema de aversão da mente, tornando-nos mais ansiosos, menos criativos e menos flexíveis. Fazer o mesmo de coração aberto, de forma recetiva, ativa o sistema de aproximação da mente, permitindo uma vida mais rica, mais calorosa, mais flexível e criativa.</p> <p>Nada ativa mais o sistema de evitamento, do que sentir-se encurralado. A sensação de encurralamento é central nos sentimentos de exaustão, impotência e perfeccionismo, podendo ser útil ao longo da vida, mas mantém-nos encurralados a velhos hábitos. Pode ter ajudado em tempos, a chegar onde queríamos, mas agora simplesmente deixa-nos derrotados, tornando-se mais fácil cedermos ao autoataque e submetermo-nos à pressão.</p> <p>A forma de ampulheta.</p> <p>A consciência é como uma ampulheta. A abertura larga no cimo, é o primeiro passo, desperta a atenção e reconhece o que está a entrar e a sair da consciência. Isto permite perceber o “Modo Fazer” da mente e desembaraçar-se disso, mudando para a total consciência do “Modo Ser”.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>O segundo passo é como o estreitamento da ampulheta. Corresponde ao momento em que concentramos a nossa atenção.</p> <p>O terceiro passo é como a base alargada da ampulheta aqui, alargamos a nossa atenção. Nesta abertura, estamos a abri- nos à vida tal como ela é, preparando-nos para os momentos seguintes do nosso dia a dia.</p> |
|--|---|

Tabela n.º 10 - Quarta sessão: “**Ultrapassar os rumores**” Apêndice n.º 7)

| | |
|---------------------------|---------------------------------|
| Atividade: Quarta sessão | “Ultrapassar os rumores” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|-----------|-------------|--|
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> • “Ultrapassar os rumores” Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A sessão é composta por quatro momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: Ilustração do trabalho da “Mente atrás do palco” • Terceiro momento: “A, B e C das emoções” • Quarto momento: “Expor a fábrica dos rumores” • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar psicoeducação “Ultrapassar os rumores” • Dar a conhecer o que é a “Mente atrás do palco” • Dar a conhecer o que é o “A, B e C das emoções” • Dar a conhecer o que é a “A fábrica dos rumores” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória |

| | | |
|---------------------------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min | |
| Enquadramento teórico | <p>A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>“Mente atrás do palco”, não vemos em pormenor fotográfico, fazemos deduções com base nos factos. A mente elabora a partir dos pormenores, julgando-os, encaixando-os na experiência passada, e como serão no futuro.</p> <p>Não vemos o mundo como ele é, mas como nós somos.</p> <p>A forma como interpretamos o mundo, faz uma enorme diferença na forma como reagimos, o chamado A, B e C das emoções.</p> <p>“A”, representa a situação em si.</p> <p>“B”, interpretação dada à cena. História que criamos a partir da situação que flui abaixo da superfície da atenção, mas é tomada como um facto.</p> <p>“Expor a fábrica dos rumores”</p> <p>Podemos comparar os pensamentos a um rádio que ouvimos ao longe, podemos ouvir, observar, mas não precisamos de fazer conjecturas sobre o que estamos a ouvir nem agir a partir daí, os pensamentos são pensamentos. Estão ao nosso serviço, por mais alto que gritem, não são donos e senhores, a dar ordens a que temos que obedecer.</p> <p>A simples noção disto proporcionada uma enorme liberdade, afasta-nos de reações irrefletidas e cria espaço, para tomarmos decisões mais inteligentes, que são tomadas com uma mente em atenção plena</p> <p>“C”, são as nossas reações, as emoções, sensações físicas e impulsos para agir.</p> <p>Muitas vezes vemos o “A” e o “C” claramente, mas não nos apercebemos do “B”. Pensamos que a situação em si, fez surgir os sentimentos e emoções, quando na verdade foi a nossa interpretação da cena que esteve na sua origem.</p> | |

Tabela n.º 11 - Quinta sessão: **“Virar-se para as dificuldades”** (Apêndice n.º 8)

| | | |
|---------------------------|-------------|--|
| Atividade: Quinta sessão | | “Virar-se para as dificuldades” |
| Realizada pelo mestrando: | | Nuno Presa |
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> • “Virar-se para as dificuldades” Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A sessão é composta por quatro momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: Poema de Rumi, “The guest house” • Terceiro momento: História “O rei que achava mais fácil viver com as suas dificuldades.” • Quarto momento: “Rumo à aceitação” • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar psicoeducação “Virar-se para as dificuldades” • Dar a conhecer o que é “The guest house” • Dar a conhecer a história “O rei que achava mais fácil viver com as suas dificuldades” • Ensinar sobre “Rumo à aceitação” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min |
| Enquadramento teórico | | A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença |

| | |
|--|---|
| | <p>por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>Sempre que somos confrontados com uma dificuldade é natural tentarmos livrar-nos dela. Tentamos fazer isto de diversas formas, desde tentar resolvê-la imediatamente até ignorá-la ou enterrá-la debaixo de uma pilha de distrações.</p> <p>Todos nós usamos estes métodos que deixaram de funcionar há muitos anos. Resultaram bem no passado que parece sensato usar a mesma tática vezes sem fim. Há um elemento de negação, simplesmente não queremos admitir que estamos indefesos e vulneráveis, temos receio que os outros pensem que não somos suficientemente bons e, moemos e remoemos. Mais cedo ou mais tarde, estas estratégias não funcionam e, temos que adotar uma forma diferente de nos relacionarmos connosco, e com o mundo.</p> <p>Esta abordagem diferente, é a aceitação de nós próprios e do que quer que nos esteja a perturbar.</p> <p>Significa virarmo-nos para isto, recebê-lo bem, mesmo quando não gostamos ou temos medo do que aí vem.</p> <p>Para muitos a palavra aceitação é uma heresia. Aceitação no contexto de atenção plena não é resignação, e nada tem que ver com desapego, significa receber ou aproveitar algo, também significa captar ou compreender. Permite que a mente opte pela verdade, pela compreensão de como as coisas são.</p> <p>Aceitação é uma pausa, um período de permissão, de deixar ser, de ver claramente.</p> <p>Afasta-nos de respostas imediatas e por vezes precipitadas. Permite-nos estar plenamente conscientes das dificuldades e responder-lhes da forma mais hábil possível. Por vezes, descobrimos que a forma mais hábil de responder é não fazer nada.</p> <p>Paradoxalmente, agir no sentido convencional, pelo uso do “Modo Fazer” da mente, é muitas vezes uma reação automática, desta forma, a aceitação da atenção plena dá-nos escolhas.</p> |
|--|---|

Tabela n.º 12 - Sexta sessão: “Preso no passado ou a viver no presente?” (Apêndice n.º 9)

| | |
|---------------------------|---|
| Atividade: Sexta sessão | “Preso no passado ou a viver no presente?” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|-------------|--|
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> • “Preso no passado ou a viver no presente?” Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A sessão é composta por quatro momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: “compromisso doloroso” • Terceiro momento: “memória generalizada.” • Quarto momento: “A amabilidade na prática” • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar psicoeducação “Preso no passado ou a viver no presente?” • Dar a conhecer o que é “compromisso doloroso” • Dar a conhecer o que é a “memória generalizada” • Ensinar sobre “A amabilidade na prática” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min |
| Enquadramento teórico | | A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que |

| | |
|--|--|
| | <p>compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>Por vezes a mente cria cenários imaginários que permanecem durante muito tempo (por exemplo acidente de viação mesmo sem culpa ou feridos).</p> <p>Por mais que tentemos somos incapazes de os tirar da cabeça. Dedicamos mais tempo a esses pensamentos que aos factos reais chegando ao ponto de desenvolver stress pós-traumático, depressão, cansaço excessivo e perda de ânimo. Perdemos a alegria de viver causando dor mental prolongada. Pensamos menos no episódio e mais no sofrimento mental em si.</p> <p>Quando a mente é apanhada nessa rotina e não sai de lá, pensa-se muito, por mais que se tente, é-se incapaz de separar a mente dos nossos próprios objetivos, e fantasias, um estado designado como “compromisso doloroso”.</p> <p>Quando vivemos um facto traumático no passado, quando nos encontramos presos numa preocupação constante pelos nossos sentimentos a memória vai buscar apenas um resumo dos factos. O resultado é o chamado “memória generalizada”. A amabilidade transforma as coisas, os caminhos mentais da “aversão” apagam-se e os da “aproximação” acendem-se. Esta mudança de atitude favorece a abertura, a criatividade e a felicidade, elimina os temores, culpa, ansiedade e tensões que conduzem ao esgotamento e a insatisfação crónica.</p> |
|--|--|

Tabela n.º 13 - Sétima sessão: “Quando é que deixou de dançar?” (Apêndice n.º 10)

| | |
|---------------------------|---|
| Atividade: Sétima sessão | “Quando é que deixou de dançar?” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | |
|-----------|---|
| Descrição | <ul style="list-style-type: none"> • “Quando é que deixou de dançar?” Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) |
|-----------|---|

| | | |
|---------------------------|-------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • A sessão é composta por quatro momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: “funil do esgotamento” • Terceiro momento: “Teste das atividades.” • Quarto momento: “Aprender novamente a dançar” • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar psicoeducação “Quando é que deixou de dançar?” • Dar a conhecer o que é “funil do esgotamento” • Dar a conhecer o que é o “Teste das atividades” • Ensinar sobre “Aprender novamente a dançar” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min |
| Enquadramento teórico | | <p>A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>Por vezes temos uma vida demasiado agitada, tornando-nos vítimas, incapazes de sair de um horário laboral asfíxiante e de uma vida desastrosa, levando a anos de infelicidade stress e exaustão.</p> <p>A atenção plena, melhora a nossa qualidade de vida, permitindo lidar melhor com o stress e a ansiedade da nossa vida. Muitos dos problemas, como a infelicidade, a ansiedade e o stress, assemelham-se escorregar pelo “funil do esgotamento” (Marie Asberg), que pouco a pouco nos vai levando a vida e a energia</p> <p>Teste das atividades</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>O objetivo, e dar-nos uma ideia do equilíbrio na nossa, vida entre o que nos alimenta e o que nos esgota.</p> <p>Aprender novamente a dançar</p> <p>Um dos objetivos da atenção plena é, empenharmo-nos proactivamente em recuperar o equilíbrio, entre as atividades que nos preenchem e as que nos esgotam.</p> <p>Passo 1 - Reequilibrar a sua vida diária.</p> <p>Passo 2 - Pausa para respirar e empreender mais ações</p> |
|--|--|

Tabela n.º 14 - Oitava sessão: “A sua vida selvagem e preciosa” (Apêndice n.º 11)

| | |
|---------------------------|---|
| Atividade: Oitava sessão | “A sua vida selvagem e preciosa” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|-----------|---|---|
| Descrição | <ul style="list-style-type: none"> • “A sua vida selvagem e preciosa” Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A sessão é composta por três momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: “A oitava semana é o resto da sua vida” • Terceiro momento: “Tecer o nosso paraquedas.” • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas | |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar psicoeducação “A sua vida selvagem e preciosa” • Dar a conhecer o que é “A oitava semana é o resto da sua vida” • Ensinar a “Tecer o nosso paraquedas” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória |

| | |
|---------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min |
| Enquadramento teórico | <p>A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>Um dos aspetos mais difíceis da azáfama da vida diária é que quase nunca permitimos que a mais pequena noção de estarmos “completos”, entre na imagem do nosso cotidiano. Apressamo-nos de uma tarefa para outra, no fim da atividade já só reparamos no convite para começar outra. Não há intervalos que nos permitam tirar sequer uns segundos para nos sentarmos a recuperar forças para nos apercebermos de que acabamos de concluir algo.</p> <p>Acontece precisamente o contrário, dizemos “hoje não consegui acabar nada!”</p> <p>Se conseguirmos cultivar o sentido da plenitude, é muito possível que consigamos enfrentar melhor os aspetos da mente que insistem em dizer-nos que ainda não chegamos a esse ponto, que ainda não somos felizes nem estamos satisfeitos. Pode ser que descubramos que somos uma pessoa completa, tal como somos agora.</p> <p>Todos temos tendência para adiar as nossas vidas. Dizemos a nós próprios “vou recuperar o sono no fim de semana”, “quando abrandar o ritmo vou estar mais tempo com as crianças”, ou, “quando chegar o verão vou descontrair e tirar umas boas férias”</p> <p>E é isto o que acontece?</p> <p>Agora! É o futuro que prometemos no ano passado, na semana passada.</p> <p>Agora! É o único momento que realmente terá.</p> <p>A atenção plena consiste em despertar para essa realidade, em tomar plena consciência da vida que tem agora, não da que desejará ter.</p> <p>A oitava semana é o resto da sua vida.</p> <p>A tarefa consiste em integrar as práticas numa rotina sustentável a longo prazo.</p> |

Relativamente ao material, serão necessários recursos, nomeadamente computador, televisor ou retroprojeter, papel e caneta, mesas e cadeiras.

Os métodos a utilizar, prevê-se que sejam expositivos, ativos e interrogativos pela natureza psicoeducativa das intervenções.

Em relação aos recursos humanos, é necessária a participação de dois enfermeiros, sendo que, pelo menos um deles é EEESMP.

A presente proposta de cuidado de Enfermagem de Saúde Mental, corresponde ao trabalho desenvolvido para a consecução de um dos objetivos definidos, não tendo sido integralmente testada no contexto onde foi realizado o Estágio Final, o mesmo foi elaborado com o intuito de se constituir, futuramente e mediante aprovação, como um programa valioso a ser utilizado na praxis diária, ainda assim e a título de avaliação da aceitação por parte dos doentes e de exequibilidade da sua aplicação, nomeadamente em relação aos meios audiovisuais a utilizar, a capacidade da sala para acomodar os utentes, a nossa fluidez de discurso entre outros, foram realizadas e apresentadas as duas primeiras sessões do referido programa (Apêndice n.º 13 e Apêndice n.º 14), assim como a sessão preliminar (Apêndice n.º 12).

Esta testagem permitiu-nos verificar a sua exequibilidade, tendo em relação aos meios e materiais necessários, assim como à recetividade dos utentes, tendo em ambos os casos, sido considerada como positiva.

3.5 Avaliação

Avaliar um Projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente e implica ter um método de verificação da sua consecução. Assim, podemos ter uma lista dos objetivos iniciais e verificar se cada um foi atingido. Em caso positivo, torna-se necessário questionar a pertinência desse objetivo, ou seja, questionar se atingir o objetivo foi útil ao processo ou se, após o

término do projeto, verificamos que o mesmo era irrelevante, e quais as possíveis justificações. (Ferrito et al., 2010).

A avaliação deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência, a eficiência e a eficácia. (Ferrito et al., 2010).

Nesta fase, ao analisarmos o projeto, podemos referir que alcançámos os dois objetivos definidos:

- Realizar uma RSL, procurando a mais recente evidência sobre as intervenções psicoeducativas, com contributos de Mindfulness para redução da Ansiedade implementadas pelo EEESMP;
- Realizar uma proposta para um programa psicoeducativo de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental, com contributos de Mindfulness para redução da Ansiedade realizado pelo EEESMP.

De referir, que o programa será avaliado através dos resultados obtidos na aplicação da escala de avaliação de ansiedade, presente no programa informático “Sclinico”, no início e final do programa.

3.6 Divulgação dos Resultados

A divulgação dos resultados obtidos após a implementação de um projeto é uma fase importante, na medida em que se dá a conhecer pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema. (Ferrito et al. 2010, p.24).

A implementação da metodologia de projeto, na área da saúde, como meio de resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade, assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados aos clientes. (Ferrito et al. 2010, p.24).

A divulgação dos resultados de um projeto nesta área dá a conhecer os esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornece informação científica aos clientes e a profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e instituições. (Ferrito et al. 2010, p.24).

Desta forma, e considerando-os como elementos de divulgação de resultados:

- O presente relatório de ME, tendo seguido a Metodologia de Projeto, será alvo de prova pública perante júri.
- Foi enviada para publicação na comunidade científica a RSL realizada, **“Qual o benefício de uma intervenção psicoterapêutica com contributos de Mindfulness na redução da Ansiedade, realizada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria?”**

Evidenciamos a pertinência de ambos estes elementos, enquanto meios de divulgação da temática em estudo, contribuindo desta forma para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

PARTE II

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPE- TÊNCIAS

A Enfermagem é uma profissão caracterizada pela predominância, nas suas atividades, do ato de cuidar. As alternativas para cuidar são muitas, e cabe ao enfermeiro, por meio dos seus conhecimentos e habilidades, delimitar a mais adequada a cada situação apresentada. (Krug, & Somavilla, 2004)

A prática reflexiva tem acelerado o estudo e o debate das questões relacionadas com o exercício e a educação profissional dos enfermeiros, ao assumir uma tendência dominante na capacitação dos estudantes e profissionais e protagonizar uma área capital na composição dos programas de educação em enfermagem. (Peixoto & Peixoto, 2016). Esta, inicia-se quando os praticantes problematizam a sua prática e aprendem novos conhecimentos, habilidades e atitudes que a própria prática obriga (Jarvis, 1999)

Os cuidados de saúde, e conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. (Regulamento n.º 140/2019)

Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...). (Regulamento n.º 140/2019)

De acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018, prevê-se que o ME, seja conferido aos que apresentem um conjunto de conhecimentos, saberes, capacidades e competências enunciadas pelo mesmo, e estes, serão seguidamente analisados em pormenor.

O presente capítulo destina-se à análise de aquisição das várias competências:

- a) Competências comuns do EE,

- b) Competências específicas do EEESMP
- c) Competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

4.1 Competências Comuns Enfermeiro Especialista

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...). (Regulamento n.º 140/2019)

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, (...), envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem. (Regulamento n.º 140/2019)

Ainda, segundo o regulamento anteriormente mencionado, “Competências comuns”: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Tabela n.º 15 - Competências Comuns do EE (OE, 2019).

| Domínio | Competências |
|---|--|
| Responsabilidade e Profissional, Ética e Legal | <ul style="list-style-type: none">• Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;• Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. |
| Melhoria da Qualidade | <ul style="list-style-type: none">• Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;• Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Garante um ambiente terapêutico e seguro. |
| Gestão dos Cuidados | <ul style="list-style-type: none">• Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;• Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. |
| Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais | <ul style="list-style-type: none">• Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;• Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. |

Os estágios são considerados momentos oportunos para aplicar na prática o que foi apreendido na teoria. Ao longo dos mesmos, foi possível estabelecer intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados.

O EE depara-se diariamente com situações que podem suscitar dúvidas e dilemas, de difícil resolução. Algumas experiências vivenciadas no âmbito dos estágios, são espelhadas desta forma, sendo que no seu decorrer, recorreu-se aos princípios éticos-legais e deontológicos suportando o processo de tomada de decisão.

A sua resolução foi suportada pela mobilização dos conhecimentos, dos princípios da deontologia profissional e da aplicabilidade do enquadramento jurídico, tal como é preconizado nos critérios de avaliação das competências.

As estratégias adotadas, foram sempre em parceria com o cliente, enfermeiro orientador e equipa, não só a de enfermagem, mas também ao nível multidisciplinar. Suportadas em juízos baseados no conhecimento e na experiência, de acordo com o enquadramento ético-legal e a deontologia profissional, sendo para esse efeito, também a nossa opinião foi considerada, mediante as várias opções disponíveis.

Nos processos de tomada de decisão realizados, e em conjunto com o enfermeiro orientador, procedemos à avaliação e partilha dos resultados, tendo esta ação, sido realizada na perspetiva de fomentar a reflexão acerca das decisões tomadas, permitindo aferir os resultados obtidos e apresentar sugestões de melhoria.

Ao longo dos estágios, a vida humana os direitos universais e a responsabilidade profissional, estiveram sempre presentes, sendo suportados, quer pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, que no seu Artigo 1º refere que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. (...), e no seu Artigo 3.º, todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal, quer pelo REPE, nomeadamente no Artigo 8º, relativamente ao exercício profissional dos enfermeiros, assim como, pelo Código Deontológico, Artigo 99º, relativamente às intervenções de enfermagem, que se realizaram com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, Artigo 102º dos Valores Humanos, Artigo 103º dos direitos à vida e à qualidade de vida e Artigo 110º da humanização dos cuidados.

No artigo 101º do código deontológico, o enfermeiro assume o dever de conhecer as necessidades da população e comunidade em que está profissionalmente inserido, assim como, de participar na busca de soluções para os problemas detetados, colaborando com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade. (OE, 2015)

Com base no conhecimento das necessidades, da população do hospital de dia de psiquiatria, nomeadamente no diagnóstico da ansiedade e na necessidade da sua redução, o tema escolhido para o projeto de intervenção, e que originou um programa para redução da ansiedade com contributos de Mindfulness, partiu precisamente dessa identificação.

Adotou-se como base de sustentação, a teoria das transições de Meleis (Meleis, 2010), que propõe como foco central da prática, as pessoas e famílias que num determinado contexto sociocultural vivem um processo de transição.

Neste sentido, e considerando que a doença mental, para os utentes do HD, é uma nova realidade, exponenciando os níveis de ansiedade, objetivou-se realizar um programa de intervenção para redução da mesma, com contributos de Mindfulness, contribuindo desta forma, para uma transição para a vida ativa, com a sua diminuição, pois que, a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. (Regulamento n.º 515/2018)

Podendo a transição assumir vários tipos, a nossa atenção recai sobre as condições de transição, tomando como premissa que a enfermagem se preocupa com o processo e as experiências

dos seres humanos que sofrem transições, procurando facilitar as mesmas, de modo a que se alcance uma maior sensação de bem-estar (Meleis e Trangenstein, 1994).

Dando também, especial ênfase, na relação de ajuda profissional, decorrente do nosso autoconhecimento, da nossa formação e experiências profissionais em distintos contextos, considerámos que a definição de relação de ajuda defendida por (Chalifour, 2008), se incorpora com o nosso modo de estar na relação e se revela eficaz na condução e avaliação das nossas intervenções, pois em enfermagem de saúde mental, a relação terapêutica é central no processo de cuidar, sendo que o restabelecimento do equilíbrio do doente em sofrimento mental assenta em relações interpessoais significativas (Chalifour, 2008).

A delegação de tarefas de Enfermagem, nomeadamente às Assistentes Operacionais, durante a realização do Estágio I e Estágio Final, foram efetuadas com a preocupação em mente da formação necessária, relativamente à sua execução, e deste modo, todas as tarefas delegadas foram implementadas respeitando os padrões de qualidade dos cuidados estabelecidos, tal como enuncia o REPE, pois receber cuidados de saúde com qualidade, propostos pela (OE, 2011), é um direito das pessoas alvo das intervenções implementadas pelo enfermeiro especialista ou delegadas pelo mesmo.

Durante a realização dos estágios, promovemos um ambiente positivo não só com a equipa de enfermagem, mas também com a equipa multidisciplinar através da adoção de uma postura de disponibilidade, interesse, segurança e tranquilidade, demonstrativa de empenho na aquisição das competências previstas e objetivos delineados.

Para a realização das diversas atividades, foram efetuadas escolhas que visavam a adequação dos recursos a utilizar, evitando o desperdício, e consequentemente aumento dos gastos com recursos materiais. Priorizou-se a reciclagem de materiais nas mais variadas atividades, transmitindo também essa preocupação, para toda a equipa multidisciplinar, assim como para com os utentes, tendo sido possível manter a qualidade dos cuidados, e em simultâneo o combate ao desperdício, e controlo de gastos excessivos.

A nossa manifestação de interesse, investimento e procura da evidência científica mais atual e disponível, permitiram a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Deste modo, no âmbito da realização de ambos os estágios foram considerados os conhecimentos da PBE, pois consiste num, “(...) método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar.” (ICN, 2012, p.10).

As referidas competências, foram não só adquiridas através da conduta adotada e referenciada, durante os estágios, mas também, através do contributo valioso de todas as UC, que os antecederam.

4.2 Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Saúde Mental E Psiquiátrica

De acordo com o, (Regulamento n.º 140/2019) “Competências específicas”: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, (Regulamento n.º 515/2018), apresenta-nos quatro competências específicas, apresentando cada uma, um descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

No decorrer dos estágios foram efetuadas várias intervenções que permitiram a obtenção das mesmas. Seguidamente, serão apresentadas as competências e a forma como as mesmas foram adquiridas.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica são as seguintes:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- c) 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;
- d) 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.

A capacidade que o EEESMP tem de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, para que consiga ter consciência das emoções, sentimentos e valores que podem interferir com a relação terapêutica (OE, 2018), irão permitir-lhe saber gerir não só o ambiente, como as suas emoções, tendo em atenção as suas reações corporais, emocionais e as repostas comportamentais, de forma a estabelecer uma boa relação terapêutica.

Socorrendo-nos de (Carl Rogers, 1961), “Descobri que sou mais eficaz quando me posso ouvir a mim mesmo aceitando-me, e quando posso ser eu mesmo.”

Os nossos sentimentos, no momento, no aqui e agora, não devem, portanto, estar “camuflados”, devemos ser autênticos, “dar conta de si”, para estabelecer uma verdadeira relação terapêutica.

Somos indivíduos, que longe de perfeitos e de nem sempre atuarmos como gostaríamos, pelo facto de nos aceitarmos como somos, já operamos uma mudança em nós, sem que disso tenhamos consciência. Consequentemente as relações estabelecidas encerram em si, uma realidade vital e significativa, permitindo que as relações com as outras pessoas cresçam e se transformem com facilidade.

Existiu efetivamente, uma análise de toda a interação com a pessoa com doença mental e com os profissionais de saúde ao longo dos estágios. Por vezes é difícil tomar consciência de como o nosso interior afeta toda a relação com os outros.

Ainda assim, foi possível ouvir-nos a nós mesmos aceitando-nos, e sendo nós próprios no estabelecer da relação.

Conseguimos incorporar os conhecimentos das UC, por exemplo, “Desenvolvimento Pessoal”, “Relação de Ajuda”, entre outras, e deste modo, “dar conta de nós”, no aqui e agora, percebendo e

aceitando as nossas emoções e sentimentos, de forma a estarmos totalmente abertos para ouvir o outro, não julgando ou fazendo juízos de valor.

Uma atividade em grupo realizada no início do estágio, “Cerca para as galinhas” promovendo a socialização e a realização de um objetivo comum. Atividade essa, em que ficamos bastante agradados com a entrega de todo o grupo, “parecia que já faziam aquilo há muito tempo”, “dividiam tarefas, juntavam-se em grupos de 2 ou 3 para desempenhar outras”. Não havia vergonha ou dificuldade em estarem simultaneamente a desempenhar uma tarefa, e ao mesmo a conviver, diminuindo o risco de isolamento social. Confessamos que também demos por nós a colaborar de tal forma, que parecia que já nos encontrávamos a estagiar há meses, tal era a cumplicidade, contribuindo também para a nossa própria integração no grupo. Conseguimos dar conta de nós, e usufruir também de uma intervenção, que não nos sendo destinada nos permitiu verificar em primeira mão o poder da terapia do grupo. (Anexo I).

Voltando ainda a (Carl Rogers, 1961), o autor refere que, “Posso ter confiança na minha experiência (...) a experiência é, para mim, a suprema autoridade.”

Sendo a base, e podendo ser sempre confirmada, a fiabilidade e os erros podem ser sempre corrigidos. A palavra que nos acomete o pensamento, ligada à frase é “Resiliência”. Podemos por vezes seguir caminhos alternativos, mesmo que aos outros pareçam motivo de estranheza, mas que no nosso âmago os sentimos como os mais assertivos, ainda que tenhamos também as nossas dúvidas, mas dada a nossa “organísmica”, como o autor refere, os podemos utilizar para orientar o nosso pensamento.

Refugia-se em Max Weber quando o cita. “Ao prosseguir os meus humildes esforços de criação, dependo numa grande medida daquilo que ainda não sei e daquilo que ainda não fiz.”

Estas frases permitiram-nos diminuir o nosso nível de ansiedade, por haver a sensação, que mesmo realizando intervenções que não dominamos habilmente, e uma certa falta de controlo inicial, a nossa resiliência, dava-nos a possibilidade de alteração ou reformulação se assim fosse necessário.

Foi determinante a fundamentação teórica, para a realização dos planos de sessão que eram indispensáveis às mesmas, assim como a elaboração de folhetos, diapositivos e impressos. O facto de termos tudo organizado, para a realização de toda e qualquer intervenção, e mostrar motivação e

trabalho possibilitou o desenvolvendo dos estágios com tranquilidade e consciência do nosso papel, das nossas potencialidades e dos nossos próprios limites.

Após cada intervenção, foi sempre solicitado feedback à enfermeira orientadora, com o propósito de melhorar, tendo isso promovido o processo de introspeção.

De acordo com o (regulamento 515, 2018), no que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do EESMP visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, auto cuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Servindo de ponte para as competências “b)” e “c)”, do referido regulamento.

“Como poderei ajudar os outros?” (Carl Rogers, 1961)

Estar em frente a uma pessoa perturbada e em conflito, que está à procura e à espera de ajuda, constitui um grande desafio. Será que dispomos do conhecimento, dos recursos, da força psicológica, da habilidade ou do que quer que seja necessário para ajudar este indivíduo?

Ainda, e de acordo com o autor, (Carl Rogers, 1961), "Se posso proporcionar um certo tipo de relação, a outra pessoa descobrirá dentro de si a capacidade de utilizar esta relação para crescer, e a mudança e o desenvolvimento pessoal ocorrerão."

Para assistir e ajudar a pessoa, ao longo do ciclo de vida, inserida na família e comunidade, a recuperar a saúde mental, e nessa senda, mobilizando as dinâmicas próprias, (Carl Rogers, 1961), refere que quanto mais conseguirmos ser genuínos na relação, mais útil esta será. Isto significa que devemos estar conscientes dos nossos próprios sentimentos, ao invés de apresentar uma fachada externa de uma atitude, ao mesmo tempo que mantemos uma outra atitude no nível mais profundo ou inconsciente.

Apenas ao apresentar a realidade genuína que está em nós, é que a outra pessoa pode procurar pela realidade em si com êxito.

Também (Lecomte, 1987 cit por Chalifour, 2008), refere que, 65% da variabilidade dos resultados depende do cliente, 25% depende do interveniente e 10% das técnicas, quer sejam de base humanista, behaviorista ou psicanalista.

Assim sendo, a eficácia depende muito da qualidade da relação, o EEESMP deve estar ciente da importância do cliente em todo o processo, enquanto agente da sua própria terapia, pois grande parte das mudanças é-lhe atribuída.

O preâmbulo do (Regulamento 515, 2018), menciona que os cuidados de enfermagem, têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

A avaliação em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, guiada pelo conhecimento de enfermagem relativo ao comportamento humano e aos princípios do processo de entrevista clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, sintetiza informação obtida através de entrevistas, observação do comportamento, análise de outros dados disponíveis, e está na base da construção do diagnóstico de enfermagem, que é validado com o cliente. (OE, 2015)

Podemos referir que todas as atividades realizadas, durante os estágios, o-foram com estas premissas em mente. Para tal, e a título de exemplo, realizámos entrevistas com os utentes e familiares, realizamos, de acordo com as intervenções planeadas, sessões de relaxamento, (Anexo II), terapia pelo cinema, (Anexo III), análise transacional “As palavras de ordem”, (Anexo IV), e a respetiva apresentação em *powerpoint* (Anexo V), colaboramos com a equipa multidisciplinar, na elaboração e apresentação de uma sessão psicoeducativa para os familiares dos utentes internados com o tema “Comunicar”, (Anexo VI) , realizámos uma visita a uma olaria, promovendo a socialização entre os utentes, e entre os mesmos com a sociedade, permitindo também a desmistificação da doença mental na sociedade.

Para nosso enriquecimento pessoal e profissional, e permitindo também desta forma assistir a pessoa e família ao longo do ciclo de vida, apesar do estágio se realizar maioritariamente no HD, perguntámos à nossa enfermeira orientadora, assim como ao professor coordenador, a possibilidade

de nos deslocarmos à consulta externa, assim como ao serviço de Internamento de Psiquiatria, do mesmo centro hospitalar para deste modo, e simultaneamente, termos uma visão de continuidade de cuidados e permitir a assistência da pessoa quer em internamento, por agudização ou por início de doença mental, quer no seio da família, integrada no seu ambiente familiar.

Conseguidas as referidas autorizações, também da parte hospitalar, esta possibilidade, foi de elevado enriquecimento, não só pessoal e profissional, como também assistencial.

A Consulta Externa de Psiquiatria funciona em espaço próprio no piso 02, diariamente, nos períodos da manhã e da tarde. Além de consultas de Psiquiatria Geral, funcionam também consultas de Alcoologia e de Psiquiatria Geriátrica.

Funciona também um serviço de Apoio Domiciliário, com elementos da equipa de Enfermagem, prestando apoio aos doentes em regime de ambulatório e, onde são administrados diariamente medicamentos injetáveis, com maior frequência os Decanoatos

Assim sendo, administramos medicação injetável, principalmente neurolépticos de ação prolongada (NAP), observamos e colaboramos na realização de entrevistas de enfermagem de acompanhamento de doentes, que umas vezes se deslocavam sozinhos, outras acompanhados dos familiares. Situação esta, que nos permitiu ter um ângulo de visão diferente do hospital de dia. Sendo que alguns dos utentes já tinham sido acompanhados no mesmo, foi possível verificar a sua extrema utilidade e, mesmo a sua necessidade de existir, pois muitos deles referiram durante as consultas, que “não fosse o HD e a equipa multidisciplinar a ajudarem-me, ainda hoje esta sentada no meu sofá, o dia todo a ver televisão” (sic), ou, “é graças às atividades que fiz no HD, que hoje consigo, sair de casa para ir trabalhar, e estar cara a cara com as outras pessoas.” (sic).

Estes e outros testemunhos, enchem-nos de satisfação pessoal e profissional, mais, permitem-nos verificar quer a efetividade dos cuidados, assim como a efetiva continuidade dos mesmos, pois aquando da alta do HD, o doente, por e simplesmente não fica “abandonado à sua sorte”, há um efetivo acompanhamento.

Esta situação, pôde também ser verificada aquando, e inserida na CE, da visitação domiciliária, a qual também realizámos, permitindo-nos avaliar, o impacto na saúde mental, e de múltiplos fatores de stresse, dentro do contexto familiar. Facto este que foi bastante valorizador, de, e para o nosso

percurso. Permitiu-nos verificar “*in loco*”, toda a dinâmica, quer pessoal, do doente, quer familiar, no seu meio ambiente natural, permitindo-nos intervir em conformidade.

Durante as visitas domiciliárias, foi possível verificar os resultados da implementação dos projetos de saúde nos doentes, assim como nos familiares. Foram esclarecidas dúvidas, feitos ensinamentos, e por vezes alguns encaminhamentos, quer para os cuidados de saúde primários, em articulação, com um outro projeto que existe no centro hospitalar denominado “Psicom”, quer para outras áreas de saúde, pois o doente de saúde mental, tal como qualquer outro doente, pode, e por vezes tem, outras co-morbilidades que requerem atenção, promovendo a continuidade e a articulação dos cuidados.

Gostaríamos de abordar um pouco o tema do projeto, “Psicom”, pois também nos motivou grande interesse e curiosidade.

“Psicom”, é um projeto recente no centro hospitalar, o seu desenho teve início em 2017, mas o seu embrião em 2011, tendo sido implementado em 2018, sendo suportado pelo (Despacho 7433, 2016), e pelo (Relatório de avaliação PNSM 2007-2016 e propostas para 2020), e a sua primeira reunião de avaliação realizada em janeiro de 2020, no dia 17, à qual assistimos.

Este projeto está dividido em várias áreas de ação:

- Consultadoria psiquiátrica com os CSP.
- Intervenção domiciliária em crise
- Consultas domiciliárias multidisciplinares
- Formação contínua dos profissionais
- Estabelecimento de uma rede de colaboração e intercâmbio de conhecimentos e boas práticas
- Participação, coorganização e/ou dinamização de atividades na comunidade relacionadas com a temática da saúde mental
- Programa de acompanhamento por terapeuta de referência (falta implementar).

A equipa é constituída por EESMP, Psiquiatras, TSSS e Psicólogos, tanto do centro hospitalar como dos ACes, existindo sempre articulação entre todos.

O programa tem como objetivos gerais:

- Alinhamento dos interesses complementares das instituições

- Definição de programas na comunidade, no âmbito do PNSM, adequando o conjunto de cuidados às necessidades reais e específicas na área da saúde mental da população, numa estreita articulação com os CSP, com um número crescente de intervenções em ambulatório
- O adulto com doença mental grave no centro das intervenções
- Minimização da deslocação dos doentes e familiares, assegurando a acessibilidade
- Otimização de recursos
- Prevenção de reinternamentos
- Contribuição para a complementaridade da rede de prestação de cuidados, promovendo a reabilitação psicossocial, reduzindo a institucionalização.

Toda esta interação e intercambio, gerou em nós, uma segurança, um avolumar de conhecimentos técnico-científicos, uma maior interligação e conhecimento de novos técnicos de saúde da rede hospitalar, e dos CSP, “colocou rostos” do outro lado da linha telefónica, facilitou a troca de experiências. Em suma, deu-nos uma visão excepcionalmente ampla da rede de cuidados assistenciais existentes para o doente mental, tornando a nossa articulação mais linear, mais fácil, mais célere, e deste modo promovendo ganhos em saúde, tanto para os doentes, assim como para os profissionais, e em última análise, para o próprio erário público.

No HD, durante a nossa permanência, houve uma situação de emergência psiquiátrica, à qual foi dado o necessário encaminhamento, nomeadamente enviando o doente para o serviço de Psiquiatria.

Como referimos anteriormente, também nos foi possível a deslocação, dentro do centro hospitalar, ao serviço de internamento de Psiquiatria, onde mais uma vez fomos enriquecidos pessoal e profissionalmente.

O Internamento de Doentes Agudos está dividido em duas alas, uma feminina com 21 camas e uma masculina com 22 camas, num total de 43 camas de doentes agudos. Com maior frequência, e de forma sucinta, aqui recebem tratamento doentes com patologias mentais em fase de descompensação clínica e a necessitar de estabilização (por exemplo: Perturbações Afetivas com episódios atuais graves, Episódios Psicóticos), primeiros episódios de doença mental que requerem um estudo diagnóstico e introdução de psicofármacos em ambiente hospitalar (por exemplo: Primeiro Episódio Psicótico, Alterações de Conduta), ou ainda com o objetivo de desintoxicação em doentes

com quadros de dependências várias e com motivação para seguimento ambulatorio posterior, entre outras situações.

Esta deslocação permitiu-nos verificar a multiplicidade de doenças mentais que acometem os internados. Por ser apenas um dia em cada ala, não nos foi possível estabelecer uma relação muito próxima com os utentes, não obstante, foi enriquecedor verificar o tipo de cuidados, os diagnósticos de enfermagem, as atividades realizadas, a toma assistida da medicação, facto que, também em HD é realizado, etc.

Foi, digamos um pouco “assombroso”, verificar um doente com diagnóstico médico ainda provisório, de Psicose SOE (Sem Outra Especificação), que tinha sido admitido no serviço na noite anterior, e que se encontrava com discurso delirante e com períodos de agressividade.

Esta situação fez-nos recordar o doente, sobre o qual, no primeiro estágio, realizámos o nosso estudo de caso, e que para tal, estabelecemos os diagnósticos de enfermagem, elaborámos o plano de cuidados, executámos as intervenções de enfermagem previstas no mesmo e fizemos a avaliação dos resultados. Esse doente, no HD, e com o exame mental por nós realizado, que nessa altura se encontrava, “consciente e orientado, com apresentação física de forma geral cuidada, e idade coincidente com a real, fâcies expressivo, contato sintónico, postura ligeiramente retraída, humor eutímico, apresenta uma atitude colaborante, motricidade livre, com discurso fluente e sem alterações da percepção do pensamento e da memória”, pensar que, na sua história de saúde, por nós efetuada, aquando da entrada no serviço de urgência e, posterior transferência para o serviço de Psiquiatria, se encontrava na mesma situação que o doente acima descrito, provocou em nós um misto de emoções.

Por um lado, o verdadeiro impacto, que a doença mental tem no doente, família e comunidade, provocando um total descontrolo emocional, físico, familiar e também social, mas por outro lado, esse sim, motivo de orgulho, a verificação, que com os cuidados adequados, com entrega, trabalho, dedicação, respeito e empatia, podem ser recuperados, reinseridos no seio familiar, social e laboral. Situação que se verificou com o doente, de quem fomos o terapeuta de referência e realizamos o referido estudo de caso.

Note-se que nesta e noutras situações, o papel de terapeuta de referência foi por nós desempenhado e permitiu o estabelecimento de uma relação de confiança, e proximidade com a pessoa cuidada e com a família, mobilizando os processos que melhor se adaptavam ao cliente e à

situação, em articulação com a equipa multidisciplinar e/ou com estruturas na comunidade, promovendo a interação social, a autonomia e a independência, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais. Articulação esta, assegurada por vezes com a “Psicom”.

Centrando mais uma vez a nossa atenção para o HD, gostaríamos de referir que uma das competências do EEESMP, “d)”, e cuja unidade de competência se relaciona com a coordenação, desenvolvimento e implementação programas de psicoeducação e treino em saúde mental, nos foi particularmente prezada. Como já foi referido anteriormente, muitas atividades se desenvolvem no mesmo, todas com o seu objetivo, previamente delineado e validado.

Também já mencionado, por nós, que através da consulta dos processos clínicos dos doentes internados, e após a avaliação da escala de ansiedade, presente no programa utilizado no serviço, nomeadamente “Sclínico”, que o diagnóstico de enfermagem relativamente à ansiedade, e transversal a todos o doentes, demonstrava que a mesma se apresentava em “grau elevado”.

Assim sendo, e por não haver no HD um programa de psicoeducação específico para a ansiedade, depois de consultada a enfermeira orientadora e o professor coordenador, enveredámos esforços no sentido de desenvolver um programa de enfermagem, com o objetivo da sua redução. Para esse efeito, utilizando a metodologia de trabalho-projeto, e após a realização de uma RSL, foi possível elaborar um programa de intervenção psicoterapêutica com contributos de Mindfulness na redução da ansiedade, realizada pelo EEESMP em contexto de HD de Psiquiatria.

O programa é constituído por oito sessões temáticas, uma por semana, com a duração prevista de oito semanas, podendo ser prolongado, cajo se justifique.

Ressalvamos que o mesmo não foi integralmente testado no contexto referido, tendo sido construído no intuito de, futuramente e mediante aprovação, se constituir como um programa orientador para a prática de enfermagem, nomeadamente para a redução da ansiedade, pois e de acordo com a literatura considerada e, com base na evidência disponível, sua eficácia ficou demonstrada.

Socorrendo-nos do preâmbulo do (Regulamento 515, 2018):

“O EESMP, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

Ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o EESMP possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais.”

Consideramos que todo o trabalho desenvolvido ao nível, quer das UC, quer ao longo dos estágios, nos permitiu uma gradual progressão pessoal e profissional, importantes para a aquisição das competências quer de EE, quer de EEESMP.

4.3. Competências de mestre em enfermagem

O grau de mestre é conferido a quem demonstre, ao frequentar o 3º Curso de ME em AESES na Área de Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, em complementaridade à aquisição do conjunto de competências comuns do EE e de competências específicas do EEESMP, anteriormente apresentadas, adquira igualmente as seguintes competências que constam em Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República n.º157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de agosto de 2018:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo

Através de uma RSL, foram desenvolvidas e aprimoradas, capacidades de investigação. Nessa mesma recorremos a bases de dados científicas, nomeadamente, EBSCO e B_On, e seguimos os procedimentos adequados que a situação requeria, por forma a garantir o seu rigor.

Esta RSL foi elaborada não só para sustentar o projeto de intervenção, como para a divulgação da mesma.

Desta forma, a 28 de fevereiro de 2020, após concordância com o enfermeiro orientador e o professor coordenador, e em formato de artigo, foi submetida para publicação na Revista Sinais Vitais (Anexo VII), encontrando-se o mesmo em processo de revisão.

A frequência do primeiro e segundo semestres foram fundamentais para adquirir conhecimentos teóricos indispensáveis à prática clínica. Todavia, e porque houve sempre necessidade e motivação constantes de ir mais além, realizámos pesquisas em artigos, livros da área de especialidade, autores de referência na área da saúde mental sempre no sentido de esclarecer dúvidas, aprofundar conhecimentos, planear e realizar as intervenções com base na melhor evidência disponível.

Ao longo deste percurso académico, e através da frequência de congressos e formações houve o desenvolvimento de aprendizagens pessoais e profissionais, que possibilitaram adquirir e aprofundar conhecimentos, nomeadamente:

- IV Encontro Nacional, subordinado ao tema “FINANCIAMENTO GLOBAL EM SAÚDE MENTAL”, organizado pela “Familiarmente”, Federação Portuguesa das Associações das Famílias de pessoas com experiência de doença mental e a direção do programa nacional para a saúde mental, da DGS e realizado no dia 24 de maio de 2019, no Cineteatro Paraíso, Tomar. (Anexo VIII)
- Jornadas da Associação Portuguesa de Adictologia, “AS VERTIGENS DO RISCO E OS LABIRINTOS DA VONTADE – OLHARES SOBRE OS COMPORTAMENTOS ADITIVOS”, realizadas em Coimbra, nos dias 6 e 7 de julho de 2019, no auditório da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra – Polo II. (Anexo IX)
- III jornadas templárias de psiquiatria do centro hospitalar do médio tejo, com o tema, “SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE, RESPOSTAS E DESAFIOS”, que decorreram no Hotel dos Templários em Tomar, nos dias 28 e 29 de novembro de 2019. (Anexo X)
- Curso online de Mindfulness, com a duração de oito semanas e que terminou no dia 15 de fevereiro de 2020, ministrado pela “Happiness.com Courses”, que é uma comunidade on-line dedicada ao apoio mútuo à compaixão e autoaperfeiçoamento. Permitindo conectar e combinar sabedorias, para desenvolvimento de conhecimentos acerca do tema, e simultaneamente fomentar a nossa felicidade, vivendo uma vida de autenticidade e alegria. (Anexo XI)

Mesmo após o fim do estágio final, o nosso interesse não desvaneceu, pelo contrário, a nossa motivação para aprofundar conhecimentos manteve-se inalterada, assim sendo, e mantendo o foco na formação continua que nos permita uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo, participámos nas:

- “I JORNADAS DE MINDFULNESS E COMPAIXÃO”, organizadas pela Associação Portuguesa para o Mindfulness, (APM) em parceria com o Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Universidade de Coimbra (CINEICC) e a Associação Mentes Sorridentes, que decorreram nos auditórios do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, nos dias 14 e 15 de fevereiro de 2020. (Anexo XII)

Com a nossa participação em reuniões multidisciplinares, onde os projetos terapêuticos eram discutidos, também os nossos juízos e propostas de intervenções a implementar, eram valorizadas.

Estes comportamentos para além de conduzirem à aquisição das competências de Mestre, evidenciam uma conduta respeitosa do CDE, contribuindo para a obtenção da melhoria contínua da qualidade em saúde.

Este trajeto de crescimento pessoal e profissional, a aquisição de competências comuns de EE, EEESMP e de mestre, permitiram-nos um estágio final enriquecedor e repleto de novas experiências. Ficou demonstrada a nossa capacidade em comunicar com a equipa de enfermagem, constituída quer por EE na sua maioria, quer por enfermeiros não especialistas, assim como com a restante equipa multidisciplinar, nomeadamente, Psiquiatras, Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais e Assistentes Operacionais.

Muito importante para a conclusão deste estágio final, foi inclusão do indivíduo no seu processo de reabilitação, família e comunidade, mediante uma relação terapêutica que corroborou para a concretização das intervenções terapêuticas, com base na melhor evidência científica.

Todas as competências estão relacionadas entre si, permitindo o crescimento pessoal e profissional perante circunstâncias de stresse e ansiedade, associadas ao estágio, sempre com resiliência, na perspetiva de melhoria contínua dos cuidados prestados.

5. CONCLUSÃO

A elaboração de relatório de mestrado, deu-nos a possibilidade de refletir sobre todo o percurso realizado, desde o início das UC, passando pelo estágio I e estágio final.

É através dele, e após uma profunda reflexão, que podemos demonstrar a aquisição das competências quer de EE, quer de EEESMP e de mestre em enfermagem.

Essa mesma reflexão, serviu como um momento de autoavaliação, contribuindo também para o nosso crescimento e enriquecimento pessoal e profissional.

O enquadramento Conceptual contribuiu para contextualizar a temática, havendo sempre preocupação quer na fluidez do discurso, quer na estrutura adotada, e que estas em conjunto permitissem um natural encadeamento, considerando que todo o relatório assenta nessas premissas.

Como enquadramento teórico, foi utilizada a teoria das transições de Afaf Melais, pois a transição, é uma passagem de um estado razoavelmente estável para outro, e um processo desencadeado por uma mudança, caracterizada por diferentes estágios dinâmicos, marcos e pontos de viragem (Meleis, 2010), e sendo um dos objetivos por excelência do HD, o tratamento e acompanhamento dos utentes em ambulatório, a reintegração familiar, social e laboral, constituindo-se como um recurso chave dos serviços de saúde mental, contribuindo para uma transição progressiva e adequada para a comunidade, consideramos adequada a sua utilização.

Enfatizamos a abordagem sistémica e holística, característica da relação de ajuda, e essencial no HD, onde "(...) o profissional intervém a partir daquilo que ele é, e orienta-se segundo um modelo de ajuda que lhe serve de referência." (Chalifour, 2008, p.7), em que, o interveniente deve possuir bons conhecimentos científicos, e o elevado conhecimento de si-mesmo, uma vez que é o principal agente desta relação, e de acordo com Chalifou socorrendo-se de Lecomte, (1987), que refere que, 65% da variabilidade dos resultados depende do cliente, 25% depende do interveniente e 10% das técnicas, quer sejam de base humanista, behaviorista ou psicanalista.

A relação de ajuda profissional possibilita a criação das melhores condições possíveis, para ajudar a pessoa a enfrentar as dificuldades que apresenta, e o facto de termos estabelecido uma

excelente relação de confiança e ajuda com os doentes, contribuiu em larga medida, para atingir os objetivos, significando isto que, para haver uma relação de ajuda efetiva, 90% do sucesso da mesma depende da empatia, do respeito e dos laços estabelecidos entre o enfermeiro e o doente, os restantes 10%, dependem então das técnicas utilizadas.

Relativamente à Metodologia de Projeto, procedemos à descrição de cada uma das fases que a constituem, fazendo simultaneamente a interligação com as atividades desenvolvidas para dar resposta à problemática identificada, tendo sido realizada uma RSL com a recolha da melhor evidência científica, e posterior proposta de um programa de intervenções Psicoeducativas com contributos de Mindfulness, com o objetivo de reduzir a ansiedade dos doentes internados em HD, implementadas pelo EEESMP.

A realização da RSL permitiu-nos a incorporação da PBE no nosso agir, mais, deu-nos uma visão muito ampla e segura do caminho a percorrer no cuidar em enfermagem, conferindo o suporte necessário à nossa tomada de decisão, e desta forma, contribuindo para uma prestação de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental de qualidade.

A proposta de realização das intervenções Psicoeducativas com contributos de Mindfulness, com o objetivo de reduzir a ansiedade dos doentes internados em HD, implementadas pelo EEESMP, como já foi referido, foi elaborada com base nos diagnósticos de Enfermagem elaborados aos doentes internados, neste âmbito, a mesma, foi elaborada pela pertinência da criação de um programa de enfermagem, a ser usado como apoio, para dar resposta aos doentes do HD, com diagnóstico de ansiedade em grau moderado ou elevado.

Foi ainda possível aprofundar um tema que nos merece grande interesse e curiosidade, e sobre o qual existe pouca evidência científica, pelo que, todo o percurso de elaboração do programa foi desafiante e gratificante, apesar de, como referimos, haver alguns obstáculos, pela pouca literatura encontrada acerca das intervenções psicoeducativas com vista à redução da ansiedade, contributos de Mindfulness, realizadas pelo EEESMP ao doente internado em contexto de HD de psiquiatria.

Relativamente aos objetivos inicialmente propostos, consideramos que foram integralmente alcançados, uma vez que:

- O documento em apreço é apresentado através da Metodologia de Projeto, e futuramente,

será alvo de prova pública perante júri;

- Refletimos sobre a importância das intervenções psicoeducativas, implementadas pelo EEESMP, com contributos de Mindfulness em pessoas com ansiedade;
- Descrevemos reflexivamente a aquisição de competências desenvolvidas no percurso do Mestrado.

O percurso iniciado com este mestrado, em setembro de 2018, foi repleto de esforço, dedicação, desafios e mudanças, tendo agradavelmente, e em muitos aspetos, excedido as nossas expectativas.

Sair da nossa zona de conforto, elevou o nosso auto-conhecimento, e a capacidade de resiliência, desta forma, podemos afirmar que se constituiu como um grande desafio pessoal e profissional, mas permitiu-nos olhar para o outro de forma mais diferenciada, valorizando as suas necessidades e utilizando as suas capacidades para o seu próprio processo de reabilitação.

A título de sugestões destacamos a pertinência e a necessidade de produção científica, acerca das intervenções psicoeducativas, implementadas pelo EEESMP, com contributos de Mindfulness em pessoas com ansiedade, pela reduzida literatura científica encontrada.

Em suma, consideramos que os objetivos propostos para a realização deste documento, assim com as metas, foram integralmente atingidos.

6. BIBLIOGRAFIA

- Almeida, J. (2018). A saúde Mental dos Portugueses. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Amanda, G. Lima & Arthur, S. Sene (2011). Mindfulness nas terapias de redução da ansiedade. DOI: 10.22289/V3S1A19 Consultado em: <https://www.researchgate.net/publication/321093287> Acedido a: 16 de dezembro de 2019
- American Psychiatric Association; DSMIVTR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais; 2.ª Reimpressão; 4ª Edição Lisboa: Climepsi; 2011.
- American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed
- ANDRADE, J.S & VIEIRA, M.J: Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Revista Brasileira de Enfermagem. Edição [online]. Vol. 58. Nº3. 2005. ISSN 0034-7167.
- Bartels-Velthuis, A. A., Schroevers, M. J., van der Ploeg, K., Koster, F., Flier, J., & van den Brink, E. (2016). A Mindfulness-Based Compassionate Living Training in a Heterogeneous Sample of Psychiatric Outpatients: a Feasibility Study. *Mindfulness*, 7(4), 809–818. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0518-8>
- Brown K.; Ryan R. & Creswell J; (2007). Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. Consultado em 15 de janeiro de 2020. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.458.9330&rep=rep1&type=pdf>
- Brozek, Ursula; Meg Gulanick; Gradishar, Deidra & Nanda. (2012). Anxiety A vague, uneasy feeling, the source of which is often nonspecific or unknown to the individual; Disponível em: <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/archive/Constructor/gulanick04.htm> | Acedido em 11 de janeiro de 2020.

- Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta
- Chalifour, J. (2009). A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção. Loures: Lusodidacta
- CIPE[®] Versão 2 (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Lusodidacta
- Coelho, C. C. B., & Barros, M. F. F. (2011). Psicoterapia comportamental em grupo, (1999), 1–10.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. Suíça: International Council of Nurses
- Davidson, Richard J. PhD; Kabat-Zinn, Jon PhD; Schumacher, Jessica MS; Rosenkranz, Melissa BA; Muller, Daniel MD, PhD; Santorelli, Saki F. EdD; Urbanowski, Ferris MA; Harrington, Anne PhD; Bonus, Katherine MA; Sheridan, John F. PhD (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation, *Psychosomatic Medicine*: July 2003 - Volume 65 - Issue 4 - p 564-570 doi: 10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3
- Edivane, P.; Danski, M.; Mingorance, P.; Lazzari, L.; Meier, M. & Crozeta, K. (2009). A Prática Baseada em Evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. DOI:10.5380/ce.v14i4.16396. Acedido a: 12 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/273428398>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M.A. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Filho, Orli & Silva, Mariana. (2013). Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. *Rio de Janeiro*, v. 10, supl. 3, p. 31-41, outubro 2013 disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8411/1/Transtornos%20de%20ansiedade.pdf>
- Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and

ruminacion in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in Psychology*, 10(MAY), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01099>

Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 549–556. doi:10.1590/s0104-11692004000300014

Glavão, T. & Pereira, M. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. doi: 10.5123/S1679-49742014000100018. Consultado em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a18.pdf>

Gonçalves, André L.; Pereira, Ricardo & Basto, Carolina (2014). Intervenção psicoterapêutica segundo o modelo na redução do stress pelo Mindfulness. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0353.pdf>. Acedido em 10 de janeiro de 2020.

Holas, P., Suszek, H., Szaniawska, M., & Kokoszka, A. (2016). Group Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders With Personality Disorders in Day Clinic Setting. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(3), 186–193. <https://doi.org/10.1111/ppc.12115>

Houghton S. & Saxon D (2007) An Evaluation of large group CBT PsychoEducation for anxiety disorders delivered in routine practice. *Patient Educ Couns* 68: 107-110. ISBN: 978-989-8160-46-1

Jarvis, P. (1999). *The practitioner-researcher: Developing theory from practice*. San Francisco, USA: Jossey-Bass

Joanna Briggs Institute (2015). *Systematic Review Resource Package The Joanna Brigs Institute Method for Systematic Review Research Quick Reference Guide*. Queen's Joanna Briggs Collaboration version 4.0. Acedido a 25 de Janeiro de 2020 em: <http://healthindisasters.com/images/Books/Systematic-Review-Resource-Package.pdf>

Jordan, Donnelly & Pittman, (2006). *Introduction to Evidence-Based Practice: A Practical Guide For Nursing*. Philadelphia. F A Davis Company

- Jordan, Z.; Lockwood, C.; Munn, Z. & Aromataris, E. (2018). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 1. doi:10.1097/xeb.000000000000155
- Kabat-zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4:33-47. doi: 10.1016/0163-8343(82)90026-3. Consultado em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7042457/> _ Acedido em: 16 de fevereiro de 2020
- Kabat-Zinn, Jon & Massion, AO & Kristeller, Jean & Peterson, Linda & Fletcher, Kenneth & Pbert, Lori & Lenderking, William & Santorelli, Saki. (1992). Effectiveness of a Meditation-based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry* DOI:10.1176/ajp.149.7.936. Consultado em: <https://www.researchgate.net/publication/21545608> _ Acedido em: 16 de fevereiro de 2020
- Kabat-Zinn, J. (2003), *Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10: 144-156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
- Kabat-Zinn J. (2013). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Bantam Books; 2013.
- Krug, S. & Somavilla, C. (2004). Uma análise reflexiva da atuação do profissional enfermeiro junto à condição de acidentado do trabalho, segundo a teoria de Paterson e Zderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 12. 10.1590/S0104-11692004000200019.
- Landsverk, S. S., & Kane, C. F. (1998). Antonovsky's sense of coherence: Theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(5), 419–431. <https://doi.org/10.1080/016128498248872>
- Lubian, L. & Bossardi, C. (2018). Revisão sistemática sobre a eficácia de estratégias não farmacológicas no tratamento da ansiedade: Uso da musicoterapia e da acupuntura. <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/download/13398/7608> Revista Brasileira de Tecnologias Sociais Artigo, DOI: 10.14210/rbts.v5.n1.2018.p10-21

- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. Doi:10.1093/brief-treatment/mhh019 Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/31504223_
- Mace, C. & Punter, J. (2008). Mindfulness and Mental Health. 2008. London: Routledge. Group Analysis, 41(2), 216–217. <https://doi.org/10.1177/05333164080410020605>
- Mão de Ferro, A. (1999). Na Rota da Pedagogia. Lisboa: Edições Colibri
- Meleis, A. (1975). Role insufficiency and role supplementation a conceptual framework. Nursing Research. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1041610>
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994) Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. Nursing Outlook, 42, 255-259. [http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. Advances in Nursing Science, 23(1), 12-28. Disponível em: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=92fcd24a-5c07-47f4-947f-0e5ba511166a%40sessionmgr120>.
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, J. (2006). A Relação de Ajuda: Um instrumento no processo de cuidados de Enfermagem. Revista de Formação Contínua em Enfermagem INFORMAR, 36, 71-77. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3163/1/Artigo%20Rev.%20Informar%20-%202006.pdf>
- Mental Health Foundation. (2014). Living with Anxiety; Understanding the role and impact of anxiety in our lives; Mental Health Awareness Week, 2014.
- Nogueira, N. (2005). Pedagogia dos Projetos: etapas, papéis e atores. Tatuapé: Editora Érica

Ordem dos Enfermeiros (2006). Tomada de Posição do Conselho Diretivo Ordem dos Enfermeiros sobre Investigação em Enfermagem. Acedido a 4 de março de 2019 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Código Deontológico. Acedido a 31 de Março 2020 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015c). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE 2015. Lisboa: Lusodidata.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica publicado em Diário da República nº151/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de agosto de 2018, 21427-21430

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750

- Pearson, A.; Wiechula, R.; Court, A. & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 3(8), 207–215. doi:10.1097/01258363-200509000-00001
- Pearson, A.; Jordan, Z. & Munn, Z. (2012). Translational Science and Evidence-Based Healthcare: A Clarification and Reconceptualization of How Knowledge Is Generated and Used in Healthcare. *Nursing Research and Practice*, 2012, 1–6. doi:10.1155/2012/792519
- Peixoto, N. & Peixoto, M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(11), 121-132. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pessoa J.; Miranda, F.; Santos, R.; Dantas, M. & Nascimento, E. (2014). Ações e cuidados de enfermagem em saúde mental num hospital-dia psiquiátrico: uma revisão integrativa. Doi: 10.9789/2175-5361.2014v6n2p821. consultado em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-25460>
- Pontes, A., Leitão, I., & Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006
- Presidência do Conselho de Ministros (2018). Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República n.º157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de Agosto de 2018, 4162- 4165
- PRISMA Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-analyses (2015). *PRISMA Flow Diagram*. Acedido a 23 de Abril de 2019 em: <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.doc>
- Rebelo, Sofia & Carvalho, José Carlos. (2014). Ansiedade: Intervenções de enfermagem. Ver. *Presencia* 2014 juldic,10(20). Disponível em <<http://www.indexf.com/presencia/n20/p10060.php>> Acedido em 11 de janeiro de 2020.
- Rogers, Carl (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

- Ronald S.; Christopher, G. & Andrew O. (2009). Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From? In: Didonna F. (eds) *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer, New York, NY
- Sado, M., Park, S., Ninomiya, A., Sato, Y., Fujisawa, D., Shirahase, J., & Mimura, M. (2018). Feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for anxiety disorders in a Japanese setting. *BMC Research Notes*, 11(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3744-4>
- Shian-Ling, Keng; Moria, J. Smoski & Clive Robins (2011). Effects of Mindfulness on Psychological Health: A Review of Empirical Studies. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.04.006 Consultado em: https://www.researchgate.net/publication/51533911_. Acedido em: 20 de dezembro 2019
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). *Mindfulness: What is it? Where did it come from?* In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (p. 17–35). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_2
- Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T., & Henderson, C. (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 13–24. doi: 10.1016/j.cpr.2017.05.002
- Stossel, Scott. (2014). *Sobreviver à Ansiedade*; Público (Portugal edição online) de janeiro de 2014. Disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/sobreviveraansiedade1621701>. Acedido em 11 de janeiro de 2020.
- Thakur, V. K., Wong, J. Y., Randall, J. R., Bolton, J. M., Parikh, S. V., Mota, N. & Sareen, J. (2019). An evaluation of large group cognitive behaviour therapy with mindfulness (CBTm) classes. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2124-5> (Bartels Velthuis et al., 2016)
- Thich Nhat Hanh. (1992). *The Art of Mindful Living*. Disponível e acedido a 30 de junho de 2020 em: https://www.pensador.com/autor/thich_nhat_hanh/
- Tomey, A. & Alligood, M. (2011). *Nursing theorists: and their work*. 7ª ed. Maryland Heights: Mosby Elsevier. <https://doi.org/10.1177/0894318412437964>

- Townsend, M. RN, MN, CS. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - conceitos de cuidado na prática baseada na evidência. (6ª Edição). Loures: Editora Lusociência
- Vieira, M. (2009). Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência. 2ª Ed. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal
- Vorkapic, C. Ferreira & Rangé, Bernard. (2013). Reducing the Symptomatology of Panic Disorder: The Effects of a Yoga Program Alone and in Combination with Cognitive-Behavioral Therapy. doi: 10.3389/fpsyt.2014.00177 consultado em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4259001/> Acedido a: 29 de janeiro de 2020.
- Williams, M. & Penman, D. (2011). Mindfulness. A practical guide to find peace in a frantic world. 17ª edição (2019). (reimpressão). Lua de papel, Alfragid. ISBN: 978-989-23-2917-8
- Wong S, Yip B, Mak W, Mercer S, Cheung E, et al. (2016) Mindfulness-Based Cognitive Therapy v. Group Psychoeducation for People with Generalised Anxiety Disorder: Randomised Controlled Trial. Br J Psychiatry 209: 68-75 doi:10.1192/bjp.bp.115.166124
- World Health Organization (2014). Mental health: a state of well-being. Disponível em: http://origin.who.int/features/factfiles/mental_health/en/. Acedido a 2 de dezembro de 2019.
- World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. Geneva: WHO.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Síntese dos artigos selecionados para RSL

| Identificação do estudo (referência) | Objetivo do estudo | Participantes, tipo e número | Intervenções e instrumentos | Resultados | Conclusões |
|--|--|---|---|--|--|
| E 1 A Mindfulness-Based Compassionate Living Training in a Heterogeneous Sample of Psychiatric Outpatients: a Feasibility Study (13) | Examinar os efeitos de um programa Mindfulness baseado na compaixão (MBCL) num serviço de ambulatório de psiquiatria com heterogeneidade de patologias psiquiátricas com vista à exequibilidade e mudanças nos níveis de depressão, ansiedade, atenção plena e compaixão | 33 doentes com idade superior a 18 anos, com patologia psiquiátrica e que previamente seguiram um programa de Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) ou Mindfulness Based cognitive therapy (MBCT). | O programa consistiu em nove sessões semanais de 2,5 horas, e é estruturalmente semelhante ao MBSR / MBCT, com oito sessões temáticas e uma sessão com meditações guiadas. Beck Depression Inventory-II. Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7). Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). Self-Compassion Scale (SCS). | Os participantes preencheram um questionário antes e imediatamente após o programa de (MBCL). Os níveis de depressão diminuíram, não houve alteração estatisticamente significativa nos níveis de ansiedade e os níveis de atenção plena e auto compaixão aumentaram. | Este estudo mostrou que o programa é aplicável numa amostra heterogénea de doentes, com ansiedade e depressão. |
| E 2 An evaluation of large group cognitive behaviour therapy with Mindfulness (CBTm) classes (14) | Determinar a aceitabilidade e eficácia de Mindfulness Based Cognitive Therapy, em 4 sessões semanais | 179 participantes residentes numa clínica de saúde mental, com diagnóstico de patologia mental e idade superior a 18 anos. Como critérios de exclusão ter menos de 18 anos, presença de psicose ou mania ativa, elevado risco de suicídio ou comprometimento cognitivo grave. | Foram realizadas 4 sessões que tinham duração de 90 minutos. A quantidade de utentes por sessão variava entre 10 a 41. Foi feita uma avaliação inicial e follow-up às 12 semanas Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9) | 90% dos participantes referiram as aulas úteis e expressaram desejo de participar em sessões futuras. Houve uma regressão dos sintomas da ansiedade e sintomas depressivos, mas não estatisticamente significativos. Na análise secundária verificou-se redução nos scores entre a linha de base e o acompanhamento. | Este estudo demonstrou que as sessões de MBCT são uma estratégia que é bem aceite e acessível, envolvendo e mantendo o interesse dos participantes. A psicoeducação é um importante fator que influencia a eficácia, sendo que a brevidade da intervenção diminui a eficácia. Limitações, como a falta de grupo de controlo, devem ser abordadas em pesquisas futuras. |
| E 3 Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients With Depression, Anxiety, and | Comparar o impacto de MBCT aplicando instruções auto compaixão implícitas e CFT empregando instruções explícitas de auto compaixão, na mudança de sintomas, atenção plena, auto compaixão e ruminação. | Iniciaram o estudo 58 participantes, 20 do grupo MBCT, 18 do grupo CFT e 20 do grupo controlo. Terminaram o estudo 32 participantes, 13 do grupo MBCT, 12 do grupo CFT e 7 do grupo controlo. Utentes que sofrem de | MBCT foi executado seguindo o protocolo de tratamento (Segal et al., 2002) modificado para quatro semanas: incluiu oito sessões de duas horas em quatro semanas consecutivas (duas sessões por semana). A CFT foi empregue seguindo o esquema genérico de tratamento (Gilbert, 2009), baseado no | Ambos os tratamentos resultaram em aumentos significativos na atenção plena e auto compaixão e diminuição da ruminação, depressão, ansiedade e stress. | Os resultados sugerem que tanto o MBCT quanto o CFT, produzem resultados clínicos semelhantes, e são eficazes na redução da ansiedade. |

| | | | | | | |
|-----|--|---|--|---|--|--|
| | Stress (15) | | ansiedade leve a moderada, depressão e/ou sintomas de stress e capazes de completar o programa de 4 semanas de intervenção | Manual do MBCT (Segal et al., 2002) incluiu oito sessões de 2 h em 4 semanais consecutivas (duas sessões por semana). Ao grupo controle foi oferecido MBCT ou CFT após os grupos de intervenção completarem os seus programas. Five-Facets of Mindfulness (FFMQ). Self-Compassion Scale (SCS) Reflection Ruminatation Questionnaire (RRQ) Depression Anxiety and Stress Scales - Short Form (DASS-21) | | |
| E 4 | Feasibility study of Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety disorders in a Japanese setting (16) | Estudo piloto para investigar a viabilidade e efetividade do MBCT em doentes com transtornos de ansiedade. Avaliar a efetividade do MBCT em contexto de altas taxas de farmacoterapia. | Os participantes foram recrutados do departamento de Neuropsiquiatria do hospital universitário Keio. Foram incluídos indivíduos que apresentavam qualquer diagnóstico de transtorno de pânico, transtorno da ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo qualquer diagnóstico de transtornos de ansiedade, entre 20 e 74 anos | Este programa é composto por 8 sessões semanais de 2 horas de duração. Cada sessão consiste em três partes: prática de meditação e yoga, partilha de experiências e sessões psicoeducativas. A avaliação foi realizada antes da intervenção (semana 0), às (4 semanas), no final (8 semanas), e nos períodos de follow-up (1 mês) e 2 meses após a conclusão do programa. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Kessler Psychological Distress Scale (K-6) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) EuroQol 5 Dimension (EQ-5D) Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) Mobility Inventory for Agoraphobia (MIA) Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) | Este é o primeiro estudo realizado no Japão para avaliar a aplicabilidade e a viabilidade do MBCT para transtornos de ansiedade. Os resultados indicam melhorias ao nível dos sintomas de ansiedade | Os resultados indicam melhoria dos sintomas de ansiedade e demonstrou sua viabilidade. MCBT tem o potencial de reduzir o aparecimento e a manutenção dos sintomas de ansiedade desde os estádios iniciais. |
| E 5 | Group Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders With Personality Disorders in Day Clinic Setting (17) | Avaliar a eficácia de um programa de Terapia cognitivo-comportamental em grupo (GCBT) com doentes diagnosticados com transtornos mistos de ansiedade, em hospital de dia. Facilitar o desenvolvimento de programas semelhantes em hospitais de dia. | Propõem entre 8 a 13 participantes dos 18 aos 55 anos. Os critérios de elegibilidade incluem um diagnóstico de pelo menos um transtorno de ansiedade. | Atividades terapêuticas em grupo, implementadas com base em programação semanal que inclui sessões típicas de terapia cognitivo-comportamental, Mindfulness e treino de habilidades em que a ênfase principal é colocada na assertividade. Todos os dias, são realizadas duas sessões de 1,5 horas (15 horas semanalmente). | Este artigo analisa as vantagens da terapia de grupo, num grupo homogéneo e formatos de terapias individuais. As vantagens incluem, custos e tempo, sendo este um fator importante para o serviço de saúde, onde as soluções de custo-benefício são avidamente procuradas. Outra | É necessário o desenvolvimento de programas terapêuticos que podem efetivamente tratar uma variedade de transtornos de ansiedade e personalidade comuns em doentes de hospitais de dia. A eficácia desta abordagem é apoiada por resultados de |

Intervenções Psicoeducativas com contributos de Mindfulness, para redução da ansiedade, realizadas pelo EEESMP em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria.

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|-----------------------|
| | | | | | vantagem reside no fato que a configuração do grupo criar boas condições para mitigar transtornos de ansiedade onde os sintomas são frequentemente associados à presença de outros indivíduos, principalmente no caso da ansiedade social | estudos preliminares. |
|--|--|--|--|--|---|-----------------------|

APÊNDICE 2 – Resumo do artigo científico

“Contributos de Mindfulness para redução da ansiedade, realizados pelo enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, em contexto de hospital de dia de psiquiatria.”

Resumo

Contexto: A doença mental é muito incapacitante e afeta a pessoa, a família e o meio em que o doente vive. A ansiedade é uma resposta emocional em antecipação do perigo, cuja fonte é desconhecida ou não é reconhecida, podendo ser considerada patológica quando interfere com a eficácia da vida diária, a satisfação dos objetivos desejados ou o conforto emocional.

Objetivo: Os objetivos do estudo são analisar o impacto e a exequibilidade de intervenções cognitivo-comportamentais de 3ª geração, baseadas em programas Mindfulness, no controlo da ansiedade e compreender a sua eficácia.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura, sobre intervenção psicoterapêutica com contributos de Mindfulness na redução da Ansiedade. A pesquisa foi realizada nas bases de dados B-on e EBSCO, sendo incluída evidência científica publicada entre janeiro de 2014 e dezembro de 2019.

Resultados: A evidência científica considerada, realça os ganhos em saúde que advêm das intervenções psicoterapêuticas com contributos de Mindfulness, nomeadamente, psicoeducação, práticas em grupo e práticas em casa (formais e informais), na redução da ansiedade e sintomas a ela associados.

Conclusões: Destacam-se os contributos que advêm das intervenções psicoterapêuticas, na redução da ansiedade, realçando o papel fulcral que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume através da mobilização de competências específicas do âmbito da coordenação, desenvolvimento e implementação de programas com contributos de Mindfulness.

Descritores: Mindfulness, saúde mental, ansiedade, enfermagem.

APÊNDICE 3 – Apresentação do programa

Plano de sessão

| | |
|------------------------------|----------------------------|
| Atividade: Sessão preliminar | “Apresentação do programa” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|-------------|---|
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o que é, e para que serve o “Programa psicoeducativo de enfermagem de saúde mental, com contributos de Mindfulness para redução da ansiedade em HD de psiquiatria.” • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • Espaço para colocação de dúvidas |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Definir “O que é Mindfulness?” • Explicar “Para que serve o Mindfulness?” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Dar a conhecer o programa de Mindfulness • Apresentação dos elos dinamizadores • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 30 min |
| Enquadramento teórico | | <p>Mindfulness é um termo traduzido do idioma Pali (em que foram registadas as escrituras do Budismo), que engloba três conceitos interligados. Um deles, “sati”, significa consciência, atenção e lembrança, não no sentido de recordação, mas de nos lembrarmos de estar conscientes e atentos ao que ocorre dentro de nós e à nossa volta (Siegel, Germer & Olendzki, 2009).</p> <p>"Mindfulness significa prestar atenção, de forma particular: de propósito, no momento presente e sem Julgamentos" (Kabat-Zinn J., 2003).</p> <p>Mindfulness pode ser praticado de inúmeras e diferentes formas, e a sua aplicação não é exclusiva para doentes. As</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>áreas de aplicação do Mindfulness são diversificadas, sendo utilizado na medicina, na educação, psicologia, entre outras. São cada vez maiores as evidências da eficácia desta terapia em diferentes doenças, orgânicas e psicológicas, tais como: Depressão, Ansiedade...</p> <p>Pode ser realizada em ambiente clínico individual, em grupos ou ainda em instituições como hospitais, escolas;</p> <p>O primeiro objetivo da prática de Mindfulness, é aquietar a mente, torná-la serena e tranquila. Para fazer isso, é preciso treiná-la para que fique centrada num ponto único, num único estímulo, de forma constante, e ininterrupta.</p> <p>Ajuda a pessoa a moldar uma nova visão face ao problema que experiencia, depois de o aceitar e estar consciente dele. (Siegel. Germer & Olendzki. 2009).</p> <p>Com as técnicas de Mindfulness, pretende-se mudar a natureza da relação que a pessoa tem com os seus pensamentos, em vez de tentar resolvê-los ou mudá-los. (Mace, 2008)</p> |
|--|--|

Planificação da “Sessão preliminar”

| Sessão preliminar | | | |
|--|--|--|--|
| População alvo | Utentes do Hospital de Dia | | |
| Local: Sala de atividades | Data: A definir | | |
| Duração da sessão | 30 minutos | | |
| Objetivos | Descrição da sessão | Métodos/materiais | Metodologia de avaliação |
| <ul style="list-style-type: none"> Definir “O que é Mindfulness?” Explicar “Para que serve o Mindfulness?” Potencializar a expressão e análise de emoções Dar a conhecer o programa de Mindfulness | <ul style="list-style-type: none"> “Sessão preliminar” Sessão realizada em grupo, proporcionando um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. Informar sobre a confidencialidade das sessões Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de | <ul style="list-style-type: none"> Expositivo Demonstrativo Interrogativo Computador Televisor ou retroprojeter Papel e caneta Mesas e cadeiras | <ul style="list-style-type: none"> Partilha e discussão em grupo Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema abordado. |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Apresentação dos elos dinamizadores | <ul style="list-style-type: none">raiva, irritação, zanga e angústia)• Dar a conhecer o programa de Mindfulness | | |
|---|--|--|--|

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL, COM CONTRIBUTOS DE MINDFULNESS PARA REDUÇÃO DA ANSIEDADE EM HD DE PSIQUIATRIA.

1. APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA

O que é Mindfulness?

- **Mindfulness** é um termo traduzido do idioma Pali (em que foram registadas as escrituras do Budismo), que engloba três conceitos interligados. Um deles, “sati”, significa consciência, atenção e lembrança, não no sentido de recordação, mas de nos lembrarmos de estar conscientes e atentos ao que ocorre dentro de nós e à nossa volta (Siegel, Germer & Olendzki, 2009).
- "Mindfulness significa **prestar atenção**, de forma particular: de propósito, no **momento presente** e **sem Julgamentos**" (Kabat-Zinn J., 2003).
- Mindfulness pode ser praticado de inúmeras e diferentes formas, e a sua aplicação não é exclusiva para doentes. As áreas de aplicação do *Mindfulness* são diversificadas, sendo utilizado na medicina, na educação, psicologia, entre outras.
- São cada vez maiores as evidências da eficácia desta terapia em diferentes doenças, orgânicas e psicológicas, tais como: Depressão, Ansiedade...
- Pode ser realizada em ambiente clínico individual, em grupos ou ainda em instituições como hospitais, escolas;

2. OBJETIVOS

Para que serve o Mindfulness?

- O primeiro objetivo da prática de Mindfulness, é **aquietar a mente**, torná-la serena e tranquila. Para fazer isso, é preciso **treiná-la** para que fique centrada num ponto único, num único estímulo, de forma constante, e ininterrupta.
- Ajuda a pessoa a moldar uma nova visão face ao problema que experiencia, depois de o aceitar e estar consciente dele. (Siegel. Germer & Olendzki. 2009).
- Com as técnicas de Mindfulness, pretende-se mudar a natureza da relação que a pessoa tem com os seus pensamentos, em vez de tentar resolvê-los ou mudá-los. (Mace, 2008)

3. PROGRAMAS DE MINDFULNESS MAIS CONHECIDOS:

- Programa Mindfulness de redução de stress - **MBSR**
- Programa Mindfulness para dor e doença - **MBPI**
- Programa Mindfulness para prevenção de recaída - **MBRP**
- Programa Mindfulness Baseado na Terapia Cognitiva - **MBCT**

4. PROGRAMA DE MINDFULNESS PARA O HD SURTIU DA JUNÇÃO DOS:

- Programa Mindfulness de redução de stress - **MBSR**
- Programa Mindfulness Baseado na Terapia Cognitiva - **MBCT**
 - Duração prevista de 8 semanas
 - Adaptado do programa desenvolvido por: (Williams & Penman, 2011)
 - Durante as primeiras **4 semanas** do programa a ênfase reside em aprender a prestar uma atenção especial, de coração aberto, aos diferentes aspetos do mundo interno e externo.
 - As restantes **4 semanas** do programa constroem-se sobre este trabalho, dando-lhe mais formas práticas de encarar os pensamentos como acontecimentos mentais e ajudá-lo a cultivar uma atitude de aceitação, compaixão e empatia em relação a si e aos outros.

5. APRESENTAÇÃO DOS ELOS DINAMIZADORES

- EEESMP – TC
- Mestrando – Nuno Presa

Bibliografia:

- Kabat-Zinn, J. (2003), Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10: 144-156. doi:[10.1093/clipsy.bpg016](https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016)
- Mace, C. & Punter, J. (2008). Mindfulness and Mental Health. 2008. London: Routledge. Group Analysis, 41(2), 216–217. <https://doi.org/10.1177/05333164080410020605>
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). *Mindfulness: What is it? Where did it come from?* In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (p. 17–35). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_2
- Williams, M. & Penman, D. (2011). *Mindfulness. A practical guide to find peace in a frantic world*. 17ª edição (2019). (reimpressão). Lua de papel, Alfragid. ISBN: 978-989-23-2917-8

APÊNDICE 4 – Desligar o piloto automático

Plano de sessão

| | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Atividade: Primeira sessão | “Desligar o piloto automático” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|-------------|--|
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> • “Desligar o piloto automático” Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A sessão é composta por dois momentos. <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: Exercício “Passa de uva” • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação “Desligar o piloto automático” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal • Dar a conhecer o que é o “Piloto automático” |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min |
| Enquadramento teórico | | <p>A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>O nosso piloto automático pode ser inconveniente, mas não é um erro, embora possa deixar-nos mal em momentos inesperados, continua a ser um dos grandes recursos evolutivos da humanidade, permite-nos expandir a memória operativa criando hábitos. Se repetirmos uma coisa mais do que duas vezes, a mente faz a ligação de todas as ações necessárias para concluir uma tarefa, de uma maneira perfeitamente contínua, o cérebro pode encadear esses hábitos para levar a cabo tarefas complexas e longas, com um contributo muito pequeno da mente consciente.</p> |

Planificação da Primeira Sessão “Desligar o piloto automático”

| | |
|--|----------------------------|
| Primeira sessão: “Desligar o piloto automático” | |
| População alvo | Utentes do Hospital de Dia |
| Local: Sala de atividades | Data: A definir |

| | | | |
|---|--|---|---|
| Duração da sessão | 90 minutos | | |
| Objetivos | Descrição da sessão | Métodos/materiais | Metodologia de avaliação |
| <ul style="list-style-type: none">• Ensinar sobre o que é o “Piloto automático”• Ensinar a “Desligar o piloto automático”• Potencializar a expressão e análise de emoções | <ul style="list-style-type: none">• “Desligar o piloto automático” Sessão realizada em grupo, proporcionando um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica.• Informar sobre a confidencialidade das sessões• Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia)• Realizar o “Exercício da passa de uva” | <ul style="list-style-type: none">• Expositivo• Demonstrativo• Interrogativo• Computador• Televisor ou retroprojektor• Papel e caneta• Mesas e cadeiras | <ul style="list-style-type: none">• Partilha e discussão em grupo• Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema abordado. |

PRIMEIRA SESSÃO – “DESLIGAR O PILOTO AUTOMÁTICO”

Já alguma vez saiu de casa para ir a casa de um amigo e acabou por dar consigo no caminho para o trabalho? Ou começou a descascar batatas, para depois se aperceber de que naquela noite tinha intenção de fazer arroz?

Os hábitos são assustadoramente subtis e, no entanto, podem ser incrivelmente poderosos. Podem tomar o controle da nossa vida e levar-nos numa direção totalmente diferente da que tencionávamos seguir.

O nosso piloto automático pode ser inconveniente, mas não é um erro, embora possa deixar-nos mal em momentos inesperados, continua a ser um dos grandes recursos evolutivos da humanidade, permite-nos expandir a memória operativa criando hábitos. Se repetirmos uma coisa mais do que duas vezes, a mente faz a ligação de todas as ações necessárias para concluir uma tarefa, de uma maneira perfeitamente contínua, o cérebro pode encadear esses hábitos para levar a cabo tarefas complexas e longas, com um contributo muito pequeno da mente consciente.

A medida que os anos passam isto pode tornar-se um grande problema pois vai cedendo mais e mais controlo da nossa vida ao piloto automático.

Os hábitos desencadeiam pensamentos, que desencadeiam mais pensamentos, que acabam por gerar ainda mais pensamentos habituais.

Os pensamentos e sentimentos negativos podem formar padrões que ampliam as nossas emoções e sem darmos por isso somos invadidos pelo stress, pela ansiedade e pela tristeza.

Podemos tentar desesperadamente evitar espiral de ansiedade e stress procurando suprimi-la, e talvez tentemos comentar connosco mesmos dizendo a nós próprios

“sou estúpido por estar a sentir isto”.

Mas pensar isto dos nossos pensamentos, sentimentos e emoções só os vai tornar piores, em vez disso temos de descobrir uma forma de quebrar o ciclo assim que nos apercebemos de que ele começou.

É este o primeiro passo para aprender a lidar com a vida de forma mais hábil.

Implica treinar-se para se dar conta de quando é que o seu piloto automático está a assumir o comando, de modo a poder selecionar onde pretende focar a sua atenção.

O primeiro estágio para reconquistar a atenção plena envolve voltar ao básico, reaprender a concentrar a atenção numa coisa de cada vez.

Muita informação causa stress, esgotamento, sensação de impotência, desatenção, mente agitada e sensação de paralisar, é como um computador, mais e mais janelas, causam mais lentidão e paralisa de vez.

Primeiro passo - quebrar o ciclo...

- Treinar-se, para se dar conta de quando o “piloto automático” está a assumir o comando
- Aprender a encerrar “janelas do computador”
- Centrar/concentrar atenção numa coisa de cada vez

Exercício da passa de uva

Disponha de 5 a 10 minutos em que possa estar sozinho, num lugar e numa altura em que não seja perturbado pelo telefone, pela família ou pelos amigos. Desligue o telemóvel, para não ficar a pensar

nele. Vai precisar de uma passa de uva. Também vai precisar de uma folha de papel e de uma caneta para registar posteriormente as suas reações. O objetivo é comer a passa de uva com atenção plena. Deverá demorar cerca de vinte a trinta segundos em cada uma das etapas:

1. Segurar

Pegue numa passa de uva e segure-a na palma da mão, ou entre os dedos e polegar. Focando-se nela, aproxime-a como se nunca antes tivesse visto nada de semelhante. Consegue sentir o peso dela na sua mão? Está a criar uma sombra na palma da mão.

2. Ver

Demore algum tempo a observar. Imagine que nunca tinha visto uma passa de uva na vida. Olhe para ela com grande cuidado e total atenção. Deixe que os seus olhos a explorem em pormenor. Examine as partes em relevo onde a luz incide, as reentrâncias mais escuras, as saliências.

3. Tocar

Dê voltas à passa de uva entre os seus dedos explorando a sua textura. Como é que a sente entre o polegar e o indicador da outra mão?

4. Cheirar

Agora, segure-a por baixo do nariz atentando ao que nota de cada vez que inspira. Tem cheiro? Deixe que preencha a sua atenção. E se não houver cheiro ou muito pouco, repare também nisso.

5. Colocar

Leve lentamente a passa de uva à boca e repare na forma como a sua mão e braço sabem exatamente onde o pôr. Depois, num gesto suave introduza-a na boca, reparando no que a língua faz para a “receber”. Sem mastigar explore simplesmente as sensações de a ter na língua. Aos poucos, vá explorando a passa de uva com a língua, continuando durante trinta segundos ou mais, se assim desejar.

6. Mastigar

Quando estiver pronto, dê uma trinca na passa de uva e preste atenção aos efeitos que tem na passa de uva e na sua boca. Repare em quaisquer sabores que liberte. Sinta a textura enquanto os seus dentes a mordem. Continue a mastigar devagar, mas não a engula já. Tome atenção ao que está a acontecer na boca.

7. Engolir

Veja se consegue detetar a primeira intenção de engolir quando ela surgir na sua mente, e sinta-a com total consciência antes de realmente engolir a passa de uva. Repare no que a língua faz para a preparar para a deglutição. Tente seguir as sensações de engolir a passa de uva. Se conseguir, sinta conscientemente o modo como ela se vai movendo até ao seu estômago. E se não a engolir de uma só vez, repare conscientemente no segundo ou até no terceiro pedacinho que engolir, até a engolir por completo. Atente no que a língua faz depois de ter engolido.

8. Efeitos posteriores

Por fim, passe alguns momentos a registar as consequências desta forma de comer. Há um sabor posterior? Como é que sente a ausência da passa de uva? Há uma tendência automática para ir buscar outra?

Agora dedique um momento a escrever qualquer coisa em que tenha reparado enquanto estava a fazer a prática.

.....
.....

UM PEQUENO FRUTO, UMA GRANDE MENSAGEM

Quantas vezes até agora tinha prestado tanta atenção àquilo que estava a fazer? Reparou como a experiência de comer se transformou pelo simples ato de se focar nela? Assim que vemos a diferença que uma atenção empenhada pode fazer nas pequenas coisas da vida percebemos o custo da desatenção. Pense em todos os prazeres de ver, ouvir, saborear, cheirar e tocar que passam por si sem que dê por isso.

Só temos um momento para viver, este momento, e, no entanto, todos temos a tendência para viver no passado ou no futuro. Raramente reparamos no que está a surgir no presente.

Esta é a primeira amostra do princípio fundamental da atenção plena: Isto é, reaprender como levar a consciência para as atividades diárias, de modo a vermos a vida como ela é, a revelar-se a cada momento. Isto parece simples, mas requer bastante prática.

ATIVIDADES DE ROTINA QUE NORMALMENTE PERDEMOS

- Lavar os dentes
- Beber chá, café, sumo
- ...

Na atenção plena não é preciso tentar desligar a mente. A inquietação da mente é, em si, uma porta para a atenção plena. Em vez de tentar limpá-la, observe o que se está a passar. Aos poucos, acabará por constatar que virar-se para a tagarelice da mente, tornando-se plenamente consciente dela, lhe garante mais escolhas e mais de espaço de manobra. E isto dá-lhe a liberdade de se relacionar com a vida de uma forma mais hábil, e não deixa o piloto automático assumir o controlo.

Permite ancorar no aqui e agora, ajudando-nos a, não controlar, apenas observar os pensamentos e sentimentos, sem autocrítica.

Não podemos controlar os nossos pensamentos, mas podemos ter algum controlo, sobre a forma como nos relacionamos com eles.

Esta tomada de consciência é um passo crucial. Não somos os nossos pensamentos. Pensamentos e realidade são duas entidades distintas, não podemos parar o seu surgimento, mas podemos parar o que acontece a seguir. (ciclo vicioso)

Bibliografia

Landsverk, S. S., & Kane, C. F. (1998). Antonovsky's sense of coherence: Theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(5), 419–431. <https://doi.org/10.1080/016128498248872>

Williams, M. & Penman, D. (2011). *Mindfulness. A practical guide to find peace in a frantic world*. 17ª edição (2019). (reimpressão). Lua de papel, Alfragid. ISBN: 978-989-23-2917-8

APÊNDICE 5 – Ter em mente o corpo

Plano de sessão

| | |
|---------------------------|-------------------------------|
| Atividade: Segunda sessão | “Ter em mente o corpo” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|-------------|---|
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> • “ter em mente o corpo” Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A sessão é composta por três momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: “Experiência realizada por Gary Wells e Richard Petty” • Terceiro momento: “Modo Fazer vs Modo ser” da mente • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação “Ter em mente o corpo” • Dar a conhecer o que é o “Modo Fazer vs Modo ser” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min |
| Enquadramento teórico | | <p>A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>O “Modo Fazer”, funciona estreitando progressivamente o fosso, entre o ponto onde está, e o ponto onde quer estar, fazemo-lo de uma forma inconsciente. Partimos o problema em pedaços sendo, cada um resolvido na sua visão mental, e a solução é reanalisada para ver se está mais próximo do objetivo. É um modo tremendamente poderoso de resolver problemas, por exemplo, conduzir carros, atravessar cidades ou organizar agendas, mas é muitas vezes a pior coisa que se pode fazer, já que requer que esteja focado na diferença, entre o modo como está agora, e como gostaria de estar. Inclui julgar tudo compara a forma como as coisas são, e como gostaríamos que fossem lutando para torná-las diferentes do que são. Incluem estar em “piloto automático” perdido em pensamentos.</p> <p>O “Modo Fazer”, inclui viver no passado ou no futuro, esquecendo o presente. Quando estamos infelizes, ansiosos ou stressados, é natural</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>tentarmos perceber porquê e descobrir uma forma de resolver. Mas a tensão, a infelicidade ou à exaustão, não são problemas que possam ser resolvidos, são emoções, refletem estados de espírito e físicos, e como tal não podem ser resolvidos apenas sentidos.</p> <p>A mente pode fazer mais que pensar, ou analisar problemas, no “Modo Fazer”, pode ser consciente, de que está a pensar.</p> <p>A consciência pura, transcende o pensamento, permite-nos sair do diálogo negativo que temos connosco, e ao fazer isto há um sentimento de maravilha e de satisfação que começa a reaparecer nas nossas vidas.</p> <p>Quando a mente foge para o passado, ou futuro, reconhecer isso, registar para onde foi, e depois fazê-la regressar...e regressar...o movimento, de partir e voltar, conduz à mudança do “Modo Fazer” para o “Modo Ser”, conduzindo à felicidade.</p> |
|--|---|

Planificação da segunda Sessão “Ter em mente o corpo”

| Segunda sessão: “Ter em mente o corpo” | | | |
|--|--|---|--|
| População alvo | Utentes do Hospital de Dia | | |
| Local: Sala de atividades | Data: A definir | | |
| Duração da sessão | 90 minutos | | |
| Objetivos | Descrição da sessão | Métodos/materiais | Metodologia de avaliação |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre o que é o “Modo Fazer vs Modo Ser” • Potencializar a expressão e análise de emoções | <ul style="list-style-type: none"> • “Ter em mente o corpo” Sessão realizada em grupo, proporcionando um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • Apresentar a “Experiência realizada por Gary Wells e Richard Petty” | <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Demonstrativo • Interrogativo • Computador • Televisor ou retroprojektor • Papel e caneta • Mesas e cadeiras | <ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema abordado. |

SEGUNDA SESSÃO – “TER EM MENTE O COPRO”

O corpo não reage apenas aquilo em que a mente está a pensar, também alimenta reactivamente o cérebro com informação emocional, que pode ampliar medos, preocupações, angústia e infelicidade em geral. “Feedback em círculo”.

Este feedback em círculo é uma dança de fenomenal poder e complexidade, que só agora começa a ser compreendida.

Muitas experiências mostram precisamente como é poderosa a influência do corpo nos pensamentos - e os nossos gestos e postura podem afetar também até os nossos julgamentos aparentemente lógicos.

Em 1980, os psicólogos Gary Wells e Richard Petty levaram a cabo uma experiência inédita (e muitas vezes repetida) para mostrar o impacto do corpo na mente. Pediram aos participantes que testassem uns auscultadores estereofónicos, classificando a qualidade de som depois de terem ouvido um pouco de música e um discurso através do aparelho. Para simular que estavam a correr, pediram-lhes que movessem a cabeça ao mesmo tempo que ouviam. Pediram a alguns voluntários que mexessem a cabeça de um lado para o outro, quase como se estivessem a abaná-la; outros moveram a cabeça para cima e para baixo numa espécie de aceno e a um terceiro grupo foi dito que não se mexesse.

Provavelmente conseguem adivinhar qual foi o grupo que deu a classificação mais alta aos auscultadores: os que abanaram a cabeça para cima e para baixo - e cujos movimentos sugeriam "Sim" atribuíram uma classificação mais alta do que o grupo cujo movimento da cabeça sugeria "Não".

E como se isto não fosse suficientemente sugestivo e intrigante, os responsáveis pela experiência pregaram uma partida final aos seus porquinhos-da-índia humanos. Quando estavam a deixar o edifício, perguntaram-lhes se queriam participar num breve inquérito sobre a vida universitária. Nenhum deles sabia que isto ainda fazia parte da mesma experiência. Apesar disso, as opiniões das pessoas foram afetadas não só por aquilo que ouviram nos auscultadores como também pelos movimentos da cabeça. A voz que tinham ouvido pelos auscultadores discutia se as propinas deveriam aumentar de 587 para 750 dólares. Surpreendentemente, aqueles que tinham mantido a cabeça parada, quando lhes perguntaram posteriormente qual deveria ser o preço das propinas, deram em média a recomendação de 582 dólares, próximo das propinas atuais. As propinas médias sugeridas por aqueles que tinham abanado a cabeça era muito inferior a 467 dólares.

E os que mexeram a cabeça para cima e para baixo? Bem, consideravam que as propinas deviam ser aumentadas para 646 dólares. E nenhum deles teve consciência de que o seu movimento da cabeça lhes tinha afetado, de alguma forma, o julgamento.

É claro, muito mais do que qualquer um de nós gostaria de admitir, que os julgamentos que fazemos a cada momento podem ser significativamente influenciados pelo estado do corpo na altura em que os fazemos. Para alguns, isto constitui uma leitura perturbadora, mas que também nos encoraja porque significa que basta alterarmos a relação com o corpo para poder melhorar profundamente a nossa vida. Há apenas um senão: a maior parte de nós quase não tem consciência do seu corpo. É quase como se estivéssemos a voar às cegas grande parte da nossa vida.

Podemos passar facilmente tanto tempo "dentro da nossa cabeça" que quase nos esquecemos de que temos um corpo. Podemos passar tempos infinitos a planear, a recordar, a analisar, a julgar, a arquitetar a comparar. Nenhuma destas ações é "errada" em si, mas podem facilmente minar-nos o bem-estar físico e mental. Esquecemo-nos do corpo e da sua influência na forma como pensamos, sentimos, como nos comportamos, e não reparamos, como disse T. S. Eliot, nos nossos "rostos tensos e enrugados pelo tempo, distraídos da distração pela distração".

Sendo mente e corpo um só, então tratar o corpo como algo separado é perpetuar uma profunda sensação de rotura. Aprender a trazer paz e serenidade às nossas vidas é como chegar a casa, a esta parte de nós mesmos, que ignorarmos há muito tempo. Cultivar a atenção plena é integrar-nos totalmente no nosso corpo.

segundo passo - Novamente inteiro

Aprender a aprofundar a capacidade de ver a reatividade da mente, a prestar atenção plena ao corpo.

O corpo é como um radar emocional sensível, um sistema de aviso inicial que alerta para a infelicidade, ansiedade e stress antes de surgirem.

Começar a treinar atenção é por vezes um processo difícil, é como ir ao ginásio, após o longo período de pausa. Qualquer vaguear da mente, inquietação ou aborrecimento que surja pode ser considerado como um aliado no treino de atenção. Atribuir nomes às distrações quando surgirem por exemplo "pensar, pensar", "preocupações, preocupações", "tédio, tédio", "inquietação, inquietação" torna mais fácil recentrar a atenção, assim como, libertar-se de ideias como "sucesso ou insucesso".

A mente cria tensão no corpo e o corpo também cria tensão na mente, num efeito de retorno que se alimenta a si próprio.

A simples tomada de consciência destas tensões ajuda-nos a fazê-las desaparecer. O objetivo é aprender a estar com agitação e explorá-la em vez de a afugentar e encarando-a como um desafio.

O “**Modo Fazer**” da mente.

O “Modo Fazer”, funciona estreitando progressivamente o fosso, entre o ponto onde está, e o ponto onde quer estar, fazemo-lo de uma forma inconsciente. Partimos o problema em pedaços sendo, cada um resolvido na sua visão mental, e a solução é reanalisada para ver se está mais próximo do objetivo. É um modo tremendamente poderoso de resolver problemas, por exemplo, conduzir carros, atravessar cidades ou organizar agendas, mas é muitas vezes a pior coisa que se pode fazer, já que requiere que esteja focado na diferença, entre o modo como está agora, e como gostaria de estar. Inclui julgar tudo compara a forma como as coisas são, e como gostaríamos que fossem lutando para torná-las diferentes do que são. Incluem estar em “piloto automático” perdido em pensamentos.

O “Modo Fazer”, inclui viver no passado ou no futuro, esquecendo o presente. Quando estamos infelizes, ansiosos ou stressados, é natural tentarmos perceber porquê e descobrir uma forma de resolver. Mas a tensão, a infelicidade ou à exaustão, não são problemas que possam ser resolvidos, são emoções, refletem estados de espírito e físicos, e como tal não podem ser resolvidos apenas sentidos.

Depois de as sentir, reconhecer a sua existência e de ter abandonado a sua tendência para as explicar, ou de se libertar delas, o mais provável é que se dissipem naturalmente.

Cismar é o problema e não a solução.

Escapar do ciclo vicioso.

Não podemos impedir o eclodir de memórias infelizes, mas podemos impedir o que acontece a seguir, e evitar que o ciclo vicioso se alimenta a si próprio, em espiral de pensamentos negativos.

A mente pode fazer mais que pensar, ou analisar problemas, no “Modo Fazer”, pode ser consciente, de que está a pensar.

A consciência pura, permite vivenciar o mundo de forma diferente, vivenciá-lo diretamente. É maior que pensar, e não está nublada pelos nossos pensamentos, sentimentos e emoções.

A consciência pura, transcende o pensamento, permite-nos sair do diálogo negativo que temos connosco, e ao fazer isto há um sentimento de maravilha e de satisfação que começa a reaparecer nas nossas vidas.

Se derem convosco em “piloto automático”, quando a mente foge para o passado, ou futuro, reconhecer isso, registar para onde foi, e depois fazê-la regressar...e regressar...**o movimento, de partir e voltar**, conduz à mudança do “**Modo Fazer**” para o “**Modo Ser**”, conduzindo à felicidade.

A felicidade é olhar para as mesmas coisas com outros olhos. A vida só acontece aqui, neste preciso momento. Amanhã e ontem não são mais que um pensamento.

Bibliografia

Landsverk, S. S., & Kane, C. F. (1998). Antonovsky's sense of coherence: Theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(5), 419–431. <https://doi.org/10.1080/016128498248872>

Williams, M. & Penman, D. (2011). *Mindfulness. A practical guide to find peace in a frantic world*. 17ª edição (2019). (reimpressão). Lua de papel, Alfragid. ISBN: 978-989-23-2917-8

APÊNDICE 6 – O rato no labirinto

Plano de sessão

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| Atividade: Terceira sessão | “O rato no labirinto” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|-------------|---|
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> • “O rato no labirinto” Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A sessão é composta por quatro momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: “Experiência realizada por psicólogos da Universidade de Maryland” • Terceiro momento: “Sistema de aversão da mente vs. sistema de aproximação da mente” • Quarto momento: “A forma de ampulheta” • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação “O rato no labirinto” • Dar a conhecer o que é o “Sistema de aversão da mente vs. sistema de aproximação da mente” • Dar a conhecer o que é a “A forma de ampulheta” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min |
| Enquadramento teórico | | <p>A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>Sistema de aversão da mente vs. sistema de aproximação da mente O espírito com que se faz algo, é muitas vezes tão importante como o ato em si.</p> <p>Fazer algo de forma negativa ou crítica, ativa o sistema de aversão da mente, tornando-nos mais ansiosos, menos criativos e menos flexíveis. Fazer o mesmo de coração aberto, de forma recetiva, ativa o sistema de aproximação da mente, permitindo uma vida mais rica, mais calorosa, mais flexível e criativa.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Nada ativa mais o sistema de evitamento, do que sentir-se encurralado. A sensação de encurralamento é central nos sentimentos de exaustão, impotência e perfeccionismo, podendo ser útil ao longo da vida, mas mantém-nos encurralados a velhos hábitos. Pode ter ajudado em tempos, a chegar onde queríamos, mas agora simplesmente deixa-nos derrotados, tornando-se mais fácil cedermos ao autoataque e submetemo-nos à pressão.</p> <p>A forma de ampulheta.</p> <p>A consciência é como uma ampulheta. A abertura larga no cimo, é o primeiro passo, desperta a atenção e reconhece o que está a entrar e a sair da consciência. Isto permite perceber o “Modo Fazer” da mente e desembaraçar-se disso, mudando para a total consciência do “Modo Ser”.</p> <p>O segundo passo é como o estreitamento da ampulheta. Corresponde ao momento em que concentramos a nossa atenção.</p> <p>O terceiro passo é como a base alargada da ampulheta aqui, alargamos a nossa atenção. Nesta abertura, estamos a abrir-nos à vida tal como ela é, preparando-nos para os momentos seguintes do nosso dia a dia.</p> |
|--|---|

Planificação da terceira sessão “O rato no labirinto”

| Terceira sessão: “O rato no labirinto” | | | |
|---|---|---|--|
| População alvo | Utentes do Hospital de Dia | | |
| Local: Sala de atividades | Data: A definir | | |
| Duração da sessão | 90 minutos | | |
| Objetivos | Descrição da sessão | Métodos/materiais | Metodologia de avaliação |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre o que é o “Sistema de aversão da mente vs. sistema de aproximação da mente” • Ensinar sobre o que é a “A forma de ampulheta” • Potencializar a expressão e análise de emoções | <ul style="list-style-type: none"> • “O rato no labirinto” Sessão realizada em grupo, proporcionando um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • Apresentar a “Experiência realizada por psicólogos da Universidade de Maryland” | <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Demonstrativo • Interrogativo • Computador • Televisor ou retroprojektor • Papel e caneta • Mesas e cadeiras | <ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema abordado. |

Terceira sessão – “o rato no labirinto”

Sistema de aversão da mente vs. sistema de aproximação da mente

Quando as coisas na vida não estão a funcionar como gostaríamos, temos tendência a tentar com um pouco mais de força, e tentar ir na direção que queremos ir. Será sensato ou devemos esperar que se resolvam a sua vontade, apercebendo-nos das oportunidades à medida que surgem. Pode sugerir passividade, mas por vezes é melhor Ação a tomar. Puxar demasiado por um problema pode apenas piorar a situação, fecha a mente, e impede o pensamento criativo levando-nos a andar em círculos cansativos.

A consciência criativa e clara, desenvolve-se mais numa mente que está aberta e divertida.

Numa experiência realizada por psicólogos da Universidade de Maryland e publicada em 2001, pediram a um grupo de estudantes para jogar um jogo simples: completar um labirinto.

Pediram a dois grupos de alunos que completassem os labirintos em que o objetivo era ajudar um rato de banda desenhada a chegar a salvo ao seu buraco. Mas havia um estratagema. Um dos grupos de estudantes estava a trabalhar numa versão do labirinto que tinha um bocado de queijo aparentemente delicioso em frente do buraco do rato, próximo da saída do labirinto. Em jargão técnico é conhecido como um puzzle positivo, ou orientação por aproximação. Na versão do outro grupo não havia queijo e, em vez disso, havia uma fotografia de uma coruja, que estava poisada de forma a capturar o rato com as patas a qualquer momento. Isto é conhecido como puzzle negativo, ou orientação por afastamento.

Os labirintos eram simples de fazer e todos os alunos os completaram em cerca de cinco minutos. Mas os efeitos posteriores dos puzzles nos estudantes foram muito diversos. A seguir a terem completado o labirinto, pediram a todos os alunos que fizessem um teste aparentemente não relacionado com o desafio anterior e que media a criatividade.

Os que tinham evitado a coruja fizeram cinquenta por cento pior do que aqueles que tinham ajudado o rato a encontrar o queijo. Aconteceu que o evitamento “fechava” opções na mente dos estudantes. Fez desencadear os caminhos da “aversão”, deixando-os com uma certa sensação de medo e levou ao

aumento da sensação de vigilância e cautela. Este estado de espírito enfraqueceu-lhes a criatividade e reduziu-lhes a flexibilidade.

Tal resultado não podia ser mais diferente do que o alcançado pelos alunos que ajudaram o rato a encontrar o queijo. Abriram-se a novas experiências, ficaram mais brincalhões e descuidados, menos cautelosos e gostaram de experimentar.

Em resumo, a experiência abriu-lhes a mente. Esta experiência e outras do mesmo género mostram que:

O espírito com que se faz algo, é muitas vezes tão importante como o ato em si.

Fazer algo de forma negativa ou crítica, ativa o sistema de aversão da mente, tornando-nos mais ansiosos, menos criativos e menos flexíveis. Fazer o mesmo de coração aberto, de forma recetiva, ativa o sistema de aproximação da mente, permitindo uma vida mais rica, mais calorosa, mais flexível e criativa.

Nada ativa mais o sistema de evitamento, do que sentir-se encurralado. A sensação de encurralamento é central nos sentimentos de exaustão, impotência e perfeccionismo, podendo ser útil ao longo da vida, mas mantém-nos encurralados a velhos hábitos. Pode ter ajudado em tempos, a chegar onde queríamos, mas agora simplesmente deixa-nos derrotados, tornando-se mais fácil cedermos ao autoataque e submetermo-nos à pressão.

Encurralados num mundo que apresenta cada vez menos alternativas para a ação, resultando na “desmobilização” a longo prazo, e a alegria soterrada por todo esse peso.

Os sentimentos de esgotamento, fazem com que as pessoas deixam de correr riscos, querem esconder-se num canto, querem que o mundo desapareça e que os outros as deixem sozinhas.

Estes padrões de comportamento podem infligir um fardo psicológico intolerável, conduzindo à depressão, ao stress, ansiedade e exaustão. E se o próprio esforço de tentar libertar-se desses padrões, pode causar o efeito contrário, fazendo disparar a ansiedade, surgindo o sentimento de derrota, uma sensação de estar encurralado no seu próprio desgaste, sendo invadido pelo mal-estar.

Embora estas “espirais negativas” sejam incrivelmente poderosas, ter e tomar consciência delas, já é um passo para começar a dissipá-las.

O simples ato de se virar para elas e as observar, ajuda a dissolver estes padrões, porque são mantidos pelo “Modo Fazer” da mente, enredando-nos mais nas próprias ideias. É a ferramenta errada para o serviço.

Construir e melhorar

A atenção plena, tem em vista a reorientação da vida, mas não significa que o cansaço e o sofrimento vão desaparecer, ainda assim, quando surgirem há uma maior hipótese, de surgirem com uma tristeza empática, e não como uma emoção negativa corrosiva. Abrir-se à empatia é importante, porque desta emoção surgirá a compaixão por si, e pelos outros, sendo a autocompaixão de uma extrema importância, pois retira poder à autocrítica interminável, e relativiza determinadas situações da vida.

Steve jobs

“lembrar-me que em breve estarei morto é a ferramenta mais importante que alguma vez encontrei para me ajudar a fazer as grandes escolhas da vida, porque quase tudo, todas as expectativas externas, todo o orgulho, todo o medo de constrangimento ou insucesso, todas estas coisas simplesmente desaparecem perante a morte, deixando apenas o que é verdadeiramente importante.”

Podemos descobrir que somos incapazes de realizar tarefas, que realizávamos antes sem esforço e agora não conseguimos, mas o agora é o mais importante, e não nessa altura.

Em vez de julgar esses limites, devemos conhecê-los e aceitá-los, desta forma podemos relacionar-nos com eles de um modo mais hábil. Aos poucos vemos as sensações e emoções como elas são, sem as julgar, expulsar ou ignorar, aceitamo-las sem desconforto físico ou mental, abrindo a porta a autocompaixão.

Desta forma, promovemos o enfraquecimento dos estados físicos e mentais que não gostamos, não exacerbado as situações, substituindo e atenuando o desconforto por sensações calmantes.

Ser paciente com a mente errante

O objetivo não é controlar a mente nem limpá-la, é ter consciência dos pensamentos, observá-los e este ato simples de observação, é calmante, pois enquadra-os num contexto maior.

A mente fica mais calma, não por todos os pensamentos terem desaparecido, mas por permitir que sejam como são. Pensamentos.

Recordar isto é atenção plena.

A forma de ampulheta.

A consciência é como uma ampulheta. A abertura larga no cimo, é o primeiro passo, desperta a atenção e reconhece o que está a entrar e a sair da consciência. Isto permite perceber o “Modo Fazer” da mente e desembaraçar-se disso, mudando para a total consciência do “Modo Ser”.

Vendo desta forma reconhecemos que o nosso estado de espírito não é um facto sólido, mas sim, governado por pensamentos, sentimentos, sensações físicas e impulsos para agir. Estes podem ir e vir, o que acontece frequentemente, e nós podemos tomar consciência deles quando isso acontece.

O segundo passo é como o estreitamento da ampulheta. Corresponde ao momento em que concentramos a nossa atenção.

O terceiro passo é como a base alargada da ampulheta aqui, alargamos a nossa atenção. Nesta abertura, estamos a abrir-nos à vida tal como ela é, preparando-nos para os momentos seguintes do nosso dia a dia.

Bibliografia

Landsverk, S. S., & Kane, C. F. (1998). Antonovsky's sense of coherence: Theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(5), 419–431. <https://doi.org/10.1080/016128498248872>

Williams, M. & Penman, D. (2011). *Mindfulness. A practical guide to find peace in a frantic world*. 17ª edição (2019). (reimpressão). Lua de papel, Alfragid. ISBN: 978-989-23-2917-8

APÊNDICE 7 – Ultrapassar os rumores

Plano de sessão

| | |
|---------------------------|---------------------------------|
| Atividade: Quarta sessão | “Ultrapassar os rumores” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|-------------|--|
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> • “Ultrapassar os rumores” Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A sessão é composta por quatro momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: Ilustração do trabalho da “Mente atrás do palco” • Terceiro momento: “A, B e C das emoções” • Quarto momento: “Expor a fábrica dos rumores” • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação “Ultrapassar os rumores” • Dar a conhecer o que é a “Mente atrás do palco” • Dar a conhecer o que é o “A, B e C das emoções” • Dar a conhecer o que é a “A fábrica dos rumores” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min |
| Enquadramento teórico | | <p>A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>“Mente atrás do palco”, não vemos em pormenor fotográfico, fazemos deduções com base nos factos. A mente elabora a partir dos pormenores, julgando-os, encaixando-os na experiência passada, e como serão no futuro. Não vemos o mundo como ele é, mas como nós somos.</p> <p>A forma como interpretamos o mundo, faz uma enorme diferença na forma como reagimos, o chamado A, B e C das emoções.</p> <p>“A”, representa a situação em si.</p> <p>“B”, interpretação dada à cena. História que criamos a partir da situação que flui abaixo da superfície da atenção, mas é tomada como um facto.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>“Expor a fábrica dos rumores”</p> <p>Podemos comparar os pensamentos a um rádio que ouvimos ao longe, podemos ouvir, observar, mas não precisamos de fazer conjeturas sobre o que estamos a ouvir nem agir a partir daí, os pensamentos são pensamentos. Estão ao nosso serviço, por mais alto que gritem, não são donos e senhores, a dar ordens a que temos que obedecer.</p> <p>A simples noção disto proporcionada uma enorme liberdade, afasta-nos de reações irrefletidas e cria espaço, para tomarmos decisões mais inteligentes, que são tomadas com uma mente em atenção plena</p> <p>“C”, são as nossas reações, as emoções, sensações físicas e impulsos para agir.</p> <p>Muitas vezes vemos o “A” e o “C” claramente, mas não nos apercebemos do “B”. Pensamos que a situação em si, fez surgir os sentimentos e emoções, quando na verdade foi a nossa interpretação da cena que esteve na sua origem.</p> |
|--|---|

Planificação da terceira sessão “Ultrapassar os rumores”

| Quarta sessão: “Ultrapassar os rumores” | | | |
|--|---|---|--|
| População alvo | Utentes do Hospital de Dia | | |
| Local: Sala de atividades | Data: A definir | | |
| Duração da sessão | 90 minutos | | |
| Objetivos | Descrição da sessão | Métodos/materiais | Metodologia de avaliação |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre o que é a “Mente atrás do palco” • Ensinar sobre o que é o “A, B e C das emoções” • Potencializar a expressão e análise de emoções | <ul style="list-style-type: none"> • “Ultrapassar os rumores” Sessão realizada em grupo, proporcionando um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • Apresentar a: Ilustração do trabalho da “Mente atrás do palco” | <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Demonstrativo • Interrogativo • Computador • Televisor ou retroprojektor • Papel e caneta • Mesas e cadeiras | <ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema abordado. |

Quarta sessão – “ultrapassar os rumores”

“John e a caminho da escola.

Estava preocupado com a aula de matemática.

Não tinha a certeza de conseguir controlar a turma novamente.

Não fazia parte das funções de um contínuo.”

O que pensaram quando leram estas frases?

A maior parte das pessoas que considera que atualizou repetidamente a sua visão da cena.

Primeiro, um rapazinho a caminho da escola.

Segundo, um professor.

Terceiro, um contínuo.

Uma ilustração do trabalho, da “mente atrás do palco”, para construir uma imagem do mundo da melhor maneira possível. Não vemos em pormenor fotográfico, fazemos deduções com base nos factos. A mente elabora a partir dos pormenores, julgando-os, encaixando-os na experiência passada, e como serão no futuro.

Não vemos o mundo como ele é, mas como nós somos.

A forma como interpretamos o mundo, faz uma enorme diferença na forma como reagimos, o chamado A, B e C das emoções.

“A”, representa a situação em si.

“B”, interpretação dada à cena. História que criamos a partir da situação que flui abaixo da superfície da atenção, mas é tomada como um facto.

“C”, são as nossas reações, as emoções, sensações físicas e impulsos para agir.

Muitas vezes vemos o “A” e o “C” claramente, mas não nos apercebemos do “B”. Pensamos que a situação em si, fez surgir os sentimentos e emoções, quando na verdade foi a nossa interpretação da cena que esteve na sua origem.

É como escrever o nosso comentário, mas o comentário com a situação em si desenrola-se tão rapidamente que o consideramos parte do filme, torna-se difícil discernir a realidade, da interpretação da mesma.

Quando iniciada, é difícil contra-argumentar sendo os acontecimentos futuros interpretados, para apoiar o “status quo”, ignorando informação rival.

O comentário é como um rumor pode ser verdade, parcialmente verdade, ou completamente falso. A nossa mente tem dificuldade em detetar facto e ficção, depois de ter dado início à construção de um modelo mental do mundo.

Boatos ou rumores, são incrivelmente poderosos e fazem descarrilar a nossa mente.

O estudo dos rumores é sobre múltiplos aspetos o estudo das nossas mentes.

Os nossos pensamentos são como rumores na mente, podem ser verdade, mas por outro lado, podem não ser.

Tentamos dismantelar os rumores adotando estratégias condenadas ao insucesso, por exemplo, autocrítica. Quando nos sentimos vulneráveis só ouvimos o crítico interior, e não a voz calma da compaixão, e se desvalorizarmos os pensamentos como sendo, “disparate” ou dissemos a nós próprios “controla-te”, ou “porta-te bem” acabamos com a nossa moral cada vez mais baixa.

Para piorar, cada vez que a “cassete” da autocrítica começa a tocar, começamos a embelezar a história, procurando provas que a sustentem, ignorando tudo o que for contrário.

Em vez de confrontarmos a fábrica de rumores com a lógica do “pensamento positivo”, faz mais sentido sair do ciclo interminável, e limitamo-nos a observar os pensamentos que surgem.

Pode ser difícil quando estamos ansiosos e stressados, pois parecem uma parte de nós, e ser determinantes para o que acreditamos sobre nós próprios e sobre a situação em que nos encontramos.

Apresentamos muitas vezes uma lista de pensamentos comuns, quando nos sentimos stressados, ansiosos, infelizes ou exaustos, como por exemplo:

- Não consigo divertir-me sem pensar naquilo que tem que ser feito.
- Nunca posso falhar.
- Porque é que não consigo relaxar?
- Nunca devo desiludir as pessoas.
- A decisão é minha.
- Tenho de ser forte.
- Toda a gente confia em mim.
- Sou o único que pode fazer isto.
- Não aguento mais isto.
- Não posso perder um minuto.
- Gostava de estar noutra lado.
- Porque é que eles não fazem simplesmente as coisas?
- Porque é que já não estou a gostar disto?
- O que se passa comigo?
- Não posso desistir.
- Algo tem de mudar.
- Deve haver qualquer coisa de errado em mim.
- Porque é que não consigo desligar?

Fonte, livro “Mindfulness – Atenção plena”, página 133

Pensamentos como estes parecem ser muitas vezes a verdade absoluta, mas são sintomas de stress e ansiedade. Tomar consciência de que estes pensamentos são sintomas de stress, ansiedade e exaustão, em vez de factos, permite-nos afastar-se deles, concedendo-nos o espaço necessário para decidir levá-los a sério ou não.

“Expor a fábrica dos rumores”

Podemos comparar os pensamentos a um rádio que ouvimos ao longe, podemos ouvir, observar, mas não precisamos de fazer conjeturas sobre o que estamos a ouvir nem agir a partir daí, os pensamentos são pensamentos. Estão ao nosso serviço, por mais alto que gritem, não são donos e senhores, a dar ordens a que temos que obedecer.

A simples noção disto proporcionada uma enorme liberdade, afasta-nos de reações irrefletidas e cria espaço, para tomarmos decisões mais inteligentes, que são tomadas com uma mente em atenção plena.

As correntes de pensamentos são tão fortes que podem apanhar-nos e abalroar-nos sem darmos por isso. Imaginar-nos sentados à beira de um rio ou riacho a observar os pensamentos, como se fossem folhas levadas a boiar pela corrente. No momento a seguir, descobrimos que já deixamos o sítio onde estávamos, e fomos levados até ao rio, e só daí a pouco é que acordamos, vemos que mergulhamos na corrente de pensamentos, quando isto acontece, como certamente acontecerá, podemos congratular-nos por termos acordado, e depois reconhecemos compassivamente que a mente está a vaguear, devemos pois, regressar com calma à margem.

Quando nos sentimos magoados ou tensos, a corrente de pensamentos não será um riacho suave, mas um tsunami de enorme poder. Nestes tempos de stress e ansiedade máximos, aprendemos mais, pois é quando vemos os pensamentos mais atrativos como acontecimentos mentais, em vez de realidade refletiva, e vislumbramos mais do que nunca a possibilidade de libertação.

Pode parecer repetitivo, porque na realidade o é, mas só através da repetição é que conseguimos ver e perceber os padrões mentais da nossa mente.

Ironicamente, a constante repetição de tomada de consciência dos pensamentos, liberta-nos dos erros do passado, e do piloto automático, que nos impelem para a autodefesa e autoataque.

“Fila de supermercado”

Por exemplo, quando está numa fila do supermercado veja se consegue estar atento às suas reações, quando algo o impede de avançar.

Talvez tenha escolhido a “fila errada” e esteja a ficar obcecado com a ideia de dar uma corrida até outra que parece mais curta? Nestas alturas convém tentar perceber o que se está a passar na sua mente, ver em que modo é que a sua mente se encontra. Pare e pergunte a si próprio:

- O que é que está a passar na minha mente?
- Que sensações é que tenho no meu corpo?
- De que reações emocionais e impulsos tenho consciência?

Se descobrir que está a ser abalado pela necessidade de “continuar”, frustrado por as coisas irem mais devagar do que esperava, então é provável que esteja no “Modo Fazer”.

Tudo bem: não é um erro. A mente está a dar o seu melhor. Atenção plena aceita que algumas experiências são desagradáveis, contudo, irá ajudá-lo ao permitir destrinçar os dois maiores sabores do sofrimento: **primário e secundário**.

O **sofrimento primário**, é o que gera tensão inicial, tal como a frustração de estar numa longa fila. Pode reconhecer que não é agradável, e não há problema se não gostar.

O **sofrimento secundário**, é toda a turbulência emocional que se segue ao seu despertar, tal como a raiva e a frustração, bem como quaisquer pensamentos e sentimentos subsequentes que frequentemente vêm atrelados. Procure vê-los claramente também. Se possível, permita à frustração estar presente, sem tentar fazê-la desaparecer.

Cabeça erguida. Respire. Permita que aconteça. Esteja aqui.

Este momento também é um momento da sua vida.

Poderá sentir ainda frustração e impaciência quando estiver numa fila, mas estes sentimentos cada vez terão menos probabilidade de entrar numa espiral de descontrolo. Pode até tornar-se, para si e para os outros a sua volta, um oásis de calma.

Nestas alturas, procure manter a “**forma de ampulheta**”, começando por reconhecer o padrão climático da sua mente e corpo. No primeiro passo, convém perguntar quais os pensamentos, sentimentos, sensações físicas e impulsos que vão surgindo a cada momento, depois fazendo uma mudança graciosa para o segundo passo, concentre-se, faça uma pausa para respirar, antes de finalmente abrir o foco da atenção, para o seu corpo como um todo, no terceiro passo.

Mais uma vez a infringir?

Uma pausa para respirar é uma altura para recuperar a atenção plena, para ganhar novas perspetivas e, por isso, para identificar claramente alguns padrões de pensamentos negativos que possam estar a ganhar dinâmica, por exemplo:

Lembre-se de uma tempestade horrível que não abrandava. Você não tinha casaco impermeável nem chapéu de chuva. Para piorar as coisas, os sapatos pareciam coadores. Passado um bocado, chegou a uma paragem de autocarro coberta e relaxou um pouco. Sentiu-se seco e protegido, e um

pouco mais controlado. Depois apercebeu-se de que a chuva não iria parar. O mais certo era ainda piorar. Tornou-se óbvio que, mais tarde ou mais cedo, teria de abandonar o abrigo e enfrentar a intempérie. Nesta altura, tinha duas opções.

Se considerou o abrigo como um alívio da chuva, então deve ter passado um bom bocado a praguejar contra o seu azar, ficando cada vez mais incomodado. Se calhar recriminou-se por não ter trazido um chapéu. O mau humor foi aumentando à medida que a felicidade se diluía. Os seus pensamentos devem ter andado às voltas enquanto tentava freneticamente encontrar uma forma de se manter seco. Neste caso, o abrigo não terá sido um alívio da tempestade e em vez disso, acabou por aumentar e prolongar o seu sofrimento.

Se, por outro lado, considerou o abrigo como uma pausa para respirar, então a sua experiência teve hipótese de ser completamente transformadora. Assim que se apercebeu de que a tempestade estava a piorar, encarou a situação sobre uma luz diferente. Pode não ter gostado muito, mas não havia forma de fugir à chuva e ficar encharcado até aos ossos. Percebeu claramente que zangar-se e irritar-se não ia ajudar em nada, pelo contrário, isso iria piorar as coisas, molhado por fora e amargo por dentro. Depois de aceitar o inevitável, não no sentido de resignação, mas de se virar para isso, muito do sofrimento pôde de ser evitado. Talvez até tenha descoberto algumas formas de consolo inesperadas. Talvez tenha reparado no poder imparável das gotas de chuva e na forma como batiam no pavimento acabando por formar uma névoa espessa. Talvez tenha sido interessante observar as pessoas a dar corridas na tentativa de evitar a chuva. Ou pode ter reparado num gato a abrigar-se debaixo de um carro com uma expressão de desagrado no focinho. Quem sabe, pode até ter sentido um sorriso no rosto.

Nos dois cenários, acabou na mesma encharcado até aos ossos, mas no primeiro o seu aborrecimento foi agravado pelo sofrimento que infligiu a si próprio, enquanto no segundo a sua mudança de perspetiva pode ter lhe dado algum consolo. Quem sabe, pode até ter saído revigorado da experiência.

Uma pausa para respirar não é um alívio ou diversão para fugir da realidade, mas uma forma de a reequacionarmos.

Pode usar a consciência descoberta para prosseguir aquilo que estava a fazer antes mantendo a atenção e a atenção plena. Aperceba-se da corrente de pensamento e da tendência para se emaranhar nela. Abordar o momento seguinte de forma mais consciente pode significar estabelecer prioridades para o seu tempo, em vez de tentar freneticamente dar conta de tudo em simultâneo.

Uma pausa para respirar, por si só, não soluciona nada a curto prazo, mas pode dar-lhe uma perspetiva de como agir mais habilmente.

Bibliografia

Landsverk, S. S., & Kane, C. F. (1998). Antonovsky's sense of coherence: Theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(5), 419–431. <https://doi.org/10.1080/016128498248872>

Williams, M. & Penman, D. (2011). *Mindfulness. A practical guide to find peace in a frantic world*. 17ª edição (2019). (reimpressão). Lua de papel, Alfragid. ISBN: 978-989-23-2917-8

APÊNDICE 8 – Virar-se para as dificuldades

Plano de sessão

| | |
|---------------------------|--|
| Atividade: Quinta sessão | “Virar-se para as dificuldades” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|--|---|
| Descrição | <ul style="list-style-type: none"> • “Virar-se para as dificuldades” Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A sessão é composta por quatro momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: Poema de Rumi, “The guest house” • Terceiro momento: História “O rei que achava mais fácil viver com as suas dificuldades.” • Quarto momento: “Rumo à aceitação” • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas | |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação “Virar-se para as dificuldades” • Dar a conhecer o que é “The guest house” • Dar a conhecer a história “O rei que achava mais fácil viver com as suas dificuldades” • “Rumo à aceitação” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min | |
| Enquadramento teórico | <p>A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>Sempre que somos confrontados com uma dificuldade é natural tentarmos livrar-nos dela. Tentamos fazer isto de diversas formas, desde tentar resolvê-la imediatamente até ignorá-la ou enterrá-la debaixo de uma pilha de distrações.</p> <p>Todos nós usamos estes métodos que deixaram de funcionar há muitos anos. Resultaram bem no passado que parece sensato usar a mesma tática vezes sem fim. Há um elemento de negação, simplesmente não queremos admitir</p> | |

| | |
|--|---|
| | <p>que estamos indefesos e vulneráveis, temos receio que os outros pensem que não somos suficientemente bons e, moemos e remoemos.</p> <p>Mais cedo ou mais tarde, estas estratégias não funcionam e, temos que adotar uma forma diferente de nos relacionarmos connosco, e com o mundo.</p> <p>Esta abordagem diferente, é a aceitação de nós próprios e do que quer que nos esteja a perturbar.</p> <p>Significa virarmo-nos para isto, recebê-lo bem, mesmo quando não gostamos ou temos medo do que aí vem.</p> <p>Para muitos a palavra aceitação é uma heresia. Aceitação no contexto de atenção plena não é resignação, e nada tem que ver com desapego, significa receber ou aproveitar algo, também significa captar ou compreender. Permite que a mente opte pela verdade, pela compreensão de como as coisas são.</p> <p>Aceitação é uma pausa, um período de permissão, de deixar ser, de ver claramente.</p> <p>Afasta-nos de respostas imediatas e por vezes precipitadas. Permite-nos estar plenamente conscientes das dificuldades e responder-lhes da forma mais hábil possível. Por vezes, descobrimos que a forma mais hábil de responder é não fazer nada.</p> <p>Paradoxalmente, agir no sentido convencional, pelo uso do “Modo Fazer” da mente, é muitas vezes uma reação automática, desta forma, a aceitação da atenção plena dá-nos escolhas.</p> |
|--|---|

Planificação da terceira sessão “Virar-se para as dificuldades”

| Quinta sessão: “Virar-se para as dificuldades” | | | |
|---|--|---|--|
| População alvo | Utentes do Hospital de Dia | | |
| Local: Sala de atividades | Data: A definir | | |
| Duração da sessão | 90 minutos | | |
| Objetivos | Descrição da sessão | Métodos/materiais | Metodologia de avaliação |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre o que é a “The guest house” • Ensinar sobre o que é o “Rumo à aceitação” • Potencializar a expressão e análise de emoções | <ul style="list-style-type: none"> • “Virar-se para as dificuldades” Sessão realizada em grupo, proporcionando um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • Apresentar a história “O rei que achava mais fácil viver com as suas dificuldades” | <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Demonstrativo • Interrogativo • Computador • Televisor ou retroprojektor • Papel e caneta • Mesas e cadeiras | <ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema abordado. |

Quinta sessão - Virar-se para as dificuldades

Sempre que somos confrontados com uma dificuldade é natural tentarmos livrar-nos dela. Tentamos fazer isto de diversas formas, desde tentar resolvê-la imediatamente até ignorá-la ou enterrá-la debaixo de uma pilha de distrações.

Todos nós usamos estes métodos que deixaram de funcionar há muitos anos. Resultaram bem no passado que parece sensato usar a mesma tática vezes sem fim. Há um elemento de negação, simplesmente não queremos admitir que estamos indefesos e vulneráveis, temos receio que os outros pensem que não somos suficientemente bons e, moemos e remoemos.

Mais cedo ou mais tarde, estas estratégias não funcionam e, temos que adotar uma forma diferente de nos relacionarmos connosco, e com o mundo.

Esta abordagem diferente, é a aceitação de nós próprios e do que quer que nos esteja a perturbar.

Significa virarmo-nos para isto, recebê-lo bem, mesmo quando não gostamos ou temos medo do que aí vem.

Para muitos a palavra aceitação é uma heresia. Aceitação no contexto de atenção plena não é resignação, e nada tem que ver com desapego, significa receber ou aproveitar algo, também significa captar ou compreender. Permite que a mente opte pela verdade, pela compreensão de como as coisas são.

Aceitação é uma pausa, um período de permissão, de deixar ser, de ver claramente.

Afasta-nos de respostas imediatas e por vezes precipitadas. Permite-nos estar plenamente conscientes das dificuldades e responder-lhes da forma mais hábil possível. **Por vezes, descobrimos que a forma mais hábil de responder é não fazer nada.**

Paradoxalmente, agir no sentido convencional, pelo uso do “Modo Fazer” da mente, é muitas vezes uma reação automática, desta forma, a aceitação da atenção plena dá-nos escolhas.

Poema de **Rumi**, poeta Sufi do séc XIII, que resume bem tudo isto.

“The guest house”

“O ser humano é uma casa de hóspedes.

Onde cada manhã a uma nova chegada.

Uma alegria, uma depressão, um sem sentido,

Uma percepção momentânea chega

Como visitante inesperado.

Acolha e distraia todos!

Mesmo que seja uma multidão de tristezas,

que violentamente varrem a sua casa,

a esvaziam de mobília,

Mesmo assim, honre todos os seus hóspedes;

podem estar a limpá-lo

para algum novo prazer.

O pensamento obscuro, a vergonha, a malícia,

receba os à porta com um sorriso e convide-os

A entrar.

Seja grato por quem vem,

porque cada um foi enviado

como um guia do além.”

Fonte – Livro “Mindfulness, Atenção plena”, páginas, 155 e 156.

Claro que esta aceitação pode ser muito difícil.

O rei que achava mais fácil viver com as suas dificuldades.

História contada por um rei que tinha 3 filhos.

O primeiro era bonito e muito popular. Assim que completou 21 anos, o pai construiu-lhe um palácio na cidade para ele viver. O segundo filho era inteligente e também muito popular. Quando chegou aos 21 anos, o pai construiu um segundo palácio na cidade. O terceiro filho não era bonito nem inteligente, além de pouco simpático e impopular. Quando ele fez 21 anos, os conselheiros do rei disseram: “Já não há mais espaço na cidade. Mandai construir um palácio fora da cidade para o vosso filho. Fazei com que seja forte. Podeis mandar para lá alguns dos vossos guardas para impedir que seja atacado pelos rufias que vivem fora das muralhas da cidade.” O rei mandou construir um palácio assim e enviou alguns dos seus soldados para o protegerem.

Um ano mais tarde, o filho enviou uma mensagem ao pai: “Não posso viver aqui. Os rufias são demasiado fortes.” Então os conselheiros disseram: “Mandai construir outro palácio, maior e mais forte e vinte milhas mais longe da cidade e dos rufias. Com mais soldados, facilmente aguentará os ataques das tribos nómadas que passam por aquele caminho.” Então, o rei construiu um palácio assim e mandou cem dos seus soldados para o protegerem.

Um ano depois, chegou uma mensagem do filho: “Não consigo viver aqui. As tribos são demasiado fortes.” Então os conselheiros disseram: “Mandai construir um castelo, um grande castelo, a cem milhas de distância. Será suficientemente grande para albergar quinhentos soldados e suficientemente forte para aguentar os ataques dos povos que vivem do outro lado da fronteira.” Então o rei mandou construir um castelo assim, e enviou quinhentos dos seus soldados para o protegerem.

Mas passado um ano, o filho enviou outra mensagem ao rei: “Pai, os ataques dos povos vizinhos são demasiado fortes. Já atacaram duas vezes e se atacarem uma terceira vez, temo pela minha vida e pela dos vossos soldados.”

E o rei disse aos seus conselheiros: “Deixai-o vir para casa e poderá viver no palácio comigo. Pois é melhor que eu aprenda a amar o meu filho do que gastar toda a energia e recursos do meu reino para o manter à distância.”

Fonte – Livro “Mindfulness, Atenção plena”, página, 157.

A história do rei contém uma lição importante: frequentemente é muito mais fácil e mais eficaz, a longo prazo, viver com as nossas dificuldades do que esgotar recursos a lutar contra elas.

Rumo à aceitação

A aceitação vem em dois passos.

Primeiro implica ter calmamente em atenção, a tentação de afastar ou suprimir quaisquer pensamentos, sentimentos, emoções e sensações físicas que nos perturbem.

Segundo, implica ir ativamente ao encontro deles, ir “porta com um sorriso”, recebê-los “honradamente”, como sugere Rumi.

Pode ser uma experiência difícil, mas é muito mais fácil do que resignar-se a uma vida afetada pelos pensamentos, sentimentos e emoções perturbadoras.

O segredo é dar pequenos passos na direção da aceitação. Explorar a aceitação dia após dia. Aceitar com plena consciência as nossas dificuldades funciona por dois motivos relacionados.

Primeiro, quebra a ligação inicial na cadeia que leva a uma espiral negativa descendente. Quando aceitamos os nossos pensamentos, sentimentos, emoções e sensações físicas negativas, reconhecendo simplesmente a sua existência, evitamos que os caminhos mentais automáticos da aversão se abram.

Se não entrarmos na espiral descendente, despojamo-la da sua dinâmica, e se o fizermos durante as primeiras voltas e reviravoltas importantes, nunca toma o impulso suficiente para se perpetuar. Simplesmente desvanece-se.

Quando a mente encontra ou regista uma dificuldade, a reação habitual do cérebro consiste em tratá-la como um verdadeiro inimigo. Assim tende a fechar os seus sistemas de “abordagem” criativos.

Para certas dificuldades, quando se lembra o passado ou se antecipa o futuro, a dificuldade que tem na nossa cabeça, não é real, e por isso, acaba por implicar uma restrição e bloquear a criatividade, sentimo-nos presos e o corpo deixa-se cair na submissão, ou então dispara a reação de luta ou fuga.

Pessoas que passam a toda a pressa de uma coisa para a outra, as que têm dificuldade em permanecer no presente e se centram tanto no seu objetivo que perdem o contato com o mundo exterior, pensam que com pressa se fazem mais coisas, mas o que acontece afinal é que ativa o **sistema de aversão** do cérebro e prejudica a criatividade que na verdade procurava.

Segunda razão pela qual funciona a aceitação consciente das dificuldades é que nos permite tomar consciência dos nossos pensamentos.

Por exemplo “Não posso com isto. Vou gritar.” Se observarmos como reagimos a esse pensamento e percebermos como os músculos dos ombros e do estômago ficam tensos vemos com maior clareza que é um receio e não um facto. Aguentamos a situação e não gritamos.

É um medo poderoso, mas não é um facto.

Comparar os pensamentos com a realidade é um potente antídoto contra a negatividade, e ajuda a enfrentar as dificuldades com um maior grau de compaixão.

Bibliografia

Landsverk, S. S., & Kane, C. F. (1998). Antonovsky's sense of coherence: Theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(5), 419–431. <https://doi.org/10.1080/016128498248872>

Williams, M. & Penman, D. (2011). *Mindfulness. A practical guide to find peace in a frantic world*. 17ª edição (2019). (reimpressão). Lua de papel, Alfragid. ISBN: 978-989-23-2917-8

APÊNDICE 9 – Preso no passado ou a viver no presente?

Plano de sessão

| | |
|---------------------------|---|
| Atividade: Sexta sessão | “Preso no passado ou a viver no presente?” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|--|--|
| Descrição | <ul style="list-style-type: none"> • “Preso no passado ou a viver no presente?” Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A sessão é composta por quatro momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: “compromisso doloroso” • Terceiro momento: “memória generalizada.” • Quarto momento: “A amabilidade na prática” • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas | |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação “Preso no passado ou a viver no presente?” • Dar a conhecer o que é “compromisso doloroso” • Dar a conhecer o que é a “memória generalizada” • “A amabilidade na prática” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min | |
| Enquadramento teórico | <p>A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>Por vezes a mente cria cenários imaginários que permanecem durante muito tempo (por exemplo acidente de viação mesmo sem culpa ou feridos). Por mais que tentemos somos incapazes de os tirar da cabeça. Dedicamos mais tempo a esses pensamentos que aos factos reais chegando ao ponto de desenvolver stress pós-traumático, depressão, cansaço excessivo e perda de ânimo. Perdemos a alegria de viver causando dor mental prolongada. Pensamos menos no episódio e mais no sofrimento mental em si.</p> <p>Quando a mente é apanhada nessa rotina e não sai de lá, pensa-se muito, por mais que se tente, é-se incapaz de separar a mente dos nossos próprios objetivos, e fantasias, um estado designado como “compromisso doloroso”.</p> | |

| | |
|--|--|
| | <p>Quando vivemos um facto traumático no passado, quando nos encontramos presos numa preocupação constante pelos nossos sentimentos a memória vai buscar apenas um resumo dos factos. O resultado é o chamado “memória generalizada”.</p> <p>A amabilidade transforma as coisas, os caminhos mentais da “aversão” apagam-se e os da “aproximação” acendem-se. Esta mudança de atitude favorece a abertura, a criatividade e a felicidade, elimina os temores, culpa, ansiedade e tensões que conduzem ao esgotamento e a insatisfação crónica.</p> |
|--|--|

Planificação da terceira sessão “Preso no passado ou a viver no presente?”

| Sexta sessão: “Preso no passado ou a viver no presente?” | | | |
|--|---|--|--|
| População alvo | Utentes do Hospital de Dia | | |
| Local: Sala de atividades | Data: A definir | | |
| Duração da sessão | 90 minutos | | |
| Objetivos | Descrição da sessão | Métodos/materiais | Metodologia de avaliação |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre o que é o “compromisso doloroso” • Ensinar sobre o que é a “memória generalizada” • Potencializar a expressão e análise de emoções | <ul style="list-style-type: none"> • “Preso no passado ou a viver no presente?” Sessão realizada em grupo, proporcionando um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A amabilidade na prática | <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Demonstrativo • Interrogativo • Computador • Televisor ou retroprojeter • Papel e caneta • Mesas e cadeiras | <ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema abordado. |

Quinta sessão - Virar-se para as dificuldades

Sempre que somos confrontados com uma dificuldade é natural tentarmos livrar-nos dela. Tentamos fazer isto de diversas formas, desde tentar resolvê-la imediatamente até ignorá-la ou enterrá-la debaixo de uma pilha de distrações.

Todos nós usamos estes métodos que deixaram de funcionar há muitos anos. Resultaram bem no passado que parece sensato usar a mesma tática vezes sem fim. Há um elemento de negação, simplesmente não queremos admitir que estamos indefesos e vulneráveis, temos receio que os outros pensem que não somos suficientemente bons e, moemos e remoemos.

Mais cedo ou mais tarde, estas estratégias não funcionam e, temos que adotar uma forma diferente de nos relacionarmos connosco, e com o mundo.

Esta abordagem diferente, é a aceitação de nós próprios e do que quer que nos esteja a perturbar.

Significa virarmo-nos para isto, recebê-lo bem, mesmo quando não gostamos ou temos medo do que aí vem.

Para muitos a palavra aceitação é uma heresia. Aceitação no contexto de atenção plena não é resignação, e nada tem que ver com desapego, significa receber ou aproveitar algo, também significa captar ou compreender. Permite que a mente opte pela verdade, pela compreensão de como as coisas são.

Aceitação é uma pausa, um período de permissão, de deixar ser, de ver claramente.

Afasta-nos de respostas imediatas e por vezes precipitadas. Permite-nos estar plenamente conscientes das dificuldades e responder-lhes da forma mais hábil possível. **Por vezes, descobrimos que a forma mais hábil de responder é não fazer nada.**

Paradoxalmente, agir no sentido convencional, pelo uso do “Modo Fazer” da mente, é muitas vezes uma reação automática, desta forma, a aceitação da atenção plena dá-nos escolhas.

Poema de **Rumi**, poeta Sufi do séc XIII, que resume bem tudo isto.

“The guest house”

“O ser humano é uma casa de hóspedes.

Onde cada manhã a uma nova chegada.

Uma alegria, uma depressão, um sem sentido,

Uma perceção momentânea chega

Como visitante inesperado.

Acolha e distraia todos!

Mesmo que seja uma multidão de tristezas,

que violentamente varrem a sua casa,

a esvaziam de mobília,

*Mesmo assim, honre todos os seus hóspedes;
podem estar a limpá-lo
para algum novo prazer.*

*O pensamento obscuro, a vergonha, a malícia,
receba os à porta com um sorriso e convide-os
A entrar.*

*Seja grato por quem vem,
porque cada um foi enviado
como um guia do além.”*

Fonte – Livro “Mindfulness, Atenção plena”, páginas, 155 e 156.

Claro que esta aceitação pode ser muito difícil.

O rei que achava mais fácil viver com as suas dificuldades.

História contada por um rei que tinha 3 filhos.

O primeiro era bonito e muito popular. Assim que completou 21 anos, o pai construiu-lhe um palácio na cidade para ele viver. O segundo filho era inteligente e também muito popular. Quando chegou aos 21 anos, o pai construiu um segundo palácio na cidade. O terceiro filho não era bonito nem inteligente, além de pouco simpático e impopular. Quando ele fez 21 anos, os conselheiros do rei disseram: “Já não há mais espaço na cidade. Mandai construir um palácio fora da cidade para o vosso filho. Fazei com que seja forte. Podeis mandar para lá alguns dos vossos guardas para impedir que seja atacado pelos rufias que vivem fora das muralhas da cidade.” O rei mandou construir um palácio assim e enviou alguns dos seus soldados para o protegerem.

Um ano mais tarde, o filho enviou uma mensagem ao pai: “Não posso viver aqui. Os rufias são demasiado fortes.” Então os conselheiros disseram: “Mandai construir outro palácio, maior e mais forte e vinte milhas mais longe da cidade e dos rufias. Com mais soldados, facilmente aguentará os

ataques das tribos nómadas que passam por aquele caminho.” Então, o rei construiu um palácio assim e mandou cem dos seus soldados para o protegerem.

Um ano depois, chegou uma mensagem do filho: “Não consigo viver aqui. As tribos são demasiado fortes.” Então os conselheiros disseram: “Mandai construir um castelo, um grande castelo, a cem milhas de distância. Será suficientemente grande para albergar quinhentos soldados e suficientemente forte para aguentar os ataques dos povos que vivem do outro lado da fronteira.” Então o rei mandou construir um castelo assim, e enviou quinhentos dos seus soldados para o protegerem.

Mas passado um ano, o filho enviou outra mensagem ao rei: “Pai, os ataques dos povos vizinhos são demasiado fortes. Já atacaram duas vezes e se atacarem uma terceira vez, temo pela minha vida e pela dos vossos soldados.”

E o rei disse aos seus conselheiros: “Deixai-o vir para casa e poderá viver no palácio comigo. Pois é melhor que eu aprenda a amar o meu filho do que gastar toda a energia e recursos do meu reino para o manter à distância.”

Fonte – Livro “Mindfulness, Atenção plena”, página, 157.

A história do rei contém uma lição importante: frequentemente é muito mais fácil e mais eficaz, a longo prazo, viver com as nossas dificuldades do que esgotar recursos a lutar contra elas.

Rumo à aceitação

A aceitação vem em dois passos.

Primeiro implica ter calmamente em atenção, a tentação de afastar ou suprimir quaisquer pensamentos, sentimentos, emoções e sensações físicas que nos perturbem.

Segundo, implica ir ativamente ao encontro deles, ir “porta com um sorriso”, recebê-los “honradamente”, como sugere Rumi.

Pode ser uma experiência difícil, mas é muito mais fácil do que resignar-se a uma vida afetada pelos pensamentos, sentimentos e emoções perturbadoras.

O segredo é dar pequenos passos na direção da aceitação. Explorar a aceitação dia após dia. Aceitar com plena consciência as nossas dificuldades funciona por dois motivos relacionados.

Primeiro, quebra a ligação inicial na cadeia que leva a uma espiral negativa descendente. Quando aceitamos os nossos pensamentos, sentimentos, emoções e sensações físicas negativas, reconhecendo simplesmente a sua existência, evitamos que os caminhos mentais automáticos da aversão se abram.

Se não entrarmos na espiral descendente, despojamo-la da sua dinâmica, e se o fizermos durante as primeiras voltas e reviravoltas importantes, nunca toma o impulso suficiente para se perpetuar. Simplesmente desvanece-se.

Quando a mente encontra ou regista uma dificuldade, a reação habitual do cérebro consiste em tratá-la como um verdadeiro inimigo. Assim tende a fechar os seus sistemas de “abordagem” criativos.

Para certas dificuldades, quando se lembra o passado ou se antecipa o futuro, a dificuldade que tem na nossa cabeça, não é real, e por isso, acaba por implicar uma restrição e bloquear a criatividade, sentimo-nos presos e o corpo deixa-se cair na submissão, ou então dispara a reação de luta ou fuga.

Pessoas que passam a toda a pressa de uma coisa para a outra, as que têm dificuldade em permanecer no presente e se centram tanto no seu objetivo que perdem o contato com o mundo exterior, pensam que com pressa se fazem mais coisas, mas o que acontece afinal é que ativa o **sistema de aversão** do cérebro e prejudica a criatividade que na verdade procurava.

Segunda razão pela qual funciona a aceitação consciente das dificuldades é que nos permite tomar consciência dos nossos pensamentos.

Por exemplo “Não posso com isto. Vou gritar.” Se observarmos como reagimos a esse pensamento e percebermos como os músculos dos ombros e do estômago ficam tensos vemos com maior clareza que é um receio e não um facto. Aguentamos a situação e não gritamos.

É um medo poderoso, mas não é um facto.

Comparar os pensamentos com a realidade é um potente antídoto contra a negatividade, e ajuda a enfrentar as dificuldades com um maior grau de compaixão.

Bibliografia

Landsverk, S. S., & Kane, C. F. (1998). Antonovsky's sense of coherence: Theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(5), 419–431. <https://doi.org/10.1080/016128498248872>

Williams, M. & Penman, D. (2011). *Mindfulness. A practical guide to find peace in a frantic world*. 17ª edição (2019). (reimpressão). Lua de papel, Alfragid. ISBN: 978-989-23-2917-8

APÊNDICE 10 – Quando é que deixou de dançar?

Plano de sessão

| | |
|---------------------------|---|
| Atividade: Sétima sessão | “Quando é que deixou de dançar?” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|-------------|--|
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> • “Quando é que deixou de dançar?” Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A sessão é composta por quatro momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: “funil do esgotamento” • Terceiro momento: “Teste das atividades.” • Quarto momento: “Aprender novamente a dançar” • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação “Quando é que deixou de dançar?” • Dar a conhecer o que é “funil do esgotamento” • Dar a conhecer o que é o “Teste das atividades” • “Aprender novamente a dançar” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min |
| Enquadramento teórico | | <p>A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>Por vezes temos uma vida demasiado agitada, tornando-nos vítimas, incapazes de sair de um horário laboral asfíxiante e de uma vida desastrosa, levando a anos de infelicidade stress e exaustão.</p> <p>A atenção plena, melhora a nossa qualidade de vida, permitindo lidar melhor com o stress e a ansiedade da nossa vida. Muitos dos problemas, como a infelicidade, a ansiedade e o stress, assemelham-se escorregar pelo “funil do esgotamento” (Marie Asberg), que pouco a pouco nos vai levando a vida e a energia</p> <p>Teste das atividades</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>O objetivo, e dar-nos uma ideia do equilíbrio na nossa, vida entre o que nos alimenta e o que nos esgota. Aprender novamente a dançar Um dos objetivos da atenção plena é, empenharmo-nos proactivamente em recuperar o equilíbrio, entre as atividades que nos preenchem e as que nos esgotam. Passo 1 - Reequilibrar a sua vida diária. Passo 2 - Pausa para respirar e empreender mais ações</p> |
|--|--|

Planificação da terceira sessão “Quando é que deixou de dançar?”

| Sétima sessão: “Quando é que deixou de dançar?” | | | |
|--|--|--|--|
| População alvo | Utentes do Hospital de Dia | | |
| Local: Sala de atividades | Data: A definir | | |
| Duração da sessão | 90 minutos | | |
| Objetivos | Descrição da sessão | Métodos/materiais | Metodologia de avaliação |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre o que é o “funil do esgotamento” • Ensinar sobre o que é o “Teste das atividades” • Potencializar a expressão e análise de emoções | <ul style="list-style-type: none"> • “Preso no passado ou a viver no presente?” Sessão realizada em grupo, proporcionando um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • “Aprender novamente a dançar” | <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Demonstrativo • Interrogativo • Computador • Televisor ou retroprojeter • Papel e caneta • Mesas e cadeiras | <ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema abordado. |

SÉTIMA SESSÃO – “QUANDO É QUE DEIXOU DE DANÇAR?”

Por vezes temos uma vida demasiado agitada, tornando-nos vítimas, incapazes de sair de um horário laboral asfíxiante e de uma vida desastrosa, levando a anos de infelicidade stress e exaustão.

A atenção plena, melhora a nossa qualidade de vida, permitindo lidar melhor com o stress e a ansiedade da nossa vida. Muitos dos problemas, como a infelicidade, a ansiedade e o stress,

assemelham-se escorregar pelo “**funil do esgotamento**” (Marie Asberg), que pouco a pouco nos vai levando a vida e a energia.

O funil do esgotamento



Fonte, livro “Mindfulness – Atenção Plena”, página 194

Permite descrever o modo, como este problema pode afetar cada um de nós.

O círculo superior representa a forma que as coisas assumem quando vivemos uma vida plena e equilibrada. À medida que as situações se vão complicando, muitas pessoas tendem a deixar algumas coisas de lado para se centrarem no que lhes parece “importante”.

O círculo estreita-se, tal como as nossas vidas. Se o stress persiste, renunciamos a mais e mais coisas, e o círculo aperta-se cada vez mais. A primeira coisa que largamos é aquilo que mais nos satisfaz, mas que consideramos “opcional”.

O resultado é que no final, ficamos só com trabalho ou com outros fatores que nos criam tensão deixando-nos sem recursos, sem capacidade de nos refazermos, e sem nada que o preencha.

O resultado é o esgotamento.

De acordo com Asberg, aqueles que continuam a descer mais e mais pelo funil, têm mais probabilidades de ser os mais meticolosos, os que fundamentam mais o seu nível de autoconfiança, no seu rendimento no trabalho, isto é, são considerados os melhores trabalhadores e não os preguiçosos.

O diagrama revê-la também a sequência de “sintomas” acumulados e vai ganhando forma a medida que o círculo da nossa vida se vai reduzindo para nos centrarmos a resolver os problemas imediatos.

Na queda pela espiral, vamos abandonando cada vez mais coisas que nos dão satisfação, e que passamos a considerar dispensáveis, com o intuito de deixar o espaço para o que é mais “importante”, como o trabalho.

Continuamos a deixar para trás mais atividades que nos preenchiam, sentindo-nos cada vez mais cansados, indecisos e infelizes.

Quando finalmente caímos, somos uma sombra do nosso antigo eu.

É fácil ser absorvido pelo funil do esgotamento. Se tivermos muito trabalho ou nos sentirmos sobrecarregados, temos tendência em simplificar temporariamente a vida, isso significa, renunciar a um hobby ou parte da vida social, de modo a podermos centrar no trabalho, sem considerarmos o quanto essas atividades nos alimentam a alma. Passamos a considerar essas atividades como supérfluas.

Abdicar da vida social quando surge algo mais importante, embora pareça uma decisão temporária, depressa se vira contra nós, vamos perdendo a criatividade e a eficácia. Vamos aos poucos, trocando aquilo de que mais gostávamos por algo que acaba por nos desgostar, roubando-nos a vida, e deixando-nos esgotados e cada vez mais infelizes.

A atenção plena pode libertar-nos do stress e da ansiedade e permitir que sejamos felizes.

Lista dos principais sintomas de stress depressão e esgotamento mental:

- “Ter cada vez pior humor ou estar mais irritável.”
- “Limitar a sua vida social, ou simplesmente, não querer ver ninguém”
- “Não querer enfrentar atividades normais, como abrir o correio, pagar faturas ou devolver as chamadas”
- “Sentir-se cada vez mais esgotado”
- “Deixar de fazer exercício”
- “Adiar ou deixar passar os prazos de entrega do seu trabalho”
- “Fazer alterações nos padrões de sono (dormir muito ou muito pouco)”
- “Fazer alterações nos hábitos alimentares”

Fonte, livro “Mindfulness, Atenção Plena”, páginas, 197 e 198.

Por vezes temos dificuldade em aceitar que temos um problema, julgamos que o que nos falta é dormir bem. Não nos damos conta, que por vezes a nossa vida passa pelo funil do esgotamento.

Teste das atividades

O objetivo, é dar-nos uma ideia do equilíbrio na nossa, vida entre o que nos alimenta e o que nos esgota.

Pode anotar dez a quinze atividades de um dia típico na coluna da esquerda.

| Atividades de um dia típico | Alimenta – A / Esgota -E |
|-----------------------------|--------------------------|
| • Falar com um colega | • |
| • Preparar café | • |
| • Redigir textos | • |
| • Comer | • |
| • | • |
| • | • |
| • | • |
| • | • |
| • | • |
| • | • |
| • | • |
| • | • |
| • | • |

Quando tiver a lista pronta, faça as seguintes perguntas a si próprio:

1. Das coisas que escreveu, quais são as que o alimentam?
O que é que lhe levanta o ânimo, lhe dá energia, o faz sentir calmo e centrado? O que é que o faz sentir-se mesmo vivo e presente, em vez de se limitar a existir?
Estas são as atividades que lhe alimentam a alma!
2. Das coisas que escreveu, o que é que o esgota?
Quais as atividades que o arrastam, lhe roubam a energia, o fazem sentir-se tenso e dividido?
O que lhe reduz a sensação de estar realmente vivo e presente?
O que o faz sentir que simplesmente existe?
Estas são as atividades esgotantes!

Agora, complete o exercício escrevendo “A” para as atividades que o “alimentam” e “E”, para as que o “esgotam” na coluna da direita. Se uma tarefa corresponder às duas possibilidades, escreva a sua primeira reação, se não sabe qual escolher, ponha A/E ou E/A. Talvez pense que num desses casos diria “depende”, se assim for, talvez ajude identificar aquilo de que depende.

O objetivo deste exercício, é dar-lhe uma ideia de equilíbrio na sua vida, entre aquilo que o alimenta e o que o esgota.

Devemos praticar várias atividades que nos alimentam, e caso seja possível, praticar pelo menos uma por dia, para equilibrar as que nos tiram energia. Por exemplo: ler um livro, caminhar, entreter-se com um hobby...

Em determinadas culturas os terapeutas não perguntam: “Quando é que começou a sentir-se deprimido?” Mas “Quando é que deixou de dançar?”

APRENDER NOVAMENTE A DANÇAR

Um dos objetivos da atenção plena é, empenharmo-nos proactivamente em recuperar o equilíbrio, entre as atividades que nos preenchem e as que nos esgotam.

Passo 1 - Reequilibrar a sua vida diária.

Pensar, como é que podemos começar a recuperar o equilíbrio entre atividades que nos preenchem e as que nos esgotam. Haverá aspetos da nossa vida que simplesmente não temos hipótese de mudar de imediato (por exemplo o trabalho).

Se não conseguimos mudar uma situação, temos duas opções:

Primeiro: Podemos aumentar o tempo e o esforço que dedicamos a atividades agradáveis, e reduzir o tempo nas que nos esgotam.

Segundo: Experimentar uma abordagem diferente das tarefas esgotantes, que consiste em estar totalmente presente para elas, mesmo que as achemos aborrecidos ou desagradáveis. Podemos tentar tomar mais consciência delas, em vez de as julgar ou desejar que acabem.

Ao estar presente em mais momentos e tomar decisões conscientes sobre o que realmente queremos e necessitamos, aceitaremos cada vez mais os bons e os maus momentos do dia. Iremos descobrir caminhos inesperados para a felicidade e para a satisfação. Aos poucos vamos começar a prestar mais atenção a azáfama do nosso dia-a-dia.

Por vezes não é necessário aumentar abruptamente o tempo dedicado às atividades agradáveis, ou reduzir o que dedicamos as extenuantes, simplesmente podemos mudar a nossa relação com elas. Iremos descobrir formas de nos dirigir às experiências em vez de fugir delas ou de as evitar.

A atenção plena que aprendemos, permite-nos contemplar os aspetos difíceis da vida além das crenças ou das expectativas sobre elas.

O que aprendemos nas últimas seis sessões levou-nos até aqui, ao focarmo-nos nas sensações, pensamentos e sentimentos.

Chegou o momento de traçar o nosso próprio mapa, que nos ajude a mudar o equilíbrio entre as atividades que nos esvaziam, e as que nos preenchem.

Escrever numa tabela 5 maneiras de mudar esse equilíbrio.

Por exemplo, “Fazer uma pausa a cada 2 horas”, “Cozinhar em casa, ao invés refeições pré-cozinhadas”, pode dividir atividades esgotantes em partes mais pequenas, por exemplo “Arrumar um armário ou a secretaria em várias sessões de 5 minutos, em vez de o fazer de uma vez só, até estar perfeito”. Podemos reparar que às vezes é possível enfrentar melhor uma atividade esgotante, simplesmente reservando o tempo suficiente para a efetuar.

Vou alterar o equilíbrio entre as atividades que me alimentam e as que me esgotam:

- “Fazer uma pausa a cada 2 horas”

- “Cozinhar em casa, ao invés refeições pré-cozinhadas”

-.....

-.....

É importante manter-se consciente enquanto efetua as atividades que o alimentam, mas também as esgotantes, e sobretudo quando alterar o equilíbrio entre elas.

Podemos tentar reparar na diferença que, até as mais pequenas mudanças, podem fazer na sua forma de pensar e de sentir, e como isso tem influência no seu corpo. Podemos ir consultando a tabela, e sobretudo se o estado de espírito está a piorar, lembrar-nos que não é necessário introduzir grandes mudanças.

Pequenos passos em bicos de pés servem perfeitamente.

Atenção plena ajuda-o a ir mais além dos extremos, tentar encontrar formas criativas de alimentar a sua alma com mais ou menos subtilidade. É importante que veja com clareza o equilíbrio entre aquilo que o alimenta e o esvazia. Além disso, este exercício contém uma mensagem subjacente mais profunda.

Em primeiro lugar, ajuda-nos a explorar as ligações entre os nossos atos e o nosso estado de espírito. Todos sentimos que quando estamos infelizes, stressados, ansiosos ou esgotados não há nada que possamos fazer. Parece um ponto morto e pensamos “a vida é assim”, e dizemos “não posso fazer nada para mudar isso”.

Tirar o tempo necessário para perceber de que modo podemos reequilibrar a nossa vida diária estimula-nos a ver esses pensamentos como “propaganda” que nos convence de que nem sequer vale a pena experimentar, para ver se é verdade ou não. Além disso, se formos capazes de sentir a mudança no equilíbrio entre o que nos alimenta e o que nos esvazia, servir-nos-á como sinal de advertência no caso do nosso estado de espírito estar prestes a piorar. E também funciona como um mapa que nos guia de volta a uma vida equilibrada e feliz.

Se soubermos quais as atividades que nos satisfazem, podemos dedicar-lhes mais tempo quando começarmos a sentir-nos infelizes, ansiosos, stressados ou cansados. Fornece-nos um menu de atividades que podemos escolher se sentirmos que o nosso estado de espírito está a piorar. Esse mapa pode ser de grande utilidade porque a infelicidade, o stress, a ansiedade e o esgotamento crónicos, de baixo nível, despojam-nos da capacidade de tomar decisões.

Se estivermos preparados, uma pequena quebra emocional pode converter-se num trampolim para um estado mais feliz, em vez de um passo para o infortúnio.

Passo 2 - Pausa para respirar e empreender mais ações:

Esta pausa para respirar, pode ser mais que um simples meio de restabelecer a ligação a nossa consciência expandida, serve como trampolim para ajudar a empreender ações de forma mais acertada.

A atenção plena ajuda-nos a ver o mundo com uma lente de outra cor, cada vez mais clara. Quando nos sentirmos stressados ou ansiosos devemos fazer uma pausa de alguns minutos, e depois pensar no que vamos fazer.

Por vezes, a ação mais acertada consiste em permanecer plenamente consciente, e deixar que a situação se resolva por si.

Esta semana vamos levar a cabo uma ação específica que possamos fazer, quase como uma experiência comportamental. Utilizamos a palavra “condutista” para lembrar que não é necessário apetecer-nos fazê-lo, temos que fazê-lo!

Isto porque as investigações demonstraram que quando o nosso estado de espírito se encontra em baixo, o processo de motivação habitual se inverte. Em geral, na vida quotidiana, sentimo-nos motivados a fazer uma coisa e fazemo-la. Quando o estado de espírito está em baixo, temos de fazer alguma coisa antes de a motivação chegar.

A motivação segue-se à ação, em vez de ser o contrário, por exemplo, sair com os amigos, argumentando “não me vou sentir bem” e depois descobrimos que estávamos errados. Embora muitas vezes nos aconteça algo deste género, temos dificuldades em aprender, porque a memória da próxima vez em que o nosso estado de espírito esteja de rastos, a sua propaganda é tão forte, que tornamos a cair na sua armadilha.

Em suma, quando nos sentimos cansados infelizes stressados ou ansiosos, esperar que a motivação apareça, poderá não ser o mais acertado, temos de pôr a ação à frente.

“Quando o estado de espírito está em baixo, a motivação segue-se à ação e não o contrário.

Quando pomos à ação à frente, em seguida a motivação aparece”

Portanto, depois de recorreremos a uma pausa de alguns minutos, em momentos de stress devemos parar e perguntar a nós próprios:

- De que é que preciso neste momento?
- Qual é a melhor forma de tomar conta de mim, neste preciso momento?

Temos três opções para uma ação acertada:

- Fazer algo agradável.
- Fazer algo que nos dê satisfação ou a sensação de que controlamos a nossa vida.
- Continuar a agir com plena consciência.

Porquê três opções?

Porque o tipo de esgotamento, ansiedade e stress que mais influência exerce na nossa qualidade de vida, afeta especialmente estes três campos.

- A nossa capacidade de fruir.
- A nossa capacidade de nos mantermos donos de nós próprios.
- A nossa motivação para estarmos no momento presente.

Desenvolvendo-os separadamente vejamos:

- Fazer algo agradável.

A exaustão, a ansiedade, o stress e o desânimo, fazem com que em vez de saborear realmente a vida, sintamos anedonia, isto é, a incapacidade encontrarmos o prazer da vida.

As coisas que antes nos davam prazer, agora deixam-nos “frios”, é como se uma névoa espessa tivesse colocado uma barreira entre nós e os prazeres simples, e já nada nos pareça satisfatório.

As investigações sugerem, que grande parte disso se deve, a que os “centros de recompensa” do cérebro, passam a ser insensíveis àquilo que antes os ativava. Assim ao emprendermos ações conscientes, começamos a despertar pouco a pouco esses caminhos negligenciados, escolhendo atividades de que costumávamos gostar ou que pensávamos que poderíamos apreciar agora e fazemos a experiência de descobrir se nos dão prazer.

- Incrementar a sensação de domínio ou controlo.

A ansiedade, o stress, o cansaço extremo e a infelicidade reduzem a sensação de controlo da própria vida.

As investigações ao longo de vários anos indicam, que quando sentimos que não temos controlo sobre uma dimensão da nossa vida, a referida sensação, pode espalhar-se como um vírus e afetar

também outras dimensões. Acabamos por nos sentir inexplicavelmente impotentes e dizemos a nós próprios que, “não podemos fazer nada” ou que, “não temos energia”. Aos poucos, as pequenas coisas vão-se acumulando e temos a sensação de ter perdido o controlo da faceta mais íntima da nossa vida. Assim, em passos graduais, selecionar pequenas ações que possamos fazer e, uma vez realizadas, comuniquemos à parte mais profunda de nós que a sua importância, não era tão grave como pensávamos.

- Fomentar a atenção plena

Como já vimos, o stress, a ansiedade e o esgotamento surgem do modo mental “Fazer”, que se oferece para ajudar quando estamos mais stressados ou ansiosos, mas com o efeito secundário de que limita a nossa vida e impele-nos, a pensar demasiado nas coisas, a lutar, a suprimir as “fraquezas”, a ligar o “piloto automático”, a comer desordenadamente, a caminhar sem desatento e, na verdade, a fazer tudo sem prestar atenção.

Fazendo uma pausa para respirar, há outra alternativa, agir em consciência e recuperar os nossos sentidos.

- O que veem os vossos olhos?
- O que ouvem os vossos ouvidos?
- O que cheira o vosso nariz?
- Em que pode tocar?
- Qual é a vossa postura, a vossa expressão facial?
- O que encontram aqui e agora, se tirarem um momento para dedicar toda a vossa atenção?

- Escolher ações - ser específico.

Escolham o que considerarem mais adequado. Não esperem milagres, tratam-se mais de experiências úteis que devemos levar a cabo, para recuperar-mos a nossa perceção global do prazer, o controlo e a plena consciência perante as nossas mudanças de humor.

Primeiro – fazer algo agradável

Sejam amáveis com o vosso corpo.

- Tomem um banho quente
- Comam o vosso prato preferido à refeição
- ...

Envolvam-se numa atividade que gostem.

- Saiam para passear
- Pratiquem o vosso hobby favorito
- Jardinagem
- ...

O que poderá acrescentar a esta lista?

| Ser amável com o meu corpo | Atividades agradáveis |
|----------------------------|-----------------------|
| ➤ | ➤ |
| ➤ | ➤ |
| ➤ | ➤ |
| ➤ | ➤ |
| ➤ | ➤ |

Segundo - fazer alguma coisa que dê uma sensação de domínio, satisfação, realização ou controlo.

Pode ser difícil, e pode parecer que aumenta o esgotamento, em vez de o aliviar.

Realizem pequenas partes de uma atividade, e façam-no como uma experiência. Tentem não antecipar previamente como se vão sentir depois da atividade. Pode ser algo como, limpar uma divisão da casa, arrumar um armário ou uma gaveta, praticar exercício...

Podem dividir a atividade em passos, e ir executando um a um.

Congratulem-se quando terminarem a tarefa escolhida, ou uma parte da mesma.

O que poderá acrescentar a esta lista?

| |
|--|
| O que é que me dá uma sensação de domínio, de satisfação, de êxito ou de controlo? |
| ➤ |
| ➤ |
| ➤ |
| ➤ |
| ➤ |

Terceira - Ajam com atenção plena

Seja o que for que estejam a fazer, façam-no com atenção plena. É tão fácil como concentrarem toda a atenção no que estão a fazer agora mesmo. Tentem focar a mente em cada momento presente, por exemplo, “agora estou na fila” ... “agora sinto a carteira na minha mão” ... “agora estou a caminhar” ... “agora vou buscar a minha mala...”. Pratiquem a atenção plena e isso pode mudar-lhes o dia todo.

Pequenas mudanças no que fazemos, pode alterar profundamente a forma como nos sentimos. Empreender ações de forma consciente ajuda-nos a descobrir quais as atividades que nos acalmam mais nos momentos de crise.

“As pequenas ações podem melhorar significativamente a nossa relação com o mundo.”

Sinos de atenção plena

São atividades quotidianas, convertidas em chamadas de atenção, para que se deve parar e ouvir.

- Cozinhar – a preparação de qualquer prato oferece uma grande oportunidade de praticar a atenção plena: visão, ouvido, gosto, olfacto e tato. Centre-se no tato da faca ao cortar verduras de diferentes texturas, ou no cheiro que exala de cada ingrediente que cortar.
- Comer – experimente comer em silêncio ou sem a distração da televisão ou da rádio. Invista toda a sua atenção na comida: as cores, as formas, a proveniência dos alimentos, as sensações que o ato de comer lhe causa. Saboreie conscientemente a primeira garfada. E a quarta, como é que lhe sabe?

- Lavar a louça – uma grande oportunidade para explorar as sensações e regressar constantemente ao momento presente: lavo este prato, a água flui, a sensação da temperatura, etc.
- Conduzir – tome consciência da decisão sobre onde vai focar a sua mente enquanto conduz. Se decidir concentrar-se na próxima reunião, por exemplo, tome consciência de que essa foi a decisão que tomou. Se decidir que o centro da sua atenção está noutra actividade que não a condução, observe com que facilidade o ato de conduzir passa para o primeiro plano da sua atenção quando a situação o requer. Se deixar o ato de conduzir muito em segundo plano, tome consciência disso! Invista algum tempo da sua condução a fazer desse ato o seu principal foco de atenção: as sensações, os movimentos das mãos e dos pés, o rasteio visual, a mudança de visão do primeiro plano à distância, etc.
- Andar a pé – preste atenção às sensações, observe quando é que a mente se dispersa e centre-se de novo no mero ato de caminhar.
- Transforme-se num cidadão exemplar! – quando atravessar a rua, aproveite a pausa em frente ao sinal vermelho para esperar em silêncio, focando-se na sua respiração e não para tentar arrancar o quanto antes.
- Semáforos vermelhos – oportunidade para permanecer em silêncio, tranquilo, e tomar consciência da respiração.
- Ouvir – quando ouvir, observe também quando é que não está a ouvir: começa a pensar noutra coisa ou no que vai responder, etc. recupere a atenção.

A vida oferece-nos todos os dias inúmeras oportunidades de pararmos, de nos centrarmos, de recordarmos a nós próprios que estamos completamente despertos, e presentes naquilo que nos está a acontecer neste preciso instante.

Bibliografia

Landsverk, S. S., & Kane, C. F. (1998). Antonovsky's sense of coherence: Theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(5), 419–431. <https://doi.org/10.1080/016128498248872>

Williams, M. & Penman, D. (2011). *Mindfulness. A practical guide to find peace in a frantic world*. 17ª edição (2019). (reimpressão). Lua de papel, Alfragid. ISBN: 978-989-23-2917-8

APÊNDICE 11 – A sua vida selvagem e preciosa

Plano de sessão

| | |
|---------------------------|---|
| Atividade: Oitava sessão | “A sua vida selvagem e preciosa” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|-------------|---|
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> • “A sua vida selvagem e preciosa” Sessão realizada em grupo, na qual se proporciona um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • A sessão é composta por três momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro momento: Psicoeducação • Segundo momento: “A oitava semana é o resto da sua vida” • Terceiro momento: “Tecer o nosso paraquedas.” • Partilha e discussão em grupo sobre o tema abordado • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema • Espaço para colocação de dúvidas |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação “A sua vida selvagem e preciosa” • Dar a conhecer o que é “A oitava semana é o resto da sua vida” • “Tecer o nosso paraquedas” • Potencializar a expressão e análise de emoções |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> • Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória • Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais • Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 90 min |
| Enquadramento teórico | | <p>A psicoeducação tem sido definida como educação ou treino à pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas específicas do tratamento e da reabilitação, tais como a aceitação da doença por parte da pessoa, a inclusão da pessoa no tratamento e na reabilitação e fortalecimento de mecanismos de coping que compensem as desvantagens provocadas pela doença (Landsverk & Kane, 1998).</p> <p>Um dos aspectos mais difíceis da azáfama da vida diária é que quase nunca permitimos que a mais pequena noção de estarmos “completos”, entre na imagem do nosso cotidiano. Apressamo-nos de uma tarefa para outra, no fim da atividade já só reparamos no convite para começar outra. Não há intervalos que nos permitam tirar sequer uns segundos para nos sentarmos a recuperar forças para nos apercebermos de que acabamos de concluir algo. Acontece precisamente o contrário, dizemos “hoje não consegui acabar nada!”</p> <p>Se conseguirmos cultivar o sentido da plenitude, é muito possível que consigamos enfrentar melhor os aspectos da mente que insistem em dizer-nos que ainda não chegamos a esse ponto, que ainda não somos felizes nem</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>estamos satisfeitos. Pode ser que descobramos que somos uma pessoa completa, tal como somos agora.</p> <p>Todos temos tendência para adiar as nossas vidas. Dizemos a nós próprios “vou recuperar o sono no fim de semana”, “quando abrandar o ritmo vou estar mais tempo com as crianças”, ou, “quando chegar o verão vou descontraír e tirar umas boas férias”</p> <p>E é isto o que acontece?</p> <p>Agora! É o futuro que prometemos no ano passado, na semana passada.</p> <p>Agora! É o único momento que realmente terá.</p> <p>A atenção plena consiste em despertar para essa realidade, em tomar plena consciência da vida que tem agora, não da que desejaria ter.</p> <p>A oitava semana é o resto da sua vida.</p> <p>A tarefa consiste em integrar as práticas numa rotina sustentável a longo prazo.</p> |
|--|--|

Planificação da terceira sessão “A sua vida selvagem e preciosa”

| Oitava sessão: “A sua vida selvagem e preciosa” | | | |
|---|---|--|--|
| População alvo | Utentes do Hospital de Dia | | |
| Local: Sala de atividades | Data: A definir | | |
| Duração da sessão | 90 minutos | | |
| Objetivos | Descrição da sessão | Métodos/materiais | Metodologia de avaliação |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre o que é o “A oitava semana é o resto da sua vida” • Potencializar a expressão e análise de emoções | <ul style="list-style-type: none"> • “A sua vida selvagem e preciosa” Sessão realizada em grupo, proporcionando um momento de psicoeducação como estratégia terapêutica. • Informar sobre a confidencialidade das sessões • Informar sobre o “setting psicológico” das sessões (Ao falar-se de assuntos pessoais poderão surgir sentimentos de raiva, irritação, zanga e angústia) • “Tecer o nosso paraquedas” | <ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Demonstrativo • Interrogativo • Computador • Televisor ou retroprojeter • Papel e caneta • Mesas e cadeiras | <ul style="list-style-type: none"> • Partilha e discussão em grupo • Análise e reflexão individual de cada um sobre o tema abordado. |

OITAVA SESSÃO – “A SUA VIDA SELVAGEM E PRECIOSA”

Um dos aspectos mais difíceis da azáfama da vida diária é que quase nunca permitimos que a mais pequena noção de estarmos “completos”, entre na imagem do nosso cotidiano. Apressamo-nos de uma tarefa para outra, no fim da atividade já só reparamos no convite para começar outra. Não há

intervalos que nos permitam tirar sequer uns segundos para nos sentarmos a recuperar forças para nos apercebermos de que acabamos de concluir algo.

Acontece precisamente o contrário, dizemos “hoje não consegui acabar nada!”

Se conseguirmos cultivar o sentido da plenitude, é muito possível que consigamos enfrentar melhor os aspectos da mente que insistem em dizer-nos que ainda não chegamos a esse ponto, que ainda não somos felizes nem estamos satisfeitos. Pode ser que descubramos que somos uma pessoa completa, tal como somos agora.

Resumo.

As primeiras sessões consistiram em dar inúmeras oportunidades de identificar o “Modo Fazer” nas suas múltiplas formas e começar a cultivar o modo alternativo, “Modo Ser”

Aprendemos a prestar atenção a uma só coisa, utilizando o foco da atenção.

Aprendemos a distinguir os padrões mentais que nos distraem e a forma como o monólogo interior constante pode embotar os sentidos retirando a cor e textura a cada momento presente.

Aprendemos a regressar várias vezes aquilo em que queríamos concentrar-nos sem julgamentos nem autocríticas.

O tema central desta fase era aprender a prestar atenção intencionalmente com amabilidade. A prática do simples ato de ocupar a mente com uma só coisa proporciona inúmeras oportunidades para despertar e reconhecer que o modo mental “Fazer” está a funcionar e não sendo um erro, só se torna problemático quando se oferece para uma tarefa que não pode realizar e se recusa a sair, de modo que continuamos a enfrentar um problema quando já estamos cansados para fazer progressos.

As últimas sessões dedicam-se a ampliar a consciência, para que saibamos identificar em que momento a ansiedade e o stress do frenesim cotidiano, começam a desencadear o uso excessivo do “Modo Fazer”.

Aprendemos a separar-nos dele para entrar no “Modo Ser” e desenvolvemos estratégias que proporcionam uma gama de opções para reagir melhor quando nos sentimos sufocados pela azáfama, pela ansiedade, o stress e exaustão. Neste ponto torna-se crucial a capacidade de deixar de

utilizar o modo mental “Fazer” para superar a mente e cultivar a amabilidade para connosco mesmos e para com os outros.

A prática da atenção plena não nos obriga a abandonar o “Modo Fazer”, mas concede-nos a oportunidade e a capacidade para tal.

Encontrar a paz no mundo frenético.

A ansiedade, o stress, a infelicidade e o cansaço extremo, costumam ser sintomas de um mal-estar profundo. Não são aflições sem norte, mas sintomas que surgem do modo como nos relacionamos com os outros, connosco e com o mundo, sinais de que algo corre mal nas nossas vidas, sinais a que devemos estar atentos.

Todos temos tendência para adiar as nossas vidas. Dizemos a nós próprios “vou recuperar o sono no fim de semana”, “quando abrandar o ritmo vou estar mais tempo com as crianças”, ou, “quando chegar o verão vou descontraír e tirar umas boas férias”

E é isto o que acontece?

Agora! É o futuro que prometemos no ano passado, na semana passada.

Agora! É o único momento que realmente terá.

A atenção plena consiste em despertar para essa realidade, em tomar plena consciência da vida que tem agora, não da que desejaría ter.

Tecemos constantemente falsos sonhos, mas do que precisamos realmente é tecer um pára-quadras que possamos utilizar quando a vida começa a ficar difícil ou a desmoronar-se. Temos de o tecer todos os dias, tê-lo sempre pronto para uma emergência.

As primeiras sete sessões são uma ajuda para começar a saborear esse processo, esta é tão importante como todas as outras juntas.

A oitava semana é o resto da sua vida.

A tarefa consiste em integrar as práticas numa rotina sustentável a longo prazo.

TECER O NOSSO PARAQUEDAS: UTILIZAR A ATENÇÃO PLENA PARA MANTER A PAZ NUM MUNDO FRENÉTICO.

Comece o dia com atenção plena – quando abrir os olhos, faça uma pausa breve e respire cinco vezes. É a sua oportunidade de se voltar a ligar ao seu corpo. Se está cansado, nervoso, ansioso, infeliz ou angustiado, considere esses sentimentos e pensamentos como dados mentais que se condensam e se dissolvem no espaço da consciência. Se lhe doer o corpo, identifique essas sensações como o que são: sensações. Tente aceitar todos os seus pensamentos, sentimentos e sensações de forma tranquila e compreensiva. Não é necessário tentar mudá-los. Aceite-os, uma vez que aqui estão. Terá abandonado o “piloto automático”.

Pratique pausas para respirar ao longo do dia – os momentos de pausa previamente estabelecidos ajudam-no a recuperar a concentração no aqui e agora. Deste modo, pode reagir de forma sábia e compassiva aos seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais ao longo de todo o dia.

Mantenha a prática da atenção plena

Aceite com bondade os seus sentimentos – seja o que for, tente aproximar-se com espírito aberto e sincero de todos os seus sentimentos. Lembre-se do poema “A casa de Hóspedes”, de Rumi. Não se esqueça de estender o tapete de boas vindas até aos seus pensamentos mais dolorosos, como o cansaço, o medo, a frustração, a perda, a culpa ou a tristeza. Desse modo esfumar-se-ão as suas reacções automáticas e transformará a cascata de reacções numa de opções.

Quando se sentir cansado, frustrado, nervoso, aborrecido ou sentir qualquer outra emoção forte, faça uma pausa de três minutos – desse modo “assentará os seus pensamentos”, irá contribuir para que as suas emoções negativas se dissipem e voltará a ligar-se às suas sensações corporais. E então vai estar em melhores condições de tomar decisões acertadas.

Atividades com atenção plena – faça o que fizer, tente permanecer plenamente consciente durante grande parte do dia.

Faça mais exercício – andar a pé, de bicicleta, praticar jardinagem, ir ao ginásio: qualquer actividade física pode ajudá-lo a tecer o seu paraquedas. Tente adoptar uma atitude plenamente consciente e curiosa para com o seu corpo enquanto faz exercício. Repara nos pensamentos e nos sentimentos que surgem, se sentir necessidade de “cerrar os dentes” ou se começar a sentir uma certa aversão a outros pensamentos ou sensações negativas. Tente observar tranquilamente as sensações à medida que vão surgindo. Respire seguindo o ritmo dos seus movimentos. Aumente pouco a pouco a duração e a intensidade do exercício, mas permanecendo sempre totalmente consciente.

Lembre-se da respiração – a respiração está sempre aqui. Ancora-o no presente. É como um bom amigo. Lembra-lhe que está bem tal como está.

É importante sermos realistas.

É importante cultivar a atenção plena.

Hokusai Diz

Hokusai Diz:

Olhe com atenção.

Ele diz: preste atenção, repare.

Diz: continue a olhar, tenha curiosidade.

Diz: o olhar não tem fim.

Ele diz: tenha esperança de chegar a velho.

Diz: continue a mudar, assim entende melhor quem

realmente é

Diz: fique emperrado, aceite isso, repita-se sempre

e enquanto algo for interessante.

Ele diz: continue a rezar.

Diz que cada um de nós é uma criança

cada um de nós é um velho,

cada um de nós tem um corpo.

Diz que todos temos medo.

Diz que cada um tem de encontrar a maneira de viver com medo.

Ele afirma que tudo está vivo:

pedras, edifícios, pessoas, peixes, montanhas, árvores.

A madeira está viva.

A água está viva.

Tudo tem vida própria.

Tudo vive no nosso interior.

Ele diz: viva o mundo no seu interior.

Ele diz: não importa se desenha ou escreve livros

não importa se corta madeira ou pesca.

Não importa se está sentado em casa

e observa as formigas da varanda ou as sombras das

árvores

e as ervas do seu jardim.

O que importa é que se importe.

Importa que o sinta.

Importa que se aperceba.

Importa que a vida flua através de si.

O prazer é a vida a viver através de si.

A alegria é a vida a viver através de si.

A satisfação e a força.

são a vida a viver através de si.

A paz é a vida a viver através de si.

Ele diz: não tenha medo.

Não tenho medo.

Olhe, sinta, deixe que a vida lhe dê a mão.

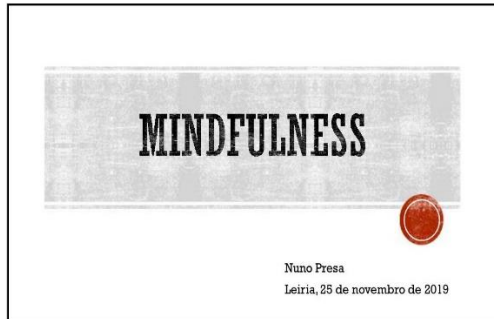
Deixe a vida viver através de si.

Bibliografia

Landsverk, S. S., & Kane, C. F. (1998). Antonovsky's sense of coherence: Theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(5), 419–431. <https://doi.org/10.1080/016128498248872>

Williams, M. & Penman, D. (2011). *Mindfulness. A practical guide to find peace in a frantic world*. 17ª edição (2019). (reimpressão). Lua de papel, Alfragid. ISBN: 978-989-23-2917-8

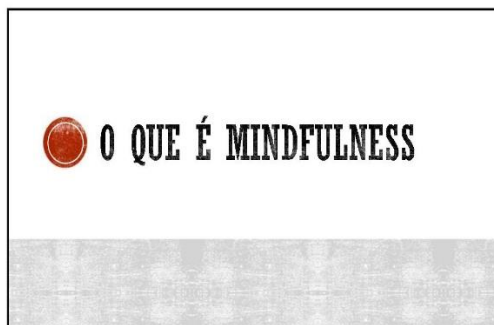
APÊNDICE 12 – Sessão preliminar - Apresentação



1



2



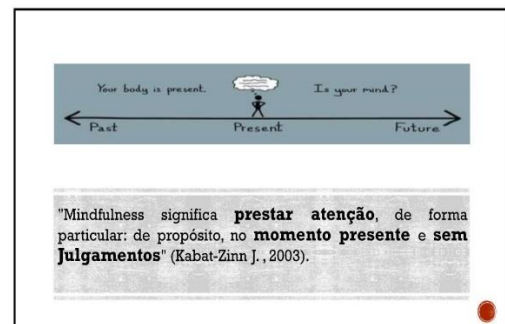
3



4



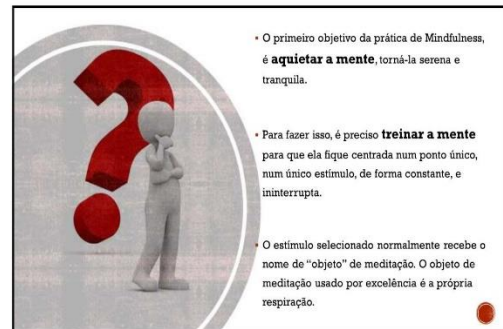
5



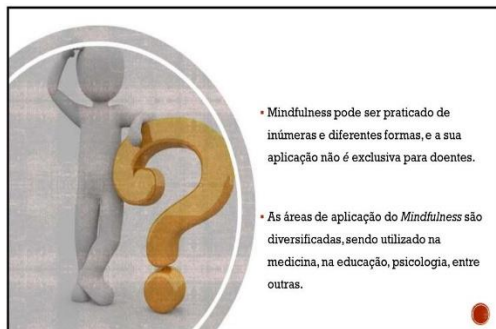
6



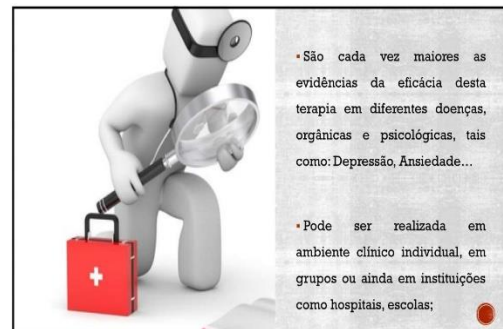
7



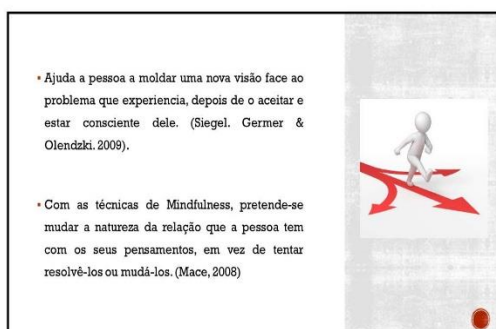
8



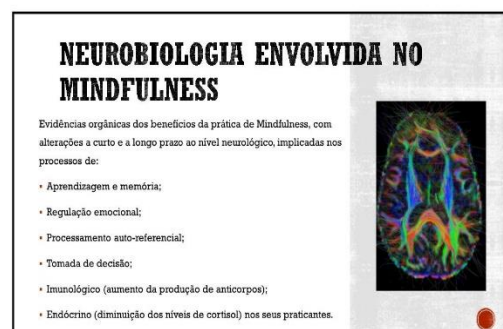
9



10



11



12

NEUROBIOLOGIA ENVOLVIDA NO MINDFULNESS

- Os resultados sugerem que a meditação pode estar associado com alterações estruturais em áreas do cérebro que são importantes para o processamento sensorial, emocional e cognitivo.
- Os dados sugerem ainda que a meditação pode afetar declínios relacionados à idade na estrutura cortical.



13

PROGRAMAS DE MINDFULNESS

- Programa Mindfulness de redução de stress - **MBSR**
- Programa Mindfulness para dor e doença - **MBPI**
- Programa Mindfulness para prevenção de recaída - **MBRP**
- Programa Mindfulness Baseado na Terapia Cognitiva - **MBCT**

14

PROGRAMA DE MINDFULNESS (HD)

- Durante as primeiras **4 semanas** do programa a ênfase reside em aprender a prestar uma atenção especial, de coração aberto, aos diferentes aspetos do mundo interno e externo.
- Ajuda a consolidar aquilo que aprende durante as práticas formais mais longas


15

PROGRAMA DE MINDFULNESS (HD)

| | |
|-----------|---|
| 1ª SEMANA | DESLIGAR O PILOTO AUTOMÁTICO |
| 2ª SEMANA | TER EM MENTE O CORPO |
| 3ª SEMANA | O RATO NO LABIRINTO |
| 4ª SEMANA | ULTRAPASSAR OS RUMORES |
| 5ª SEMANA | VIRAR-SE PARA AS DIFICULDADES |
| 6ª SEMANA | PRESO NO PASSADO OU A VIVER O PRESENTE? |
| 7ª SEMANA | QUANDO É QUE DEIXOU DE DANÇAR |
| 8ª SEMANA | A SUA VIDA SELVAGEM E PRECIOSA |

16


UMA ADVERTÊNCIA



- Os aparentes "insucessos" estão onde a aprendizagem irá ser mais intensa.
- "**ver**" que a mente "**disparou**", é um momento de grande aprendizagem.
- Acabarão por aprender que os vossos pensamentos "**não são vocês**." Podem simplesmente observá-los, quando surgem, ver como permanecem uns instantes e depois se dissolvem.
- É muito libertador perceber que os pensamentos "**não são a realidade**", são simplesmente acontecimentos mentais, "**não são vocês**".

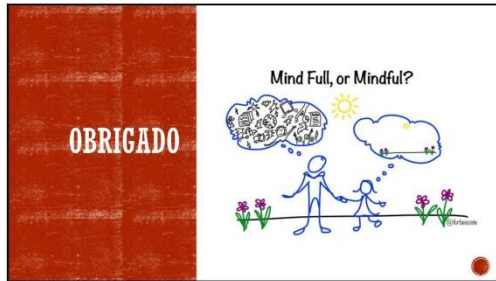
17

UMA ADVERTÊNCIA



- No momento que perceberem isso, a vossa mente pode ser apaziguada.
- Porém, rapidamente, pode voltar a disparar.
- Passado um bocado, irá aperceber-se que está a pensar, a julgar a comparar. Podem sentir-se desapontados. "*Julgava que já tinha chegado lá, e agora perdi-me...*".
- Aos poucos, os períodos de tranquilidade irão prolongar-se, e o tempo que levam até se aperceberem que a mente disparou irá diminuir.

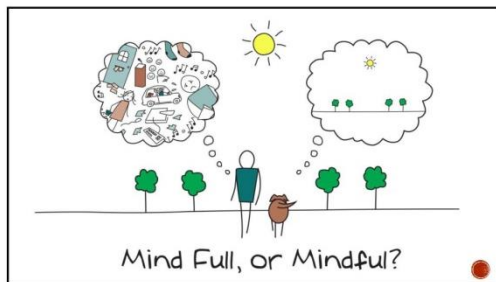
18



19



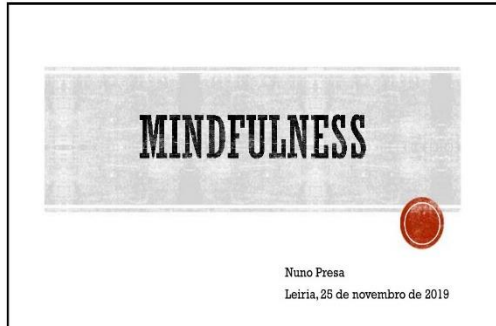
20



21

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness: The heart of rehabilitation. In E. Leontowicz (Ed.), *Complementary and alternative medicine in rehabilitation* (pp. 46- 60). San Jose: Churchill Livingstone.
- Lazar, S. W. (2016). Mindfulness experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport: National Institute of Health*.
- Mann, C. (2016). In *Mindfulness and Mental Health- Theory, Theory and Science*. New York: Routledge.
- Santos, L. H., Almeida, T. C., & Lopes, B. C. (2016). *IMPACTO DE PROGRAMAS DE MEDITAÇÃO EM INDÍVIDUOS COM SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO* (p. 4-5).
- Segal, Z. W. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, a User's Approach to Preventing Relapse*. New York: The Guilford Press.
- Segal, R. E., Carter, C. K., & Quindici, A. (2009). *Mindfulness: What it is, How to do it, and How to Teach it*. London, England; New York, NY, US: Springer Science.
- Williams, M., & Penman, D. (2011). *Mindfulness: A practical guide to peace in a hectic world*. <http://askgole.com/de page/>.

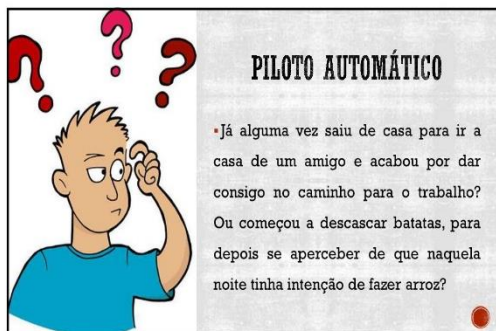
APÊNDICE 13 – Primeira sessão – Apresentação



1



2



3



4



5



6



PILOTO AUTOMÁTICO

- A medida que os anos passam isto pode tornar-se um grande problema pois vai cedendo mais e mais controlo da sua vida ao piloto automático.
- Os hábitos desencadeiam pensamentos, que desencadeiam mais pensamentos, que acabam por gerar ainda mais pensamentos habituais.
- Os pensamentos e sentimentos negativos podem formar padrões que ampliam as suas emoções.
- Sem dar por isso é invadido pelo stress, pela ansiedade e pela tristeza.

7



PILOTO AUTOMÁTICO

- Pode tentar desesperadamente evitar espiral de stress procurando suprimi-la.
- Talvez tente comentar consigo mesmo dizendo a si próprio "sou estúpido por estar a sentir isto".
- Mas pensar isto dos seus pensamentos, sentimentos e emoções só os vai tornar piores.

8

PILOTO AUTOMÁTICO

- Em vez disso tem de descobrir uma forma de quebrar o ciclo assim que se apercebe de que ele começou.
- É este o primeiro passo para aprender a lidar com a vida de forma mais hábil.
- Implica treinar-se para se dar conta de quando é que o seu piloto automático está a assumir o comando, de modo a poder seleccionar onde pretende focar a sua atenção.
- O primeiro estágio para reconquistar a **atenção plena** envolve voltar ao básico.
- **Tem de reaprender a concentrar a sua atenção numa coisa de cada vez.**



9

OBRIGADO

Mind Full, or Mindful?

10

BIBLIOGRAFIA

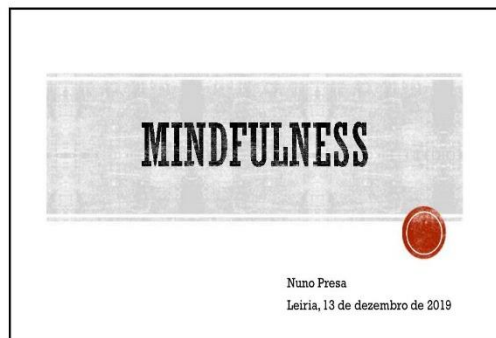
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness: The heart of rehabilitation. In E. Lebowitz (Ed.), *Complementary and alternative medicine in rehabilitation* (pp. xv-xvii). Saint Louis: Churchill Livingstone.
- Lazar, S. W. (2006). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport National Institute of Health*.
- Marx, C. (2006). *Mindfulness and Mental Health: Theory, Theory and Science*. New York: Routledge.
- Santos, J. M., Almeida, T. C., & Lopes, R. C. (Maio de 2018). **IMPACTO DE PROGRAMAS BASEADOS EM MINDFULNESS NOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO**. pp. 8-21.
- Segal, Z. W. (2012). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapses*. New York: The Guilford Press.
- Siegel, R. D., Germer, C. E., & Orendski, A. (2009). *Mindfulness: What it's Really All About*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Williams, M., & Penman, D. (2011). *Mindfulness: A practical guide to peace in a hectic world*. Abingdon: Line de paper.

11

Mind Full, or Mindful?

12

APÊNDICE 14 – Segunda sessão – Apresentação



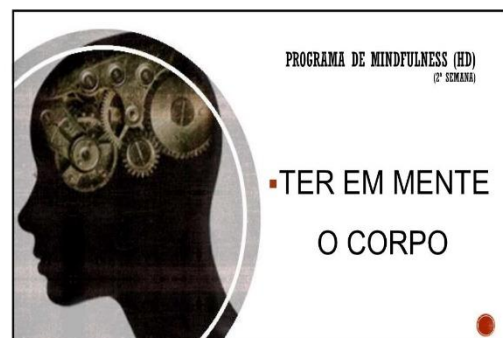
1



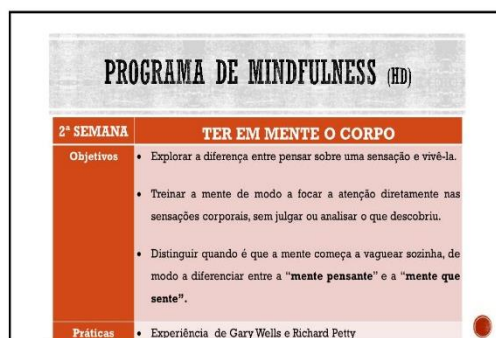
2



3



4



5



6



TER EM MENTE O CORPO

- O corpo não reage apenas àquilo em que a mente está a pensar.
- Também alimenta o cérebro com informação emocional que, pode acabar por ampliar:
 - Medos
 - Preocupações
 - Angústia
 - Infelicidade em geral.
- Feedback em círculo


7



TER EM MENTE O CORPO

- Muitas experiências mostram precisamente como é poderosa a influência do corpo nos pensamentos
- Os nossos gestos e postura podem afetar também até os nossos julgamentos aparentemente lógicos.

8



TER EM MENTE O CORPO

- Muitos acreditam que o Mindfulness serve para limpar a mente e chegam a esta fase querendo desesperadamente isso.
- "não consigo focar-me"
- "a minha mente não se calava"
- "estava tão agitado que não conseguia manter-me quieto... descontraindo... Pensava no trabalho, nas contas por pagar..."

9

TER EM MENTE O CORPO

Tudo isto é normal este processo por vezes é difícil.

É como começar a treinar no ginásio após um longo período de pausa.

Haverá dias em que é difícil, quando se sentir zangado ou frustrado.

Quando isso acontecer não seja duro consigo, liberte-se de ideias como, **'sucesso ou insucesso'** ou ideias abstratas como **'tentar purificar o corpo'**

10



TER EM MENTE O CORPO

Ter em mente o corpo, revela o modo fazer.

O que é o **"modo fazer"**?

11



MODOS FAZER


Quando tenta resolver o problema da infelicidade, ou qualquer outra emoção negativa, utilizamos uma das ferramentas mais poderosas da mente, o **pensamento crítico racional**.

Funciona assim: vê-se a si mesmo num lugar **"A infelicidade"** e sabe onde é que quer estar, **"felicidade"**. A sua mente analisa então o fosso entre as duas, tentando encontrar a melhor forma de o transpor.

Faz isto partindo o problema em pedaços, é um modo tremendamente poderoso de resolver problemas.


12

- É a pior coisa que deve fazer, já que requer que esteja **focado na diferença** entre o modo **como está** e como **gostaria de estar**, ao fazer isto, coloca perguntas críticas como esta:
 - **O que é que se passa comigo?**
 - **Onde é que errei?**
 - **Porque é que cometo sempre erros destes?**



13


- Para explicar o seu descontentamento, acreditamos genuinamente que se se preocuparem bastante com a sua infelicidade, acabarão por encontrar uma solução.
- Precisam apenas de fazer um último esforço, pensar um pouco mais sobre o problema...



14

Mas não:

- A investigação mostra o oposto, com efeito **cismar** reduz a nossa capacidade de resolver os problemas, e é absolutamente **inútil** para ajudar a lidar com as dificuldades emocionais.

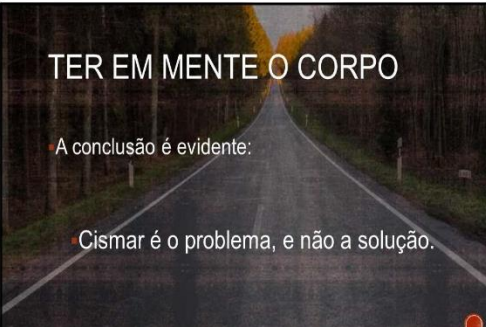


15

TER EM MENTE O CORPO

A conclusão é evidente:

- Cismar é o problema, e não a solução.



16

TER EM MENTE O CORPO

Porém, há outra forma.
A cabeça não se limita a pensar.
Também pode ser consciente de que está a pensar.
Esta forma de **consciência pura** permite-nos vivenciar o mundo diretamente.
É maior do que pensar.
Não está nublada pelos nossos pensamentos sentimentos e emoções.



17



- A **consciência pura** transcende o pensamento
- Permite-nos **sair do diálogo negativo** que temos connosco
- Quando o fazemos há um **sentimento de calma** que começa a reaparecer na nossa vida.

18




TER EM MENTE O CORPO

- Se der consigo em **piloto automático**, quando a sua mente foge para o **passado** ou para o **futuro**, pode **reconhecer isso mesmo**, registando para onde foi a sua mente e depois fazê-la regressar...
- **O movimento de partir e voltar pode tornar-se uma ótima prática, que conduz à mudança do fazer para o ser.**

19

CONCLUSÕES A RETER:


- **Feedback em círculo. (experiências)**
- **Libertar-se de ideias como: Sucesso ou insucesso (cismar)**
- **Modo fazer (pensamento crítico racional) vs. modo ser (consciência pura)**
- **Movimento de partir e voltar, conduz à mudança do fazer para o ser**



20

OBRIGADO

Mind Full, or Mindful?



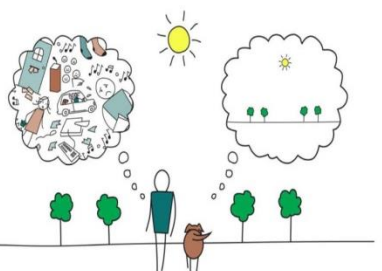
21

BIBLIOGRAFIA

- Koenig-Ziza, J. (2003). Mindfulness: The heart of rehabilitation. In E. Seidenberg (Ed.), *Complementary and alternative medicine in rehabilitation* (pp. 49–59). San Francisco: Churchill Livingstone.
- Lazar, S. W. (2006). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, National Institute of Health.
- Maca, C. (2008). *Mindfulness and Mental Health: Theory and Science*. New York: Routledge.
- Santos, L. M., Almeida, T. C., & Lopes, R. C. (Maio de 2018). **IMPACTO DE PROGRAMAS BASEADOS EM MINDFULNESS NOS SINTOMAS DE ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO** pp. 8-11.
- Segal, Z. W. (2010). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: The Guildford Press.
- Siegel, R. D., Delmar, C. K., & Clendishi, A. (2008). *Mindfulness: What is it? Where did it come from? Dharma, Practice (Ed.)*. (2008). *Clinical handbook of mindfulness*. New York, NY, US: Springer Science.
- Williams, M., & Penman, D. (2011). *Mindfulness: A practical guide to peace in a frantic world*. Altrage-lua de papel.

22

Mind Full, or Mindful?



23

ANEXOS

ANEXO I – Terapia do grupo “Cerca para as galinhas”

| | |
|---------------------------|--|
| Atividade: | Terapia de grupo, realização de “Cerca para as galinhas” |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|-------------|---|
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> Sessão realizada em grupo para construção de uma cerca em redor do galinheiro do hospital de dia, para possibilitar a saída das galinhas para o exterior. Consulta em grupo, de sítios da internet para pesquisa de material necessário Reunião de todo o material necessário Construção da cerca por todos os doentes do hospital de dia |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> Facilitar a participação e interação dos doentes, de modo que eles possam verbalizar livremente os seus pensamentos e emoções Manter o foco na socialização e diálogo Promover experiências positivas que permitam descobrir e resolver dificuldades interpessoais, de acordo com seus sentimentos, comportamentos e reações, sem o medo e a ansiedade que, sentem nas ocorrências comuns do dia-a-dia Encorajar a expressão dos sentimentos, que podem ser positivos ou negativos, afetuosos ou hostis, claros ou ambivalentes |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> Interação entre os participantes Centrar a atenção sobre o que se passa no momento - aqui e agora no grupo. Apoiar os participantes que se sentem embaraçados, mediar conflitos e assegurar o cumprimento das regras estabelecidas Estimular a honestidade e espontaneidade Promover a aceitação dos colegas. Incentivar comentários sobre as sensações relativas ao que se está a passar no grupo |
| Local e duração da sessão | | Hospital de Dia, 1:30 min |
| Enquadramento teórico | | <p>Reunir-se em grupos é uma característica essencial dos seres humanos que nascem, crescem e morrem inseridos em grupos sociais. No decorrer de todo o processo de civilização, os homens organizam-se socialmente nas mais variadas atividades. Ao longo do ciclo vital, é em grupo que atravessam experiências de alegria e tristeza, saúde e doença, sucesso e fracasso. As sociedades humanas dependem do funcionamento eficiente dos grupos para proporcionar o bem-estar psíquico, espiritual, social e material aos seus membros. Em grupo se desenvolvem as habilidades interpessoais, o desempenho de papéis designados pela cultura, a participação nos processos coletivos e as soluções para os problemas.</p> <p>Isso explica o interesse de inúmeros autores que tentaram elucidar questões relativas a formação, desenvolvimento e declínio de grupos, suas características e influência sobre o ajustamento individual e constituição do psiquismo.</p> <p>Atualmente, está bem estabelecida a importância dos grupos na determinação do comportamento individual. Existe uma farta literatura que documenta essa relação, reconhecendo que os grupos podem ser orientados de forma a obterem de seus membros as mudanças desejáveis, sendo largamente empregado e com sucesso em escolas, igrejas e organizações de serviços e militares.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>No contexto de saúde mental, uma das formas mais difundidas de utilização do dispositivo grupal é a psicoterapia. Essa modalidade de atendimento psicológico alcançou nas últimas décadas uma expansão extraordinária. Na psicoterapia de grupo esse processo é realizado pela interação entre enfermeiro e doentes, assim como entre os próprios doentes. Além das intervenções aplicadas pelo enfermeiro, o grupo e a sua matriz interativa são instrumentos empregados para a obtenção da mudança.</p> <p>O enfermeiro no grupo está situado lado a lado e no meio dos doentes. É, também, membro do grupo. Precisa ter não só a experiência do analista, mas também a presença de espírito e a coragem de colocar em jogo toda sua personalidade no momento preciso para preencher o âmbito terapêutico com calor, empatia e expansão emotiva.</p> <p>Expressar sem censura e sem desaprovação cria um ambiente favorável, de indulgência e confiança, tanto em si próprio quanto nos colegas, para que possa se revelar em um nível mais profundo, aumentando a possibilidade de se compreender e modificar a percepção de si próprio. À medida que este processo se realiza, nota-se uma integração entre os participantes, forma-se uma unidade delimitada pelos vínculos e processos de identificação, e todos passam a trabalhar em conjunto. (Bechelli & Santos, 2006)</p> |
|--|---|

Planificação da Sessão de terapia de grupo

| Sessão terapia grupo "Cerca para as galinhas" | | | |
|---|---|--|--|
| População alvo | Utente do estudo de caso | | |
| Local: Exterior do hospital de dia, junto ao galinheiro | | Data: 8/10/2019 | |
| Duração da sessão | 1:30 minutos | | |
| Objetivos | Descrição da sessão | Métodos | Metodologia de avaliação |
| <ul style="list-style-type: none"> Promover experiências positivas que permitam descobrir e resolver dificuldades interpessoais, de acordo com seus sentimentos, comportamentos e reações, sem o medo e a ansiedade que, sentem nas ocorrências comuns do dia-a-dia Encorajar a expressão dos sentimentos, que podem ser positivos ou negativos, afetuosos ou hostis, claros ou ambivalentes Manter o foco na socialização e diálogo | <ul style="list-style-type: none"> Sessão realizada em grupo para construção de uma cerca em redor do galinheiro do hospital de dia, para possibilitar a saída das galinhas para o exterior. Consulta em grupo de sítios da internet para pesquisa de material necessário Reunião de todo o material necessário Construção da cerca por todos os doentes do hospital de dia | <ul style="list-style-type: none"> Consulta em grupo, de sítios da internet para pesquisa de material necessário Reunião de todo o material necessário Computador com acesso à internet | <ul style="list-style-type: none"> Verificar à medida que este processo se realiza a interação entre os participantes Avaliar os vínculos e processos de identificação Verificar se todos passam a trabalhar em conjunto. |



ANEXO II – Sessão de relaxamento “Relaxamento muscular progressivo de Jacobson”

| | |
|---------------------------|-----------------------|
| Atividade: | Sessão de relaxamento |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|-------------|--|
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> No início colocar os doentes os doentes em posição confortável, sentados ou deitados em cima de um colchão Avaliar e registar as frequências cardíacas dos utentes Realizar relaxamento de acordo com a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson No final avaliar e registar a frequência cardíaca dos utentes e comparar em termos qualitativos. (aumento ou diminuição) |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> Facilitar o relaxamento e sensação de bem-estar individual de grupo Estimular a interação social do grupo |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> Facilitar o relaxamento e a sensação de bem-estar Estimular a interação social do grupo Promover diminuição de ansiedade Facilitar a diminuição das respostas autonómicas como a frequência cardíaca |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades corporais do Hospital de Dia. 1 Hora |
| Enquadramento teórico | | <p>O relaxamento normalmente é utilizado fazendo referência aos músculos, significando alívio de tensão e alongamento as fibras musculares em oposição à contração e tensão muscular dos mesmos. Uma visão mais alargada é apresentada por (Ryman, 1995) que define o relaxamento como “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”, ou seja, inclui aspetos psicológicos da experiência de relaxamento como as sensações agradáveis e a ausência de pensamentos geradores de stress ou perturbadores. Parte-se do princípio que existe um laço entre o relaxamento muscular e pensamentos de tranquilidade. O estado geral aparente de relaxamento pode ser induzido através da utilização de métodos físicos ou psicológicos (Payne, 2003). De acordo com (Titlebaum, 1988), citado por (Payne, 2003) o relaxamento tem 3 objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Como medida preventiva, para proteger os órgãos do corpo de desgaste desnecessário e, em particular, os órgãos envolvidos em doenças relacionadas com o stress.” 2. “Como tratamento, para ajudar a aliviar o stress em condições como a hipertensão essencial, cefaleia de tensão, insónia, asma, deficiência imunológica, pânico e muitas outras.” 3. “Como competência de lidar com o stress, acalmar a mente e permitir que o pensamento se torne mais claro e eficaz. O stress pode prejudicar a capacidade cognitiva, o relaxamento pode ajudar a repor a clareza de pensamento. Descobriu-se inclusivamente que a informação positiva armazenada na memória torna-se mais acessível quando uma pessoa está relaxada.” <p>A maior parte dos métodos de relaxamento quer sejam profundos ou superficiais, incluem-se sem grande rigor numa de duas grandes categorias: Físico e Psicológico</p> <p><u>Métodos físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Relaxamento muscular progressivo de Jacobson (1938) |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">✓ Versão modificada de Bernstein & Brokovec (1973)✓ Apenas libertação de Madder (1981)✓ Relaxamento aplicado de Ost (1987)✓ Treino de relaxamento comportamental de Poppen (1988)✓ Metodo de Mitchell (1987)✓ Técnica de Alexander (1932)✓ Relaxamento diferencial✓ Alongamentos✓ Exercício✓ Métodos de respiração <p><u>Métodos psicológicos</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Auto-consciencialização✓ Fantasiar✓ Visualizações dirigidas para objectivos✓ Treino autogénico Shultz & Luthe (1969)✓ Meditação✓ Resposta de relaxamento de Benson (1976) <p>ASPETOS GERAIS DO TREINO DE RELAXAMENTO</p> <p>Ambiente: Grande parte dos autores aconselha um cenário sossegado, ameno e livre de distúrbios, outros defendem um ambiente o mais parecido com o ambiente real com leves sons exteriores. O silencio muito profundo é artificial e pode mesmo ser gerador de ansiedade.</p> <p>Estabelecer a confidencialidade: Deve ser estabelecida desde o início e relembrada a cada entrada de um novo membro caso se esteja a trabalhar em grupo. Significa que nada do que for mencionado na sessão deve ser referido por outro membro fora da sessão.</p> <p>Posição: A posição de deitado é preferível à posição de sentado, já que um corpo totalmente apoiado libertar-se-á mais facilmente da sua tensão. Tem a desvantagem da mais facilmente se adormecer podendo adotar-se uma das duas posições. De acordo com cada tipo de relaxamento a posição inicial pode ser mencionada no início de cada exercício. Quando o piso é demasiado duro pode-se optar pela utilização de espumas ou colchões.</p> <p>Introdução do método aos participantes: Realizar uma introdução que descreva e justifique a utilização do relaxamento permite que os participantes aumentem o interesse e a motivação e afaste o medo do desconhecido.</p> <p>Acção: O procedimento de relaxamento exige um tom de voz sossegado e calmo, sem ser hipnótico. Autores sugerem que deve ser um tom de voz conversacional para começar, mas que o volume e o ritmo do discurso devem ser reduzidos gradualmente com o decorrer da Acção.</p> <p>As pausas entre as instruções devem ser longas para dar tempo aos praticantes de levarem a cabo a acção ou invocarem a imagem. As reticências ao longo do texto indicam pausas. A voz “ao vivo” é mais eficaz na indução do relaxamento do que uma voz gravada.</p> <p>Finalização: Os procedimentos de relaxamento profundo devem ser trazidos gradualmente a seu termo, permitindo aos participantes um retorno vagaroso ao estado de vigília. Existem vários métodos, grande parte descritos nos guiões de relaxamento.</p> |
|--|---|

Planificação da sessão de relaxamento

| Sessão de relaxamento | | | |
|--|--|--|---|
| População alvo | Utentes do Hospital de Dia | | |
| Local: Sala de atividades | Data: 12/11/2019 | | |
| Duração da sessão | 60 minutos | | |
| Objetivos | Descrição da sessão | Métodos | Metodologia de avaliação |
| <ul style="list-style-type: none">Facilitar o relaxamento e sensação de bem-estarEstimular a interação social do grupoPromover a diminuição da ansiedadeFacilitar a diminuição das respostas autonómicas como a frequência cardíaca | <ul style="list-style-type: none">No início da sessão colocar os utentes em posição confortável, sentados ou deitados em cima de um colchãoAvaliar e registar a frequência cardíaca dos utentesRealizar o relaxamento através do guião de Jacobson com música ambienteNo final avaliar e registar a frequência cardíaca dos utentes e comparar em termos qualitativos (aumento ou diminuição) | <ul style="list-style-type: none">Metodologia interativaColchão para os utentesAparelho portátil de avaliação de frequência cardíacaFolha de registosCanetasAparelhagem | <ul style="list-style-type: none">Avaliação da frequência cardíaca no início e no final da sessãoObservação e registo de como cada utente interveio e participou na sessão |

GUIÃO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON

(Vaz-Serra, 2007, adaptado por Lopes, 2016)

"A fim de conseguir relaxar-se tudo quanto precisa de aprender é conhecer as diferenças entre estar contraído e descontraído. Respire lentamente e empurre o ar para o seu abdómen. Feche os seus olhos, apoie-se bem e vamos começar."

Cabeça

Imagine que a sua cabeça é um pião cujo bico se apoia numa base chamada pescoço. Rode-a muito lentamente, de forma a descontrair os músculos do pescoço.

Não a deixe inclinada, nem para a frente nem para trás, nem para o lado esquerdo ou lado direito.

Deixe-a ficar ao centro de modo descontraído.

Braço direito

Focalize a sua atenção nos músculos do seu braço e mão direitos. Contraia esses músculos, erguendo o braço à sua frente, dobrando o cotovelo no ângulo de 45 graus e fechando o punho.

Sinta a tensão na mão e braço.

(Manter a contração durante 5-7 segundos)

Relaxe...

Note a diferença entre tensão e relaxamento

Focalize as sensações nesses músculos à medida que vão ficando mais e mais relaxados

(Manter durante 30-40 segundos)

Procure deixar a boca entreaberta e permitir que o ar entra e saia com naturalidade.

Comece a respirar lentamente, tão lentamente quanto lhe possa ser possível.

Braço esquerdo

Focalize agora a sua atenção nos músculos do seu braço e mão esquerdos. Contraia esses músculos, erguendo o braço à sua frente, dobrando o cotovelo no ângulo de 45 graus e fechando o punho.

Sinta a tensão na mão e braço.

(Manter a contração durante 5-7 segundos)

Relaxe...

Note a diferença entre tensão e relaxamento.

Focalize as sensações nestes músculos à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados.

(Manter durante 30-40 segundos)

Mantenha a boca entre aberta e deixe que o ar entre e saia com facilidade. Comece a respirar lentamente tão lentamente quanto lhe possa ser possível.

Face

Agora vou pedir-lhe que contraia os músculos do seu rosto, levantando as sobrancelhas, trocando os olhos, franzindo o nariz, cerrando os dentes, puxando os cantos da boca para trás e empurrando a língua contra o céu da boca.

Sinta a tensão através de toda a área facial...

(Manter a contração durante 5-7 segundos)

Relaxe...

Deixe toda a atenção sair.

Repare no que se passa, a medida que os músculos vão ficando cada vez mais relaxados...

(Manter a contração durante 30-40 segundos)

Note a diferença entre estar contraído e descontraído.

Vá continuando a manter a boca entreaberta permitindo que o ar entre e saia com facilidade.

Até aqui já aprendeu a notar as diferenças entre estar contraído e descontraído a respeito dos músculos dos seus punhos, antebraço, braço e face.

Pescoço e garganta

Vamos focar agora a sua atenção nos músculos do pescoço e garganta. Vou pedir-lhe que contrai a estes músculos, puxando o queixo para o peito, mas sem o deixar tocar no peito.

Sinta a tensão nestes músculos.

(Manter a contração durante 5-7 segundos)

Relaxe...

Deixe Toda a tensão sair.

Repare como é agradável a sensação, a medida que os músculos vão ficando mais relaxados.

(Manter a contração durante 30-40 segundos)

Note o seu pescoço a descontrair progressivamente. Reconheça a diferença entre estar contraído e descontraído.

Tórax, ombros, parte superior das costas e abdômen.

Focalize-se agora nos músculos do peito, ombros, parte superior das costas e abdômen. Vou pedir que contraia esses músculos, inspirando bem fundo, prendendo a respiração, puxando as omoplatas uma de encontro à outra, enquanto ao mesmo tempo, faz o estômago duro.

Sinta a tensão no peito, ombros, parte superior das costas e estômago...

(Manter a contração durante 5-7 segundos)

Relaxe...

Repare como esses músculos estão agora, comparando com o que se passava anteriormente. Note a diferença entre estar contraído e descontraído.

A fim descontrair os músculos do tórax tudo quanto vai procurar fazer é respirar lentamente... Tão lentamente quanto lhe possa ser possível fazê-lo. Quando alguém está tenso a respiração torna-se rápida

e superficial. Tente agora fazer o contrário. Uma respiração lenta e profunda, permitindo que o ar chegue bem abaixo dos pulmões de forma a levantar o seu abdômen. Continue a respirar lentamente.

(Manter a contração durante 30-40 segundos)

Perna direita

Vamos passar agora para os músculos da sua perna e pé direitos. Vou pedir-lhe que contraia os músculos da perna direita, levantando-a ligeiramente e esticando os dedos do pé e virando o pé para dentro.

Sinta a tensão através da sua perna...

(Manter a contração durante 5-7 segundos)

Relaxe...

Deixe toda a atenção sair.

Repare como é agradável a sensação de descontração, a medida que os músculos vão ficando cada vez mais profundamente relaxados...

...

(Manter a contração durante 30-40 segundos)

Note a diferença entre estar contraído e descontraído

Perna esquerda

Contraia agora os músculos da perna esquerda, levantando-a ligeiramente e esticando os dedos do pé e virando o pé para dentro.

Sinta a tensão na sua perna...

(Manter a contração durante 5-7 segundos)

Relaxe...

Deixe toda a atenção sair.

Repare como é agradável essa sensação de descontração...

(Manter a contração durante 15-20 segundos)

Note a diferença entre estar contraído e descontraído...

Agora que já aprendeu a notar as diferenças entre "estar contraído e descontraído" vai percorrer com o seu pensamento todo o seu corpo a fim de descontrair por completo qualquer músculo que ainda tenha contraído.

Vá dizendo para si mesmo: "A minha testa está completamente descontraída... o meu nariz, a minha boca, a minha língua, os meus lábios estão completamente relaxados". Se porventura encontrar algum músculo ainda contraído fale com ele diretamente e diga-lhe: "Deixa-te descontrair... abandona-te".

Continue a respirar sempre lenta e profundamente. Encha devagar todo o seu tórax e expire lentamente.

Diga para si mesmo: "Sinto-me completamente descontraído... relaxado".

Prossiga a falar consigo: "O meu abdômen, as minhas coxas, pernas e pés estão completamente descontraídos".

Neste momento, que já aprendeu eu e a descontrair todo o seu corpo vai tentar fazê-lo ainda mais.

"Imagine-se num dia bem frio de inverno... lá fora está frio, está vento, está a chover. Neste momento encontra-se junto de uma lareira ou de um fogão de sala, aceso, com lenha a arder. Tente observar todos os pormenores. Sinta o tempo desagradável que está lá fora e o conforto que está a sentir na sala

onde se encontra. Está-lhe a saber bem o calor que a lenha liberta. Começa a sentir o calor a invadi-lo progressivamente, a espalhar-se pelo seu tórax, a ir para o ombro direito e para o ombro esquerdo, o braço direito e o braço esquerdo, a mão direita e a mão esquerda. O calor que está a distribuir se por todo o seu corpo e a fazê-lo descontraír ainda mais".

"Agora, que sente o seu corpo bem descontraído, coloque dentro de si a sua imagem de paz. Uma imagem que lhe dê tranquilidade, calma, serenidade, boa disposição. Vou estar calado durante 60 segundos para poder reviver por completo a sua imagem de paz: Observe todos os pormenores... O que vê... O que ouve... O que sente... Agora calou-me para o deixar com a sua imagem de paz".

Vou calar-me durante um minuto para que possa vivenciar tranquilamente esta sensação de relaxamento, sensação de boa, sensação tão agradável...

(O enfermeiro não deve falar durante um minuto e vai notando como a pessoa se encontra e está ou não a sentir-se relaxada. A partir deste ponto tem diversas opções. Uma delas é solicitar à pessoa que abra os olhos e relate a sua experiência. Este ato exige uma certa preparação como a que a seguir se apresenta).

" Não abra de imediato os olhos. Agora que se sente completamente relaxado continue a respirar lenta e profundamente para manter o seu estado de relaxamento. Vou contar lentamente até 3 e só quando disser 3 é que abre os olhos.

Nessa altura deve espreguiçar-se, se esticar-se, abrir a boca, bocejar se quiser e, quando estiver preparado, conta de novo as pulsações.

Um, continue a respirar lenta e profundamente, sem pressa;

Dois, continue a sentir-se descontraído e relaxado;

Três, pode abrir os olhos...

Conte as pulsações quando vir que já é possível fazê-lo.

ANEXO III – Terapia pelo cinema “Se enlouquecer não se apaixone”

| | |
|---------------------------|---------------------|
| Atividade: | Terapia pelo cinema |
| Realizada pelo mestrando: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|-------------|--|
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> Sessões realizadas em grupo, nas quais se proporciona um momento para visualização de filmes como estratégia terapêutica. Filmes previamente selecionados de acordo com o seu argumento e temática para trabalhar diversas competências/temas/situações com os utentes. A sessão é composta por dois momentos. <ul style="list-style-type: none"> Primeiro momento: visualização do filme. Segundo momento (Psicoeducação): partilha e discussão em grupo da análise e reflexão individual de cada um sobre o tema abordado no filme. |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> Promover um momento de análise e reformulação de problemas variados que surgem nas personagens e com as quais os doentes se identificam Potenciar mecanismos de identificação e projeção Potencializar a expressão e análise de emoções Psicoeducação para diversas temáticas de acordo com o filme |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção/concentração e memória Estimular e promover a interação social e o estabelecimento de relações interpessoais Desenvolver a comunicação verbal |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 1:30 min |
| Enquadramento teórico | | <p>A utilização de filmes como recurso terapêutico é uma ferramenta recente, mas cada vez mais utilizada na intervenção terapêutica com doentes do foro psiquiátrico.</p> <p>A visualização de filmes permite a ativação de mecanismos psíquicos conhecidos como identificação e projeção, que levam a pessoa a estabelecer uma relação empática com a temática abordada fomentando uma reflexão pessoal.</p> <p>Esta terapia apresenta efeitos positivos no desenvolvimento pessoal e social de pessoas com doenças do foro psiquiátrico contribuindo positivamente para o seu processo de reabilitação.</p> |

Planificação da Sessão terapia pelo cinema

| Sessão terapia pelo cinema com o filme: “Se enlouquecer não se apaixone” | | | |
|---|---|--|--|
| População alvo | Utentes do Hospital de Dia | | |
| Local: Sala de atividades | Data: 12/12/2019 – 13/12/2019 | | |
| Duração da sessão | 1:30 minutos | | |
| Objetivos | Descrição da sessão | Métodos | Metodologia de avaliação |
| <ul style="list-style-type: none">Promover um momento de análise e reformulação de problemas variados que surgem nas personagens e com as quais os doentes se identificamPotenciar mecanismos de identificação e projeçãoPotencializar a expressão e análise de emoçõesPsicoeducação para diversas temáticas de acordo com o filme | <ul style="list-style-type: none">Sessão realizada em grupo, proporcionando um momento para visualização do filme como estratégia terapêutica.Filmes selecionados de acordo com o seu argumento e temática para trabalhar diversas competências/temas/situações com os utentes.A sessão é composta por dois momentos.Primeiro momento: visualização do filme.Segundo momento: Psicoeducação | <ul style="list-style-type: none">Visualização do filmeUtilização do computadorUtilização da televisão | <ul style="list-style-type: none">(Psicoeducação): partilha e discussão em grupo da análise e reflexão individual de cada um sobre o tema abordado no filme. |

Análise do filme “Se enlouquecer não se apaixone”

Gênero: Comédia, Drama

Título Original: It’s Kind of a Funny Story

Diretor: Ryan Fleck, Anna Boden

Atores principais: Zach Galifianakis, Emma Roberts, Lauren Graham, Viola Davis, Jeremy Davies, Keir Gilchrist, Jim Gaffigan, Mary Birdsong, Zoë Kravitz, Cheryl Alessio, Aasif Mandvi

Ano de produção: 2011

Duração: 101 minutos.

O filme traz uma narrativa sensível sobre saúde mental. Por vezes utiliza-se de elementos dramáticos e uma pitada de comédia e até de romantismo.

Tudo começa quando o adolescente Craig, que possui depressão e ideações suicidas, resolve por conta própria internar-se num hospital psiquiátrico.

Passa por uma avaliação de seu estado mental e emocional, por uma entrevista de anamnese e consegue convencer a equipa médica da sua necessidade de internamento. Por ser adolescente, os seus pais são contactados, para o internamento e aparecem para se inteirar dos factos acabando a apoiar a situação. Porém Craig é direcionado para a Ala Psiquiátrica Adulta, com a justificação de que a Ala Juvenil se encontra em obras.

Após a sua admissão, Craig dá-se conta que as patologias e problemas enfrentados pelos outros doentes são mais complexos do que as dele. Desta forma ele identifica-se como, tendo uma crise existencial passageira. É absorvido por este mundo, sendo necessário ficar em observação por pelo menos 5 dias, que irão mudar sua vida e a sua perceção de loucura, crises existenciais, depressões, melancolias e angústias, contra problemas mais complexos e graves como Psicoses, Esquizofrenia e Sociopatias.

Neste lugar, a sua inocente frase no momento da admissão: “as pessoas conseguem resolver tudo, mas eu não!”; soa como simplista e fora da realidade de um mundo vasto e complexo da saúde mental.

Atormentado e temeroso com esse novo mundo, é acolhido por Bobby, um pai de família que se separou e tem dificuldades em rever a sua filha pré-adolescente. Está internado por conta de inúmeras tentativas de suicídio. Torna-se o mentor de Craig no lugar, onde ambos acabam por criar uma grande amizade.

No local há uma adolescente, também por conta da reforma da Ala Juvenil, Noelle, que também cria laços de amizade com Craig e identificam-se um com o outro. Também está internada por ideações suicidas, onde se notam cortes provocados no seu rosto e braços.

Craig acaba por entrar em contato de forma sensível com os outros doentes. Bem aceite, faz amizades e conhece um pouco do mundo particular de cada um, com suas próprias excentricidades, sonhos, desejos, fantasias e consequentes patologias.

O filme mostra cenas representadas por animações e artes gráficas que traduzem de forma ideal as fantasias e recordações da personagem central.

As sessões de arteterapia e musicoterapia foram um dos pontos altos do filme. Numa cena da sessão de musicoterapia, todos os doentes pegam num instrumento musical. Nessa parte, Craig, fica sem instrumento. O instrutor da musicoterapia convida-o para dar voz à música que irão representar. Timidamente, mas convencido por todos os participantes, ele aceita tomar o microfone e dar voz à música.

Assim, num dos momentos mais contagiantes do filme, a sala de música transforma-se num palco, onde todos estão perfeitamente fantasiados, interpretam a música “Under Pressure”, da banda de rock britânica Queen.

Nota-se no filme muita sensibilidade ao focar as relações entre doentes e funcionários, focam os seus dramas, as suas angústias e excentricidades, os seus dias bons e os seus dias maus, tal como cada um de nós temos e vivemos.

E como numa deixa do personagem principal: “minha vida é uma droga!” Será que os nossos problemas são os maiores do mundo?

O filme além de cativante e empolgante, mostra-se humano e acolhedor. São coerentes, profundas e interessantes as conversas de Craig nas suas sessões de Terapia com a Psiquiatra. Ela inspira discussões de valores.

Quando numa das sessões as suas queixas sobre a vida se tornam persistentes, como que vomitando suas angústias, medos e ansiedades, a Psiquiatra comenta com o doente que existe um ditado:

Oração da Serenidade

“Senhor, dê-me forças para mudar as coisas que eu posso mudar, coragem para aceitar as que eu não posso mudar, e sabedoria para distinguir uma coisa da outra.” Eis uma bela reflexão!

ANEXO IV – Análise transaccional “As palavras de ordem”

| | |
|-----------------------|--|
| Atividade: | Análise transaccional “As palavras de ordem” |
| Realizada pelo aluno: | Nuno Presa |

| | | |
|---------------------------|-------------|---|
| Descrição | | <ul style="list-style-type: none"> As Palavras de Ordem que comandam automaticamente as nossas ações são preciosos auxiliares em situações de tensão e recursos importantes para a sobrevivência, mas extremamente prejudiciais se essas tensões não têm já razão de ser. As Palavras de Ordem, automaticamente acionadas, são como coletes de salvação em situações problemáticas e orientam as nossas reações. Por isso, se repetem, ainda que juremos a pés juntos, que não voltamos a reagir desta ou daquela maneira, que tanto nos insatisfaz Os Permissores são autênticos “Mini Cenários” alternativos que visam contrariar os Impulsores ou Palavras de Ordem que, como se disse, são negativas e constituem um obstáculo de peso a uma vivência plena da intimidade e do estabelecimento de transações satisfatórias |
| Objetivos | Principais | <ul style="list-style-type: none"> Autoconhecimento Criar permissores que permitam aos doentes construir-se de forma autónoma e independente Desenvolver potenciais, permitindo criar uma personalidade ativa e socialmente produtiva |
| | Secundários | <ul style="list-style-type: none"> Socialização Partilha de emoções Libertação dos automatismos e autocondicionamentos |
| Local e duração da sessão | | Sala de atividades de Hospital de Dia, 1 hora |
| Enquadramento teórico | | <p>A Análise Transaccional é uma teoria de psicologia, criada e desenvolvida por Eric berne. Ele observou que em cada pessoa existem 3 parte distintas e funcionais, as quais denominou Estados de Ego. Definiu um estado de Ego como “um sistema de emoções e pensamentos”, acompanhado por um conjunto afim de padrões de conduta”.</p> <p>A Análise Transaccional empregando uma linguagem simples e compreensível, partindo da conceção do indivíduo como uma unidade biopsicossocial, divide didaticamente a personalidade em três componentes denominados Estados do Ego, que são o PAI, O ADULTO e a CRIANÇA (PAC). Esses estados de Ego agem como 3 pessoas distintas, atuando e interagindo continuamente dentro da nossa cabeça.</p> <p>Compreender os mecanismos que determinaram o nosso passado por um processo de identificação dos Estados do Eu dominantes é a principal função da Análise Estrutural.</p> <p>A Análise Transaccional, visa a mudança do comportamento por intermédio de ações. Saber que Estados do Eu privilegia, que transações desenvolve no universo das relações sociais, que jogos psicológicos joga e que cenários de vida adota, pouca utilidade terá para o indivíduo se, feito esse diagnóstico, ele não se desligar dos arcaísmos do passado, se em vez de conduzir o veículo da sua vida com o volante voltado para trás não for capaz de direcioná-lo bem para a sua frente.</p> <p>As relações interpessoais e os aspetos relacionados com a comunicação distinguiram a Análise Transaccional da Psicanálise.</p> <p>Os comportamentos dos adultos, com particular incidência os dos pais, influenciam os comportamentos das crianças que os tomam como valores absolutos e ficam registados no seu inconsciente como palavras de ordem. Quando, por exemplo, a criança é deixada constantemente sozinha e ninguém a estimula nem com ela comunica e é tratada com desdém, ela</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>interioriza a palavra de ordem Não Vivas! Os pais superprotegem a criança e decidem por ela. Neste caso, interioriza a palavra de ordem: Não cresças! Sê dependente. Não expresses as tuas emoções e nunca digas o que sentes! São palavras de ordem a que a criança obedece quando os pais valorizam os aspetos racionais em detrimento das emoções, ridicularizando-a quando, espontaneamente, expressa os seus sentimentos, desqualificando-a quando ela se mostra mais sensível ou frágil. Nestas circunstâncias a criança segue a palavra de ordem sê duro! Ao verificar que só consegue carinhos quando está doente, desde muito cedo a criança regista no seu inconsciente a palavra de ordem: Destrói-te! Os pais irritam-se sempre que a criança está alegre ou a brincar. Ela mete na sua cabeça: Não tenhas prazer. Sê triste! Perante a irritação dos pais quando lhes faz perguntas, para satisfazer a sua curiosidade a criança segue a palavra de ordem: Não penses! Os pais não suportam quando o seu filho faz tudo para chamar a atenção e nunca valorizam o que empreende nem celebram um acontecimento bom ou um sucesso. A palavra de ordem correspondente: Sê passivo! Não te realizes! Por mais que a criança faça e por mais êxito que obtenha nos estudos, os pais nunca consideram suficiente nem a elogiam por isso, fazendo com que ela crie comportamentos derivados da palavra de ordem: Esforça-te ou Sê perfeito! Sem que a criança perceba muito bem porquê, verifica que os seus pais andam sempre a correr puxando-a para todo o lado ou gritando despacha-te, vamos chegar atrasados. Habituada a correr desalmadamente, a criança cedo aprendeu a agitar-se como forma de seguir os seus pais e, para sobreviver, obedeceu à palavra de ordem: Apressa-te! Ainda que hoje já não tenha necessidade de correr atrás dos pais, o adulto em que se tornou continua, no entanto, a seguir cegamente a palavra de ordem: Apressa-te! Um pouco por todo o lado é conhecido pelo apressado. Sempre que a criança bate o pé a algo ou alguém que o aborrece e os pais desvalorizam o seu sentimento autêntico de cólera e indicam-lhe o que em vez disso deve sentir para merecer a aprovação dos outros, ela interioriza a Palavra de Ordem: Sê atencioso! Agrada sempre ou concilia!</p> <p>A Análise Transaccional propõe uma forma de libertação dos automatismos e autocondicionamentos descritos</p> |
|--|--|

Planificação da Sessão de análise transaccional

| Sessão de análise transaccional "As palavras de ordem" | | | |
|---|--|--|---|
| População alvo | Utentes do hospital de dia | | |
| Local: Sala de atividades | Data: 12/6/2019 | | |
| Duração da sessão | 1 hora | | |
| Objetivos | Descrição da sessão | Métodos | Metodologia de avaliação |
| <ul style="list-style-type: none"> • Autoconhecimento • Criar permissões que permitam aos doentes construir-se de forma autónoma e independente • Desenvolver potenciais, permitindo criar uma personalidade ativa e socialmente produtiva • Libertação dos automatismos e autocondicionamentos | <ul style="list-style-type: none"> • Explicação do exercício e objetivos • Leitura em voz alta de 30 perguntas que compreendem o questionário • Preenchimento de tabela com valor das respostas | <ul style="list-style-type: none"> • Utilização de uma tabela para atribuir um valor numérico da resposta • Explicação dos resultados com auxílio de um PowerPoint | <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um gráfico após a resposta a todas as questões • Partilha de emoções e sentimentos |

| Nº | AFIRMAÇÕES | nunca | Quase nunca | Às vezes | Bastantes vezes | Quase sempre | Sempre |
|----|--|-------|-------------|----------|-----------------|--------------|--------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Adoro seduzir os meus interlocutores. | | | | | | |
| 2 | Tento ser perfeito naquilo que faço. | | | | | | |
| 3 | Quando escrevo um texto, uma carta, urn trabalho, etc., <u>faço primeiro um rascunho.</u> | | | | | | |
| 4 | O que mais nie importa na <i>vida</i> é o êxito dos meus projectos. | | | | | | |
| 5 | Penso em todos os detalhes, quando faço um trabalho ou planifico urna reunião ou uma festa. | | | | | | |
| 6 | <i>Evito</i> que os outros se apercebam dos meus sentimentos. | | | | | | |
| 7 | É sempre no último minuto que consigo fazer as coisas. | | | | | | |
| 8 | Tenho dificuldade em dizer não. | | | | | | |
| 9 | Começo sempre por fazer um «montão» de coisas ao mesmo tempo. | | | | | | |
| 10 | O que consigo na vida é obtido com bastante esforço. | | | | | | |
| 11 | Exprimo sem constrangimentos a alegria, o medo, a tristeza e a cólera, sem que me importe com o que os outros pensam. | | | | | | |
| 12 | Quando aqueles que me rodeiam estão aborrecidos, procuro animá-los. | | | | | | |
| 13 | Sou uma pessoa exigente. | | | | | | |
| 14 | A perseverança é a minha principal qualidade. | | | | | | |
| 15 | Devemos evitar revelar as nossas fraquezas. | | | | | | |
| 16 | Ainda que faça coisas erradas ou condenáveis evito <i>dar o flanco.</i> | | | | | | |
| 17 | Mais importante do que o resultado de um trabalho são as tentativas e experimentações realizadas para fazê-lo. | | | | | | |
| 18 | Acontece muitas vezes faltar-me tempo para acabar o que comecei. | | | | | | |
| 19 | Durmo o tempo que acho que me é absolutamente indispensável para me sentir bem. | | | | | | |
| 20 | Sinto que sou o único responsável por tudo o que me acontece. | | | | | | |
| 21 | Detesto esperar. | | | | | | |
| 22 | Prefiro a razão à emoção. | | | | | | |
| 23 | As pessoas lentas aborrecem-me. | | | | | | |
| 24 | Numa discussão prefiro conciliar do que contrariar. | | | | | | |
| 25 | Pouco me importa que as minhas crenças sejam verdadeiras ou falsas, mas os resultados que elas podem proporcionar para a minha evolução. | | | | | | |
| 26 | Faço tudo para que os outros gostem de mim. | | | | | | |
| 27 | Avalio o resultado das minhas acções pela forma como os outros a elas reagem. | | | | | | |
| 28 | Tenho tendência para recomeçar as coisas várias vezes, sendo-me difícil, dar-lhes um fim. | | | | | | |
| 29 | Uma pessoa vale por aquilo que é capaz de realizar | | | | | | |
| 30 | Deve-se manter uma certa reserva em relação aos outros. De outro modo abusam de nós. | | | | | | |

Anote as cotações obtidas no teste sobre. Faça a soma de cada coluna. No segundo quadro registe os resultados, utilizando-o como um gráfico de barras.

| O Perfeccionista | | O Atencioso | | O Esforçado | | O Apressado | | O Duro | | O Independente | |
|------------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|---|--------|---|----------------|---|
| P | R | P | R | P | R | P | R | P | R | P | R |
| 2 | | 1 | | 4 | | 7 | | 6 | | 11 | |
| 3 | | 8 | | 10 | | 9 | | 15 | | 19 | |
| 5 | | 12 | | 13 | | 18 | | 16 | | 20 | |
| 17 | | 24 | | 14 | | 21 | | 22 | | 25 | |
| 28 | | 26 | | 29 | | 23 | | 30 | | 27 | |
| Total | | Total | | Total | | Total | | Total | | Total | |

| Seja perfeito! O Perfeccionista | | Agrade! O Atencioso | | Esforce-se! O Esforçado | | Despache-se! O Apressado | | Seja forte! O Duro | | Esteja bem consigo próprio! O Independente | |
|------------------------------------|--|------------------------|--|----------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------|--|---|--|
| 25 | | 25 | | 25 | | 25 | | 25 | | 25 | |
| 24 | | 24 | | 24 | | 24 | | 24 | | 24 | |
| 23 | | 23 | | 23 | | 23 | | 23 | | 23 | |
| 22 | | 22 | | 22 | | 22 | | 22 | | 22 | |
| 21 | | 21 | | 21 | | 21 | | 21 | | 21 | |
| 20 | | 20 | | 20 | | 20 | | 20 | | 20 | |
| 19 | | 19 | | 19 | | 19 | | 19 | | 19 | |
| 18 | | 18 | | 18 | | 18 | | 18 | | 18 | |
| 17 | | 17 | | 17 | | 17 | | 17 | | 17 | |
| 16 | | 16 | | 16 | | 16 | | 16 | | 16 | |
| 15 | | 15 | | 15 | | 15 | | 15 | | 15 | |
| 14 | | 14 | | 14 | | 14 | | 14 | | 14 | |
| 13 | | 13 | | 13 | | 13 | | 13 | | 13 | |
| 12 | | 12 | | 12 | | 12 | | 12 | | 12 | |
| 11 | | 11 | | 11 | | 11 | | 11 | | 11 | |
| 10 | | 10 | | 10 | | 10 | | 10 | | 10 | |
| 9 | | 9 | | 9 | | 9 | | 9 | | 9 | |
| 8 | | 8 | | 8 | | 8 | | 8 | | 8 | |
| 7 | | 7 | | 7 | | 7 | | 7 | | 7 | |
| 6 | | 6 | | 6 | | 6 | | 6 | | 6 | |
| 5 | | 5 | | 5 | | 5 | | 5 | | 5 | |
| 4 | | 4 | | 4 | | 4 | | 4 | | 4 | |
| 3 | | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | |
| 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | |
| 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |

Nome _____

Data ____ / ____ / ____

ANEXO V - Apresentação em *powerpoint* de análise transaccional “As palavras de ordem”

ANALISE TRANSACCIONAL

AS PALAVAS DE ORDEM

As palavras de ordem podem ser detetadas facilmente:

- ▶ Sê Duro
- ▶ Sê perfeito
- ▶ Despacha-te
- ▶ Agrada
- ▶ Esforça-te

Cujos aspetos positivos são respetivamente:

- ▶ A organização
- ▶ A tenacidade
- ▶ A eficácia
- ▶ A adaptabilidade
- ▶ A persistência

Sê perfeito: O PERFECCIONISTA

CARACTERISTICAS

- ▶ Minucioso e exigente
- ▶ Detalhista e perfeccionista
- ▶ Apreciador de pormenores
- ▶ Não admite falhas (suas ou dos outros)
- ▶ Raramente fica satisfeito com o que faz
- ▶ Falta de espontaneidade e medo do ridículo afastam-no dos outros
- ▶ Os outros apreciam o seu sentido de organização, o seu método, a sua análise e o seu sentido crítico.

Palavra de
ordem:

▶ **Seja Perfeito**

PERMISSORES

**Procure fazer bem,
mas não precisa ser perfeito.
Todos nós podemos errar**

Não sintas: O DURO

CARACTERISTICAS

- ▶ Raramente expressa emoções ou sentimentos “homem não chora”
- ▶ Não quer demonstrar fraquezas
- ▶ Pouco falador, nunca pede ajuda dos outros
- ▶ Sente-se incomodado com a alegria sinceridade e espontaneidade dos outros
- ▶ Valoriza as tarefas mais complicadas
- ▶ Pode ser agressivo física e verbalmente
- ▶ Exigente consigo e com os outros
- ▶ Comunica de forma árida. Fala sobre em vez de falar com.

Palavra de
ordem:

▶ **Não Sintas**

PERMISSORES

**Pode sentir e expressar
suas emoções**

Despacha-te: O APRESSADO

CARACTERISTICAS

- ▶ Impaciente nervoso e apressado, agita-se em vez de agir
- ▶ Agita-se sem razão para tanta movimentação
- ▶ Interrompe as frases dos outros para ele próprio as terminar
- ▶ Sempre a correr e a olhar para o relógio
- ▶ É ansioso e sente que o tempo não é suficiente
- ▶ Fala em vez de escutar os outros

Palavra de ordem:

▶ **Despacha-te**

PERMISSORES

Use o tempo que for necessário

Esforça-te: O ESFORÇADO

CARACTERISTICAS

- ▶ Ansioso e inseguro, julga que tem sempre algo mais a fazer
- ▶ Julga que o esforço é mais importante que o resultado final
- ▶ Crê, que vale não pelo que é, mas pelo que faz
- ▶ Tem dificuldade em tomar iniciativas
- ▶ Desvaloriza-se, mas esforça-se bastante
- ▶ Incapaz de delegar responsabilidades
- ▶ Escuta ativa e atentamente

Palavra de ordem:

▶ **Esforça-te**

PERMISSORES

Dê o melhor do seu esforço, mas não precisa exagerar. Tudo tem um limite

Agrada sempre: O ATENCIOSO

CARACTERISTICAS

- ▶ Preocupa-se sempre em seduzir, agradecer, desculpar-se
- ▶ Necesita desesperadamente do acordo e do elogio dos outros
- ▶ Tem tendência para a submissão e para concordar sempre com o seu interlocutor
- ▶ Por vezes tem falta de sinceridade
- ▶ Dócil, incapaz de dizer não, sente-se na obrigação de aprovar tudo e todos
- ▶ Facilmente usado pelos outros

Palavra de ordem:

▶ **Agrade sempre**

PERMISSORES

Não precisa agradar ninguém para ser aceite.
Seja exatamente como você é:
tenha valores autênticos e naturais

- Da caracterização das “palavras de ordem” nenhuma é positiva. Já que o “EU” adulto, e o consciente, não intervêm em nenhuma delas.
- São automatismos inconscientes.
 - Só um individuo no seu estado adulto do “EU” pode contrariar essas palavras de ordem criando
“PERMISSORES”
- Os permissores são alternativas que visam contrariar as “palavras de ordem”, que são negativas e um obstáculo a uma vivência plena

Sê autónomo: O INDEPENDENTE


CARACTERISTICAS

- ▶ Desenvolve os seus próprios potenciais, cria a sua própria personalidade.
- ▶ Ativo autónomo e socialmente produtivo
- ▶ Sente e expressa os seus sentimentos e emoções
- ▶ Não tenta agradar e seduzir tudo e todos para ser aceite
- ▶ É autentico e verdadeiro, valoriza os seus dons naturais, sem exageros
- ▶ Tudo tem os seus limites
- ▶ Age em vez de agitar-se

▶ INDEPENDENTE

Apresenta os
PERMISSORES
de todos os cenários

“PERMISSORES”

- ▶ São alternativas que servem para contrariar as “palavras de ordem”, que são obstáculos de  peso a uma vida plena de intimidade e satisfação.
- ▶ Permitem constituir a pessoa de forma autónoma e independente

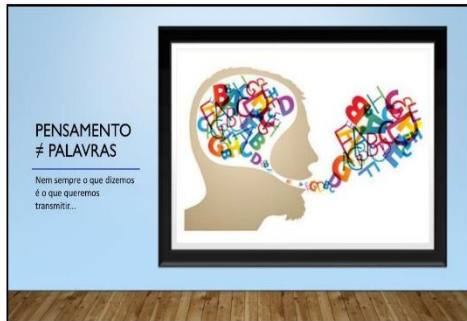
Objetivo

↓
▶ INDEPENDENTE



Obrigado

ANEXO VI – Sessão psicoeducativa para os familiares “Comunicar”



19



20



21



22



23



24

REAÇÃO DO UTENTE NA MÁ COMUNICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

- Estigma
- Auto-depreciação "Iniqueta pessoal"
- Negação
- Dificuldades de adaptação à doença
- Alteração de rotinas
- Comprometimento da privacidade
- Disrupção dos afetos da pessoa
- Desconhecimento das consequências e limitações da evolução da doença
- Exposição
- Necessidade de rotina medicamentosa

ABORDAR

Estado emocional, pensamentos e sensação de suporte impacta na **adaptação ao diagnóstico, adesão ao tratamento prognóstico e bem-estar geral**

13

TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO

| Técnica | Exemplos |
|-------------------|---|
| Silêncio | Permite reorganizar pensamentos e introduzir novos tópicos |
| Aceitação | Sim, percebo o que dizes, acenando com a cabeça |
| Reconhecimento | Vi que fizeste os trabalhos / cama ... |
| Abertura | Diz-me o que estás a pensar |
| Reforçar pistas | Sim entendo, continua ... |
| Fazer observações | Pareces zeno ... |
| Reflexão | O que achas que deves fazer ... |
| Focalização | Parece-me interessante focarmo-nos nesse ponto com mais atenção |
| Exploração | Fala-me mais dessa situação em particular ... |

14

ESCUITA ATIVA (SOIER)

- Sentar de frente para a pessoa. Isto transmite a mensagem que estamos ali para o ouvir
- Observar uma postura aberta. A postura é considerada aberta quando os braços e pernas não estão cruzados. Isto sugere que estamos abertos para o que ele tem a dizer. Com uma posição fechada, transmitimos uma posição defensiva, e a resposta será igual.
- Inclinar-se para a pessoa. Isto transmite-lhe que estamos envolvidos na interação, interessados no que está a ser dito e que estamos atentos.
- Estabelecer contacto visual. Isto transmite envolvimento. Olhar para o lado dá a noção de desinteresse.
- Relaxar: Quer estejamos de pé ou sentados, devemos transmitir a ideia que estamos relaxados

15

SABER OUVIR...

| Foco positivo | Foco negativo |
|---|---|
| Escutar para se ouvir - ouvir o que o interlocutor quer dizer e não apenas o que ele diz | Querer que o interlocutor se apresente e não o sistema de feedback |
| Escutar os sentimentos - deixar a sua mente silenciar - não pensar, não falar | Mantém o olhar e a atenção fixada no rosto enquanto que fala |
| Ter em mente que o que se diz não é apenas palavras, mas também sentimentos e intenções | Deitar as mãos para a frente e quebra o contato físico (expressão facial) |
| Escutar o conteúdo do que se diz | Fazer perguntas para compreender |
| Escutar o contexto - o que se diz não é apenas palavras, mas também sentimentos e intenções | Faz perguntas para compreender |
| Escutar o contexto - o que se diz não é apenas palavras, mas também sentimentos e intenções | Faz perguntas para clarificar antes de chegar a uma conclusão |
| Escutar o contexto - o que se diz não é apenas palavras, mas também sentimentos e intenções | Faz perguntas para compreender |
| Escutar o contexto - o que se diz não é apenas palavras, mas também sentimentos e intenções | Mantém o olhar durante o discurso e controla as reações |

16

BASE DA INTERVENÇÃO

- **Compreensão:** o outro tem percepção de que o conhecemos e compreendemos o que nos quer transmitir. Implica uma atitude de curiosidade e escuta ativa
- **Empatia:** Capacidade de compreender e se relacionar com as emoções e pensamentos do outro; requer atitude consistente de atenção ao outro e capacidade de ressonância afetiva "por-se no lugar do outro".
- **Versatilidade relacional:** capacidade de adequar a abordagem interpessoal às necessidades específicas de comunicação de cada um; ser FLEXÍVEL.

17

A RETER...

- Optar pela **simplicidade** da mensagem
- Ser **assertivo** "Quando somos assertivos, somos claros no que queremos, isto é, dizemos claramente o que pensamos sem recio do que o outro possa achar" (1)
- Tem o potencial de **reduzir drasticamente os conflitos e mal-entendidos**
- Ter atenção à **linguagem corporal**
- **Respeitar o outro**
- Demonstrar, cultivar e transmitir o seu interesse pelo interlocutor
- **Adequar a sua intervenção individualmente**
- Fazer **perguntas**
- Fazer **feedback**
- Fazer para escutar, praticando uma **escuta ativa**

"O homem comum fala, o sábio escuta, o tolo discute"

18

2. MOVIMENTO E POSTURA CORPORAL

- Movimentos da cabeça: tendem a reforçar e sincronizar a emissão de mensagens.
- Postura e movimentos do corpo:
 - O modo como um indivíduo posiciona o seu corpo transmite uma mensagem em relação à sua autoestima que fornece pistas mais seguras do que a expressão facial para se detectar determinados estados emocionais.
 - Um indivíduo cuja postura é caída, com a cabeça e os olhos virados para o chão, transmite uma mensagem de baixa autoestima.
 - Por ex.: inferiores hierárquicos adotam posturas atenciosas e mais rígidas do que os seus superiores, que tendem a mostrar-se descontraídos.

7

3. TOQUE

- É uma poderosa ferramenta de comunicação e pode suscitar reações negativas e positivas, dependendo das pessoas envolvidas e das circunstâncias da interação.
- É uma forma básica e primitiva de comunicação, e a adequação da sua utilização é determinada culturalmente.
- Pode ser:
 - Funcional-Profissional (um afilhado e tirar medidas)
 - Social-Educativo (um aperto de mão)
 - Amizade-Afeto (colocar a mão no ombro do outro)
 - Amor-Intimidade (um forte abraço)

8

4. EXPRESSÕES FACIAIS

- Não é fácil avaliar as emoções de alguém apenas a partir da sua expressão. Por vezes os rostos transmitem espontaneamente os sentimentos, mas muitas pessoas tentam inibir a expressão emocional.
- Revelam os estados emocionais como:
 - A felicidade
 - A tristeza
 - A raiva
 - Surpresa
 - Medo

9

5. COMPORTAMENTO VISUAL

- Desempenha um papel muito importante na comunicação.
- Um olhar fixo pode ser entendido como prova de interesse, mas noutro contexto pode significar ameaça, provocação.
- Desviar os olhos quando o emissor fala é uma atitude que tanto pode transmitir a ideia de submissão como a de desinteresse.

10

6. SINAIS VOCAIS OU PARALINGUAGEM

- A entoação (qualidade, velocidade e ritmo da voz) revela-se importante no processo de comunicação.
- Uma voz calma geralmente transmite mensagens mais claras, do que uma voz agitada.

11

IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA SAÚDE MENTAL

- Impacto da má comunicação:
 - menor qualidade de vida
 - maior utilização dos serviços de saúde em geral
 - maior número de procedimentos necessários
 - menor produtividade
 - maior morbilidade e mortalidade
- Grande importância dos aspetos psicológicos na etiologia e evolução da doença (coherer para aceitar)
- A existência de problemas psicossociais resulta numa maior complexidade e custo dos cuidados, bem como pior prognóstico
- As reações ao diagnóstico médico e tratamento influenciam inevitavelmente a eficácia do tratamento

Importante COMUNICAR

12



1



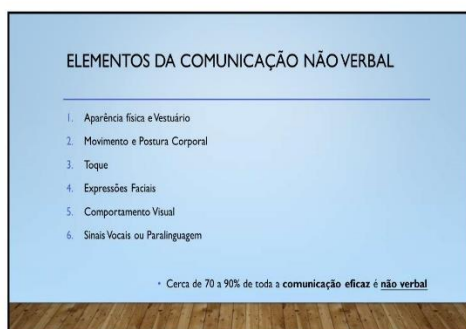
2



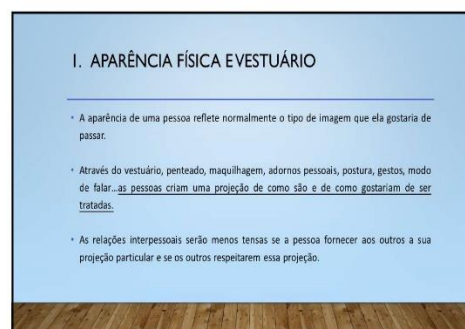
3



4

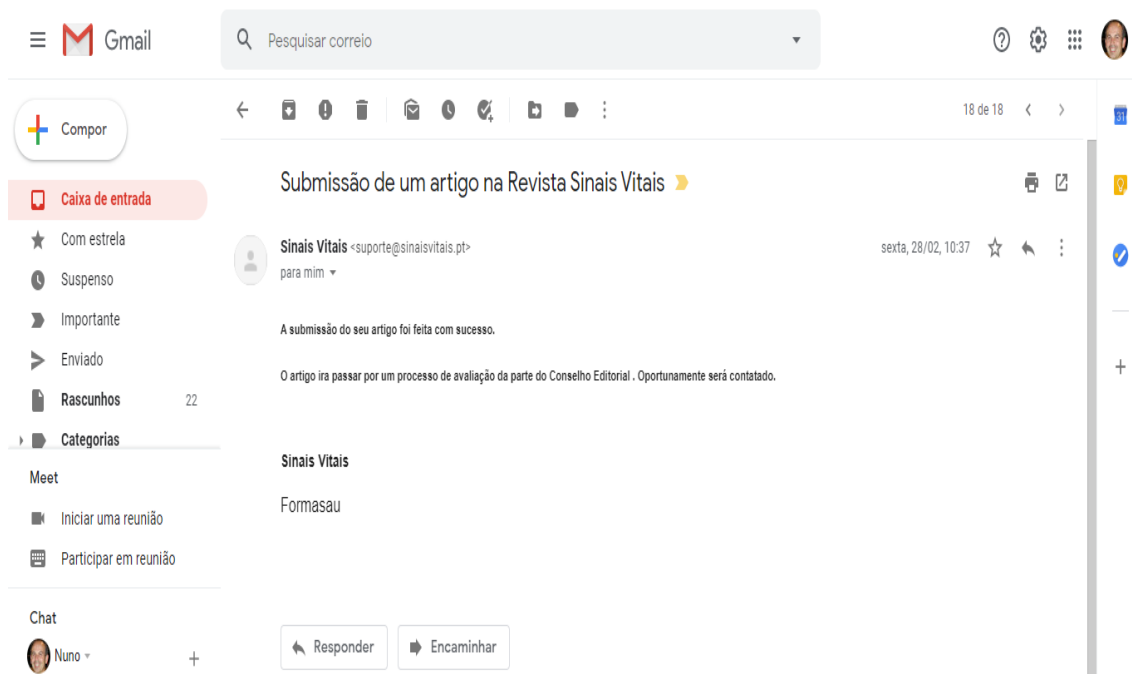


5



6

ANEXO VII - Comprovativo de submissão para publicação na Revista Sinais Vitais



ANEXO VIII - IV Encontro Nacional “FINANCIAMENTO GLOBAL EM SAÚDE MENTAL”

IV ENCONTRO NACIONAL

“Financiamento Global em Saúde Mental”

Certificado

Certifica-se que o(a) Exmo(a) Senhor(a)

NUÑO ROBERTO SANTOS PRESA

Participou no IV Encontro Nacional, subordinado ao tema “FINANCIAMENTO GLOBAL EM SAÚDE MENTAL” organizado pela FamiliarMente, Federação Portuguesa das Associações das Famílias de Pessoas Com Experiência de Doença Mental e a Direção do Programa Nacional para a Saúde Mental, da Direção Geral de Saúde e realizado no dia 24 de Maio de 2019, no Cineteatro Paraíso, Tomar.

A Presidente da FamiliarMente,



(Joaquina Castelo)



ANEXO IX – Jornadas da Associação Portuguesa de Adictologia, “AS VERTIGENS DO RISCO E OS LABIRINTOS DA VONTADE – OLHARES SOBRE OS COMPORTAMENTOS ADITIVOS”

JORNADAS DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ADICTOLOGIA

AS VERTIGENS DO RISCO E OS LABIRINTOS DA VONTADE
OLHARES SOBRE OS COMPORTAMENTOS ADITIVOS

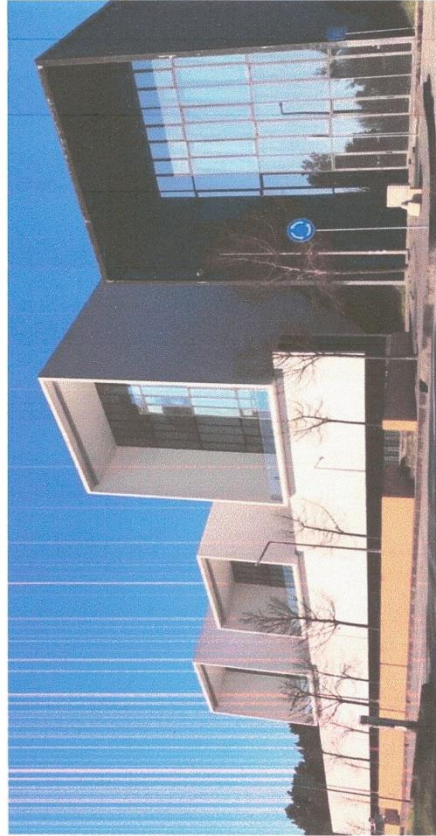
CERTIFICADO

Certifica-se que Nuno Presa participou nas Jornadas da Associação Portuguesa de Adictologia, *As Vertigens do Risco e os Labirintos da Vontade – Olhares sobre os Comportamentos Aditivos*, realizadas em Coimbra, nos dias 6 e 7 de junho de 2019 no Auditório da FCTUC – Polo II

Coimbra, 7 de junho de 2019



Rocha Almeida
Presidente da APEDD



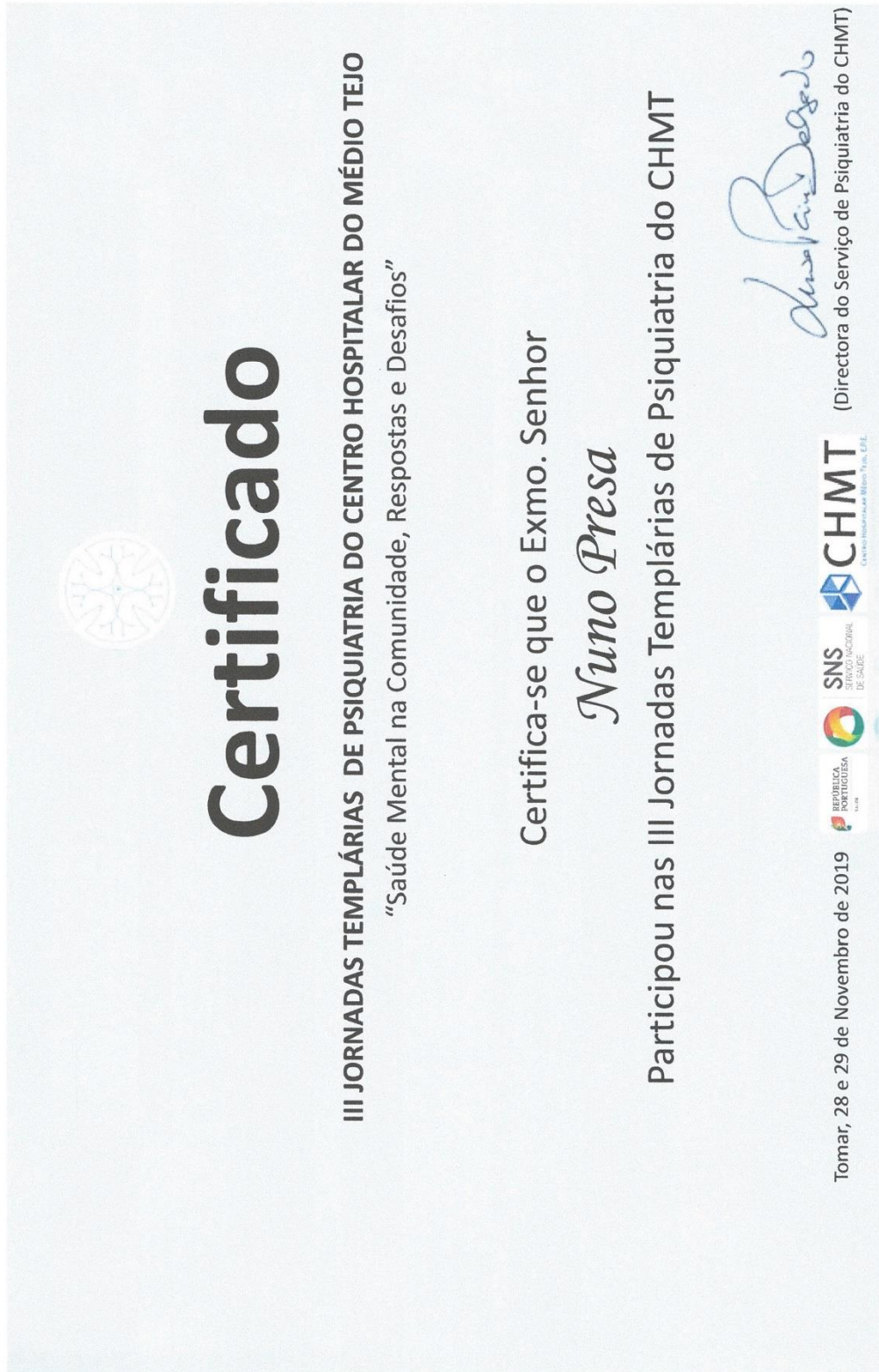
Coimbra, 6 e 7 de junho 2019

Auditório da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra



Unidade de Inovação e Desenvolvimento do CHUC

ANEXO X – III jornadas templárias de psiquiatria do centro hospitalar do médio tejo “SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE, RESPOSTAS E DESAFIOS”



ANEXO XI – Curso online de Mindfulness, com a duração de oito semanas ministrado pela “HAPPINESS.COM COURSES”



CERTIFICATE OF ACHIEVEMENT

TO: **Nuno Presa -**

For attending the online course

MBSR

February 15, 2020

ON:

VERIFIED BY: **Tine Steiss**

ANEXO XII – “I JORNADAS DE MINDFULNESS E COMPAIXÃO”, organizadas pela Associação Portuguesa para o Mindfulness, (APM) em parceria com o Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Universidade de Coimbra (CINEICC) e a Associação Mentes Sorridentes.

