



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**Regulação das emoções na pessoa com humor
depressivo: Intervenção de Enfermagem baseada no
*mindfulness***

Diana Catarina Magalhães Vieira

**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**Regulação das emoções na pessoa com humor
depressivo: Intervenção de Enfermagem baseada no
*mindfulness***

Diana Catarina Magalhães Vieira



Orientador: Professora Maria Isabel Costa e Silva



**Lisboa
2021**

O segredo da saúde mental e corporal está em não se lamentar pelo passado, não se preocupar com o futuro, nem se adiantar aos problemas, mas viver sábia e seriamente o presente

Buddha

The mind has a way of processing the “stuff of everyday life” that is wiser than any of us might have imagined

Segal, Williams & Teasdale

AGRADECIMENTOS

“E no meio de um inverno eu finalmente aprendi que havia dentro de mim um verão invencível”

(Albert Camus)

A realização de todo este percurso só foi possível com o apoio de várias pessoas às quais quero agradecer, nomeadamente:

À professora Isabel Costa e Silva por ter aceite orientar este projeto e pela sua ajuda incansável, pessoal e profissionalmente. Agradeço a sua disponibilidade, orientação, apoio e compreensão.

À equipa multidisciplinar dos locais de estágio por me acolherem e me permitirem integrar a equipa, ouvindo-me e apoiando-me no projeto que idealizei.

À enfermeira Alice, que, ainda que não tenha sido possível a minha orientação, me fez acreditar que com empenho tudo é possível e que existem enfermeiros a prestar excelentes cuidados.

A todos os participantes neste projeto, que mesmo não compreendendo de início em que se baseava o *mindfulness*, participaram com o maior entusiasmo. Assim como, a todas as pessoas a quem prestei cuidados, pela simpatia, colaboração e partilha das suas vivências. Em especial, um agradecimento aos utentes da residência que me acolheram na sua casa com um enorme carinho.

Aos meus colegas de trabalho por sempre me incentivarem e lembrarem a importância dos cuidados de um enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica em qualquer área da saúde.

Aos meus colegas da especialidade, em especial ao Nuno, à Mara, à Inês, à Cátia, à Cláudia, à Daniela e à Rafaela, que se tornaram, além de colegas, amigos.

A um amigo muito especial, que apesar de ter entrado na minha vida como colega da especialidade, se tornou alguém imprescindível, o André. A ti, um obrigado muito especial. Gratidão imensa por estares sempre lá.

À minha família que sempre demonstrou um enorme orgulho em mim e nos meus projetos e sonhos.

Ao meu marido que me apoia sempre nas minhas decisões e, que talvez sem perceber, me impulsionou à maior descoberta de mim durante este percurso.

A todos vocês, a minha enorme gratidão.

LISTA DE ABREVIATURAS

BDI-II – Inventário da Depressão de Beck – II

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EEEEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

MMSEE – *Mini Mental State Examination*

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

NICE – National Institute for Clinical Excellence

NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

POMS - Profile of Mood States

SMP – Saúde Mental Positiva

SPPSM – Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

WHO – World Health Organization

RESUMO

O aumento de pessoas com humor depressivo, nomeadamente ligado à depressão, reflete a agitação, a ansiedade, o perfeccionismo, a diminuição das relações sociais, o isolamento, entre outros fatores, que caracterizam os dias de hoje. Tornou-se claro que apenas o tratamento biomédico não seria suficiente para impedir a recorrência e recaídas da doença, pelo que se torna crucial adotar novas estratégias.

Ainda não muito divulgado em Portugal, o *mindfulness* começa a mostrar-se uma intervenção chave no que toca à regulação das emoções e, conseqüentemente, do humor, apresentando-se como muito eficaz na prevenção das recaídas e recorrências.

Neste sentido, o estágio teve como objetivo geral adquirir competências como enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EEESMP), nomeadamente, no âmbito da regulação das emoções através de uma intervenção baseada no *mindfulness* na pessoa com humor depressivo.

No presente relatório utilizou-se uma metodologia descritiva e reflexiva permitindo a junção das intervenções desenvolvidas nos contextos de estágio, bem como as aprendizagens e reflexões, com a evidência científica existente. Foram, ainda, abordadas as competências específicas do EEESMP e de que forma estiveram presentes nas intervenções realizadas.

Os resultados obtidos mostraram que os participantes conseguem lidar melhor com o humor depressivo, não apresentando pensamentos negativos regularmente, apresentam estratégias de regulação emocional, sentem-se mais alegres e menos tristes e compreenderam que aceitando as emoções é mais fácil regulá-las.

Como conclusão, salienta-se que a intervenção baseada no *mindfulness* demonstrou ser eficaz no humor depressivo e ir ao encontro dos resultados esperados para uma intervenção de enfermagem na pessoa com o diagnóstico de humor depressivo.

Palavras-chave

Humor depressivo, regulação emocional, *mindfulness*, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

ABSTRACT

The increase in people with depressive mood, namely related to depression, reflects the agitation, anxiety, perfectionism, decrease in social relationships, isolation, among other factors, which characterize today. It became clear that biomedical treatment alone would not be enough to prevent disease recurrence and relapse, so it is crucial to adopt new strategies.

Not yet widely publicized in Portugal, *mindfulness* is starting to show itself as a key intervention in terms of regulating emotions and, consequently, mood, presenting itself as highly effective in preventing relapses and recurrences.

In this sense, the general objective of the internship was to acquire skills as a mental health and psychiatric nurse, namely, in the context of the regulation of emotions through an intervention based on *mindfulness* in people with depressive mood.

In this report, a descriptive and reflective methodology was used, allowing the joining of the interventions developed in the internship contexts, as well as the learning and reflections, with the existing scientific evidence. The specific competences of the mental health and psychiatric nurse and how they were present in the interventions carried out were also addressed.

The results obtained showed that the participants are able to deal better with depressive mood, not presenting negative thoughts regularly, present emotional regulation strategies, feel happier and less sad and understand that accepting emotions is easier to regulate them.

In conclusion, it is noteworthy that the intervention based in *mindfulness* proved to be effective in depressive mood and meet the expected results for a nursing intervention in the person diagnosed with depressive mood.

Key words

Depressive mood, emotional management, *mindfulness*, mental health and psychiatric nurse.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. QUADRO DE REFERÊNCIA	13
1.1. Humor depressivo na pessoa com depressão	13
1.2. Emoções, sentimentos e pensamentos	15
1.3. O <i>mindfulness</i> como intervenção no humor depressivo	21
1.4. Intervenção de Enfermagem – Modelo dos Sistemas de Betty Neuman	25
2. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	29
2.1. Contexto hospitalar	29
2.1.1. Caracterização do local de estágio	29
2.1.2. Intervenções e atividades desenvolvidas em contexto hospitalar	29
2.2. Contexto comunitário	48
2.2.1. Caracterização do local de estágio	49
2.2.2. Intervenções e atividades desenvolvidas em contexto comunitário	49
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	
Apêndice 1 – Programa de intervenção baseado no <i>mindfulness</i>	
Apêndice 2 – Plano das sessões do programa baseado no <i>mindfulness</i>	
Apêndice 3 – Guião das entrevistas inicial e final	
Apêndice 4 – Programa baseado no <i>mindfulness</i> em contexto de residência	
Apêndice 5 – Plano das sessões da intervenção baseada no <i>mindfulness</i> em contexto de residência	

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Modelo processual da regulação emocional

19

INTRODUÇÃO

O homem é emoção. Desde os tempos primitivos que o homem apresentou emoções como a alegria, a tristeza, o medo, a raiva. Emoções essas que lhe permitiram sobreviver até aos dias de hoje. A pergunta crucial é: o homem aprendeu, no decorrer desses milénios, a viver em harmonia com as suas emoções?

Iniciei o meu percurso profissional numa residência para idosos, na qual trabalhei com a pessoa com demência, com doença física incapacitante, o abandono da família, onde estavam presentes emoções e sentimentos como o medo da dor, do sofrimento e da morte que se aproxima, bem como a tristeza no luto de uma família que perdeu um ente querido. Diversas são as situações que poderiam ser enumeradas e que requeriam a atenção de um EEESMP (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica).

Posteriormente, iniciei funções como enfermeira generalista num serviço de infecciologia e pneumologia, no qual permaneço. Também neste contexto, os aspetos emocionais estão presentes, nem sempre abordados da forma mais adequada, em situações como: o consumo de substâncias psicoativas, os diagnósticos inaugurais, a morte iminente, a ausência de familiares ou amigos, a ansiedade de um respirar ineficaz, e olhando para a doença psiquiátrica, muitos destes utentes apresentam esquizofrenia, depressão, doença bipolar, apenas para enumerar algumas.

Embora mantenha a minha atividade neste serviço, fiz parte integrante de uma equipa de rua que possuía como população alvo consumidores de álcool e outras substâncias psicoativas. Neste contexto, as aprendizagens foram inúmeras e a consciência de que faltava algo emergiu de forma avassaladora.

Neste sentido, ainda que não trabalhando num serviço de psiquiatria, mas tendo passado por diversos contextos nos quais compreendi que um conhecimento diferenciado em saúde mental faria a diferença na prestação de cuidados, decidi enveredar pela Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ainda que não detivesse conhecimentos e habilidades nesta área, compreendi, ao longo destes quase catorze anos, que a regulação das emoções é a pedra basilar de uma saúde mental plena.

O projeto de estágio foi delineado tendo em conta as necessidades identificadas no serviço de internamento de psiquiatria. O humor depressivo era uma constante em inúmeros utentes nas diversas patologias, nomeadamente naqueles com o diagnóstico médico de depressão. O número de utentes com este diagnóstico era de

tal forma elevado que se projetou, inclusive, uma unidade específica para os mesmos. Infelizmente, a mesma não foi inaugurada no decorrer deste estágio. Nesta perspectiva, o projeto incidiu na pessoa com humor depressivo, apresentando como objetivo a regulação das suas emoções.

De todos os focos de Enfermagem que poderiam ser identificados pelo EEESMP, no decorrer dos cuidados prestados à pessoa com depressão, o Humor Depressivo aparece como o mais óbvio, mas também o mais premente, sendo este o principal sintoma da depressão, e como tal deve recair sobre si a atenção do EEESMP.

As perturbações depressivas afetam cerca de 300 milhões de pessoas a nível mundial, com uma prevalência de 4,4%, sendo que, em Portugal, a mesma aumenta exponencialmente para uns 9,8% (SPPSM, 2016; DGS, 2017b; Ministério da Saúde, 2018). A depressão mantém-se um desafio para a comunidade médica e científica, urgindo o desenvolvimento de abordagens eficazes evitando que se torne numa condição recidivante e incapacitante (Williams & Kuyken, 2012).

Várias terapias focadas na emoção têm sido estudadas mostrando-se altamente eficazes no tratamento da depressão, sendo estas mais eficientes que outras terapias na redução de problemas interpessoais e na regressão de sintomas, bem como na prevenção da recaída (Greenberg, 2008). Existe, no entanto, uma técnica milenar que traz inúmeros benefícios no que toca à regulação das emoções: o *mindfulness*.

Introduzir o *mindfulness* como intervenção na pessoa com humor depressivo surge, por ser praticante de *yoga* e meditação e conhecer de perto os seus benefícios na regulação emocional. Assim, procurei evidência científica que sustentasse esses benefícios, tendo encontrado uma base científica, em pleno desenvolvimento.

O *mindfulness* desenvolve a atenção plena no momento presente, sem julgamentos, permitindo maior consciência e aceitação da realidade (Kabat-Zinn, 2018). As terapias baseadas no *mindfulness* têm como objetivo auxiliar numa mudança na forma como se percebe os pensamentos, emoções e sentimentos, o que melhora o humor e, conseqüentemente, diminui o número de recaídas na pessoa com depressão (Segal, Williams & Teasdale, 2013).

O foco da minha intervenção prendeu-se, assim, com a regulação das emoções na pessoa com humor depressivo baseada no *mindfulness*.

A questão de partida foi: “*como as intervenções baseadas no mindfulness contribuem na regulação das emoções na pessoa com humor depressivo*”?

Neste sentido, o estágio teve como objetivos:

- identificar as necessidades e problemas da pessoa com doença mental, em particular com humor depressivo em contexto de internamento e comunidade;
- desenvolver intervenções especializadas de Enfermagem em resposta às necessidades e problemas identificados na pessoa com humor depressivo e/ou outros sintomas;
- implementar o plano de cuidados de Enfermagem referente às necessidades e problemas identificados;
- realizar intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo, baseadas no *mindfulness*, em contexto de internamento e comunidade
- demonstrar um elevado nível de autoconhecimento e de tomada de consciência a nível pessoal e profissional, nos contextos de estágio.

O estágio decorreu de 23 de Setembro de 2019 a 7 de Fevereiro de 2020, iniciando em contexto hospitalar num serviço de internamento de psiquiatria de doença aguda e terminando em contexto comunitário em residências para pessoa com doença de evolução prolongada.

A sustentar a intervenção de Enfermagem foi utilizado o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, uma vez que compreende a pessoa como um sistema aberto, em transformação constante e interação com o ambiente, sendo que o bem-estar ocorre quando as partes interagem em harmonia, mantendo o equilíbrio (Freese, 2004).

A finalidade do estágio visou adquirir competências comuns e específicas do EEESMP, nomeadamente, no âmbito da regulação das emoções através de uma intervenção baseada no *mindfulness* na pessoa com humor depressivo.

O presente relatório está dividido em três partes. Inicia com o quadro de referência que sustentou o projeto, desenvolvendo os conceitos chave do mesmo, assim como apresentando o modelo teórico de Enfermagem no qual foi apoiado. Posteriormente, é descrito o percurso de aprendizagem em cada contexto de estágio, iniciando no contexto hospitalar e finalizando no contexto comunitário. Por último, são realizadas algumas considerações finais referentes ao período de estágio, nomeadamente as aprendizagens adquiridas, as competências desenvolvidas, as limitações e dificuldades, assim como, alternativas de abordagem da problemática.

1. QUADRO DE REFERÊNCIA

Neste capítulo é abordado a componente teórica que sustentou este projeto, sendo mobilizados conceitos como depressão, humor depressivo, emoções e *mindfulness*, bem como o modelo de sistemas de Betty Neuman que sustentou as intervenções de enfermagem desenvolvidas.

Foi realizada uma revisão de literatura com o objetivo de mapear a evidência científica sobre intervenções do enfermeiro baseadas no *mindfulness* na pessoa com humor depressivo. A revisão incluiu estudos de investigação primária e secundária, quantitativos ou qualitativos, escritos em português ou inglês, nos últimos dez anos. Foram excluídos os estudos que não incluíam as palavras-chave. As palavras-chave da pesquisa foram as seguintes: *depressive mood, depression, emotional management, mindfulness, nursing interventions*. A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO, através da utilização das bases de dados CINAHL, MEDLINE e Cochrane, bem como nas bases Springer e Scielo. De um total de 823 artigos foram excluídos os que não continham texto integral ou acesso livre, sendo, posteriormente, realizada uma triagem por *abstract*. O total de estudos analisados foi de 29. Foram, ainda, considerados centros de documentação nacionais, bem como obras e artigos de autores internacionais de referência na área de *mindfulness*.

1.1. Humor depressivo na pessoa com depressão

A OMS compreende a saúde mental como um estado de bem-estar, no qual a pessoa conhece o seu potencial, consegue lidar com os eventos stressantes da vida, pode trabalhar de forma produtiva e está apta para contribuir dentro da comunidade (WHO, 2018).

Na sociedade atual, emergem inúmeras situações que aumentam o risco de doença mental, como a pressão social, o stress, a competição, ansiedade, instabilidade, desconexão do mundo real, entre outras (Sequeira & Sampaio, 2020). Não se pode, portanto, menosprezar a importância da promoção da saúde mental em detrimento do tratamento da doença. Tal como afirma DeForest Clinton Jarvis, “é muito mais difícil manter as pessoas saudáveis do que apenas ajudá-las a ultrapassar uma doença” (Gomes, Cortez & Damásio, 2020, p.49). Ainda que possa existir esta dificuldade, o foco deve manter-se na promoção da saúde mental, sendo que todos os planos e programas de saúde salientam a sua importância (Sequeira & Sampaio, 2020), como por exemplo na situação da pessoa com transtornos depressivos.

Os transtornos depressivos afetam cerca de 300 milhões de pessoas, 4,4% da população mundial, sendo que em 2010, apareciam como a terceira maior causa de doença, primeira nos países desenvolvidos, e prevendo-se que em 2030 se torne a primeira a nível mundial (DGS, 2017a; Tickell et al., 2019). A depressão aumentou cerca de 18,4%, de 2005 a 2015, antecipando-se que se venha a tornar na doença mais incapacitante (WHO, 2017). Almeida (2018), refere que a depressão é a doença com maior taxa de incapacidade em comparação com outras patologias mentais.

Os transtornos depressivos apresentam maior prevalência no sexo feminino (5,1%) em comparação com o masculino (3,6%), com incidência máxima entre os 55 e os 74 anos de idade (WHO, 2017). Em Portugal, apresentavam uma prevalência de 9,8% em 2018, sendo que ao longo da vida afetam cerca de 20% da população portuguesa (SPPSM, 2016; Ministério da Saúde, 2018).

De acordo com o DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais) (APA, 2014), a pessoa com transtorno depressivo apresenta sintomatologia de tristeza, alterações somáticas e cognitivas que afetam a capacidade de funcionamento, diferindo na duração, momento em que ocorre ou etiologia, estando a depressão englobada neste grupo e apresentando-se o humor depressivo como um sintoma da mesma.

Segal, Williams & Teasdale (2013), definem depressão como uma alteração do humor que afeta a capacidade de pensar com clareza, diminui a motivação para agir e altera o funcionamento do corpo, o que leva à dor e sofrimento mental, sendo a pessoa incapaz de iniciar a mudança. Para Saraiva & Cerejeira (2014) existe um enorme sofrimento que afeta negativamente o funcionamento interpessoal, social ou ocupacional. Williams et al. (2016) referem que, após um segundo ou terceiro episódio, o risco de recorrência ascende de 80% a 90%. A Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM) refere um risco a rondar os 100%, após um terceiro episódio, na ausência de tratamento de prevenção (SPPSM, 2016).

Considerando a depressão como uma alteração do humor, o humor depressivo é definido na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como uma “emoção negativa: sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia” (OE, 2016, p.62) ou, ainda, como “estado no qual a disposição está reprimida, causando tristeza, melancolia, astenia, detioração da compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa, e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça” (OE, 2006, p.85). O humor

depressivo leva a uma lentificação do pensamento, diminuição da capacidade de atenção, concentração e memória e do rendimento cognitivo, não sendo controlável e invadindo a esfera mental (Bastos, Ferreira & Guerra, 2014).

São referidos na literatura inúmeros fatores de risco ou desencadeantes de depressão tais como: genética, sexo feminino, experiência pré-natal ou na primeira infância, traços da personalidade, efeitos secundários da terapêutica, sistema hormonal, distúrbios neuroendócrinos, eletrolíticos, neurológicos e metabólicos, deficiências nutricionais, doenças cardiovasculares, oncológicas e infeções, nível educacional, rendimento, existência de dívidas, incerteza ou instabilidade no emprego ou desemprego, pobreza, condição habitacional, existência de comorbilidades, insegurança, desesperança, instabilidade social (Towsend, 2011; Bastos, Ferreira & Guerra, 2014; SPPSM, 2016; Oliveira, 2020). Estes causam efeito na pessoa através da resposta fisiológica que a mesma apresenta ao stress, sendo que o mesmo vai alterando as componentes fisiológica e psicológica que pode levar à doença mental.

Beck identificou três aspetos na origem da depressão: expectativas negativas relativas a si, ao ambiente e ao futuro, resultantes de pensamentos negativos (Bastos, Ferreira & Guerra, 2014). Sempre que ocorre alguma mudança compreendida como negativa é desencadeada uma resposta adaptativa que pode gerar, por exemplo, o sentimento de tristeza, levando ao desequilíbrio da saúde mental (Oliveira, 2020).

Quanto aos fatores protetores que interferem na qualidade da resposta são descritos a capacidade de *coping*, a autoestima, a força emocional, o pensamento positivo, as habilidades sociais, de resolução de problemas, de controlo do stress e o autocontrolo, os sistemas de apoio adequados, uma boa situação socioeconómica, um bom ambiente familiar, um bom ambiente social e boa saúde física (Stuart, 2001; Townsend, 2011; Llobet, Merino & Sequeira, 2020).

O humor é descrito como uma disposição afetiva de base, de prazer ou desprazer dependendo do ambiente ou das representações pessoais (Bastos, Ferreira & Guerra, 2014, p.53). Damásio (2012) define-o como “emoções mantidas durante longos períodos”, é a “ativação repetida da mesma emoção” (p.58), tornando-se necessário compreender a relação direta entre emoções e o estado de humor, bem como os pensamentos associados.

As alterações do humor podem afetar os pensamentos, assim como o contrário, entrando num círculo. De forma inconsciente, o humor pode influenciar a forma como a pessoa avalia e interpreta o que a rodeia (Williams et al., 2016). Nesta perspetiva,

compreende-se que o humor não afeta apenas pensamentos, sentimentos e emoções como se permite ser afetado pelos mesmos, existindo uma ligação profunda entre estado de humor e mente. Muitas vezes não existe necessariamente um problema, mas a forma como se percebe e se pensa acerca do mesmo transforma-o em algo difícil de suportar, levando a uma queda na saúde mental (Goleman, 2012a).

Deste modo, é crucial a compreensão de emoções, sentimentos e pensamentos, para daí partir para uma intervenção capaz de contribuir para uma melhoria significativa quer a nível da promoção da saúde quer da prevenção da doença.

1.2. Emoções, sentimentos e pensamentos

Nos últimos anos, as neurociências têm demonstrado um vasto interesse sobre os conceitos de emoção e sentimento existindo, segundo Damásio (2012), uma diferença entre ambos. Para este autor, sentimento é definido como “uma percepção de um certo estado do corpo, acompanhado pela percepção de pensamentos com certos temas e pela percepção de um certo modo de pensar” (2012, p.98). Enquanto as emoções são “conjuntos complicados de respostas químicas e neurais que formam um padrão” (Damásio, 2013, p. 73). Neste sentido, o sentimento surge quando se pensa a emoção, isto é, sendo a emoção algo que acontece a nível inconsciente, o sentimento aparece quando se torna consciente. Para Fridja (2008), emoções têm uma duração limitada, enquanto que o sentimento pode perdurar no tempo.

De acordo com Damásio (2013), todo o processo, desde o estímulo que ativa uma emoção até à consciência dessa emoção, decorre em três fases: 1) o estado de emoção, 2) o estado de sentimento e 3) o estado de sentimento tornado consciente ou o sentimento do sentimento. Este último estado pode ser visto como consciência sendo esta um fenómeno que ocorre na mente, permitindo conhecer os sentimentos causados pelas emoções (Damásio, 2013). Este processo permite que a pessoa se dê conta dos pensamentos, à medida que mais atenção lhes reserva (Damásio, 2012).

Pensar permite antecipar acontecimentos e construir a realidade (Cheniaux, 2015). O pensamento clarifica o significado atribuído ao objeto, sendo responsável pela racionalidade e a lógica, pretendendo “conhecer cognitivamente as coisas, a sua lógica e racionalidade, desinteressando-se por seu valor afetivo” (Dalgalarondo, 2008, p.263).

Segundo Damásio, a cognição e a emoção encontram-se intimamente ligadas, a tal ponto que “as emoções tomam as decisões por nós (...) [e] certos aspetos do processo da emoção e do sentimento são indispensáveis para a racionalidade” (2011,

p.14). Os sentimentos e os estados emocionais influenciam a ativação de processos cognitivos que, por sua vez, poderão ativar novas emoções (Izard, 2002).

No momento em que se toma consciência da emoção, a mesma pode ser regulada. É nesse momento que pode impactar a mente positiva ou negativamente (Damásio, 2013). As emoções podem servir-nos de guia quando necessitamos de enfrentar situações ou realizar tarefas demasiado relevantes, sendo que cada emoção representa determinada predisposição para a ação (Goleman, 2012a). A função de uma emoção é dupla – produzir uma reação específica para determinada situação e regular o estado interno para estar preparado para essa reação (Damásio, 2013).

As emoções provocam uma alteração a nível da cognição, julgamento, experiência, comportamento e fisiologia por forma a que a pessoa se adapte à mudança que provocou essa emoção (Lench, Flores & Bench, 2011). Gross (2008) refere que uma emoção se desencadeia a partir de uma situação que apresenta um determinado significado para a pessoa, levando a um conjunto de respostas programadas ou armazenadas.

As emoções podem ser divididas em emoções positivas e negativas (An et al., 2017). Estudos apontam as emoções positivas como um meio para criar recursos psicológicos, ampliar o pensamento e ação, diminuir os efeitos emocionais de eventos negativos e aumentar a resiliência (Izard, 2002). Segundo a teoria das emoções positivas de Fredrickson, intitulada *broaden-and-build theory*, as mesmas permitem a construção de recursos pessoais duradouros (Fredrickson, 1998; Fredrickson, 2001). Emoções positivas são assim definidas como respostas agradáveis ou desejáveis a determinada situação (Cohn & Fredrickson, 2009).

No entanto, embora as emoções tenham sido categorizadas numa dicotomia de positivas e negativas, torna-se necessário assumir uma diferente categorização, primeiro porque existem resultados positivos e negativos associados à mesma emoção em simultâneo, segundo porque existem efeitos negativos e positivos quer em estados de humor positivos quer negativos e, ainda, porque uma emoção negativa ou positiva o pode ser ou não dependendo de determinada cultura (An et al., 2017). Assim, opta-se pela classificação das emoções de Damásio (2013), o qual as denomina primárias, sociais e de fundo, todas interferindo no estado de humor.

Para Damásio (2012), as emoções primárias (alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa e aversão) são aquelas que interferem na regulação da vida, sendo identificadas em humanos de diversas culturas e em não humanos.

A tristeza assume-se como o sintoma afetivo nuclear do humor depressivo, muitas vezes associada a outros estados emocionais, como a ansiedade ou elevada reatividade aos estímulos (Damásio, 2013). Uma das funções da tristeza é permitir a adaptação à perda ou a um grande desapontamento, levando a uma diminuição da energia e do interesse, tendo a pessoa oportunidade para a introspeção, avaliação e formulação de novos planos (Goleman, 2012a).

Quanto às emoções sociais incluem a compaixão, a vergonha, a culpa, a gratidão, entre outras, sendo, portanto, emoções que resultam da junção de um comportamento e do significado que se lhe atribui, dependendo de uma aprendizagem e de interação social (Damásio, 2010; Damásio, 2013).

As emoções de fundo referem-se a emoções como o bem-estar, a calma ou a tensão, habitualmente, com indutores internos, estando ligadas a um nível mais profundo de consciência (Damásio, 2010; Damásio, 2013).

De acordo com Goleman (2012a), a pessoa possui duas mentes, a que pensa e a que sente. Ambas interagem entre si, existindo um equilíbrio, no qual a emoção se alimenta e informa a razão, ao passo que esta redefine as contribuições da emoção. Quando um sentimento se torna muito intenso, a mente emocional domina sobre a racional. É aqui que entra a sua regulação. A pessoa com aptidões emocionais desenvolvidas domina o humor e usufrui de pensamentos claros.

De que forma se pode, então, regular as emoções?

O conceito de regulação emocional tem sido estudado desde a infância até à idade adulta. Vários estudos procuraram compreender como as emoções regulam os processos psicológicos, ao passo que outros se concentraram nas diferenças individuais a nível da autorregulação emocional (Cole, Martin & Dennis, 2004). Num estudo levado a cabo por Izard (2010), no que toca à regulação emocional, concluiu que existe uma conexão rápida e automática entre emoção e cognição, que este processo pode ocorrer a nível inconsciente, que o processo tem influência na ativação e regulação das emoções e, por último, que existem inúmeras conexões emoção-cognição conscientes.

Importa salientar que as emoções se iniciam após uma de duas situações: é processado um objeto ou situação através dos meios sensoriais ou a mente recorda-os e representa-os como uma imagem, recorrendo ao pensamento (Damásio, 2013).

Com base na corrente cognitivista, Lazarus (1991) refere que a avaliação cognitiva do estímulo é o desencadeador da resposta emocional, acontecendo de

acordo com o significado e a importância para a própria pessoa. Assim, o processo emocional seria o resultado da relação entre a pessoa e o ambiente, ocorrendo em situações de relativa importância e após a avaliação cognitiva da situação. Deste ponto de vista, podem ser usadas estratégias de regulação como a invocação de pensamentos relacionados com a emoção em causa, a meditação para despertar emoções ou distanciar-se psicologicamente da situação (Stets & Turner, 2008).

Na corrente comportamental, são visíveis estratégias como alterar a fisiologia ou gestos expressivos por forma a alterar a emoção ou sair fisicamente da situação, como alterar a postura corporal, a fisionomia ou os movimentos (Stets & Turner, 2008).

Já a corrente psicanalítica, sustenta que a pessoa apresenta estratégias defensivas para se proteger de emoções negativas. De acordo com Stets & Turner (2008) quando as emoções negativas são reprimidas intensificam-se sendo transformadas em outras emoções negativas.

Gross, em 1988, propõe um modelo do processo de regulação emocional, segundo o qual, depois de percebidos os sinais emocionais, são desencadeadas tendências de respostas aos níveis experiencial, comportamental e fisiológico. Estas tendências podem ser moduladas de diferentes formas. Poderão existir estratégias de regulação emocional *focadas nos antecedentes* ou *focadas na resposta*, sendo que as primeiras surgem antes de uma tendência de resposta estar completamente estabelecida e as segundas quando a resposta emocional já está em andamento (Gross, 1998; Gross, 2001; Gross, 2002; Gross & John, 2003).

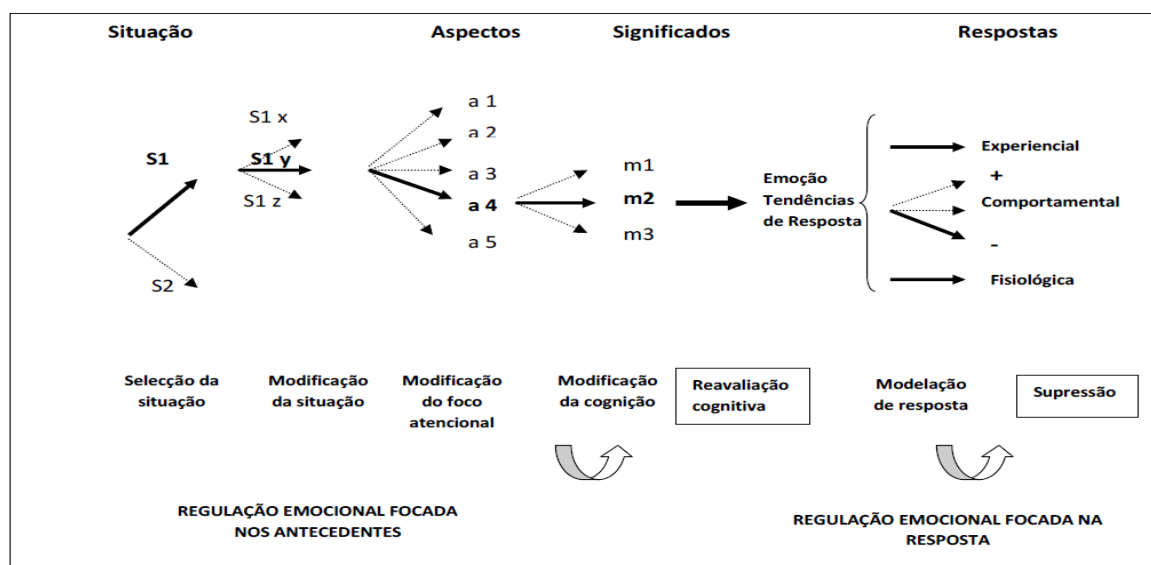


Figura 1 – Modelo processual da regulação emocional (Gross, 2001, p.215)

Ainda segundo Gross (2001), a pessoa pode recorrer a cinco estratégias para regular as suas emoções (figura 1): *seleção da situação*, *modificação da situação*, *modificação do foco atencional*, *modificação da cognição* e *modelação da resposta*. Todas as estratégias ocorrem antes do processo emocional com exceção da modelação da resposta que ocorre após a instalação da emoção.

A *seleção da situação* permite implementar ações que possibilitem ou evitem determinada situação que levará a uma emoção desejável ou não. A *modificação da situação* possibilita a modificação externa do que desencadeia a emoção, como por exemplo, o ambiente. A *modificação do foco atencional* permite selecionar em qual dos aspetos da situação se quer colocar o foco da atenção. Aqui diferentes estratégias de modificação podem ser utilizadas, como a concentração, a ruminação ou a distração. Quanto à *modificação da cognição*, a mesma permite a alteração do significado atribuído à situação, alterando o pensamento da própria situação ou da forma como se pode lidar com a mesma. A *modelação da resposta*, sendo uma estratégia após a instalação da emoção, permite modificar a fisiologia, a experiência ou o comportamento perante a situação. Para tal pode fazer-se uso quer de fármacos, como de álcool, tabaco, comida, exercício físico ou relaxamento (Gross, 2001; Gross, 2008; Gross & Thompson, 2007).

Neste processo de regulação emocional, duas estratégias são consideradas como mais significativas, uma em cada um dos ramos de resposta: *reavaliação cognitiva* e *supressão expressiva*. A primeira é uma estratégia focada nos antecedentes e a segunda é focada na resposta. A *reavaliação cognitiva* é uma mudança cognitiva que leva à alteração da emoção modificando completamente o seu impacto emocional. A *supressão expressiva* pretende a inibição do comportamento fisiológico associado à emoção que está a ser vivenciada (Gross, 1998; Gross, 2001; Gross, 2002; Gross & John, 2003).

Uma vez que a *reavaliação cognitiva* é uma estratégia que ocorre cedo no processo, permite mais eficazmente alterar toda a trajetória emocional, além de não correr o risco de suprimir também as emoções positivas. Esta estratégia é, portanto, mais recomendada do que a *supressão*, até porque a ênfase no significado pessoal do evento apresenta maior poder de regulação emocional do que a ênfase na resposta comportamental a esse evento (Gross, 2001; Gross & John, 2003).

A regulação emocional ocorre quer pela influência de alterações fisiológicas, quer pela gestão do comportamento/ resposta, pela modificação de processos atencionais,

ou, ainda, recorrendo a estratégias de coping. Isto permite diminuir as emoções negativas, sem necessariamente as tentar eliminar, como também recorrer ao poder das emoções e ao aumento da sua intensidade quando necessário (Gross, 1999).

Segundo Goleman (2012a), a autorregulação das emoções apresenta-se como uma competência da inteligência emocional, onde a pedra angular é a consciência. No entanto, a pessoa com humor depressivo tenta a todo o custo manter os sentimentos e emoções externos à consciência, ignorando as experiências e pessoas ao seu redor (MacKinnon, Michels & Buckley, 2018).

A consciência autorreflexiva ou autoconsciência das emoções serve de ponte para a autorregulação, levando à capacidade de sair de um estado de espírito negativo. Neste sentido, a mesma é definida como a gestão dos “próprios estados internos, preferências, recursos e intuições” (Goleman, 2012b, p.34).

Segundo MacDermott et al. (2010), ao estabelecer uma relação entre regulação emocional e psicopatologia, verifica-se que existe um défice ao nível de algumas competências emocionais, nomeadamente da consciência, compreensão e expressão emocional, sendo as mesmas preditores de sintomas de depressão e ansiedade. A consciência emocional apresenta destaque no que toca ao humor depressivo.

As terapias focadas na emoção têm sido estudadas mostrando-se altamente eficazes no tratamento da depressão, redução de problemas interpessoais e mudança de sintomas, bem como na prevenção da recaída, sendo que estas terapias devem seguir cinco princípios para que ocorra uma mudança a nível emocional: aumentar a consciência da emoção, expressar a emoção, aumentar a regulação emocional, refletir sobre a emoção e transformar a emoção (Greenberg, 2008).

Segundo Greenberg (2008), a pessoa deve possuir determinadas habilidades de regulação emocional – identificar e rotular emoções, permitir e tolerar as emoções, estabelecer distância para as trabalhar, aumentar as emoções positivas, reduzir a vulnerabilidade a emoções negativas, relaxar e concentrar na respiração. A prática meditativa e a autoaceitação são tidas como formas muito úteis de desenvolver essas habilidades. Assim, regular a respiração, observar as próprias emoções e deixar os pensamentos ir e vir da mente são processos que ajudam a regular as emoções, sendo um exemplo dessa prática o *mindfulness*.

1.3.O *mindfulness* como intervenção no humor depressivo

A meditação possui mais de 3000 anos de história. O *mindfulness* é um tipo de meditação, assim como uma prática budista ancestral, traduzida para o inglês da

palavra *sati*, que significa consciência, atenção e recordação (Teixeira & Perestrelo, 2016; Goleman, 2018). No ocidente, pode ser traduzido como atenção ou consciência plena (Miguel & Ruiz, 2020). Assim, *mindfulness* pode ser definido como “prestar atenção de uma forma especial, objetivamente, no momento presente e sem julgar. Este tipo de atenção fomenta maior consciência, clareza e aceitação da realidade do momento presente” (Kabat-Zinn, 2018, p.22).

Damásio (2013) refere que na consciência, o aqui e agora permanece bastante claro, ladeado pelo passado e pelo futuro e que a atenção é a capacidade de orientação em relação a estímulos. O mesmo autor (2012) considera que nos conseguimos libertar da automaticidade das emoções se avaliarmos conscientemente os estímulos que as provocam, apresentando como resultado uma regulação da resposta emocional.

Em 1979, Jon Kabat-Zinn impulsiona a prática e desenvolvimento do *mindfulness*, através do estabelecimento do *Mindfulness-Based Stress Reduction Program* (MBSR). No entanto, já dois anos atrás, a Associação Americana de Psiquiatria sugeriu a pesquisa da efetividade da meditação na prática clínica (Teixeira & Perestrelo, 2016; Miguel & Ruiz, 2020). O próprio Freud, ainda antes de se pensar em meditação no ocidente, aconselhava os psicanalistas a adotarem uma “atenção que paire constantemente” (Goleman, 2018, p.21).

O MBSR, inicialmente desenvolvido para intervenção em doentes com dor crónica ou stress, pretende ser um programa psicoeducativo, integrando atenção plena e gestão emocional, no qual sete atitudes são os pilares da sua prática: não julgamento, paciência, mente de iniciado, confiança, distensão, aceitação e desapego (Kabat-Zinn, 2013; Miguel & Ruiz, 2020). O programa permite “ensinar a pessoa a tomar consciência dos episódios emocionais à medida que eles acontecem e a cultivar uma prática diária” (Goleman, 2012a, p.197).

Posteriormente, na década de 80, quando Aaron Beck, precursor da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), se começa a interessar pelo *mindfulness*, já um programa, baseado no MBSR de Kabat-Zinn, estava a ser desenvolvido por Zindel Segal, Mark Williams e John Teasdale, com o objetivo de centrar a sua intervenção na pessoa com depressão, a MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) (Goleman & Davidson, 2018). Esta última compreende técnicas que abordam o humor, emoções e pensamentos negativos, como ruminação, evitação, supressão e cognição disfuncional, visando reduzir o sofrimento psicológico, o comportamento

desajustado e a alteração de processos cognitivos (Rodrigues, Nardi & Levitan, 2017). A maior distinção da MBCT em relação ao MBSR reside na inclusão dos princípios da TCC (Segal, Williams & Teasdale, 2013).

Tickell et al. (2019) definem a MBCT como uma intervenção que inclui meditação *mindfulness* e TCC. No entanto, embora a TCC, terapia comportamental de segunda geração e a MBCT, de terceira geração, se centrem no processo de aprendizagem, a MBCT não apresenta uma tentativa de modificação do pensamento, procurando antes a desidentificação, “traduzindo a ideia de que não somos aquilo que pensamos e de que a nossa existência vai mais além do pensamento” (Teixeira & Perestrelo, 2016, p.22-23). Assim, o autocontrole emocional não representa a negação ou repressão dos sentimentos ou pensamentos, pois, quando essa repressão é realizada de forma crónica, tende a prejudicar o pensamento, a capacidade intelectual e as interações sociais (Goleman, 2012b). A aceitação da experiência emocional torna-se o primeiro passo para a consciencialização. O aumento da consciência inicia-se com a aceitação em contraste à repressão ou evitamento da emoção (Greenberg, 2008).

A MBCT apresenta como objetivo a alteração na forma como se percebe os pensamentos, sentimentos e emoções, contribuindo para a diminuição das recaídas de depressão. Baseia-se na meditação e atenção plena, na qual se gera um estado mental em que a consciência é focalizada na experiência do momento presente sem julgamento (Segal, Williams & Teasdale, 2013; Xie, Zhou & Gong, 2014). Assim, no *mindfulness*, a respiração e as sensações corporais apresentam-se como duas âncoras fundamentais, no sentido em que permanecem no momento presente, permitindo dissociar-se dos pensamentos ruminativos e emoções negativas (Miguel & Ruiz, 2020).

A MBCT foi introduzida de forma eficaz e segura no Reino Unido, na prestação de cuidados, apresentando-se como uma prioridade assumida pelo National Institute for Clinical Excellence (NICE) (Crane & Kuyken, 2013). Também na Austrália e Nova Zelândia a integraram nas suas *guidelines*, assumindo-a como tratamento de eleição nos distúrbios do humor como a depressão major (Miguel & Ruiz, 2020).

Segundo os seus fundadores, Segal, Williams & Teasdale (2013), a mesma apresenta inúmeros ganhos, como, aumento da concentração e da consciência relativa aos pensamentos, emoções, impulsos e sensações corporais, viver no momento presente, desidentificação, aceitação e não julgamento. Concluíram que esta técnica reduz em 50% o risco de depressão nas formas mais debilitantes,

impedindo que “os sentimentos de ansiedade, stress e tristeza entrem numa espiral negativa, levando períodos prolongados de infelicidade e cansaço ou até à depressão clínica grave” (Williams & Penman, 2019, p.13).

Greenberg (2008) defende que uma terapia focada na emoção é mais eficaz que outras terapias na redução de problemas interpessoais, mudança de sintomas e prevenção da recaída.

Vários trabalhos de investigação (Teasdale et al., 2002; Williams & Kuyken, 2012; Xie et al., 2014; Kuyken et al., 2016; Mayer, Polak & Remmerswaal, 2019; Pang & Ruch, 2019; Rönnlund et al., 2019; Miguel & Ruiz, 2020) sustentam a utilização destas intervenções, como benéfica, nomeadamente, na recuperação da depressão instalada, redução dos sintomas residuais, diminuição do risco de recidiva e na redução do grau de severidade; promoção de uma maior aceitação, inteligência cognitiva e insight e diminuição do nível de depressão e ansiedade; aumento da tolerância à frustração; favorecimento do autocontrolo, autoconhecimento e regulação emocional; otimização de características como criatividade, curiosidade, mente aberta, aprendizagem, perspetiva, coragem, perseverança, entusiasmo, amor, inteligência social, perdão, empatia, autorregulação, apreciação da beleza, gratidão, esperança e espiritualidade; redução do foco em pensamentos negativos repetitivos (ruminação); retardamento do tempo de recaída; aumento da consciência metacognitiva e redução da reatividade cognitiva.

Num ensaio clínico randomizado de Crane & Williams (2010), com 78 participantes, no qual investigaram o benefício da MBCT em pessoas com ideação suicida, demonstraram que pessoas com alto nível de reatividade cognitiva e ruminação podem encontrar dificuldade no envolvimento no programa, ainda assim, apresentam maior desenvolvimento de habilidades de atenção plena. Outro estudo, com 124 participantes, apresenta a ruminação e preocupação como fator de elevado envolvimento psicológico na intervenção (Banerjee, Cavanagh & Strauss, 2018).

Também uma metanálise realizada por Kuyken et al. (2016), na qual foram analisados ensaios clínicos randomizados sobre MBCT na prevenção de recaídas na depressão recorrente e, na qual, foram comparar o tratamento com MBCT e qualquer outro tratamento não MBCT, referem que este tipo de tratamento apresenta resultados particularmente significativos na pessoa com elevada sintomatologia depressiva. Outra metanálise de 47 estudos sobre meditação no tratamento de problemas de

saúde mental confirmou que a mesma leva a diminuição da depressão, especialmente se grave, da ansiedade e da dor (Goleman & Davidson, 2018).

Mesmo após a recuperação de um episódio depressivo, a pessoa continua vulnerável, sendo que uma mudança no humor poderá despoletar uma escalada de pensamentos negativos. A MBCT auxilia na diminuição dessa escalada, diminuindo a reatividade cognitiva (Williams & Kuyken, 2012). Segundo Williams & Penman (2019), a atenção plena permite alcançar os pensamentos negativos antes de entrarem em espiral, refletindo, a longo prazo, uma enorme mudança nos níveis de felicidade e bem-estar, afetando “positivamente os padrões do cérebro subjacentes à ansiedade quotidiana, ao stress, à depressão e à irritabilidade” (p.14).

Apesar dos avanços da farmacologia, não existe remissão completa da depressão, resultando em elevada taxa de incapacidade, mortalidade, morbidade e menor qualidade de vida (Eisendrath, et al., 2016). Comparando o uso de terapêutica antidepressiva e MBCT, este foi considerado menos dispendioso e mais eficaz ou, no mínimo, semelhante à opção farmacológica (Segal et al., 2010; Xie et al., 2014; Janssen et al., 2019).

Numa investigação de Kuyken et al. (2015), um estudo com 424 participantes, multicêntrico, cego e randomizado, intitulado PREVENT, comparou-se a terapêutica antidepressiva e a utilização de MBCT. Concluiu-se que a MBCT não apresenta superioridade na redução do risco de recidiva, mas trata-se de uma alternativa que é tão mais eficaz quanto maior o risco. Um estudo de Rodrigues, Nardi & Levitan (2017) refere que a MBCT em associação com a terapêutica se torna mais eficaz, uma vez que este a potencia.

Segundo Goleman (2012a), estudos demonstraram que a terapia cognitiva altera, da mesma forma que a terapêutica farmacológica, os padrões de pensamento da pessoa com depressão ligeira, sendo-lhe superior na prevenção da recorrência.

Uma última referência para o facto de, embora a MBCT ter sido desenvolvido como intervenção de grupo, um primeiro ensaio clínico randomizado realizado por Schroevers et al. (2016) vem demonstrar a sua eficácia em intervenção individual, obtendo efeitos positivos, como diminuição dos sintomas depressivos e ansiedade e aumento do bem-estar, atenção plena e auto compaixão.

Tal como referem Williams & Kuyken (2012), mantem-se um desafio o desenvolvimento de abordagens eficazes que evitem a condição recidivante e incapacitante da depressão e por inerência do humor depressivo.

Segundo Miguel & Ruiz (2020), “as intervenções baseadas no mindfulness são úteis e eficazes numa ampla gama de problemas de saúde mental” (p.267), recomendando-se que seja um profissional de saúde mental a aplicar essas intervenções, podendo ser esta uma intervenção do EEESMP.

1.4. Intervenção de Enfermagem e o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

A sustentar a intervenção de Enfermagem foi utilizado o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Este baseia-se na teoria geral dos sistemas, compreendendo a pessoa como um sistema aberto, em transformação constante e em interação com o ambiente (Freese, 2004, p.336). Apresentando como principal objetivo a promoção do funcionamento e crescimento potencial da pessoa, integra aspetos cognitivos, emocionais, sensoriais, sociais e espirituais, sendo a pessoa vista como um todo, numa interação dinâmica. O bem-estar ocorre quando as partes interagem em harmonia, mantendo o equilíbrio. Se tal não ocorrer, existe um desequilíbrio, tendo o sistema sido perturbado por stressores externos ou internos (Fawcett & Neuman, 2011; Calado et al., 2018).

A pessoa apresenta linhas de defesa à entrada dos stressores. No entanto, caso ameacem a homeostasia do sistema, o mesmo irá desencadear um movimento dinâmico no sentido de se reorganizar, podendo, ainda assim, não o conseguir, ocorrendo o desequilíbrio promotor de doença. Vários estudos demonstraram o papel de eventos stressores na vulnerabilidade da depressão, bem como, dos acontecimentos adversos e das dificuldades crónicas (Fawcett & Neuman, 2011; Bastos, Ferreira & Guerra, 2014).

As linhas de defesa apresentam-se interligadas com o tipo de intervenção a desenvolver. A prevenção primária ocorrerá a nível da linha de defesa flexível, a mais externa. As prevenções secundária e terciária ocorrerão a nível das linhas normal e de resistência, sendo mais internas. As intervenções de Enfermagem devem auxiliar a pessoa a manter ou alcançar a estabilidade do sistema (Freese, 2004).

A pessoa com alteração do humor vê o seu equilíbrio mental enfraquecido, o que afeta negativamente o seu bem-estar (SPPSM, 2016). Neste sentido, uma intervenção do EEESMP deve ir ao encontro de uma resposta a este nível. É extremamente eficaz basear a intervenção num modelo assente na pessoa como um sistema, em constante interação com o ambiente, e reativo ao stress e numa intervenção capaz de desenvolver a forma como o cérebro pensa e sente, adaptando-se de forma mais eficaz à mudança quando a mesma surge.

Segundo Sequeira (2006), qualquer intervenção de enfermagem deve assegurar a autonomia e os recursos da pessoa e assumir o poder do autocontrolo na regulação do comportamento. O mesmo autor (2006), acrescenta que as emoções assumem um papel crucial no desenvolvimento da personalidade, competências sociais e desenvolvimento de patologia mental, sendo que o processo de aprendizagem e mudança é autorregulado e, dessa forma, a intervenção terapêutica deve ter em conta estas variáveis. Oliveira (2020) refere que qualquer intervenção do EEESMP, no sentido de melhorar a saúde mental, deve reforçar a autoestima e os mecanismos de *coping* para que a pessoa mantenha o seu próprio equilíbrio perante qualquer situação geradora de stress.

Neste trabalho, os principais focos de Enfermagem são a Emoção e o Humor, sendo o diagnóstico de Enfermagem principal o Humor Depressivo Presente, ainda que inúmeros outros possam ser identificados para cada pessoa individualmente.

Quanto às intervenções para regulação do humor, de acordo com a NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem), incluem, monitorizar o funcionamento cognitivo; ensinar habilidades de tomada de decisão; encorajar a pessoa a assumir um papel ativo no tratamento e na recuperação; providenciar intervenção psicoterapêutica, como a comportamental cognitiva; oferecer oportunidade para expressar as suas emoções e sentimentos; auxiliar na identificação de pensamentos e sentimentos, elementos precipitadores e os próprios recursos; ensinar a regular o humor de forma consistente e novas formas de enfrentamento e resolução de problemas; encorajar a pessoa a envolver-se em atividades sociais ou em grupo; proporcionar treino de habilidades sociais, como a assertividade; auxiliar a pessoa a antecipar e enfrentar mudanças (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010).

Segundo o Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da OE (2018b), o EEESMP deve disponibilizar intervenções específicas à pessoa com Humor Depressivo tais como: entrevista motivacional, estimulação cognitiva, programas de Saúde Mental Positiva (SMP) ou reestruturação cognitiva.

Um programa baseado em *mindfulness* pode ser visto como um programa enquadrado no âmbito da SMP, a qual apresenta um modelo bifocal, no qual a saúde e a doença mental coexistem, sendo que o conceito de SMP engloba, assim, a saúde mental, a doença mental, a reabilitação e a recuperação (Lluch-Canut & Sequeira, 2020). Assim, no âmbito da SMP pretende-se alcançar o equilíbrio e a positividade em todas as valências de vida da pessoa (Teixeira, Sequeira & Lluch-Canut, 2020).

A intervenção planeada será, essencialmente, a nível da prevenção secundária e terciária, uma vez que, a doença já se encontra instalada. No entanto, se a prática de *mindfulness* for continuada no tempo, a pessoa poderá obter benefícios a nível da prevenção primária. “Ajudar as pessoas a gerir os seus sentimentos perturbadores – ira, ansiedade, depressão, pessimismo e solidão – é uma maneira de prevenir a doença” (Goleman, 2012a, p.197).

Como resultados, de acordo com a NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem), espera-se o equilíbrio do humor, demonstrado num afeto adequado, humor estável, controlo de impulsos, desenvolvimento de concentração e nível de energia adequado, bem como a regulação das emoções, aumento da capacidade de concentração, diminuição da intensidade do humor depressivo, melhoria do humor, estabelecimento de metas realistas, participação em atividades agradáveis, bem como, relato de mudança nos sintomas (Moorhead et al., 2010).

2. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Este capítulo descreve as intervenções e atividades desenvolvidas nos dois contextos de estágio, internamento e comunidade, e discussão dos resultados obtidos. Será também realizada uma breve caracterização de cada um dos contextos de estágio.

2.1. Contexto hospitalar

Neste subcapítulo será realizada uma breve caracterização do contexto de estágio a nível hospitalar, assim como serão descritas as intervenções e atividades realizadas neste âmbito e apresentada uma síntese das aprendizagens e resultados obtidos.

O estágio decorreu num serviço de internamento de psiquiatria de utentes em situação aguda numa instituição na área de Lisboa, de 23 de Setembro de 2019 a 29 de Novembro de 2019, tendo uma duração de dez semanas.

2.1.1. Caracterização do local de estágio

Este serviço tem como objetivo o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pessoas adultas, com perturbação mental, em fase aguda de doença, disponibilizando internamentos de curta, média e longa duração.

Possui capacidade para 38 utentes, de ambos os sexos e com diversas patologias mentais, destacando-se a esquizofrenia, a doença bipolar e a depressão. Doze camas estão destinadas a uma população que apresente maior grau de dependência física e/ou mental. A equipa é constituída por médicos psiquiatras, médicos de clínica geral, EEESMP, enfermeiros generalistas, assistente social, psicólogos, terapeuta ocupacional, psicomotricista, assistentes operacionais e assistente espiritual.

2.1.2. Intervenções e atividades desenvolvidas em contexto hospitalar

Durante o estágio foi possível desenvolver inúmeras intervenções terapêuticas, quer a nível individual quer em grupo, tendo realizado atividades com vários utentes do serviço, acompanhado uma utente desde a sua admissão como enfermeira de referência e proporcionado uma intervenção psicoterapêutica em grupo de acordo com o projeto de estágio.

Numa fase inicial, integrei as intervenções e dinâmicas do serviço colaborando de forma ativa nas reuniões comunitárias, no acolhimento de novos utentes, em

atividades no exterior, em sessões de psicomotricidade e relaxamento, bem como intervenção em crise com utentes que apresentavam delírios e/ou alucinações.

As reuniões comunitárias foram cruciais para o desenvolvimento de estratégias e competências em gestão de grupos, uma vez que constituíram um momento em que se realizou intervenção em grupo, conduzida pelo enfermeiro. Estas eram realizadas todas as quintas-feiras, tendo os utentes a possibilidade de relatar as suas vivências, emoções e sentimentos relativamente ao internamento. Foram momentos importantes quer para compreender o que sentiam e vivenciavam, como para notar as diferenças na comunicação, na postura, na forma como intervinham, nas questões levantadas, após as atividades e intervenções realizadas com cada um individualmente ou em grupo fora destas reuniões.

As sessões de psicomotricidade e relaxamento, embora não realizadas pelo enfermeiro, permitiu aprendizagens fundamentais na gestão de grupos e na forma de dinamizar sessões. Foi também possível identificar outras necessidades levantando diagnósticos e intervenções de Enfermagem que fui implementando individualmente.

Outra atividade que me possibilitou inúmeras aprendizagens foram as entrevistas iniciais realizadas aquando da admissão de utentes, tendo sido de extrema relevância a utilização do modelo de sistemas de Betty Neuman que permitiu uma avaliação global e sistémica da pessoa, enriquecendo a entrevista inicial e permitindo desenvolver um plano de cuidados mais centrado nos reais problemas ou preocupações da pessoa. Assim, durante esta entrevista foi realizada a apreciação das variáveis fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual da pessoa, bem como os fatores de stress, de defesa e de reconstituição.

Esta entrevista inicial permite conhecer as expectativas da pessoa, compreender as suas dificuldades e a forma como é afetada pelas mesmas, recolhendo informações que permitam o estabelecimento de um diagnóstico (Phaneuf, 2005; Sequeira, 2020). De igual modo, é necessária para “estabelecer contacto com o cliente e assegurar a qualidade desse contacto” (Chalifour, 2008, p.130).

Quanto à utente que acompanhei como enfermeira de referência e sobre a qual realizei estudo de caso, a C., é do sexo feminino, 44 anos, deu entrada no serviço para um internamento de longa duração, encaminhada do serviço de Psiquiatria de um hospital central de Lisboa, no qual deu entrada por agudização da psicose com heteroagressividade dirigida a pessoas, delírios persecutórios em relação à mãe e tentativa de suicídio. O diagnóstico médico era de psicose.

As psicoses apresentam-se como doenças graves do foro mental, tendo o seu desenvolvimento, tipicamente, durante a adolescência ou idade adulta jovem (Levy & Coentre, 2014). No caso da C., a psicose despoletou aparentemente durante a sua adolescência, indo ao encontro do que a literatura sugere (Cannon & Clarke, 2005).

Para a identificação de diagnósticos de Enfermagem foi realizada uma entrevista inicial na qual se procedeu à avaliação do estado mental, bem como à aplicação de três instrumentos: Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS), o Questionário de Ideação Suicida (QIS) e o Índice NGASR (The Nurses Global Assessment of Suicide Risk).

Optou-se pela escolha da EADS para avaliar os diferentes sentimentos e emoções. A EADS organiza-se em três subescalas: Depressão, Ansiedade e Stress, incluindo cada uma sete itens, no total de 21. Quanto mais elevado o resultado mais negativo o estado emocional (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). O resultado foi o seguinte: Depressão, 14; Ansiedade, 11; Stress, 11, sendo que para cada subescala o máximo é de 21.

Quanto ao risco de suicídio optou-se pelo QIS e pelo Índice NGASR, sendo o primeiro um questionário de autoavaliação e o segundo de avaliação pelo profissional, torna-se assim possível comparar os resultados e validar de uma forma mais fidedigna o diagnóstico de risco de suicídio.

O QIS pretende avaliar a gravidade dos pensamentos suicidas, sendo composto por 30 itens, com sete alternativas de resposta avaliadas de zero a seis pontos. A pontuação obtida varia entre 0 e 180, sendo que quanto mais elevada maior a frequência de pensamentos suicidas (Façanha, 2013). Após aplicação do questionário foi obtida uma pontuação de 71. Uma pontuação igual ou superior a 41 é indicativo de risco de suicídio (Raynolds, 1988 cit. in Moreira & Gonçalves, 2010).

O NGASR é composto por 15 itens que permitem efetuar a avaliação do risco de suicídio. A pontuação varia entre 0 e 25 pontos, sendo o risco de suicídio em quatro níveis: baixo, intermédio, elevado e muito elevado (Façanha, 2013). Aplicando o questionário foi obtida uma pontuação 7 pontos, o equivalente a risco intermédio.

Foi realizado um plano de cuidados estabelecendo os seguintes diagnósticos: Ansiedade Presente, Stress Presente, Autocontrolo [Ansiedade e Stress] Comprometido, Humor Depressivo Presente, Conhecimento sobre a doença reduzido e Risco de suicídio (OE, 2016; OE, 2018b).

Foram implementadas várias intervenções, tais como, ensinar e treinar estratégias de redução da ansiedade, autocontrolo e relaxamento, executar apoio emocional, escuta ativa e relação de ajuda, executar intervenção psicoeducativa, vigiar ansiedade, tristeza e stress (aplicação da escala EADS), disponibilizar presença, promover participação em atividades (música, psicomotricidade, trabalhos manuais), executar ensino sobre a doença, motivar e reforçar positivamente as aprendizagens, promover autoconhecimento, promover e apoiar a tomada de decisão, diminuir risco de tentativa de suicídio, promover mudança de comportamento, vigiar ideação suicida (aplicação dos questionários QIS e NGASR) (OE, 2016; OE, 2018b).

Alguns dos resultados esperados não foram alcançados por necessidade de implementar as intervenções a médio prazo. No entanto, com as intervenções realizadas, nomeadamente, relaxamento, pintura, técnicas de autocontrolo, participação em outras atividades em grupo, entre outras que considero terem sido cruciais para a mudança de comportamento, foi possível verificar uma diminuição da ansiedade, da tristeza e do stress, melhorar o conhecimento sobre a doença e aceitá-la de uma forma mais positiva, sendo a própria a procurar mais conhecimento e mais estratégias, bem como diminuir o risco de suicídio.

Ao realizar as intervenções deparei-me com o facto de a relação estabelecida com a C. ser crucial para o seu êxito, compreendendo a pertinência de uma relação terapêutica que favoreça o contacto, assegure um cuidado centrado no cliente, estabeleça confiança e respeito, favoreça uma participação ativa, bem como, permita que o cliente se sinta compreendido (Chalifour, 2008). A relação terapêutica é o centro do processo de enfermagem, crucial para a mudança comportamental, personalidade, desenvolvimento pessoal, sendo que o profissional deverá possuir um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que lhe permita estabelecer essa mesma relação com a maior qualidade possível (Chalifour, 2008).

Quanto à intervenção psicoterapêutica em grupo delineada em projeto, o humor depressivo mantém-se um desafio. Uma vez que essa realidade estava presente no serviço de internamento, existindo um elevado número de utentes com recidivas/recaídas, uma acentuada dificuldade na regulação das suas emoções e consequentemente na regulação do humor, criou-se a possibilidade de intervir na pessoa com humor depressivo através de uma abordagem ainda pouco utilizada em Portugal – intervenção baseada no *mindfulness*.

O programa de intervenção apresentou como objetivo geral contribuir para uma mudança na forma como a pessoa percebe os pensamentos, emoções e sensações corporais contribuindo para um menor risco de recaída de depressão. Como objetivos específicos: promover a atenção plena e o foco no momento presente; promover maior aceitação e autocompaixão; contribuir para a autorregulação das emoções, pensamentos e sensações; contribuir para o desenvolvimento de autoconsciência, inteligência emocional, insight, criatividade e aprendizagem; promover uma redução de emoções e pensamentos negativos repetitivos (ruminação) e reatividade cognitiva; e, contribuir para a diminuição do risco de recorrência e recaída, do nível de depressão e ansiedade e do grau de severidade da depressão.

A intervenção incidiu na pessoa com humor depressivo, apresentando como critérios de exclusão pessoas com comorbidades mentais graves, como défice cognitivo, trauma não resolvido, ideação suicida ativa sem outro tratamento e incapacidade para tolerar emoções intensas, tendo por base os critérios de exclusão da MBCT (Segal, William & Teasdale, 2013). A intervenção foi realizada em grupo fechado, com um total de cinco utentes, num programa realizado ao longo de oito semanas, tendo sido realizadas sessões semanais num total de oito sessões, com a duração de uma hora cada (Apêndice 1). Cada sessão apresentou objetivos e atividades específicas de acordo com o plano programado (Apêndice 2).

O grupo consistiu em cinco participantes com idades compreendidas entre 49 e 71 anos, de nacionalidade portuguesa, sendo quatro participantes do sexo feminino e um do sexo masculino, todos com o diagnóstico médico de depressão.

Antes do início da intervenção foi aplicado a cada participante o *Mini Mental State Examination* (MMSE) para avaliação de défice cognitivo, uma vez que o mesmo foi considerado como critério de exclusão, tendo todos os participantes obtido a pontuação máxima e sendo integrados no programa. Foram também aplicados dois instrumentos: a versão reduzida do Questionário Perfil de Estados de Humor (Profile of Mood States – POMS) validado para a população portuguesa, em 2001, por Viana, Almeida & Santos e o Inventário da Depressão de Beck – II (BDI-II) validado para a população portuguesa, em 2011, por Campos & Gonçalves.

Segundo Viana, Almeida & Santos (2001), o POMS tem vindo a demonstrar ser um dos instrumentos mais regularmente utilizados no estudo dos estados emocionais e estados de humor. A versão reduzida do POMS, utilizada neste relatório, é composta por 36 itens, sendo atribuídos seis itens a cada uma das seis subescalas que a

compõem. As subescalas referem-se a *tensão/ansiedade*, *depressão/melancolia*, *hostilidade/ira*, *vigor/atividade*, *fadiga/inércia* e *confusão /desorientação*. Embora não tenha sido utilizada, a POMS versão portuguesa, apresenta, ainda, seis itens adicionais que compõem a subescala de desajuste ao treino, desenvolvida por Raglin e colaboradores, tendo sido acrescentada pelos autores desta versão.

Cada item é avaliado numa escala que varia entre 0 e 4. Com exceção de 3 itens (tranquilo, eficaz e competente), os quais deverão ser cotados na direção oposta, todos os restantes recebem os pontos atribuídos. Cada subescala apresenta um valor mínimo de 0 e um valor máximo de 24 (Viana, Almeida & Santos, 2001).

Com a aplicação deste instrumento, pretendeu-se compreender de que forma uma intervenção baseada no *mindfulness*, interfere no espectro emocional da pessoa com humor depressivo, sendo que este poderá ser acompanhado por outra sintomatologia, presente neste questionário. Segundo o DSM-V, na pessoa com depressão, para além do humor depressivo, poderá ocorrer diminuição do interesse nas atividades, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga, capacidade diminuída de pensamento ou concentração, entre outros (APA, 2014). Também a raiva, a ansiedade ou desconexão com o exterior e consigo próprio, distorcendo o processo cognitivo podem ser sintomas (MacKinnon, Michels & Buckley, 2018). Como já referido, todo o quadro emocional e cognitivo influencia o humor da pessoa.

Após a aplicação da POMS, verificaram-se os seguintes valores nas subescalas: tensão entre 8 e 24; depressão entre 16 e 22; hostilidade entre 6 e 19; vigor entre 0 e 8; fadiga entre 9 e 20; e, confusão entre 5 e 15, apresentando-se os valores de cada utente, assim como os itens que compõem cada subescala.

O BDI-II pretende avaliar sintomas relacionados com a depressão e a sua gravidade. Esta escala avalia 21 sintomas/attitudes, sendo cada item avaliado numa escala de 0 a 3. O score pode oscilar entre 0 e 63, sendo que nível de depressão inferior a 10 refere-se a ausência, entre 10 e 18 a depressão ligeira, entre 19 e 29 a depressão moderada a grave e acima de 30 corresponde a depressão severa (Beck, et al., 1961; Beck, Steer, & Garbin, 1988; Campos & Gonçalves, 2011).

De realçar que o BDI-II não pretende ser um instrumento de diagnóstico, sendo a sua utilização reservada à avaliação da presença e gravidade dos sintomas (Campos & Gonçalves, 2011). Deste modo, este instrumento foi utilizado para estabelecer a existência de humor depressivo através dos sintomas apresentados, não tendo como

intuito de estabelecer um diagnóstico de depressão. Após a aplicação do instrumento, constatou-se que os cinco participantes apresentavam depressão severa.

Comparando os resultados dos dois instrumentos, concluiu-se que os valores são coincidentes, uma vez que, apresentaram resultados elevados em ambas e, conseqüentemente, um nível máximo de depressão.

Antes de iniciar a intervenção realizou-se uma entrevista semi-estruturada individual, que permitiu criar uma relação de confiança e informou-se sobre o programa de intervenção. A entrevista foi constituída por cinco questões abertas, com o objetivo de conhecer a pessoa e as suas expectativas e compreender os seus conhecimentos, motivações e interesses (Apêndice 3).

A entrevista inicial, antes do programa de *mindfulness*, permite, segundo os autores da MBCT, que a pessoa tenha um momento individual com o profissional, o que permite uma maior atenção e empatia com cada participante, compreendendo o que o mesmo sabe sobre a sua doença, sente e pensa da mesma e de si mesmo, se existe risco de recaída, quais as expectativas futuras, para além de ser um momento crucial para questões e psicoeducação e tornando-se o momento de eleição para o futuro êxito da intervenção (Segal, Williams & Teasdale, 2013).

Das entrevistas realizadas aos participantes constatou-se que, e tendo em conta a forma como veem a sua doença, *pensam bastante no futuro ou no passado*, referem que *não vale a pena levantar pela manhã*, que *a vida não vale a pena*, que *não fazem as coisas como antes*, que *têm vontade de dormir e não voltar a acordar*, sendo uma *doença muito triste*, que *tira a vida*, *isola quem a tem e nunca termina*. Um número significativo referiu não compreender a doença. Quanto à forma como se sentem referiram *ansiedade*, *pensar muito no futuro ou no passado*, *tristeza*, *sonolência*, *desânimo*, *cansaço*, *não ter vontade de fazer nada*, entre outros. No que diz respeito às estratégias utilizadas para ultrapassar esses sentimentos, a maioria não apresenta qualquer estratégia, referindo, apenas, *alguma ida ao atelier*, uma *sessão de relaxamento semanal* e um participante referiu *pintura*. Em termos futuros, apresentaram objetivos muito vagos, sendo que a maioria pretendia *voltar para casa*, *para a família ou para uma residência*. Relativamente às expectativas para com o programa foi referido: *ficar menos ansioso*, *esquecer o passado*, *aprender a melhorar aspetos da sua vida*, *aprender a respirar melhor*, *aprender técnicas de relaxamento*, *ficar mais calmo*, *ajuda para ultrapassar a doença*, entre outras.

Sessão número 1

A primeira sessão, intitulada “Desligar o piloto automático”, apresentou como objetivo incentivar a pessoa a explorar a mente quando sai do piloto automático.

A sessão iniciou com a apresentação dos participantes através de imagens e fotografias, possibilitando apresentarem-se de uma forma não formal. Ainda que de uma forma subtil, os participantes começaram a sair do “piloto automático”, compreendendo que as atividades se podem realizar das mais diversas formas.

No modo piloto automático é fácil entrar inconscientemente em pensamentos ruminativos o que pode levar ao humor depressivo. A pessoa deve compreender como quebrar o ciclo assim que se apercebe do seu começo, transformando-se a experiência, consciente e intencionalmente, prestando atenção a simples coisas, como comer, sensações do corpo, respiração e experiências quotidianas (Segal, Williams & Teasdale, 2013; Williams & Penman, 2019).

Foram realizadas duas meditações – meditação da passa de uva e meditação da atenção plena ao corpo e à respiração. A primeira permite prestar atenção ao que está a comer levando a uma experiência completamente diferente, pelo facto de focar a atenção nela, remetendo para o momento presente (Williams & Penman, 2019).

A segunda meditação permite atenção plena na respiração e no corpo. Esta permite várias compreensões – a respiração não necessita da consciência para acontecer; traz para a meditação o aqui e agora; permite compreender os sentimentos que vivencia; a respiração é uma âncora para a atenção, detetando quando a mente divagou (Williams & Penman, 2019). O principal objetivo é o desenvolvimento da concentração, calma, flexibilidade da atenção, aceitação, curiosidade e conhecer o que no corpo afeta a mente e vice-versa (Segal, Williams & Teasdale, 2013).

Os participantes mostraram curiosidade, concentração nas atividades, atenção, sendo bastante participativos. No final relataram experiências como sentir mais o sabor, a textura ou o cheiro (um dos participantes afirmou que o fez lembrar o cheiro da vindima); o pensamento de que se come sempre com pressa, sem atenção; o sentimento de calma e relaxamento; a consciência de determinadas zonas do corpo com mais tensão ou dor; foco na respiração, não tendo outros pensamentos; a sensação de ser bom; e, um participante referiu ter ficado retido nos seus pensamentos.

No final de todas as sessões, os participantes foram incentivados a desenvolver determinadas tarefas durante a semana contribuindo para o treino do foco mental e desconstrução dos hábitos que orientam as suas rotinas (Williams & Penman, 2019).

Sessão número 2

A segunda sessão, intitulada “Ter em mente o corpo”, apresentou como objetivos compreender a diferença entre pensar e viver uma situação e treinar a mente para focar atenção nas sensações corporais sem julgar.

Iniciando com uma reflexão sobre a semana, os participantes mostraram-se bastante recetivos, referindo que durante a semana anterior tentaram aplicar a prática de *mindfulness* em pequenas atividades como comer, passear ao ar livre, tomar banho, entre outras. Apenas um relatou que não sentia diferença quanto aos seus pensamentos e emoções relativamente à semana anterior.

Posteriormente realizou-se um exercício com o objetivo de apreciar o aqui e agora, caminhando pela sala e tomando consciência das atividades que lhes dão prazer, compreendendo quais são, qual o tempo que lhes é dedicado, qual a atenção que lhes está a ser prestada e o que poderá ser alterado no momento presente.

Após melhorar a capacidade de atenção e consciência na primeira sessão, na segunda tenta aprofundar-se a capacidade de compreender a reação da mente ao prestar atenção ao corpo, estando atento aos sinais que podem surgir em qualquer área do mesmo. Recorre-se, assim, a uma meditação – a meditação do rastreio corporal – que inclui cada zona do corpo (Williams & Penman, 2019).

Durante esta meditação, dois participantes relataram a existência de pensamentos negativos, tendo ficado retidos nos mesmos. No entanto, no final da sessão, foi relatado que sentiam calma, tranquilidade, felicidade, alegria, relaxamento, menor inquietude, alívio, entre outros.

Procedeu-se, ainda, ao exercício da gratidão dos dez dedos, o qual permitiu trazer à mente dez coisas pelas quais estavam gratos, apreciando positivamente pequenas coisas da vida (Williams & Penman, 2019). Neste exercício, mantiveram o foco no passado ou futuro, não mostrando gratidão pelo momento presente.

É de crucial importância referir que um participante, no início da sessão, se mostrava, à observação, com sudorese não associada a hipertermia, inquietude e frequência respiratória e cardíaca elevadas, referindo mal-estar geral, tendo, no entanto, decidido permanecer na sessão. No final, apresentou-se calmo, tranquilo, alegre, sem sudorese e com as frequências respiratória e cardíaca normalizadas.

Sessão número 3

A terceira sessão, intitulada “O rato no labirinto”, teve como objetivo perceber os limites físicos e mentais e como reagir quando confrontado com os mesmos. A sessão foi iniciada descrevendo numa palavra como se sentiam naquele momento sendo que um participante respondeu “mal”, dois “triste” e dois “alegre”.

Nas semanas anteriores, pretendeu-se desenvolver o foco e a atenção, sendo que nesta se pretendeu integrar esta consciência na vida diária e desenvolver a atenção na respiração para aprofundar o seu uso como âncora, permitindo a abertura a todas as experiências, negativas ou positivas, importantes ou não, constituindo um dos principais atrativos da prática de *mindfulness* e que mais contribui para a diminuição de recorrências (Segal, Williams & Teasdale, 2013; Williams & Penman, 2019).

Neste sentido, recorreu-se à leitura de uma história – o menino e o burro – a qual pretende fazer alusão ao facto de que quanto mais se colocar o foco no problema, mais a mente se fecha a um modo de pensar criativo e flexível, ativando o sistema de evitamento da mente, uma vez que se vê o problema de forma negativa, crítica e preocupada (Williams & Penman, 2019).

Nesta sessão realizaram-se duas meditações – meditação dos movimentos com atenção plena e meditação da respiração e corpo – com o intuito de continuar a sedimentar a reconexão com o momento presente através da respiração e do corpo. A primeira meditação, para além de libertar as tensões acumuladas, permitiu uma sensação mais forte tornada consciente e uma maior aprendizagem sobre o corpo (Segal, Williams & Teasdale, 2013; Williams & Penman, 2019). Na segunda, abriu-se a possibilidade de uma nova experiência sendo que as sensações sentidas através da atenção à respiração e ao corpo são comumente muito diferentes após uma meditação de movimento físico (Williams & Penman, 2019).

Durante a sessão foi realizada, ainda, a meditação da pausa de três minutos que tem como objetivo trazer a atenção plena para a vida diária, permitindo um momento de pausa e reconexão ao momento presente em qualquer situação ou lugar (Segal, Williams & Teasdale, 2013). Esta permite dissolver qualquer pensamento negativo antes que se entre numa espiral de negatividade, podendo ser assumida como meditação de emergência (Williams & Penman, 2019).

Nesta sessão, os participantes mostraram-se apreensivos pelo contacto com o silêncio, sem qualquer música de fundo. No entanto, mostraram-se bastante entusiasmados com a história lida compreendendo que se adaptava bastante às suas

próprias vivências e na meditação final afirmaram terem ficado surpreendidos com o facto de compreenderem que a prática de *mindfulness* pode ser realizada em qualquer lugar e circunstância numa meditação que dura apenas três minutos.

No decorrer da sessão, ao longo das diversas meditações, foram verbalizando que tinham consciência da dor em determinado local, mantinham pensamentos negativos, tinham consciência de que não se conseguiram focar na respiração, sentiram que a sessão foi mais difícil, entre outras. No final da sessão, verbalizando em uma palavra como se sentiam no momento, referiram melhor, relaxado, calmo ou liberto.

Sessão número quatro

A quarta sessão, intitulada “Ultrapassar os rumores”, teve como objetivo aprender a encarar os pensamentos como acontecimentos mentais transitórios.

Segundo Williams & Penman (2019), fazemos constantemente suposições acerca do mundo, muitas vezes inconscientemente, sendo que a interpretação feita interfere de forma crucial na forma como reagimos. De acordo com Segal, Williams & Teasdale (2013), pessoas com depressão gastam inúmera energia e tempo a fazer comparações e julgamentos, levando à ruminação, sendo que o *mindfulness* oferece uma forma de a pessoa olhar conscientemente para as emoções e problemas. Assim, apresentou-se o modelo ABC das emoções, no qual A representa a situação, B representa a interpretação dada e C a reação consequente.

Uma participante relatou uma situação real que estava a viver no momento, sendo que a mãe não lhe havia telefonado. Depois de analisados todos os pontos (A, B e C), concluiu que poderia ver de outra forma e que as conclusões podiam, de facto, estar erradas. Preferiu não falar mais nesse momento mostrando-se um pouco reflexiva. No final da sessão, referiu que iria ligar ela própria à mãe, ouvindo o que a mesma tinha para dizer e sem julgar a sua atitude. Após esse telefonema, relatou que a mãe não se havia esquecido, tendo tido um imprevisto e que lhe tinha dito que “gostava muito dela, ao contrário do que ela já estava a imaginar” (sic). Com este exercício, os participantes compreenderam que “o comentário da mente sobre o mundo é como um rumor. Pode ser verdade, pode ser parcialmente verdade ou pode ser completamente falso” (Williams & Penman, 2019, p.130).

Após treinar a mente para a atenção plena nas últimas sessões foi necessário melhorar a capacidade de sentir quando algo se está a tornar negativo e quais as reações que daí surgem (Williams & Penman, 2019).

Assim, nesta sessão introduziu-se a meditação de sons e pensamentos. Esta permite que se dê conta de que o mundo nunca está em silêncio, sendo que um único som pode desencadear uma emoção, no entanto, consegue-se facilmente identificar qual o som e relacionar-se com o mesmo de forma eficaz. Do mesmo modo, quando se tem a percepção de qual o pensamento que surgiu, pode relacionar-se com o mesmo. “Tal como o ouvido é o órgão que recebe sons, a mente é o órgão que recebe pensamentos” (Williams & Penman, 2019, p.135).

O grupo mostrou-se bastante receptivo a esta meditação, referindo que fez bastante sentido. Durante a sessão referiam ouvir sons como a fala de pessoas, o barulho próprio da casa, o aspirador, algo a bater ao longe, carros a passar, o canto de algum pássaro, o silêncio, a respiração. Quanto aos pensamentos que surgiram, o mais predominante foi a saudade da família. No final da sessão, referiram maior relaxamento, menor ansiedade, mais alegria, maior aceitação.

Estando sensivelmente a meio do programa foi pedido aos participantes que descrevessem como se sentiam desde que o iniciaram e quais as diferenças na sua vida diária. Todos referiram melhoria dos sintomas relativamente ao início, embora dois participantes tenham referido que a melhoria foi mais significativa nas sessões e imediatamente após.

Sessão número cinco

A quinta sessão, intitulada “Virar-se para as dificuldades”, teve como objetivos adquirir estratégias para encarar e não suprimir pensamentos, sensações, sentimentos e emoções perturbadores e obter ferramentas internas para a aceitação dos mesmos.

No início, os participantes estavam voltados para pensamentos negativos como pessimismo ou sensação de abandono e compreendendo que a sessão seria precisamente aceitar esses pensamentos e emoções ficaram apreensivos, mas demonstrando já a curiosidade inerente ao *mindfulness* e maior abertura ao novo, mostrando-se participativos e receptivos a novas aprendizagens.

Nesta sessão, foi trabalhada intensamente a aceitação, tendo dois passos cruciais – não afastar nem suprimir algo perturbador e ir ativamente ao seu encontro (Williams & Penman, 2019). Introduziu-se uma nova forma de se relacionar com experiências perturbadoras, permitindo a sua existência e deixando acontecer (Segal, Williams & Teasdale, 2013). Fez-se uso do poema “A casa de hóspedes” de Rumi e introduziu-

se uma meditação que levou os participantes ao encontro de experiências negativas ou perturbadoras – a meditação para explorar as dificuldades.

Segundo Segal, Williams & Teasdale (2013), este poema demonstra uma atitude de aceitação expressa de uma forma simples, mas profunda, aceitando uma relação positiva com os sentimentos indesejados. A utilização de certas expressões ajuda a desenvolver essa aceitação – *bem-vindo, trate cada convidado com honra, convide-os a entrar ou seja grato*.

Através da meditação introduzida, os participantes são convidados a trazer à mente experiências desagradáveis e observar a forma como o corpo reage. Sendo mais fácil trabalhar a negatividade através do corpo, não se fazendo uso da mente analítica, permitiu olhar para as reações do mesmo à negatividade e manter-se focado, sendo especialmente importante para a pessoa com depressão pois permite o foco nas sensações do corpo e não nos pensamentos, saindo da zona de ruminação (Segal, Williams & Teasdale, 2013; Williams & Penman, 2019).

No final da sessão, os participantes relataram a importância de aceitar pensamentos e emoções, embora se torne difícil; o foco em vários pensamentos e sensações; maior tranquilidade; menor tristeza/depressão; maior relaxamento; tentativa de aceitação; entre outros.

Sessão número seis

A sexta sessão, intitulada “Preso no passado ou a viver no presente?”, teve como objetivo ajudar a pessoa a recuperar a amabilidade com a sua vida, consigo mesmo e com os outros.

A amabilidade permite que a aversão comece a desaparecer e nasça no seu lugar a aproximação, favorecendo abertura, criatividade, felicidade e empatia. No entanto, é tão ou mais importante que sinta empatia por si mesmo e pelos seus pensamentos e sentimentos, estando abertos e recebendo-os amavelmente (Williams & Penman, 2019). Assim, introduziu-se nesta sessão a meditação da amabilidade.

Antes dessa meditação foi necessário compreender que os pensamentos são apenas pensamentos e não factos reais a respeito da pessoa ou a sua personalidade. Desta forma, deve ter-se consciência para separar as experiências da sua interpretação e reduzir o grau de identificação com os pensamentos, olhando-os, apenas, como eventos mentais. Isto ganha especial importância porque a pessoa com depressão tende a não ser amável consigo mesma e a identificar-se com os seus

pensamentos como se a mesma fosse os próprios pensamentos, olhando para si negativamente (Segal, Williams & Teasdale, 2013).

Os participantes mostraram-se bastante ativos, identificando-se com inúmeros problemas e pensamentos que iam surgindo, tendo consciência de que julgavam e criticavam tudo o que lhes acontecia e em especial a eles próprios. Foi importante compreenderem que há muito que não eram amáveis consigo nem com os outros, relatando que nem se lembravam de quando isso aconteceu.

Sessão número sete

A sétima sessão, intitulada “Quando é que deixou de dançar?”, teve como objetivo recuperar o equilíbrio entre as atividades que preenchem e as que esgotam a energia.

Um dos exercícios foi a realização de uma lista com as tarefas diárias que davam energia à pessoa e aquelas que, pelo contrário, lhes retiravam energia, bem como compreender como entraram no estado de humor depressivo através do funil de esgotamento. Neste diagrama, o círculo superior refere-se a uma vida plena, indo afunilando à medida que o humor se torna mais e mais depressivo, sendo que a primeira coisa a ser posta de lado são as tarefas que satisfazem, centrando-se naquilo que parece mais importante, o problema (Segal, Williams & Teasdale, 2013; Williams & Penman, 2019).

Esta lista permitiu que os participantes fizessem um balanço entre as atividades diárias compreendendo nas que estavam focados, notando que muitas vezes a pessoa com humor depressivo torna-se relutante em fazer algo para si mesma que lhe dê prazer, focando-se nas atividades que lhe roubam energia e a deixam mais fraca e vulnerável (Segal, Williams & Teasdale, 2013; Williams & Penman, 2019). Assim, uma das tarefas desta semana foi os participantes tentarem restabelecer o equilíbrio entre as atividades na sua vida diária (Williams & Penman, 2019).

Os participantes mostraram-se bastantes participativos na sessão, compreendendo o diagrama do funil do esgotamento e regressando ao passado notando que foi exatamente assim que aconteceu. Compreenderam como deve ser alcançado o equilíbrio entre as atividades que esgotam e as que alimentam, referindo que antes do início do programa não tinham tantas atividades que lhes dessem energia. Um dos exemplos que praticamente todos os participantes deram foi o do momento do banho, sendo que, antes do programa lhes causava alguma irritação e inquietude (um participante tinha mesmo pânico desse momento), enquanto que no presente era um dos melhores do dia porque o viviam com atenção plena. Referiram

que as sessões têm ajudado de uma forma muito ativa na sua vida diária, tendo aprendido a focar-se na respiração, nas sensações corporais, a aceitar e deixar partir os pensamentos indesejados, a olhar os problemas de fora, a fazer atividades com atenção plena, entre outras aprendizagens.

Sessão número oito

A oitava sessão, intitulada “A sua vida selvagem e preciosa”, teve como objetivo integrar as práticas de *mindfulness* numa rotina sustentável a longo prazo. “A oitava semana é o resto da sua vida” (Williams & Penman, 2019, p.221).

A última sessão permitiu integrar as práticas na vida diária movendo todas as aprendizagens para o longo prazo. A prática constante permitirá recuperar a vida, decidindo como interpretar e resolver os problemas sem entrar numa espiral de negatividade. Neste sentido, é importante que cada pessoa decida qual a prática ou práticas que melhor se adequam a si para que as mantenha no tempo, planeando uma nova forma de vida, mantendo e expandindo a atenção e consciência plena e cuidando de si (Segal, Williams & Teasdale, 2013; Williams & Penman, 2019).

Algumas atividades propostas na sessão para integrar na vida diária foram começar o dia com atenção plena à respiração; fazer pausas com foco na respiração; aceitar as emoções, sentimentos e pensamentos com amabilidade e sem julgamentos; praticar a meditação pausa de três minutos quando sentirem uma emoção forte; realizar atividades diárias com atenção plena; realizar exercício físico tendo atenção às sensações; ouvir sons com atenção plena; entre outras (Segal, Williams & Teasdale, 2013; Williams & Penman, 2019).

Os participantes mostraram-se bastante entusiasmados compreendendo que todas as aprendizagens ao longo do programa se poderiam transportar para a vida diária de uma forma bastante prática e simples. Referiram que todo o programa fez muito sentido e que tiveram aprendizagens muito gratificantes, tais como, recorrer à respiração quando aparece a ansiedade ou a tristeza; aceitar o que sente e pensa; conseguir olhar para os problemas como se estivesse fora deles; compreender que os pensamentos aparecem, tal como desaparecem de seguida; prestar mais atenção a todas as atividades que realiza; recorrer à meditação pausa de três minutos sempre que necessário, entre outras.

As entrevistas finais, bem como a aplicação das escalas, foram realizadas em dias posteriores à última sessão para não enviesar os resultados pelo facto de dois

participantes terem relatado que as melhorias e mudanças que sentiam eram mais profundas no próprio dia da sessão.

Após a segunda aplicação do POMS, os valores das subescalas foram os seguintes: *tensão* entre 2 e 9, *depressão* entre 3 e 10, *hostilidade* entre 1 e 3, *vigor* entre 10 e 18, *fadiga* entre 2 e 6 e *confusão* entre 3 e 9. Na segunda aplicação do BDI-II, os resultados são um participante com ausência de depressão e quatro com depressão ligeira.

Comparando os resultados de ambos os instrumentos, concluiu-se que os valores são coincidentes, uma vez que, apresentam baixos níveis de depressão.

Quanto à entrevista final, relativamente à forma como os participantes vêem a sua doença, referiram ser uma doença que se pode controlar, apresentando como um dos sintomas pensamentos negativos. Vêem a depressão como uma doença na qual se foca muito o passado e que cria muita ansiedade. Referiram, ainda, que aceitam melhor a sua doença e que aceitando os pensamentos e sentimentos é mais fácil regular as emoções e que, apesar do sentimento de solidão se manter presente, não apresenta a mesma intensidade.

Quanto à forma como se sentem e quais as mudanças obtidas referiram conseguir regular as emoções, manifestando menos ansiedade, mais alegria, calma, relaxamento, maior positividade, mais vontade de fazer coisas, conseguir apresentar pensamentos positivos, ser mais racional e consciente.

No que diz respeito às estratégias utilizadas para ultrapassar os pensamentos, sentimentos e emoções negativos, referiram o deixar passar os pensamentos, o foco na respiração ou no corpo, prestar mais atenção nas atividades e tarefas diárias, encontrar atividades que lhes dê energia, utilizar a meditação pausa de três minutos, focar na parte positiva da vida. Um participante referiu imaginar os pensamentos negativos a caírem num poço escuro e a desaparecerem, como uma estratégia para os aceitar e os deixar partir.

Em termos de futuro, mantêm objetivos muito vagos, sendo que um participante referiu gostar de ficar no serviço e outro que via um futuro mais positivo do que até então.

Relativamente à forma como o programa ajudou na regulação emocional foi referido lidar melhor com a doença, ver os pensamentos de outra forma, não apresentar pensamentos negativos o dia todo, conhecer estratégias para utilizar quando está mais triste ou ansioso, estar mais alegre e menos triste e compreender

que aceitando as emoções é mais fácil regulá-las. Quanto aos aspetos a melhorar no programa foram unânimes a referir que não havia nada a melhorar.

Isto vai ao encontro do que Segal, Williams & Teasdale (2013) preconizam, em que um programa de intervenção baseado no *mindfulness* na pessoa com depressão/humor depressivo deverá repercutir na pessoa efeitos como o aumento da concentração e da consciência respeitante a pensamentos, emoções, impulsos e sensações corporais, a consciência da importância de viver no momento presente, assim como desidentificação, aceitação e não julgamento daquilo que pensa e sente.

Analisando os relatos dos participantes concluiu-se que após a intervenção realizada mantêm pensamentos e emoções negativas, no entanto, são aceites de uma forma mais saudável e sem tantos julgamentos, compreendendo que, desta forma, é mais simples regular as emoções. Da mesma forma, conseguiram desidentificar-se dos próprios pensamentos compreendendo que estes não são a própria pessoa, mas sintomas do humor depressivo e depressão, além de apresentarem sentimentos e emoções positivas, como uma maior alegria.

Contrariamente aos pensamentos, sentimentos e emoções negativas que sentiam antes desta intervenção, como pensar demasiado no futuro ou passado, na insignificância da vida, na vontade de não voltar a acordar, o sentimento de solidão, apresentando-se tristes, isolados, desanimados, cansados, após a mesma revelaram regular as emoções de forma mais eficaz, apresentar menos ansiedade, mais alegria, calma, relaxamento, maior positividade, mais vontade de fazer coisas, conseguir apresentar pensamentos positivos, ser mais racional e consciente. Embora não o tenham expresso na entrevista após o programa, foi relatado ao longo das sessões uma maior curiosidade, aceitação de si mesmos, autoconhecimento, gratidão, assim como uma mente mais aberta visualizando novas possibilidades.

Inúmera bibliografia ilustra os resultados esperados com este tipo de intervenção mostrando-se de acordo com o acima descrito – melhoria na aceitação, criatividade, curiosidade, mente aberta, aprendizagem, perdão, empatia, autorregulação, gratidão, esperança, autocontrolo, autoconhecimento e regulação emocional, diminuição da ansiedade, diminuição do grau de severidade da depressão, redução dos sintomas, diminuição do risco de recidiva e redução do foco em pensamentos negativos repetitivos ou ruminação (Williams & Kuyken, 2012; Xie et al., 2014; Kuyken et al., 2016; Mayer, Polak & Remmerswaal, 2019; Pang & Ruch, 2019; Rönnlund et al., 2019; Miguel & Ruiz, 2020).

Importa salientar que não foi possível demonstrar a diminuição do risco de recidiva, sendo para isso necessário um trabalho mais prolongado no tempo. No entanto, através da utilização dos instrumentos aplicados (POMS e BDI-II) é possível concluir que o grau de severidade da depressão diminuiu efetivamente, assim como uma redução de sintomas e se alterou significativamente o perfil de estado emocional, embora existam outras variáveis que não foram incluídas nos resultados, como a medicação.

No que se refere à POMS, todos os participantes apresentaram inicialmente valores de tensão, hostilidade, fadiga, confusão e depressão mais elevados na primeira aplicação e, em contrapartida, um valor mais baixo de vigor, indo ao encontro do relatado pelos participantes nas entrevistas, tendo referido ansiedade, inquietude, irritabilidade, não conseguir desenvolver as tarefas como antes, tristeza, vontade de não fazer nada, entre outros. Quando aplicado, no final do programa, a curva alterou-se no sentido inverso, mais, uma vez de acordo com o relatado nas entrevistas – maior alegria, aceitação, calma, tranquilidade, consciência, concentração, vontade de fazer atividades, menos pensamentos negativos, maior regulação emocional, entre outros. No que se refere ao humor depressivo, analisando em exclusivo a escala da depressão, concluiu-se que o mesmo baixou significativamente após a intervenção, ressaltando, mais uma vez, que não foram incluídas outras variáveis.

Comparando o BDI-II com este instrumento e com a bibliografia consultada compreende-se os resultados obtidos, que, uma vez mais estão de acordo com o esperado. Efetivamente, o nível de depressão baixou, sendo que um participante apresentou ausência de depressão, segundo este instrumento, tendo a intervenção iniciado com todos os participantes posicionados no nível de depressão severa.

Torna-se necessário salientar a metanálise realizada por Kuyken et al. (2016), na qual se concluiu que a MBCT se apresenta particularmente significativa na pessoa com elevada sintomatologia depressiva. Assim como, o estudo de Banerjee, Cavanagh & Strauss (2018) que apresenta a ruminação e preocupação como fator de elevado envolvimento psicológico na intervenção. É provável que estes estudos justifiquem parte dos resultados tão significativos obtidos no que se refere ao nível de depressão dos participantes.

Inúmeros estudos relatam a importância ou não de terapêutica associada, referindo que a MBCT apresenta melhores resultados que a terapêutica antidepressiva ou que pode ser potencializada pela mesma ou que o programa é pelo

menos tão eficaz como a terapêutica (Segal et al., 2010; Xie et al., 2014; Kuyken et al., 2015; Janssen et al., 2019). Não foi possível trabalhar com esta variável, uma vez que a terapêutica já estava instituída e se manteve constante ao longo da intervenção, não sendo possível tirar qualquer conclusão a este respeito e não podendo concluir se com a ausência da mesma os resultados seriam os mesmos. Salienta-se, ainda assim, que, tendo existido alteração terapêutica apenas em um dos participantes, se deverá atribuir o mérito da alteração de comportamento, pensamentos, sentimentos e emoções ao programa instituído e, portanto, à intervenção do EEESMP.

Em síntese, quando questionados sobre de que forma o programa ajudou na regulação emocional, os participantes referiram o facto de lidar melhor com a doença, ver os pensamentos de outra forma, não apresentar pensamentos negativos o dia todo, apresentar estratégias, estar mais alegre e menos triste e compreender que aceitando as emoções é mais fácil regulá-las.

De acordo com a NOC esperava-se que a pessoa apresentasse equilíbrio e melhoria do humor, controlo de impulsos, nível de energia adequado, autocontrolo da depressão e diminuição da sua intensidade, identificação dos percussores da mesma, aumento da capacidade de concentração, planeamento de estratégias e metas realistas, participação em atividades agradáveis e relato de mudança nos sintomas (Moorhead et al., 2010).

A intervenção psicoterapêutica implementada contribuiu para a autorregulação das emoções, sentimentos, pensamentos e sensações corporais e para o desenvolvimento da autoconsciência, da aceitação e da vivência no momento presente, diminuindo o estado de ruminação.

No desenvolvimento desta intervenção existiram algumas limitações e dificuldades, começando pelo horário estipulado, o qual coincidia com a limpeza dos corredores e quartos, sendo frequente o barulho durante a sessão, embora se tenha mudado de sala após a primeira. Para colmatar esta dificuldade, tentou mudar-se o horário ou dia da semana estipulado sem êxito devido à agenda do serviço, das consultas médicas, das idas ao atelier ou a outras sessões, tendo as sessões decorrido sempre às terças-feiras.

Outra limitação foi o número reduzido de participantes, uma vez que se optou por aqueles que teriam um internamento mais prolongado, tendo o programa uma duração de oito semanas. Fez-se uma tentativa de inclusão de outros dois utentes que foram admitidos no serviço na segunda semana do programa, no entanto, um deles recusou

uma intervenção em grupo, tendo-se realizado intervenções individualmente, e o segundo, de 44 anos, sexo feminino, com o diagnóstico médico de depressão, foi incluído na segunda sessão do programa. No entanto, teve alta clínica ainda antes da terceira sessão, tendo sido, portanto, excluído por não conseguir deslocar-se e comparecer no local semanalmente.

Uma outra limitação foi o facto de não estar no serviço todos os dias da semana e, portanto, não conseguir fazer as meditações semanais com os utentes, tendo sido feitas exclusivamente por eles.

Quanto às dificuldades prendeu-se, essencialmente, com o facto de a intervenção ser em grupo, tendo que se controlar outras variáveis que não numa intervenção individual – participantes falarem em simultâneo, existir algum comentário no decorrer de uma meditação, algumas respostas fechadas em que se compreende que não pretende dizer mais em grupo, gestão do tempo da sessão, local onde poderia decorrer sem interrupções, isto é, a própria inexperiência na gestão de grupos.

Uma das dificuldades ultrapassada com maior complexidade foi a gestão do silêncio. Não era problema numa intervenção individual ficar em silêncio, mas em grupo remetia-me para o facto de não estar a gerir da melhor forma, o que levou a um processo de reflexão e autoconhecimento que permitiu desenvolver competências para melhorar a comunicação e gestão do grupo e compreender o poder e o papel do silêncio nesta intervenção em particular e aceitá-lo sem crítica.

Ao longo do estágio realizei, ainda, um registo de interação, inúmeras reflexões escritas, reuniões quer com a orientadora quer com a docente, bem como a participação no Seminário de Ética da instituição.

As intervenções desenvolvidas ao longo do estágio permitiu o desenvolvimento de competências fundamentais para o EEESMP, com especial ênfase na primeira competência no que concerne ao autoconhecimento e na quarta competência tendo desenvolvido um programa de intervenção psicoterapêutica. Possibilitou, ainda, uma melhor compreensão de como mobilizar essas competências num contexto prático e com pessoas numa etapa de agudização da sua doença.

2.2. Contexto comunitário

Neste subcapítulo será realizada uma breve caracterização do contexto de estágio na comunidade, assim como serão descritas as intervenções e atividades realizadas neste âmbito e apresentada uma síntese das aprendizagens e resultados obtidos.

O estágio decorreu numa unidade residencial de utentes com patologia psiquiátrica de 2 de Dezembro de 2019 a 7 de Fevereiro de 2020, tendo uma duração de oito semanas.

2.2.1. Caracterização do local de estágio

Esta unidade tem como objetivo principal o tratamento e acompanhamento de pessoas adultas, com perturbação mental, em fase crónica de doença, disponibilizando cuidados especializados quer em residências internas quer externas. Tem uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiro, médico psiquiatra, médico de clínica geral, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, psicomotricista, assistentes operacionais e assistente espiritual.

A unidade é constituída por quatro residências internas, nas quais os utentes estão acompanhados durante o dia por uma assistente operacional, apresentando um maior grau de dependência, e por quatro residências externas, as quais são visitadas diariamente por uma assistente operacional que auxilia nas tarefas necessárias, nomeadamente na gestão da residência. A residência interna na qual fiz estágio tem a capacidade de 20 utentes, de ambos os sexos e com diversas patologias mentais, destacando-se a esquizofrenia e a doença bipolar.

2.2.2. Intervenções e atividades desenvolvidas em contexto comunitário

Foram identificadas as necessidades dos utentes neste contexto assim que se iniciou o estágio concluindo-se que existia uma acentuada dificuldade na regulação das emoções e pensamentos e consequentemente na regulação do humor e na forma como comunicavam entre si. Desta forma, desenvolveu-se uma intervenção também baseada no *mindfulness* atendendo às principais dificuldades destes utentes e adaptando-a ao contexto e tempo de estágio. Paralelamente, inúmeras intervenções individuais foram realizadas, mas irei relatar o caso de uma utente em particular.

A intervenção baseada no *mindfulness* incidiu na pessoa com humor depressivo, tendo sido realizada em grupo aberto, com um máximo de 10 participantes por sessão, ao longo de quatro semanas. Foi realizado um programa de sessões semanais num total de quatro, com a duração de 90 minutos cada (Apêndice 4). Cada sessão apresentou objetivos e atividades específicas de acordo com o plano (Apêndice 5).

Sessão número um

A sessão número um, intitulada “Comunicação”, teve como objetivo a pessoa desenvolver estratégias de comunicação assertiva e regulação emocional.

Tal como a primeira sessão a nível hospitalar, esta iniciou com a apresentação dos elementos do grupo através de imagens e fotografias permitindo apresentarem-se de uma forma não formal.

De seguida, realizaram-se dois exercícios que possibilitaram a compreensão de que tudo depende da perspetiva com que se olha a situação. Foi pedido que quatro voluntários descrevessem a mesma imagem um de cada vez e sem ouvirem os anteriores. De igual modo, foi pedido a dois voluntários que observassem o número seis, cada um de um lado do número, e dissessem qual o número que viam. Foi unânime o espanto de todos os participantes quando compreenderam que um estar certo não significa que o outro esteja errado. Isto foi, inclusive, verbalizado por vários, referindo, *“nunca ter pensado nisso”*, *“quando eu estou certo achava que o outro tinha de estar errado”*, *“quando eu digo alguma coisa em que acredito não me questiono se é verdade”*, *“foi muito importante fazer isto na prática porque é diferente de estarmos a falar só sobre isto”*.

Nesta sessão, treinaram, ainda, algumas técnicas de comunicação assertiva, como o que fazer quando o outro está a ser agressivo, eleva o tom de voz, apresenta uma opinião contrária, se recusa a fazer algo com o qual se comprometeu, entre outras situações mais comuns que ocorriam na residência.

Terminou-se a sessão com a meditação da respiração e do corpo, permitindo que tomassem consciência das sensações no corpo e na respiração, mantendo-se no momento presente, promovendo uma técnica para a regulação das emoções e, conseqüentemente, de uma comunicação mais eficaz.

Sessão número dois

A sessão número dois, intitulada “Gestão do quotidiano”, teve como objetivo a pessoa gerir de forma mais eficaz os problemas com que se depara no quotidiano.

Iniciou-se a sessão com um espaço em que os participantes tiveram a oportunidade de relatar as suas vivências durante a semana anterior e de que forma a sessão anterior contribuiu para um maior equilíbrio e harmonia dentro da residência. Algumas das relatadas foram *“agora penso antes de falar”*, *“tento perceber se o que ele diz também não é verdade”*, *“tento perceber o ponto de vista dele”*, *“se não gosto do que me dizem vou respirar e focar-me no meu corpo e só depois regresso para falar”*, *“tenho-me focado muito na respiração quando acho que vou perder o controlo das minhas emoções”*.

Deste modo, da sessão anterior resultou estar mais atento a si e ao outro, controlar de forma mais eficaz a impulsividade, desfocar a atenção do problema, apresentar estratégias de regulação emocional, assim os objetivos dessa sessão foram atingidos.

O primeiro exercício desta sessão, intitulado dez dedos das mãos, permitiu que cada participante conhecesse as suas qualidades, as quais seriam úteis na distribuição de tarefas do quotidiano e pelas quais eram reconhecidos pelos demais. Foi pedido que escrevessem em alguns dedos qualidades suas e, de seguida, os restantes dedos foram preenchidos com a ajuda dos outros participantes. Esta dinâmica permitiu perceber que muitos não faziam ideia das qualidades, nem do que os outros referiam como sendo algo que faziam bem ou alguma característica positiva. Foi um exercício que permitiu também uma maior coesão do grupo.

Na sessão, faliu-se de diversas questões vivenciadas diariamente e que causavam algum tipo de conflito ou ansiedade, como o sono, a alimentação, a terapêutica, a organização da residência, o autocuidado, entre outros. Daqui partiu-se para outro exercício que consistiu em escreverem as atividades de um dia típico, compreendendo quais as atividades que alimentam e as que esgotam, as que trazem energia e as que gastam energia, tendo os participantes compreendido que não realizavam muitas tarefas que lhes dessem alguma satisfação. Nas atividades que trazem energia surgiram algumas como, a natação, os ateliers, a participação no grupo de leitura, ver algum programa na televisão, ida ao ginásio.

Deste exercício surgiu um outro, que foi realizado extra sessões, com todos os residentes, que consistiu numa sessão de técnicas expressivas, nomeadamente a pintura. Uma vez que a residência estava a ser remodelada, surgiu a ideia de pintarem telas para serem colocadas nas paredes. Assim, foi realizada uma sessão recorrendo à técnica da pintura e, posteriormente, alguns residentes mantiveram esta atividade continuando a pintar outras telas.

A sessão foi terminada após uma meditação Pausa de Três Minutos, sendo uma pequena meditação que, após aprendida, permite uma pausa no ponto em que os pensamentos ou emoções ameaçam fugir do controlo, regressando ao momento presente e regulando a forma como se reage a determinada situação.

Sessão número três

A sessão número três, intitulada “Lidando com os problemas”, teve como objetivo geral a pessoa perceber os seus limites físicos e mentais e como reagir quando confrontada com os mesmos.

Esta sessão também iniciou com um momento de partilha sobre a semana anterior, tendo-se compreendido uma notória coesão no grupo e incentivo a essa mesma partilha. Alguns participantes referiram que outros se tinham comportado de determinada maneira perante alguma situação, como, *“ele antes respondia logo a gritar e desta vez sorriu e disse que não se devia ter explicado bem”*, *“quando tivemos que dividir as tarefas a F. ofereceu-se para lavar a loiça, coisa que nunca tinha feito porque disse que queria experimentar gostar daquilo”*, *“o L. esteve sempre muito tranquilo quando fomos às compras e ele não é nada assim”*.

Tentou-se que os participantes falassem das suas próprias vivências, sem apresentar como exemplo outra pessoa, no entanto, foi notório que tentavam mostrar que estas sessões estavam a contribuir para todo o grupo e que os comentários realizados eram sinceros elogios ao comportamento do outro, não se tendo apresentado como um entrave à harmonia do grupo.

Deste modo, da sessão anterior resultou uma maior coesão do grupo, a otimização das tarefas diárias, a realização de atividades que lhes traziam energia ou até mesmo de que não gostavam olhando-as com atenção plena, o que mostra que os objetivos foram atingidos.

Posteriormente, foi realizada a leitura da história do menino e do burro, como uma introdução para desenvolver estratégias para lidarem com os problemas, sendo, assim, introduzidas, nesta sessão, duas meditações nesse sentido.

A meditação sons e pensamentos, na qual tomaram consciência que tal como o ouvido é o órgão que recebe os sons, a mente recebe os pensamentos, devendo aceitá-los e deixá-los seguir. A meditação para explorar as dificuldades convida a trazer à mente situações inquietantes e observar o modo como o corpo reage às mesmas, desenvolvendo a plena consciência de que não importa a dificuldade, mas a forma como se reage à mesma.

Sessão número quatro

A sessão número quatro, intitulada *“Lidando com as emoções”*, teve como objetivo geral desenvolver novas estratégias para uma regulação das emoções mais eficaz.

Uma vez mais, foi pedido que refletissem e partilhassem as suas vivências, neste caso, desde que as sessões iniciaram, estando perante a última sessão. Foram verbalizados pensamentos como *“eu tenho muito mais calma agora”*, *“se tenho algum problema, primeiro tento focar-me na respiração e deixá-lo passar e depois, quando já estou mais calma, penso melhor”*, *“sinto que estamos muito mais unidos”*, *“estou a*

gostar mais de fazer algumas tarefas que antes não gostava ou nem fazia”, “estou muito menos ansioso com tudo”, “vejo a vida com outra alegria”.

Deste modo, observa-se uma maior coesão do grupo, assim como é visível uma otimização da regulação das emoções, uma melhoria na gestão dos problemas, foco no momento presente, melhoria na regulação emocional e demonstração de estratégias para a mesma, tendo sido atingidos os objetivos para essa sessão.

No seguimento, foi explicado o modelo ABC das emoções, convidando os participantes a escrever uma lista de pensamentos e emoções compreendendo o que são factos reais da sua vida e o que são rumores e de que forma, conhecendo o porquê daquela emoção, se consegue controlar a mesma.

Foram realizadas duas meditações, a meditação dos movimentos com atenção plena, consistindo em quatro exercícios de alongamentos que permitem realinhar os músculos e articulações do corpo, libertando as tensões acumuladas e a meditação da respiração e do corpo que, após libertar as tensões físicas, permite tomar consciência de uma forma mais eficaz das sensações no corpo e na respiração, facilitando o regresso ao momento presente e o foco.

Os resultados obtidos foram avaliados em cada sessão, bem como no decorrer das sessões e durante as atividades diárias, através de notas de campo. No final das sessões, observa-se uma comunicação mais eficaz em todos os utentes que participaram nas sessões, o que refletia um ambiente mais harmonioso e sem conflitos na residência. Em diversas situações, foi possível compreender que a regulação emocional era mais eficaz, bem como a resolução de problemas, nomeadamente, no estabelecimento de tarefas, no momento da higiene, das refeições, no convívio na sala de estar ou no exterior da residência mostrando-se muito mais recetivos a esses momentos, na entreaajuda que se estabeleceu com maior facilidade e naturalidade, na forma com começaram a lidar com as suas frustrações como a ausência da família ou de contacto telefónico, entre outras situações.

Quanto à utente que acompanhei de uma forma mais regular, a F., tinha 57 anos de idade, tendo sido diagnosticada perturbação esquizoafetiva aos 32. A F. veio transferida de uma associação de reabilitação, por alterações do comportamento incompatíveis com essa instituição, na qual residia há 17 anos. Antes de integrar a associação tinha sido sem abrigo durante seis meses. Encontrava-se na residência há cerca de dois anos. Foi seguida em consulta e internamento no serviço de Psiquiatria de um hospital central de Lisboa. Nos internamentos apresentou clinofilia,

isolamento social, alterações no padrão do sono, delírios persecutórios e de hipocondria, humor disfórico, heteroagressividade verbal, comportamento desorganizado e períodos de confusão mental. A F. tinha apenas um irmão com o qual não mantinha contacto, tendo os pais já falecido.

No início do estágio, a F. apresentava fácies triste e isolamento social. Referia sentir-se triste e ansiosa a maior parte dos dias. A tristeza era mais acentuada quando falava do passado. Foi aplicada a EADS apresentando como resultado das subescalas: Depressão, treze; Ansiedade, doze; e, Stress, onze, não esquecendo que o máximo do score é de 21 e quanto mais elevado o resultado mais negativo o estado emocional.

Naquele momento, apresentava uma correta percepção da realidade, sem alucinações ou delírios, bem como pensamento organizado e lógico. Apresentava ligeiro défice cognitivo com uma pontuação de 26 no MMSE.

De acordo com a CIPE, a F. apresentava vários diagnósticos de Enfermagem, sendo os prioritários: Ansiedade Presente, Stress Presente, Autocontrolo [Ansiedade e Stress] Comprometido, Humor Depressivo Presente, Aceitação do estado de saúde Diminuído, Comportamento de procura de saúde Ausente, Isolamento Social Presente, Capacidade para fazer compras Diminuída, Capacidade para gerir as finanças Diminuída, Autoestima Diminuída (OE, 2016; OE, 2018b).

Foram implementadas inúmeras intervenções, como, ensinar e treinar estratégias de redução da ansiedade, autocontrolo e relaxamento, executar apoio emocional, relação de ajuda e escuta ativa, vigiar ansiedade, tristeza e stress (aplicação da escala EADS), motivar e reforçar positivamente as aprendizagens, promover autoconhecimento, promover e motivar interação social, promover participação em atividades de grupo e treinar a aquisição de competências (OE, 2016; OE, 2018b).

Após a implementação das intervenções, a F. apresentou um comportamento mais social, participando em algumas atividades de grupo; iniciou atividade no ginásio da instituição três vezes por semana; começou a realizar as atividades diárias com mais alegria e satisfação, oferecendo-se para diversas tarefas; começou a frequentar o atelier. A nível do humor começou a apresentar humor eutímico, mostrando-se alegre e, por vezes, sorrindo e até dando gargalhadas com frequência.

Com o acordo da equipa multidisciplinar, após ter sido discutido em reunião, a F. iniciou saídas ao exterior da instituição, assim como a gestão do seu dinheiro e das compras de que necessitava, ao invés de ser a assistente operacional a fazê-lo, desde

que acompanhada por mim, o que possibilitou uma melhor gestão por parte da F. ao longo do tempo de intervenção e o desenvolvimento de habilidades sociais.

O facto de ser a própria a gerir as compras possibilitou, ainda, intervenções de psicoeducação no que concerne à alimentação, tendo aprendido a ler os rótulos dos alimentos e a ponderar quais os que deveria comprar para uma alimentação equilibrada e também a nível da sua autoestima e autoimagem, sendo que a própria decidiu começar a usar verniz e batom, bem como utilizar um produto para modular o cabelo, referindo várias vezes que se sentia “*mais bonita e mais mulher*” (sic).

Não foi, no entanto, possível concluir as intervenções iniciadas pois a F. apresentou um episódio de doença física, com necessidade de internamento hospitalar. Posteriormente, regressou à residência, mas bastante debilitada. Este episódio permitiu-me desenvolver o autoconhecimento, tendo sido possível constatar o fenómeno de contratransferência e de como os limites da relação terapêutica tinham sido ultrapassados para uma possível relação de amizade.

Outras atividades realizadas no estágio foram, como já referi, uma sessão com recurso à pintura e duas sessões de relaxamento que foram realizadas na sala de terapia de Snoezelen.

A terapia de Snoezelen consiste numa terapia focada na exploração dos sentidos, existindo uma estimulação multissensorial, promovendo o relaxamento físico e mental e a exploração do ambiente envolvente, sendo crucial para a neuroplasticidade do cérebro, podendo contribuir para o desenvolvimento ou reabilitação das competências cognitivas, assim como otimizar a resposta ao meio e, acima de tudo, promover o bem-estar e o prazer (Lopes et al., 2015; Martins, 2015).

No decorrer do estágio participei ativamente nas reuniões multidisciplinares, nas quais se discutia a melhor intervenção para cada utente da residência, contribuindo para a prestação de melhores cuidados e mais diferenciados a cada utente em particular, acabando por ter estabelecido um plano de cuidados, ainda que menos elaborado, para cada um individualmente.

Outra das atividades que desempenhei com frequência foi consultas de Enfermagem específicas do EEESMP a utentes de residências externas que se deslocavam à instituição. Nestas foram avaliadas todas as vertentes da pessoa, intervindo quando identificada uma necessidade ou diagnóstico, procedeu-se à otimização da gestão do regime terapêutico, sendo que diversos utentes, no final do estágio, conseguiam preparar a medicação semanal apenas com supervisão.

Ao longo do estágio realizei, ainda, um estudo de caso, um registo de interação, reflexões escritas semanais e reuniões com a orientadora e com a docente.

As intervenções desenvolvidas permitiram o desenvolvimento de competências do EEESMP, com ênfase na primeira competência na vertente do autoconhecimento, proporcionando, ainda, inúmeras aprendizagens e mobilização de outras competências em contexto de doença crónica.

Quanto às limitações, o estágio em contexto de comunidade havia sido aceite em outra instituição tendo sido projetada uma intervenção de oito semanas a ser realizada em conjunto com outro projeto, tendo assim que ser adaptada ao novo contexto.

Quanto aos constrangimentos, não foi possível realizar visitas às residências externas, pelo facto de a equipa se opor a que uma pessoa estranha para os utentes frequentasse as suas casas. Do meu ponto de vista, a relação estabelecida durante as consultas de Enfermagem semanais possibilitaria essas visitas. O facto de os utentes da residência que acompanhei terem inúmeras atividades e reuniões dificultou um horário compatível com as sessões realizadas, nunca sendo possível estarem presentes todos os interessados.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante décadas tentou compreender-se o que seria uma emoção, um sentimento, um pensamento, o que seria a consciência ou qual a ligação de tudo isto. Qual a relação do homem com as suas emoções? É possível alterar uma emoção apenas por se ter consciência dela?

Tendo desenvolvido um projeto no âmbito da regulação das emoções algumas respostas podem ser dadas. Partindo da questão inicial *como as intervenções baseadas no mindfulness contribuem na regulação das emoções na pessoa com humor depressivo?*, pode compreender-se qual a finalidade desta prática.

O *mindfulness* pretende trazer a pessoa para o momento presente. Deve manter-se atenção e consciência plena em todas as sensações, emoções, sentimentos, pensamentos, ações, atividades, o que quer que se esteja a sentir ou fazer no aqui e agora. Nada deve ser olhado com sentido crítico. Simplesmente deve ser observado, aceite e agradecido.

A pessoa com humor depressivo mantém-se num ciclo de tristeza e de pensamentos negativos, ruminação, que a impedem de viver o momento presente de forma plena e harmoniosa, bem como a encaminham inevitavelmente para a recaída na depressão. Através da prática de *mindfulness*, a pessoa quebra este ciclo repetitivo. Apenas o facto de se prestar atenção a todas as sensações, emoções e pensamentos permite que a perceção seja diferente. A tristeza pode manter-se por algum tempo, mas a partir do momento em que é aceite, sem culpa, e se percebe que os pensamentos negativos que passam pela mente não são a própria pessoa, a mesma desidentifica-se desses pensamentos, compreendendo-os como sintomas do humor depressivo podendo ser alterados.

Através dos resultados obtidos compreende-se que este programa diminuiu o humor depressivo e o nível de depressão, assim como a tristeza, a ira, a ansiedade, a confusão, a fadiga, aumentando substancialmente a energia e a vontade de agir. Mas como contribuiu para esta regulação das emoções?

Esta intervenção permitiu aos utentes aceitação, gratidão, esperança e empatia, não apenas com o outro, mas consigo mesmo. Desenvolveu-se o autoconhecimento, através de reflexões, da desidentificação com os pensamentos, das emoções e sensações que surgem no corpo aquando determinado pensamento e vice-versa; o autocontrolo, sabendo quando vai surgir determinada emoção e alterando a perceção de imediato mantendo-se focado no aqui e agora; a criatividade e curiosidade para

olhar de forma totalmente nova para qualquer emoção ou pensamento que surge e dedicar-se a atividades que enchem a pessoa de energia.

Todas estas aprendizagens lhes permitiram uma mente mais aberta que possibilitou a entrada de pensamentos positivos, maior tranquilidade e sensações agradáveis. Ao focar-se no momento presente, não houve espaço para preocupações com o futuro diminuindo a ansiedade, nem lamentações com o passado, diminuindo o humor depressivo e outros sintomas da depressão, bem como o seu grau de severidade.

No entanto, estes são apenas alguns dos resultados obtidos com o programa estabelecido. Não se pode descuidar todas as outras aprendizagens e conhecimentos adquiridos com as inúmeras intervenções desenvolvidas fora do âmbito do projeto.

Desta forma, considero ter demonstrado as quatro competências do EEESMP: deter um elevado conhecimento e consciência de si, assistir a pessoa ao longo do ciclo na otimização da saúde mental, ajudar a pessoa a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto e prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais (OE, 2018a).

Quanto à primeira, foi desenvolvida na relação terapêutica que estabeleci com os utentes e no autoconhecimento espelhado na mesma. A relação terapêutica foi baseada no respeito, na capacidade de escuta, na empatia, na autoestima e na comunicação estabelecida (Phaneuf, 2005). Através das reflexões diárias e semanais, dos registos de interação, das reuniões de tutoria ou dos momentos de reflexão com os enfermeiros orientadores foi possível desenvolver o autoconhecimento. Este conhecimento de mim permitiu-me identificar as minhas fragilidades, dificuldades, medos, crenças, preocupações, processos de contratransferência, assim como as minhas próprias emoções, sentimentos e pensamentos, não esquecendo que aquele que intervém por meio do *mindfulness*, deve ser ele mesmo um praticante. Desta forma, desenvolvi a minha identidade quer pessoal quer profissional.

No que concerne à segunda competência, a mesma foi desenvolvida através da participação nas reuniões multidisciplinares, nas passagens de turno, na integração nas intervenções em grupo como as reuniões comunitárias ou a psicomotricidade, na apresentação do projeto à equipa, nas entrevistas realizadas, bem como a própria implementação do projeto que permitiu a promoção da saúde mental e a diminuição do nível de depressão.

A terceira competência foi alcançada por meio da elaboração dos estudos de caso, da mobilização do processo de Enfermagem estabelecido para os diferentes utentes, através das notas de campo e da avaliação dos resultados obtidos e no desenvolvimento de intervenções que permitiram melhorar a gestão terapêutica ou do quotidiano. Acompanhar o grupo referente à problemática estudada permitiu compreender de que forma o humor depressivo e as emoções a ele associadas influenciam a saúde mental da pessoa, permitindo desenvolver estratégias individuais e personalizadas.

O facto de ter desenvolvido uma intervenção psicoterapêutica em grupo permitiu que desenvolvesse a quarta competência. Também a sessão de pintura e as sessões de relaxamento na sala de Snoezelen contribuíram para este desenvolvimento.

Através da teoria de Enfermagem que sustentou este projeto foi possível olhar a pessoa de uma forma holística. A pessoa mantém-se em constante interação com o meio externo, mas possui todos os recursos internos para que os stressores, quer vindos do meio externo ou interno, não consigam causar danos nem impactar a saúde mental e o equilíbrio do sistema. Do ponto de vista do *mindfulness*, a própria pessoa tem o poder de aceitar as suas emoções e pensamentos, percecionando-os e interpretando-os de uma forma tranquila, não permitindo que a sua mente seja influenciada negativamente pelos mesmos. Desta forma, o sistema mantém a sua harmonia.

Embora na literatura já existam várias evidências científicas do êxito de programas baseados no *mindfulness* para vários domínios da saúde mental, em Portugal é bastante recente a sua prática e, se nos cingirmos ao contexto da saúde é ainda mais escassa. Mesmo na literatura estrangeira praticamente não foram encontrados artigos ligados à Enfermagem. Referindo-me, ainda, à literatura, uma das limitações do projeto foi, ao pretender intervir num foco de Enfermagem e não num diagnóstico médico, a quase totalidade dos artigos referia-se ao humor depressivo associado à depressão em si, sendo quase impossível separá-los.

Outra grande limitação tem que ver com o facto de não avaliar os resultados a longo prazo pelo curto tempo de estágio em cada contexto, bem como ter que me adaptar aos utentes e situações possíveis nesse espaço de tempo.

Também já havia referido que o projeto carecia de ser avaliado mediante outras variáveis, como a medicação, outras atividades, as sessões de relaxamento que, caso

o tempo o permitisse, seria de compreender e avaliar de que modo essas variáveis interfeririam ou não no sucesso do programa.

Quanto aos aspectos éticos e deontológicos refiro o facto de os utentes entrarem de forma livre e voluntária no programa que instituí, após serem esclarecidos sobre o mesmo. Saliento, ainda, a necessidade de formação nos programas MRSR e MBCT para que possa instituir este com o maior rigor e competência possíveis.

Nota-se já alguma consciência de que o paradigma referente aos cuidados da pessoa com doença mental deve mudar. Com este projeto contribuí para uma consciência ainda mais ampla e para uma visão mais holística do cuidar. O foco no problema impede-nos de ver as soluções. Este é, sem dúvida, um dos maiores ensinamentos do *mindfulness* que pode ser aplicado à Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O foco no humor depressivo deixa-nos inseguros, insatisfeitos com os resultados obtidos e com um sentimento de impotência para ajudar aquela pessoa. Foquemos, então, na solução do problema. De onde vem o humor depressivo? O que é que a pessoa sente no aqui e agora? Mostremos à pessoa como aceitar e regular as suas emoções e, automaticamente, o humor depressivo deixa de o ser.

“The past does not equal your future... unless you live there” (Anthony Robbins).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. (2018). *A Saúde Mental dos Portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- An, S.; Ji, L-J.; Marks, M. & Zhang, Z. (2017). Two Sides of Emotion: Exploring Positivity and Negativity in Six Basic Emotions across Cultures. *Frontiers in Psychology*, 8 (610), 1-14. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00610.
- APA (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Porto Alegre: ARTMED.
- Banerjee, M; Cavanagh, K. & Strauss, C. (2018). Barriers to Mindfulness: a Path Analytic Model Exploring the Role of Rumination and Worry in Predicting Psychological and Physical Engagement in an Online Mindfulness-Based Intervention. *Mindfulness*, 9, 980–992. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0837-4>.
- Bastos, L; Ferreira, D. & Guerra, A. (2014). Perturbação depressiva. In Figueira, M. L.; Sampaio, D. & Afonso, P. (Coord.), *Manual de Psiquiatria Clínica*, (pp.51-77). Lisboa: Lidel.
- Beck, A.; Erbaugh, J.; Ward, C.; Mock, J. & Mendelsohn, M. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- Beck, A.; Steer, R. & Garbin, M. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100. DOI: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5).
- Bulechek, G.; Butcher, H. & Dochterman, J. (2010). *NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Campos, R. & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Preliminary Psychometric Data with Two Nonclinical Samples. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(4), 258-264. DOI: 10.1027/1015-5759/a000072.

- Cannon, M. & Clarke, M. (2005). Epidemiology and risk factors. *Psychiatry*, 4(10), 7-10. DOI: 10.1383/psyt.2005.4.10.7.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Volume 1). Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção terapêutica: Estratégias de intervenção* (Volume 2). Loures: Lusodidacta.
- Cheniaux, E. (2015). *Manual de psicopatologia* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cohn, M. & Fredrickson, B. (2009). Positive emotions. In Lopez, S. & Snyder, C. (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology*, (pp.13–24). Oxford: Oxford University Press.
- Cole, P.; Martin, S. & Dennis, T. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x
- Crane, C. & Williams, J. (2010). Factors Associated with Attrition from Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with a History of Suicidal Depression. *Mindfulness*, 1, 10–20. DOI: 10.1007/s12671-010-0003-8.
- Crane, R. & Kuyken, W. (2013). The Implementation of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Learning from the UK Health Service Experience. *Mindfulness*, 4, 246–254. DOI: 10.1007/s12671-012-0121-6.
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª ed.). Porto Alegre : Artmed.
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência: A Construção do Cérebro Consciente*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Damásio, A. (2011). *O erro de Descartes: Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Damásio, A. (2012). *Ao Encontro de Espinosa: As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Lisboa: Círculo de Leitores.

- Damásio, A. (2013). *O Sentimento de Si: Corpo, Emoção e Consciência*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Direção Geral da Saúde (2017a). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017b). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K. L., Segal, Z. V., Nelson, J. C., McInnes, L. A., . . . Feldman, M. D. (2016). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(2), 99-110. DOI:10.1159/000442260.
- Façanha, J. (2013). *Avaliação do risco de suicídio - contributos para a validação do índice NGASR para a população portuguesa* (Dissertação de Mestrado). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Fawcett, J. & Neuman, B. (2011). *The Neuman Systems model*. (5ª ed.). Estados Unidos da América: Pearson Education.
- Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions?. *Review of General Psychology*, 2(3), 300–319. DOI:10.1037/1089-2680.2.3.300.
- Fredrickson, B. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226. DOI: 10.1037//0003-066X.56.3.218.
- Freese, B. (2004). Betty Neuman - Modelo de Sistemas. In Tomey, A. & Alligood, M. (Coord.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 335 - 375). Loures: Lusociência.
- Fridja, N. (2008). The psychologists' point of view. In Lewis, M.; Haviland-Jones, J. & Barrett, L. (Eds.), *Handbook of emotions*. (3ª ed.) (pp. 68-87). New York: The Guilford Press.
- Goleman, D. (2012a). *Inteligência emocional*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Goleman, D. (2012b.). *Trabalhar com inteligência emocional*. Lisboa: Círculo de Leitores.

- Goleman, D. & Davidson, R. (2018). *Traços alterados*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Gomes, J.; Cortez, E. & Damásio, V. (2020). Saúde Mental em todas as Políticas: Oito exemplos de como Fazer... In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental-Diagnósticos e Intervenções*, (pp.49-56). Lisboa: Lidel.
- Greenberg, L. (2008). The clinical application of emotion in Psychotherapy. In Lewis, M.; Haviland-Jones, J. & Barrett, L. (Eds.), *Handbook of emotions*. (3^a ed.) (pp. 88-101). New York: The Guilford Press.
- Gross, J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J. (1999). Emotion and emotion regulation. In Pervin, L. & John, O. (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2^aed.) (pp. 525-552). New York: Guilford.
- Gross, J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214-219.
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. DOI: 10.1017.S0048577201393198.
- Gross, J. (2008). Emotion regulation. In Lewis, M.; Haviland-Jones, J. & Barrett, L. (Eds.), *Handbook of emotions* (3^a ed.) (pp. 497-512). New York: The Guilford Press.
- Gross, J. & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (2), 348-362. DOI: 10.1037/0022-3514.85.2.348.
- Gross, J. & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: conceptual foundations. In Gross, J. (Eds.). *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: The Guilford Press.
- Izard, C. (2002). Translating emotion theory and research into preventive interventions. *Psychological Bulletin*, 128, 796-824. DOI: 10.1037//0033-2909.128.5.796.

Izard, C. (2010). The many meanings/aspects of emotion: Definitions, functions, activation, and regulation. *Emotion Review*, 2 (4), 363–370. DOI: 10.1177/1754073910374661.

Janssen, L.; Grutters, J.; Schellekens, M.; Kan, C.; Carpentier, P.; Sizoo, B. ... Speckens, A. (2019). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Versus Treatment as Usual in Adults with ADHD: a Trial-Based Economic Evaluation. *Mindfulness*, 10, 1803-1814. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01133-7>.

Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living*. London: Piatkus.

Kabat-Zinn, J. (2018). *Para onde quer que vás, aí estarás*. Amadora: Nascente.

Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... & Causley, A. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988), 63-73. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4).

Kuyken, W.; Warren, F.; Taylor, R.; Whalley, B.; Crane, C.; Bondolfi, G. ... Dalgleish, T. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse an Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*. 73(6), 565-574. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0076.

Lazarus, R. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46, 819-834. DOI: 10.1037//0003-066x.46.8.819.

Lench, H.; Flores, S. & Bench, S. (2011). Discrete Emotions Predict Changes in Cognition, Judgment, Experience, Behavior, and Physiology: A Meta-Analysis of Experimental Emotion Elicitations. *Psychological Bulletin*, 137 (5), 834–855. DOI: 10.1037/a0024244.

Levy, P. & Coentre, R. (2014). Episódio Psicótico. In Figueira, M.; Sampaio, D. & Afonso, P. (Coord.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp.161-187). Lisboa: Lidel.

- Llobet, M.; Merino, J. & Sequeira, C. (2020). Aspectos psicossociais e doença mental. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental-Diagnósticos e Intervenções*, (pp.67-70). Lisboa: Lidel.
- Lluch-Canut, T. & Sequeira, C. (2020). Saúde Mental Positiva. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental-Diagnósticos e Intervenções*, (pp.61-63). Lisboa: Lidel.
- Lopes, A.; Araújo, J.; Ferreira, M. & Ribeiro, J. (2015). A eficácia do Snoezelen na redução das estereotípias. *Revista Terapia Ocupacional*. 26 (2), 234-43. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v26i2p234-243.
- MacDermott, S.; Gullone, E.; Allen, J.; King, N. & Tonge, B. (2010). The Emotion regulation index for children and adolescents (ERICA): A Psychometric investigation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 301–314. DOI: 10.1007/s10862-009-9154-0.
- MacKinnon, R.; Michels, R. & Buckley, P. (2018). *A entrevista psiquiátrica na prática clínica* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Mayer, B.; Polak, M. & Remmerswaal, D. (2019). Mindfulness, Interpretation Bias, and Levels of Anxiety and Depression: Two Mediation Studies. *Mindfulness*, 10, 55–65. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0946-8>.
- Martins, M. (2015). *Utilidade instantânea e recordada da abordagem Snoezelen em idosos institucionalizados e modelos cognitivos de eficácia em cuidadores* (Tese de Doutoramento). Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Miguel, A. & Ruiz, M. (2020). *Mindfulness e Saúde Mental*. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental-Diagnósticos e Intervenções*, (pp.263-268). Lisboa: Lidel.
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. (4ª ed.). Rio Janeiro: Mosby Elsevier.
- Moreira, N. & Gonçalves, R. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1 (XXVIII): 133-148.

- Oliveira, P. (2020). Determinantes em saúde mental. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental-Diagnósticos e Intervenções*, (pp.64-66). Lisboa: Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *CIPE® Versão 1 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamentos das Competências Específicas das Especialidades em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018b). *Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pais-Ribeiro, J.; Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(2), 229–239.
- Pang, D. & Ruch, W. (2019). The Mutual Support Model of Mindfulness and Character Strengths. *Mindfulness*, 10 (8), 1545-1559. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01103-z>.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, M; Nardi, A. & Levitan, M. (2017). Mindfulness in mood and anxiety disorders: a review of the literature. *Trends Psychiatry Psychother*, 39(3), 207-215. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0051>.
- Rönnlund, M.; Koudriavtseva, A.; Germundsjö, L.; Eriksson, T.; Åström, E. & Carelli, M. (2019). Mindfulness Promotes a More Balanced Time Perspective: Correlational and Intervention-Based Evidence. *Mindfulness*, 10, 1579-1591. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01113-x>.

- Sampaio, F.; Sequeira, C. & Lluch Canut, T. (2020). Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental-Diagnósticos e Intervenções*, (pp.171-173). Lisboa: Lidel.
- Saraiva C. & Cerejeira J. (Coord.) (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lousã: LIDEL.
- Schroevers, M; Tovote, K; Snippe, E. & Fler, J. (2016). Group and Individual Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) Are Both Effective: a Pilot Randomized Controlled Trial in Depressed People with a Somatic Disease. *Mindfulness*, 7, 1339–1346. DOI:10.1007/s12671-016-0575-z.
- Segal, Z.; Bieling, P.; Young, T.; MacQueen, G.; Cooke, R.; Martin, L. ... Levitan, R. (2010). Antidepressant Monotherapy vs Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(12), 1256-1264. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21135325>.
- Segal, Z., Williams, M., Teasdale, J. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (2ªed.). New York: The Guilford Press.
- Sequeira, C. (2006) *Introdução à Prática Clínica: do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2020). Entrevista Clínica. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental-Diagnósticos e Intervenções*, (pp.90-94). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental-Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel.
- SPPSM (2016). *Informemente: Guia essencial para jornalistas sobre saúde mental*. Lisboa: SPPSM.
- Stets, J. & Turner, J. (2008). The sociology of emotions. In Lewis, M.; Haviland-Jones, J. & Barrett, L. (Eds.), *Handbook of emotions* (3ª ed.) (pp. 32-46). New York: The Guilford Press.
- Stuart, G. W. (2001). Respostas Emocionais e Transtornos de Humor. In Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (Coord.), *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática* (6ª ed.) (pp.380-416). Porto Alegre: Artmed Editora.

- Teasdale, J.; Moore, R.; Hayhurst, H.; Pope, M.; Williams, S. & Segal, Z. (2002). Metacognitive Awareness and Prevention of Relapse in Depression: Empirical Evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275-287. DOI: 10.1037//0022-006X.70.2.275.
- Teixeira, B. & Perestrelo, J. (2016). *Mindfulness: os Benefícios da Atenção Plena*. Paço de Arcos: Edições Mahatma.
- Teixeira, S; Sequeira, C. & Lluch-Canut, T. (2020). Programa de Saúde Mental Positiva. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.), *Enfermagem em Saúde Mental-Diagnósticos e Intervenções*, (pp.240-242). Lisboa: Lidel.
- Tickell, A.; Ball, S.; Bernard, P.; Kuyken, W.; Marx, R.; Pack, S.; Strauss, C. ... & Crane, C. (2019). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Real-World Healthcare Services. *Mindfulness*, 11, 279-290. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1087-9>.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Viana, M.; Almeida, P. & Santos, R. (2001). Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor – POMS. *Análise Psicológica*, 1 (XIX), 77-92. DOI: <https://doi.org/10.14417/ap.345>.
- Williams, M. & Kuyken, W. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 359–360. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.104745.
- Williams, M. & Penman, D. (2019). *Mindfulness – Atenção Plena* (17ª ed.). Lua de papel: Alfragide.
- Williams, M.; Teasdale, J.; Segal, Z. & Kabat-Zinn, J. (2016). *Mindfulness contra a depressão – Como libertar-se da infelicidade crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- WHO (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Geneva: WHO.
- WHO (2018). *Mental health: strengthening our response*. Geneva: WHO.

Xie, J.; Zhou, J.; Gong, L.; Iennaco, J. & Ding, S. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy in the intervention of psychiatric disorders: A review. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(2), 232-239. DOI: 10.1016/j.ijnss.2014.05.015.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Programa de intervenção baseado no *mindfulness*

**PROGRAMA DE INTERVENÇÃO
BASEADO NO *MINDFULNESS***

<p>Data: 8 de Outubro de 2019 Sessão nº 1</p> <p>Objetivo geral Incentivar a pessoa a explorar a mente quando sai do “piloto automático”.</p>	<p>Tema sessão: Desligar o piloto automático</p> <p>Duração: 60’</p>
<p>Data: 15 de Outubro de 2019 Sessão nº 2</p> <p>Objetivo geral Compreender a diferença entre pensar e viver uma situação; Treinar a mente para focar atenção nas sensações corporais sem julgar.</p>	<p>Tema sessão: Ter em mente o corpo</p> <p>Duração: 60’</p>
<p>Data: 22 de Outubro de 2019 Sessão nº 3</p> <p>Objetivo geral Perceber limites físicos e mentais e como reagir quando confrontado com os mesmos.</p>	<p>Tema sessão: O rato no labirinto</p> <p>Duração: 60’</p>
<p>Data: 29 de Outubro de 2019 Sessão nº 4</p> <p>Objetivo geral Aprender a encarar os pensamentos como acontecimentos mentais transitórios.</p>	<p>Tema sessão: Ultrapassar os rumores</p> <p>Duração: 60’</p>
<p>Data: 5 de Novembro de 2019 Sessão nº 5</p> <p>Objetivo geral Adquirir estratégias para conseguir encarar e não suprimir pensamentos, sensações, sentimentos e emoções perturbadores; Obter ferramentas internas para aceitação dos mesmos.</p>	<p>Tema sessão: Virar-se para as dificuldades</p> <p>Duração: 60’</p>
<p>Data: 12 de Novembro de 2019 Sessão nº 6</p> <p>Objetivo geral Ajudar a pessoa a recuperar a amabilidade na sua vida, consigo mesmo e com os outros.</p>	<p>Tema sessão: Preso no passado ou a viver no presente?</p> <p>Duração: 60’</p>

<p>Data: 19 de Novembro de 2019</p> <p>Sessão nº 7</p> <p>Objetivo geral Conseguir recuperar o equilíbrio entre as atividades que preenchem e as atividades que esgotam.</p>	<p>Tema sessão: Quando é que deixou de dançar?</p> <p>Duração: 60'</p>
<p>Data: 26 de Novembro de 2019</p> <p>Sessão nº 8</p> <p>Objetivo geral Integrar as práticas de <i>mindfulness</i> numa rotina sustentável a longo prazo.</p>	<p>Tema sessão: A sua vida selvagem e preciosa</p> <p>Duração: 60'</p>

Adaptado de Segal, Williams & Teasdale (2013); Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn (2016); Williams & Penman (2019)

**Apêndice 2 – Plano das sessões do programa baseado no
*mindfulness***

PLANO DE SESSÃO

Data: 8 de Outubro de 2019

Sessão nº: 1

Tema sessão: Desligar o piloto automático

Duração: 15' aquecimento + 30' desenvolvimento + 15' conclusão

Objetivo geral

Incentivar a pessoa a explorar a mente quando sai do “piloto automático”

Objetivos específicos

Explorar o que acontece quando se sai do “piloto automático”;

Concentrar a atenção em algo específico de cada vez;

Despertar os sentidos através do ato de comer com atenção plena;

Estabelecer a base essencial para as seguintes meditações.

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS
Aquecimento	'Quebra-gelo'	Método interrogativo; Método ativo	Relembrar os objetivos do programa Apresentação dos elementos do grupo através de imagens e fotografias	Imagens/Fotografias
Desenvolvimento	Meditação	Método expositivo; Método demonstrativo	Introdução à temática “Atenção plena e piloto automático” Meditação da passa de uva – reaprender a concentrar a atenção numa coisa de	Cadeiras Computador Sistema de som

			<p>cada vez; prestar atenção plena ao que está a comer por forma a alterar a experiência</p> <p>Meditação da atenção plena ao corpo e à respiração – existem dois alvos nos quais se pode concentrar a atenção e que estão sempre presentes (o corpo e a respiração); regressar ao momento presente; ter consciência de que a mente divagou, detetando de modo mais claro quando isso aconteceu</p>	Passas
Conclusão	<p>Avaliação da sessão</p> <p>Exercícios para a primeira semana</p>	<p>Método interrogativo;</p> <p>Método expositivo</p>	<p>Troca de experiências vivenciadas durante a sessão</p> <p>Avaliação oral em grupo</p> <p>Práticas para a primeira semana</p>	Ficha de práticas para a primeira semana

PLANO DE SESSÃO

Data: 15 de Outubro de 2019

Sessão nº: 2

Tema sessão: Ter em mente o corpo

Duração: 10' aquecimento + 40' desenvolvimento + 10' conclusão

Objetivo geral

Compreender a diferença entre pensar e viver uma situação;
 Treinar a mente para focar atenção nas sensações corporais sem julgar.

Objetivos específicos

Rastrear o corpo explorando a diferença entre pensar sobre uma sensação e vivê-la;
 Treinar a mente a focar a sua atenção diretamente nas sensações corporais;
 Treinar a mente a não julgar ou analisar o que descobre;
 Distinguir, mais claramente, quando a mente começa a vaguear.

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS
Aquecimento	'Quebra-gelo'	Método interrogativo; Método ativo	Resumir a última semana numa palavra Experiências vivenciadas durante a semana	Cadeiras
Desenvolvimento	Meditação	Método expositivo Método demonstrativo	Introdução ao tema "ter em mente o corpo" Apreciar o aqui e agora – quais as atividades, coisas ou pessoas que o	Cadeiras Colchões Computador

			<p>fazem sentir-se bem? Pode dar-lhe mais atenção ou dedicar-lhe mais tempo?;</p> <p>caminhar pela sala tomando consciência das atividades que lhes dão prazer</p> <p>Exercício da gratidão dos dez dedos – trazer à mente dez coisas pelas quais está grato, registando cada uma delas num dos dedos da mão</p> <p>Meditação do rastreio corporal – deitado num colchão ou sentado numa cadeira, deslocar a atenção para todo o corpo, submetendo cada região a uma atenção plena, tomando consciência das sensações em cada região e finalmente do corpo como um todo</p>	<p>Sistema de som</p> <p>Imagem de duas mãos</p> <p>Canetas</p>
Conclusão	<p>Avaliação da sessão</p> <p>Exercícios para a segunda semana</p>	<p>Método interrogativo;</p> <p>Método expositivo</p>	<p>Troca de experiências vivenciadas durante a sessão</p> <p>Avaliação oral em grupo</p> <p>Práticas para a segunda semana</p>	<p>Ficha de práticas para a segunda semana</p>

PLANO DE SESSÃO

Data: 22 de Outubro de 2019

Sessão nº: 3

Tema sessão: O rato no labirinto

Duração: 10' aquecimento + 40' desenvolvimento + 10' conclusão

Objetivo geral

Perceber limites físicos e mentais e como reagir quando confrontado com os mesmos.

Objetivos específicos

Perceber os limites mentais e físicos e como reagir quando os alcança;

Ajudar a mente a reintegrar o corpo;

Compreender que emergem sentimentos perturbadores quando se está demasiado focado no objetivo.

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS
Aquecimento	'Quebra-gelo'	Método interrogativo; Método ativo	Resumir a última semana numa palavra Experiências vivenciadas durante a semana	Cadeiras
Desenvolvimento	Meditação	Método expositivo; Método demonstrativo	Introdução ao tema "o rato no labirinto" Leitura da história do menino e do burro Meditação dos movimentos com atenção plena – quatro exercícios de alongamentos que permitem realinhar os	Cadeiras Folha com a história do menino e do burro

			<p>músculos e articulações do corpo, libertando as tensões acumuladas</p> <p>Meditação da Respiração e do Corpo – após libertar as tensões físicas, tomar consciência das sensações no corpo e na respiração</p> <p>Meditação Pausa de Três Minutos – minimeditação que permitirá uma pausa no ponto em que os pensamentos ameaçam fugir do controlo, reassentando no momento presente</p>	
Conclusão	<p>Avaliação da sessão</p> <p>Exercícios para a terceira semana</p>	<p>Método interrogativo</p> <p>Método expositivo</p>	<p>Troca de experiências vivenciadas durante a sessão</p> <p>Avaliação oral em grupo</p> <p>Práticas para a terceira semana</p>	<p>Ficha de práticas para a terceira semana</p>

PLANO DE SESSÃO

Data: 29 de Outubro de 2019

Sessão nº: 4

Tema sessão: Ultrapassar os rumores

Duração: 10' aquecimento + 40' desenvolvimento + 10' conclusão

Objetivo geral

Aprender a encarar os pensamentos como acontecimentos mentais transitórios.

Objetivos específicos

Dar-se conta do “excesso de pensamentos” pelos quais se é assolado;

Olhar para os pensamentos como acontecimentos mentais que vêm e vão, assim como os sons;

Alcançar uma postura descentrada em relação aos pensamentos e sentimentos;

Reforçar a clareza da mente, adotando uma perspetiva diferente acerca dos problemas.

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS
Aquecimento	'Quebra-gelo'	Método interrogativo; Método ativo	Resumir a última semana numa palavra Experiências vivenciadas durante a semana	Cadeiras
Desenvolvimento	Meditação	Método expositivo; Método demonstrativo	Introdução ao tema “ultrapassar os rumores” Modelo ABC das emoções – convidar os utentes a escrever uma lista de	Cadeiras Canetas Folha com o modelo ABC

			<p>pensamentos e emoções compreendendo o que são factos reais e os rumores</p> <p>Meditação da Respiração e do Corpo – tomar consciência das sensações no corpo e na respiração</p> <p>Meditação Sons e Pensamentos – tomar consciência que tal como o ouvido é o órgão que recebe os sons, a mente recebe os pensamentos; compreender as semelhanças entre sons e pensamentos</p>	
Conclusão	<p>Avaliação da sessão</p> <p>Exercícios para a quarta semana</p>	<p>Método interrogativo</p> <p>Método expositivo</p>	<p>Troca de experiências vivenciadas durante a sessão</p> <p>Avaliação oral em grupo</p> <p>Práticas para a quarta semana</p>	Ficha de práticas para a quarta semana

PLANO DE SESSÃO

Data: 5 de Novembro de 2019

Sessão nº: 5

Tema sessão: Virar-se para as dificuldades

Duração: 10' aquecimento + 40' desenvolvimento + 10' conclusão

Objetivo geral

Adquirir estratégias para conseguir encarar e não suprimir pensamentos, sensações, sentimentos e emoções perturbadoras e obter ferramentas internas para aceitação dos mesmos.

Objetivos específicos

Enfrentar as dificuldades e não evitá-las;

Encarar os problemas com espírito de abertura, curiosidade e compaixão.

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS
Aquecimento	'Quebra-gelo'	Método interrogativo; Método ativo	Resumir a última semana numa palavra Experiências vivenciadas durante a semana	Cadeiras
Desenvolvimento	Meditação	Método expositivo Método demonstrativo	Introdução ao tema "aceitação" Meditação da Respiração e do Corpo – tomar consciência das sensações no corpo e na respiração	Cadeiras Folhas Canetas Poema "A casa de hóspedes"

			<p>Meditação Sons e Pensamentos – tomar consciência que tal como o ouvido é o órgão que recebe os sons, a mente recebe os pensamentos; revelar as semelhanças entre os sons e os pensamentos</p> <p>Meditação para Explorar as Dificuldades – convidar a trazer à mente situações inquietantes e observar o modo como o corpo reage</p>	
Conclusão	<p>Avaliação da sessão</p> <p>Exercícios para a quinta semana</p>	<p>Método interrogativo</p> <p>Método expositivo</p>	<p>Troca de experiências vivenciadas durante a sessão</p> <p>Avaliação oral em grupo</p> <p>Práticas para a quarta semana</p>	<p>Ficha de práticas para a quinta semana</p>

PLANO DE SESSÃO

Data: 12 de Novembro de 2019

Sessão nº: 6

Tema sessão: Preso no passado ou a viver no presente?

Duração: 10' aquecimento + 40' desenvolvimento + 10' conclusão

Objetivo geral

Ajudar a recuperar a amabilidade na sua vida, consigo mesmo e com os outros.

Objetivos específicos

Explorar o modo como as formas negativas de pensar se dissipam gradualmente quando se cultiva ativamente a bondade amorosa e a compaixão;

Cultivar a amabilidade em relação a si próprio;

Relacionar-se com o mundo com amabilidade e compaixão;

Aceitar-se com respeito, honra e amor.

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS
Aquecimento	'Quebra-gelo'	Método interrogativo; Método ativo	Resumir a última semana numa palavra Experiências vivenciadas durante a semana	Cadeiras
Desenvolvimento	Meditação	Método expositivo Método demonstrativo	Introdução ao tema "aceitação" Recordação de factos reais – convidar a pensar num facto real que tenha sucedido e que ocorra ao ler determinada palavra	Cadeiras Folha "Recordação de factos reais"

			<p>Seja simpático consigo mesmo – convidar a fazer a si próprio algumas perguntas tentando compreender se é demasiado duro consigo mesmo</p> <p>Meditação da amabilidade – compreender que se deve relacionar com o mundo com amabilidade e compaixão, só o conseguindo se chegar ao seu eu verdadeiro, aceitando-se com respeito, honra e amor.</p>	<p>Folha “Seja simpático consigo mesmo”</p> <p>Folha “Sofrimento mental”</p>
Conclusão	<p>Avaliação da sessão</p> <p>Exercícios para a sexta semana</p>	<p>Método interrogativo</p> <p>Método expositivo</p>	<p>Troca de experiências vivenciadas durante a sessão</p> <p>Avaliação oral em grupo</p> <p>Práticas para a quarta semana</p>	<p>Ficha de práticas para a sexta semana</p>

PLANO DE SESSÃO

Data: 19 de Novembro de 2019

Sessão nº: 7

Tema sessão: Quando é que deixou de dançar?

Duração: 10' aquecimento + 40' desenvolvimento + 10' conclusão

Objetivo geral

Conseguir recuperar o equilíbrio entre as atividades que preenchem e as atividades que esgotam.

Objetivos específicos

Explorar a ligação entre a rotina diária, atividades, comportamentos e humor;

Promover escolhas que permitam mais tempo para as coisas que alimentam e limitar os aspetos negativos daquelas que esgotam os recursos;

Aumentar a capacidade de apreciar a vida espontaneamente, de resiliência e de criatividade;

Encontrar estratégias para enfrentar a ansiedade, os motivos de stress e as preocupações.

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS
Aquecimento	'Quebra-gelo'	Método interrogativo; Método ativo	Resumir a última semana numa palavra Experiências vivenciadas durante a semana	Cadeiras
Desenvolvimento	Meditação	Método expositivo Método demonstrativo	Introdução ao tema "equilíbrio entre atividade" Funil do esgotamento – compreender que aquilo mais facilmente se larga são as	Cadeiras Canetas Folha "Funil do esgotamento"

			<p>atividades que satisfazem, entrando num círculo que levará ao esgotamento</p> <p>Atividades de um dia típico – compreender quais as atividades que alimentam e quais as que esgotam</p> <p>Meditação Pausa de Três Minutos – minimeditação que permitirá uma pausa no ponto em que os pensamentos ameaçam fugir do controlo, reassentando no momento presente</p>	Folha “Atividades de um dia típico”
Conclusão	<p>Avaliação da sessão</p> <p>Exercícios para a sétima semana</p>	<p>Método interrogativo</p> <p>Método expositivo</p>	<p>Troca de experiências vivenciadas durante a sessão</p> <p>Avaliação oral em grupo</p> <p>Práticas para a quarta semana</p>	Ficha de práticas para a sétima semana

PLANO DE SESSÃO

Data: 26 de Novembro de 2019

Sessão nº: 8

Tema sessão: A sua vida selvagem e preciosa

Duração: 10' aquecimento + 40' desenvolvimento + 10' conclusão

Objetivo geral

Integrar as práticas de *mindfulness* numa rotina sustentável a longo prazo.

Objetivos específicos

Integrar a atenção plena na vida diária;

Aceitar o que surge na vida diária sem julgamentos;

Desenvolver estratégias de enfrentamento e integrá-las na vida quotidiana.

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS
Aquecimento	'Quebra-gelo'	Método interrogativo; Método ativo	Resumir a última semana numa palavra Experiências vivenciadas durante a semana	Cadeiras
Desenvolvimento	Meditação	Método expositivo; Método demonstrativo	Resumo do programa – resumir as aprendizagens de cada sessão anterior Atividades diárias – compreender de que forma se pode integrar a prática de <i>mindfulness</i> na vida diária	Cadeiras Folha "Resumo do programa" Folha "Atividades diárias"

Conclusão	Avaliação da sessão	Método interrogativo; Método expositivo	Troca de experiências vivenciadas durante a sessão Avaliação oral em grupo Avaliação do programa em grupo	Cadeiras
-----------	---------------------	--	---	----------

Apêndice 3 – Guião das entrevistas inicial e final

Guião de entrevista inicial

Nome:

Data da entrevista:

Idade:

Sexo:

Data de internamento:

Diagnóstico médico:

1. Qual o motivo de internamento? Como se manifestou a doença pela primeira vez?

Como vê a depressão?

2. Como se sentiu na última semana?

3. Que estratégias utiliza para ultrapassar esses sentimentos?

4. Quais os seus objetivos em termos futuros?

5. Quais as expectativas relacionadas com o programa? O que espera deste programa?

Guião de entrevista final

Nome:

Data da entrevista:

1. Como vê a depressão neste momento?
2. Como se sentiu na última semana? Nota alguma mudança a nível emocional?
3. Que estratégias possui para ultrapassar os sentimentos/pensamentos negativos após o programa?
4. Quais os objetivos delineados para o futuro?
5. Em que medida este programa ajudou na regulação/controlo das emoções? Quais os ganhos ao participar neste programa?
6. Tem sugestões relativamente ao programa?

**Apêndice 4 – Programa baseado no *mindfulness* em contexto de
residência**

INTERVENÇÃO BASEADA NO MINDFULNESS

Data: 14 de Janeiro de 2020

Sessão nº 1

Objetivo geral

Aprender estratégias de comunicação assertiva e gestão emocional.

Tema sessão:

Comunicação

Duração: 90'

Data: 21 de Janeiro de 2020

Sessão nº 2

Objetivo geral

Conseguir gerir os problemas com que se deparam no quotidiano.

Tema sessão: Gestão do quotidiano

Duração: 90'

Data: 28 de Janeiro de 2020

Sessão nº 3

Objetivo geral

Perceber limites físicos e mentais e como reagir quando confrontado com os mesmos.

Tema sessão: Lidando com os problemas

Duração: 90'

Data: 4 de Fevereiro de 2020

Sessão nº 4

Objetivo geral

Desenvolver novas estratégias para uma regulação das emoções mais eficaz.

Tema sessão: Lidando com as emoções

Duração: 90'

**Apêndice 5 – Plano das sessões da intervenção baseada no
mindfulness em contexto de residência**

**PLANO DA SESSÃO
INTERVENÇÃO BASEADA NO MINDFULNESS**

Data: 14 de Janeiro de 2020	Sessão nº: 1
Tema sessão: Comunicação	Duração: 15' aquecimento + 60' desenvolvimento + 15' conclusão
Objetivo geral Desenvolver estratégias de comunicação assertiva e gestão emocional.	
Objetivos específicos <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a autoconsciência como forma de maximizar os recursos internos - Desenvolver o autocontrolo - Melhorar a comunicação - Desenvolver estratégias de regulação das emoções 	

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS
Aquecimento	'Quebra-gelo'	Método interrogativo Método ativo	Apresentação dos elementos do grupo através de imagens e fotografias	Cadeiras Imagens/Fotografias
Desenvolvimento	Tema "Comunicação" Meditação	Método expositivo Método demonstrativo	Descrição de uma imagem – pedir a 4 voluntários que descrevam o que veem numa mesma imagem um de cada vez e sem ouvirem os anteriores Observação do número 6 – pedir a 2 voluntários que digam qual o número que veem, estando um de cada lado do número Treinar algumas técnicas de comunicação	Cadeiras Imagem Número 6 Canetas

			Meditação da Respiração e do Corpo – tomar consciência das sensações no corpo e na respiração, como forma de gerir as emoções	
Conclusão	Avaliação da sessão	Método interrogativo	Troca de experiências vivenciadas durante a sessão	

**PLANO DA SESSÃO
INTERVENÇÃO BASEADA NO MINDFULNESS**

Data: 21 de Janeiro de 2020	Sessão nº: 2
Tema sessão: Gestão do quotidiano	Duração: 15' aquecimento + 60' desenvolvimento + 15' conclusão
Objetivo geral Gerir de forma mais eficaz os problemas com que se deparam no quotidiano.	
Objetivos específicos Promover o espírito de equipa entre os participantes; Otimizar a gestão das tarefas diárias; Melhorar o conhecimento sobre temas como o sono, a alimentação e a terapêutica; Explorar a ligação entre a rotina diária, atividades, comportamentos e humor; Promover escolhas que permitam mais tempo para as atividades que fornecem energia e limitar as que esgotam os recursos; Encontrar novas estratégias para regular a ansiedade, os motivos de stress e as preocupações.	

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS
Aquecimento	'Quebra-gelo'	Método interrogativo Método ativo	Resumir a última semana numa palavra Experiências vivenciadas durante a semana	Cadeiras
Desenvolvimento	Tema "Gestão do quotidiano" Meditação	Método expositivo Método demonstrativo	Dez dedos das mãos – pedir a cada utente que escreva num dedo uma qualidade sua; de seguida pedir aos outros utentes que digam qualidades do mesmo por forma a preencher toda a mão Falar sobre os problemas do quotidiano - Sono - Alimentação	Cadeiras Canetas Folha "Dedos da mão" Folha "Atividades de um dia típico"

			<p>- Terapêutica</p> <p>- Outros</p> <p>Atividades de um dia típico – compreender quais as atividades que alimentam e quais as que esgotam</p> <p>Meditação Pausa de Três Minutos – minimeditação que permitirá uma pausa no ponto em que os pensamentos ameaçam fugir do controle, reasentando no momento presente</p>	
Conclusão	Avaliação da sessão	Método interrogativo	Troca de experiências vivenciadas durante a sessão	Cadeiras

**PLANO DA SESSÃO
INTERVENÇÃO BASEADA NO MINDFULNESS**

Data: 28 de Janeiro de 2020

Sessão nº: **3**

Tema sessão: Lidando com os problemas

Duração: 15' aquecimento + 60' desenvolvimento + 15' conclusão

Objetivo geral

Perceber limites físicos e mentais e como reagir quando confrontado com os mesmos.

Objetivos específicos

Perceber os limites mentais e físicos e como reagir quando os alcança;

Desenvolver algumas estratégias para lidar com os problemas;

Compreender que emergem sentimentos perturbadores quando se está demasiado focado no objetivo.

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS
Aquecimento	'Quebra-gelo'	Método interrogativo Método ativo	Resumir a última semana numa palavra Experiências vivenciadas durante a semana	Cadeiras
Desenvolvimento	Tema "Lidando com os problemas" Meditação	Método expositivo Método demonstrativo	Leitura da história do menino e do burro Estratégias para lidar com os problemas Meditação Sons e Pensamentos – tomar consciência que tal como o ouvido é o órgão que recebe os sons, a mente recebe os pensamentos; revelar as semelhanças entre os sons e os pensamentos Meditação para Explorar as Dificuldades – convidar a trazer à mente situações inquietantes e observar o modo como o corpo reage	Cadeiras Folha com a história do menino e do burro

Conclusão	Avaliação da sessão	Método interrogativo	Troca de experiências vivenciadas durante a sessão	
------------------	---------------------	----------------------	--	--

**PLANO DA SESSÃO
INTERVENÇÃO BASEADA NO MINDFULNESS**

Data: 4 de Fevereiro de 2020	Sessão n°: 4
Tema sessão: Lidando com as emoções	Duração: 15' aquecimento + 60' desenvolvimento + 15' conclusão
Objetivo geral Desenvolver novas estratégias para uma regulação das emoções mais eficaz.	
Objetivos específicos Promover o espírito de equipa entre os participantes; Desenvolver a autoconsciência; Desenvolver o autocontrolo; Compreender o modelo “ABC” das emoções otimizando a regulação do humor depressivo; Desenvolver algumas estratégias para gerir mais eficazmente as emoções.	

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS	RECURSOS
Aquecimento	'Quebra-gelo'	Método interrogativo Método ativo	Resumir a última semana numa palavra Experiências vivenciadas durante a semana	Cadeiras
Desenvolvimento	Tema “Lidando com os problemas” Meditação	Método expositivo Método demonstrativo	Modelo ABC das emoções – convidar os participantes a escrever uma lista de pensamentos e emoções compreendendo o que são factos reais da sua vida e o que são rumores e de que forma, conhecendo o porquê daquela emoção, se consegue controlar a mesma Meditação dos movimentos com atenção plena – quatro exercícios de alongamentos que permitem realinhar os músculos e articulações do corpo, libertando as tensões acumuladas	Cadeiras Canetas Folha “modelo ABC”

			Meditação da Respiração e do Corpo – após libertar as tensões físicas, tomar consciência das sensações no corpo e na respiração	
Conclusão	Avaliação da sessão	Método interrogativo	Troca de experiências vivenciadas durante a sessão	

