



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

**Promoção da autonomia da pessoa com perturbação
mental: Intervenções do enfermeiro especialista**

Rita Dias Pereira

**Lisboa
2022**



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

**Promoção da autonomia da pessoa com perturbação
mental: Intervenções do enfermeiro especialista**

Rita Dias Pereira

Orientador: Professor Doutor Joaquim Manuel de Oliveira Lopes

**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Foram várias as pessoas que partilharam comigo este longo e exigente caminho e que contribuíram para a minha aprendizagem e crescimento.

Aos utentes com que me cruzei pela generosidade da partilha e pela cordialidade com que aceitaram participar nos vários desafios lançados... por me terem permitido descobrir na relação e olhar a perturbação mental de uma outra forma.

À Professora Ana Melo e Professor Joaquim Lopes pela dedicação e disponibilidade demonstradas, pela partilha de conhecimento e reflexão... mas sobretudo pela orientação serena e amável que tanta confiança e segurança me transmitiu...

À Enfermeira Sílvia, Enfermeira Sandra e Enfermeiro Estrela pelo acompanhamento presente, pela inspiração para ser melhor enfermeira e por todo o investimento sentido no processo de desenvolvimento pessoal e profissional...

A todas as equipas que me acolheram pela forma afetuosa como o fizeram...

Aos colegas de serviço pelo apoio e compreensão demonstrados...

À minha família pelo apoio incondicional, paciência e compreensão apesar da falta...

... A todos o meu sentido agradecimento.

RESUMO

A literatura é unânime relativamente ao facto das perturbações mentais se constituírem como uma condição cada vez mais comum, correspondendo a uma das principais causas de incapacidade e morbilidade nas sociedades modernas, acarretando graves prejuízos.

As perturbações mentais constituem-se, na maioria das vezes, como doenças crónicas com forte impacto em múltiplas vertentes da vida das pessoas, assim, torna-se relevante a necessidade dos cuidados prestados serem direccionados para a promoção da autonomia, com o envolvimento das pessoas, tendo em conta as necessidades por si percebidas.

Neste relatório, assume-se que o conceito de autonomia diz respeito a um trajeto único e singular, um valor que não é absoluto ou estático mas sim um processo dinâmico que envolve ganhos e perdas graduais, devendo ser analisado, apenas, em comparação com estádios prévios do próprio sujeito em análise. A autonomia corresponde, desta forma, à capacidade da pessoa para gerir a própria rede de dependências.

A Ordem dos Enfermeiros diz que as intervenções do EEESMP procuram a adequação das respostas aos desafios com relação à perturbação mental e que os cuidados prestados ajudam a atingir a máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível.

O presente relatório pretende descrever o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, através da reflexão e análise crítica do percurso traçado na aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista e no crescimento pessoal e profissional. Mais concretamente incide sobre a análise reflexiva das intervenções implementadas no sentido da promoção da autonomia da pessoa com perturbação mental, valorizando-se a parceria de cuidados como uma premissa impreterível.

Palavras-Chave: Autonomia Pessoal, Enfermagem, Saúde Mental, Transtornos Mentais

ABSTRACT

The literature is unanimous regarding the fact that mental disorders are an increasingly common condition, corresponding to one of the main causes of disability and morbidity in modern societies, causing serious damage.

Mental disorders are, in most cases, chronic diseases with a strong impact on multiple aspects of people's lives, thus, the need for the care provided to be directed towards the promotion of autonomy, with the involvement of people, becoming relevant taking into account their perceived needs.

In this report, it is assumed that the concept of autonomy refers to a unique and singular path, a value that is not absolute or static but a dynamic process that involves gradual gains and losses and it should only be analyzed in comparison with previous stages of the subject under analysis. Autonomy thus corresponds to the person's ability to manage their own network of dependencies.

The Portuguese Order's Nurses says that the EESSMP interventions seek the adequacy of responses to the challenges related to mental disorder and that the care provided helps to achieve maximum functional capacity, as quickly as possible.

This report aims to describe the work developed throughout the internship, through reflection and critical analysis of the path traced in the acquisition and development of specialist nurses' skills and in personal and professional growth. More specifically, it focuses on the reflexive analysis of the interventions implemented in order to promote the autonomy of the person with mental disorders, valuing the partnership of care as an imperative premise.

Keywords: Personal Autonomy, Nursing, Mental Health, Mental Disorders

LISTA DE ABREVIATURAS

AGACs – Assistentes de Geriatria e Apoio à Comunidade

APA – American Psychological Association

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CNSM – Conselho Nacional de Saúde Mental

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ERPI – Equipamento Residencial para Pessoas Idosas

FFMQ – Five Facet Mindfulness Questionnaire

OE – Ordem dos Enfermeiros

PDESMP - Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I: AUTONOMIA DA PESSOA COM PERTURBAÇÃO MENTAL.....	3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	4
1.1. Perturbação mental e autonomia: consequências e limitações	4
1.2. A promoção da autonomia da pessoa com perturbação mental como foco da atenção e da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	6
1.3. A intervenção à luz do Modelo Teórico de Enfermagem de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney	9
2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM.....	10
2.1. Caracterização dos Locais de Estágio.....	10
2.2. Intervenções Especializadas e desenvolvimento da aprendizagem	12
2.2.1. Intervenção em Contexto Ambulatório.....	16
2.2.1.1. Delimitação da Problemática.....	16
2.2.1.2. Objetivos Gerais e Específicos do Programa	17
2.2.1.3. Instrumentos e Procedimentos.....	18
2.2.1.4. Caracterização dos Participantes	18
2.2.1.5. Resumo do Programa.....	19
2.2.1.6. Avaliação do Programa	27
2.2.2. Intervenção em Contexto Internamento.....	29
2.2.2.1. Delimitação da Problemática.....	29
2.2.2.2. Objetivos Gerais e Específicos do Programa	30
2.2.2.3. Instrumentos e Procedimentos.....	31
2.2.2.4. Caracterização dos Participantes	31
2.2.2.5. Resumo do Programa.....	32
2.2.2.6. Avaliação do Programa	35
PARTE II: ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	36
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	37
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	40
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICES	

APÊNDICE 1 – PLANO SESSÃO PROGRAMA HD.....	
APÊNDICE 2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	
APÊNDICE 3 – PLANO SESSÃO PROGRAMA ERPI.....	
APÊNDICE 4 – QUADRO DE COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES.....	
ANEXOS.....	
ANEXO 1: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	
ANEXO 2: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO.....	
ANEXO 3: QUESTIONÁRIO FFMQ.....	
ANEXO 4: MEDITAÇÃO DA PASSA DA UVA.....	
ANEXO 5: MEDITAÇÃO DA ATENÇÃO PLENA AO CORPO E À RESPIRAÇÃO.....	
ANEXO 6: MEDITAÇÃO DO RASTREIO CORPORAL.....	
ANEXO 7: EXERCÍCIO – 3 COISAS POSITIVAS.....	
ANEXO 8: MEDITAÇÃO DOS MOVIMENTOS COM ATENÇÃO PLENA.....	
ANEXO 9: MEDITAÇÃO DA RESPIRAÇÃO E DO CORPO.....	
ANEXO 10: MEDITAÇÃO PAUSA DE TRÊS MINUTOS.....	
ANEXO 11: MEDITAÇÃO DOS SONS E PENSAMENTOS.....	
ANEXO 12: MEDITAÇÃO PARA EXPLORAR AS DIFICULDADES.....	
ANEXO 13: MEDITAÇÃO DA AMABILIDADE.....	
ANEXO 14: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	
ANEXO 15: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (VERSÃO PORTUGUESA).....	
ANEXO 16: MINI MENTAL STATE EXAMINATION.....	

INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório acontece no âmbito do 11º Curso de mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e tem como propósito final a apresentação do percurso realizado para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Pretende-se que o relatório exceda a versão meramente descritiva do estágio e facilite a reflexão e a análise do trajeto traçado.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2017) estima que uma em cada duas pessoas experiencia a perturbação mental em certo momento da vida, excedendo as previsões do relatório sobre a Saúde no Mundo (OMS, 2001) que a afirma como condição comum, “afetando 20-25% de todas as pessoas em algum momento das suas vidas” (p.xi), que ocorre de forma transversal “afetando todos os países e sociedades, bem como indivíduos de todas as idades” (p.xi). Em Portugal, as perturbações psiquiátricas afetam aproximadamente um quinto de toda a população, destacando-se as perturbações da ansiedade (16,5%) e as depressivas (7,9%) (Direção Geral da Saúde - DGS, 2015).

O Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016 mostra as perturbações psiquiátricas como uma das principais causas de incapacidade e morbilidade nas sociedades modernas, o estudo “The Global Burden of Disease” da OMS (2008) reforça essa ideia certificando que, na Europa, elas são responsáveis por 40% dos anos vividos com incapacidade. Por sua vez, a DGS (2015) salienta, para além do impacto na qualidade de vida causado pelo aumento do número de anos vividos com incapacidade - 20,55% e do de anos de vida saudáveis perdidos - 11,75%, o impacto económico pelos custos associados que cercam os 20% dos custos de saúde (refletindo despesas de assistência e falha de produtividade).

A intervenção ao nível dos serviços de saúde mental torna-se, pelas razões apontadas, determinante atendendo “à integração das pessoas com transtornos mentais à comunidade e promoção da saúde mental nos diferentes sectores da sociedade” (OMS, 2005, p.23), no entanto, continua a verificar-se a subsistência desproporcional do investimento face às necessidades - cerca de 1% da força global de trabalho dedicada à saúde mental (OMS, 2015). A abordagem moderna, com enfoque no acompanhamento na comunidade, possui como principais objetivos a prevenção de admissões hospitalares, o retorno à comunidade e o estabelecimento e manutenção de sistemas de apoio locais, atendendo à emancipação das pessoas com perturbação mental.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental certificam que o EEESMP “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação” (OE, 2015, p.2). O documento indica os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional, entre eles, os de readaptação funcional e adaptação respeitantes à parceria estabelecida com o cliente, com recurso das suas capacidades e da valorização do seu papel, considerando a sua capacitação e empoderamento.

A Ordem do Enfermeiros (OE, 2015) diz que as intervenções do EEESMP procuram a adequação das respostas aos desafios com relação à perturbação mental. Por seu lado, o Regulamento de Competências Específicas declara que os cuidados ajudam “a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (p.8669), influenciando significativamente no “grau de incapacidade que estas perturbações originam” (p.8669). O mesmo regulamento assume competências na promoção e proteção da saúde mental, prevenção da perturbação mental, minimização de complicações decorrentes e promoção da funcionalidade e da qualidade de vida. É também contemplada a prestação de cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais objetivando a promoção da autonomia das pessoas cuidadas (OE, Regulamento nº 129/2011).

O presente relatório surge, igualmente, na sequência do projeto de estágio direcionado para a Promoção da Autonomia da Pessoa com Perturbação Mental, para o efeito definiu-se como questão de partida “Quais as intervenções do EEESMP promotoras da autonomia da pessoa com perturbação mental?” e, de forma a dar-lhe resposta, foram pensados dois contextos específicos da prática: um Hospital de Dia e um Equipamento Residencial para Pessoas Idosas, localizados na área da grande Lisboa, com atividade entre novembro de 2020 e abril de 2021. Evidencia-se a situação excepcional pandémica, durante o estágio que gerou dificuldades quer na seleção e planeamento do projeto por desconhecimento preliminar dos locais como nas dinâmicas dos serviços, limitando a experiência.

A estrutura do relatório encontra-se dividida: a primeira parte alusiva ao enquadramento teórico sobre os temas que suportaram o projeto, caracterização dos locais e intervenções especializadas desenvolvidas; e a segunda onde é feita uma análise do percurso efetuado atendendo às competências comuns e específicas indicadas pela Ordem dos Enfermeiros e objetivos específicos definidos para o estágio. A redação do documento foi realizada segundo o novo acordo ortográfico e pelas normas da APA (7ª edição). O enquadramento teórico baseia-se na revisão narrativa realizada no catálogo bibliográfico da ESEL, bases de dados (B-On, Medline, Cinhal) e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

PARTE I: AUTONOMIA DA PESSOA COM PERTURBAÇÃO MENTAL

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

1.1. Perturbação mental e autonomia: consequências e limitações

Ao longo da história, o conceito de autonomia tem sofrido alterações significativas. Na tradição grega e, por isso, na sua origem, centrava-se no exercício ativo de si, dizendo respeito àquele que conseguia dar a si mesmo a norma e regra e associava-se à felicidade. Posteriormente, na era moderna, a autonomia passou a relacionar-se diretamente com a liberdade e razão e, com a expansão das relações mercantis e da ideologia capitalista, foi ampliada enquanto sinónimo do livre-arbítrio (Fleury-Teixeira *et al.*, 2008).

A relação do conceito de autonomia com as noções de individualismo e independência é recente, tornando-se visível através das políticas vigentes que afirmam o poder coletivo alicerçado na autonomia individual. Contudo, Soares (2000, p.129) aponta a contradição, “o próprio caminhar da Modernidade foi apontando a impossibilidade de uma autonomia individual pensada como independente da realidade social” e afirma que as características das comunidades atuais restringem a autonomia pessoal a processos de regulação social.

Nesta sequência, Onocko-Campos e Campos (2006) refletem acerca dos conceitos de saúde e de autonomia, considerando os dois não como valores absolutos ou estáticos mas como processos dinâmicos que envolvem ganhos graduais e perdas, processos esses que devem ser analisados em comparação com estádios prévios do próprio sujeito em análise. Assim, os autores indicam a autonomia como uma competência superior das pessoas para compreender e operar sobre si e no contexto, “Não tomamos autonomia como o contrário de dependência, ou como liberdade absoluta. Ao contrário, entendemos autonomia como a capacidade de o sujeito lidar com sua rede de dependências” (p.2).

Pela literatura, a construção da autonomia depende, além do sujeito, de vários agentes externos: leis e políticas instituídas, estado da economia, cultura e valores das instituições e organizações. Na composição importam, também, “o acesso dos sujeitos à informação e capacidade para utilizar esse conhecimento em exercício crítico de interpretação” (p.2).

Cordo (2003) defende que os projetos de saúde mental deverão facultar estratégias de enfrentamento do meio, promover a saúde, melhorar o desempenho apesar das limitações impostas pela perturbação mental. Onocko-Campos e Campos (2006) acrescentam que importa trabalhar a capacidade para “lidar com o sistema de poder, operar com conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos para criar bem-estar” (p.3).

A Organização Mundial de Saúde (1946) define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (para.1) e acrescenta, na definição de saúde mental, a capacidade de “fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade” (para.2).

Na literatura, vários são os autores que contestam as dicotomias existentes entre saúde e a doença mental, apoiando a perturbação em etiologias de causa múltipla, com efeitos impactantes nas várias vertentes da vida das pessoas; tornam-se consensuais as noções de equilíbrio entre a pessoa e o ambiente e as suas capacidades de adaptação. O DSM-5, que tal como o CID-10, corresponde a um dos instrumentos mais utilizados no diagnóstico de perturbações mentais apresenta a síndrome com a seguinte caracterização:

“perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. As perturbações mentais estão (...) associadas com significativo mal-estar ou défice social, ocupacional, ou noutras atividades importantes” (APA, 2014, p. 22).

Acerca do conceito de autonomia, Proot (2002) reconhece três dimensões, com relação entre si, sendo elas: a *autodeterminação* que diz respeito à capacidade para fazer escolhas e tomar decisões relativamente à vida e saúde; a *independência* que se refere a questões do domínio físico, psicológico e social e o *autocuidado* que envolve várias competências basilares ao funcionamento normal da pessoa (exe: mobilidade, cognição, comunicação). Inevitavelmente, a perturbação mental tem influência sobre uma, ou mais, das dimensões referidas e, nesse sentido, a autonomia pode emergir como uma categoria norteadora do processo de promoção da saúde cingindo-se como a “ampliação do controlo ou domínio dos indivíduos (...) sobre os determinantes da saúde” (Fleury-Teixeira *et al.*, 2008, p.6).

Relativamente ao “estado de completo bem-estar”, também a Carta de Ottawa (OMS, 1986) diz ser dependente da capacidade para “identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes”, aspetos comumente afetados pela perturbação mental, referenciando a autonomia enquanto faceta intrínseca do processo de promoção da saúde e considerando-a, como a saúde, um recurso para a vida quotidiana.

Deste modo, pode dizer-se que a saúde mental é parte integrante e essencial do bem-estar e funcionamento das pessoas, atendendo a que a perturbação mental representa uma doença crónica com forte impacto em várias vertentes da vida importa que os cuidados prestados sejam direcionados para a promoção da autonomia, com o seu envolvimento, tendo em conta as principais necessidades por si percecionadas.

1.2. A promoção da autonomia da pessoa com perturbação mental como foco da atenção e da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A autonomia constitui-se como um foco de atenção da Enfermagem e emerge como diagnóstico na classificação de Enfermagem (CIPE, 2017) definindo-se como Direito do cliente: *status* de auto governação e auto-orientação. Contudo, importa dizer que para o conceito de autonomia, como referido, concorrem diferentes dimensões que também se assumem enquanto focos de atenção e, deste modo, da intervenção da Enfermagem e que, na sequência, surgem nos vários sistemas de classificação (exe: adaptação, autocontrolo, autocuidado, autoeficácia, autoconceito, autogestão, capacidade para (...), *coping*, etc).

O Regulamento de Competências Específicas do EEESMP estipula que a sua atividade conquista relevância perante as “respostas humanas desajustadas ou desadaptadas”, desta forma, pode dizer-se que existem ganhos consideráveis em saúde quando as pessoas com perturbação mental são cuidadas por EEESMP. As suas funções têm como objetivos:

“promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, (...) centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais” (OE, 2011, p.21428).

Também os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental reconhecem que as intervenções desenvolvidas pelo EEESMP têm como propósito final “contribuir para a adequação das respostas (...) aos problemas específicos relacionados com a doença mental (exe. adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros)” (OE, 2015, p.3). Neste sentido, dada a influência da perturbação mental nas diferentes vertentes da vida é natural que o plano de intervenções a desenvolver possa seguir numerosos cursos de ação.

Considerando as sucessivas perdas que usualmente se associam à perturbação mental, a intervenção do EEESMP deve deter especial enfoque no sofrimento acrescido causado: Assim, o plano de atividades pode incidir sobre a perda de identidade, decorrente da perda de papéis, manifestada pela incapacidade em enfrentar crises ou na adaptação à mudança. Todavia, a intervenção pode, também, ser direcionada sobre a alteração do autoconceito, tantas vezes relacionada com a modificação da auto-imagem em função da sintomatologia e terapêuticas associadas. No entanto, pode revelar-se igualmente benéfica a abordagem quanto ao grau de dependência, entre outras situações, provocado pelas hospitalizações e

respetivas consequências tais como a restrição da liberdade e da capacidade de decisão, a quebra de rendimentos, entre outras. Do mesmo modo, torna-se fundamental agir sobre o isolamento dada a diminuição da capacidade para instituir relações satisfatórias gerada, em certa medida, pelo estigma, rejeição e marginalização, não tão poucas vezes, incitada pela família, amigos e restante comunidade.

A perturbação mental relaciona-se, portanto, com a fratura do sentimento de pertença, com fortes implicações nos sentidos de utilidade, segurança e felicidade. Na conjuntura, concorrem intensos sentimentos negativos tais como a revolta, vergonha e a desesperança. A intervenção do EEESMP inicia-se, neste sentido, com o reconhecimento do significado do sofrimento do outro, auxiliando-o quanto à perceção do mesmo e na mobilização dos recursos, internos ou externos, para lhe fazer frente. A permissão para construir uma nova forma de viver, adaptada à realidade com perturbação mental, encontra-se primeiramente dependente do desenvolvimento das capacidades de expressão e de aceitação do próprio.

“O EEESMP, além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.” (OE, 2011, p. 21427)

Stuart e Laraia (2001) afirmam ser da responsabilidade dos EEESMP a definição de estratégias de capacitação de apoio ao desenvolvimento de conhecimentos, competências e fatores de adaptação de modo a conter ou suprimir os efeitos da perturbação mental. Na promoção da autonomia convergem múltiplos conceitos, sobre os quais a intervenção do EEESMP deve incidir, seguindo-se acerca dos mesmos uma sumária descrição:

O papel do EEESMP favorece a *adaptação* à nova realidade com a doença, Townsend (2011) diz que a *adaptação* acontece quando “a resposta física ou comportamental de um indivíduo a qualquer mudança no seu ambiente externo ou interno resulta na preservação da integridade individual ou regresso atempado ao seu equilíbrio” (p.4).

Sendo a autonomia construída com a participação da pessoa, surge o conceito de *auto-eficácia* que segundo Lehtinen (2008) se traduz na convicção de que ela pode ser bem-sucedida no que tiver desejo de fazer, implicando o grau de motivação, escolhas de vida, a resiliência perante as contrariedades e a vulnerabilidade aos agentes de *stress* e, assim, à doença. Não importa somente trabalhar a auto-eficácia da pessoa mas consolidar as suas relações e criar espaços que viabilizem o seu exercício.

Perante a adversidade e as reações de ajuste, Chalifour (2008) explica o *coping* como o conjunto de estratégias utilizadas pela pessoa, cognitivas ou comportamentais, na gestão de situações adversas, internas ou externas, sentidas como excessivas face aos recursos. O *coping* relaciona-se com a saúde mental correspondendo a um moderador do impacto dos eventos da vida, com melhoria do nível de bem-estar pela diminuição do sofrimento.

Na promoção da saúde e da autonomia, o *empowerment* corresponde ao processo que ocorre no enalço de um maior domínio sobre os pensamentos e os comportamentos, com forte influência na saúde. Para Slade (2011) o *empowerment* emerge das crenças sobre a capacidade de agir e envolve um profundo impacto na vida das pessoas. Nesta perspetiva, a pessoa é encarada como parte da resolução, com papel ativo no processo de reabilitação e apta para assumir a responsabilidade pela própria vida.

As intervenções do EEESMP sustentam-se na valorização do potencial das pessoas, com o propósito de otimização dos recursos, promoção do desenvolvimento e capacitação na conquista de *funcionalidade*. Teixeira (2008) refere-se à *funcionalidade* das pessoas com perturbação mental, pela abordagem biopsicossocial, assumindo a dinâmica entre a pessoa e o meio e fazendo referência à participação significativa em vários planos da vida.

Segundo a OMS (2001) a *reabilitação psicossocial* consiste no “processo que oferece aos indivíduos, debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente” (p.62). Acrescenta-se, além do treino de competências individuais, a necessidade de implementar alterações no ambiente que rodeia a pessoa.

Importa, para finalizar, mencionar o processo de *recovery* que, na perspetiva da OMS, diz respeito ao efeito de “ganhar e reter esperança, compreender as suas habilidades e desabilidades, empenhar-se numa vida ativa, com autonomia pessoal, identidade social, significado e objetivos de vida e uma visão positiva de si” (p.34). Inicialmente conotado com a doença mental grave, é agora referido independentemente do grau de severidade.

Ainda segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, os EEESMP possuem o intuito de auxiliar a pessoa a manter, melhorar e recuperar a saúde, atingindo o mais depressa possível, a máxima capacidade funcional:

“O enfermeiro especialista em saúde mental presta cuidados centrados no cliente ao longo do ciclo vital, em contextos profissionais, no internamento e na comunidade. Considera a pessoa como ser único inserido numa família e no seu ambiente comunitário, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo-a como parceiro preferencial e activo, capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e ser co-responsável em todo o processo de cuidados.” (OE, 2015, p.4)

1.3. A intervenção à luz do Modelo Teórico de Enfermagem de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney

O percurso desenvolvido sustentou-se no Modelo de Roper, Logan e Tierney, inserido na Escola de Pensamento das Necessidades Humanas Básicas de Virginia Henderson, em que a pessoa é representada como um todo, em constante evolução no ciclo vital, com um conjunto de necessidades essenciais na manutenção da saúde e bem-estar (Lima, 2014).

O presente modelo reconhece doze atividades de vida diárias (AVD's) subordinadas aos estádios de vida, na medida em que podem existir alturas em que a pessoa consegue ou não realizar a atividade (Roper, Logan & Tierney, 2001). Lima (2014) afirma que o enfermeiro deve ter em conta a individualidade vital da pessoa e os agentes que afetam a sua conduta (biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais ou socioeconómicos).

A dependência e a independência encontram-se presentes, em diferentes dimensões, ao longo do ciclo de vida. Neste modelo cada AVD diz respeito a um conjunto de tarefas comuns realizadas de forma autónoma e rotineira na vida quotidiana e, assim, cada AVD é situada num continuum de dependência/independência ao longo do ciclo de vida (que reproduz a variação entre a dependência total e a independência total). Hoeman (2000) diz que quando a pessoa se torna incapaz de realizar as atividades de modo independente então necessita de ajuda. O objetivo principal do modelo consiste no planeamento de uma abordagem personalizada de capacitação das pessoas para enfrentar os problemas que motivam dependência (Roper, Logan, & Tierney, 2001).

O metaparadigma de enfermagem definido engloba os seguintes conceitos: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. A pessoa é descrita como indivíduo central, que satisfaz as AVD's segundo o continuum dependência/independência e estadio do ciclo vital, o seu objetivo consiste em atingir a autossatisfação e independência máxima nas AVD's, dentro do possível e segundo as circunstâncias em que se encontra (Roper, Logan & Tierney, 2001). O ambiente é concetualizado numa dimensão alargada, englobando tudo o que é externo à pessoa e, por isso, contendo riscos com influência sobre ela (Tomey & Alligood, 2004). A saúde refere-se à forma como a pessoa realiza as AVD's em interação com os agentes influenciadores, do continuum dependência/independência atingindo o resultado esperado quando os problemas potenciais não se tornam reais (Tomey & Alligood, 2004). Por fim, a enfermagem é explicada como o modo para auxiliar as pessoas a anteverem a transformação dos problemas potenciais em reais – evitando, aliviando, resolvendo ou suportando os problemas reais e ou potenciais (Tomey & Alligood, 2004).

2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM

Ao longo do segundo capítulo serão apresentadas as duas fases do estágio decididas, não apenas, com vista ao objetivo geral do projeto proposto: *Desenvolver competências específicas do EEESMP na promoção da autonomia da pessoa com perturbação mental*; mas, também, da finalidade do estágio: *Adquirir e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais comuns e específicas do EEESMP preconizadas pela OE*.

2.1. Caracterização dos Locais de Estágio

A primeira fase do estágio teve lugar no Hospital de Dia (HD) de um Hospital da área da grande Lisboa, entre os meses de novembro de 2020 e fevereiro de 2021 (9 semanas). O HD integra o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental e mantém articulação direta com o Serviço de Internamento, Consulta Externa e equipas comunitárias do centro hospitalar.

De forma integrada e flexível, são disponibilizadas terapêuticas diárias em contexto de internamento parcial. A atividade destina-se a pessoas com perturbação mental, com idades entre os 18 e 65 anos, referenciadas por qualquer valência do centro hospitalar, ou mesmo, entidades externas, porém, o tratamento é realizado em regime de exclusividade. São critérios de exclusão para a admissão: pessoas com demências, *delirium*, oligofrenia e com consumo ativo de substâncias ou que ponham em risco a sua vida e a de terceiros.

O HD privilegia as atividades de grupo, com lotação máxima, no momento do estágio, de 16 utentes, divididos em dois grupos, participando nas atividades semanais em quatro dias, de forma alternada, atendendo ao potencial significativo de recuperação e retorno rápido e completo à vida ativa e plena. O programa integra atividades que favorecem a introspeção e a consciência sobre várias circunstâncias relativas à saúde e dinâmicas de carácter lúdico que estimulam a integração grupal e a expressão emocional. A média de duração de tratamento é de um ano e deve ser encarada como uma fase transitória.

A equipa técnica é constituída por uma médica psiquiatra, uma psicóloga clínica, dois EEESMP, uma terapeuta ocupacional e uma assistente operacional, conta, ainda, com a colaboração de uma técnica de serviço social e de uma dietista, incorporando o percurso de formação de vários elementos das mais diversas áreas da saúde. Cabe aos EEESMP a responsabilidade de algumas intervenções em grupo, a avaliação dos sinais vitais e dos parâmetros antropométricos e a gestão da terapêutica farmacológica, seja no que se refere à promoção da adesão, seja no despiste precoce de efeitos secundários adversos.

A segunda fase do estágio ocorreu num Equipamento Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) na área da grande Lisboa, entre os meses de Março e Abril de 2021 (6 semanas). A ERPI integra a resposta de ação social de uma IPSS e oferece dois tipos de respostas: o Centro de Dia com Apoio Domiciliário e o Lar de Idosos, correspondendo o último a um local de alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas ou em risco de perda de autonomia e independência, com capacidade para alojar 42 utentes.

As condições de ingresso incluem a residência em Lisboa; idade igual ou superior a 65 anos, ou inferior desde que exista situação de incapacidade física ou psíquica; situação de isolamento por inexistência de familiares próximos ou desajustamento familiar grave; não existência de habitação ou sem condições mínimas, sem capacidade para proceder às necessárias alterações habitacionais; insuficiência de recursos materiais e financeiros.

A equipa técnica é constituída por um nutricionista, múltiplas assistentes de geriatria e apoio à comunidade (AGACs) que asseguram o suporte nas atividades de vida diária segundo o grau de dependência, um psicólogo, um animador sociocultural e um terapeuta ocupacional que realiza atividades individuais diárias direcionadas para a estimulação cognitiva, todos estes técnicos encontram-se em atividade contínua durante os vários dias úteis da semana, existe ainda um fisioterapeuta e massagista que visita a instituição duas vezes na semana, um médico de clínica geral e familiar que realiza consultas uma vez por semana e um psiquiatra que frequenta a ERPI quinzenalmente. Por fim, três enfermeiros constituem a equipa de enfermagem, sendo um deles EEESMP.

A equipa de enfermagem presta cuidados à pessoa seguindo uma perspetiva holística, sob o método de trabalho à tarefa, que consiste na distribuição de tarefas pelo enfermeiro disponível no turno, alguns exemplos da sua atividade diária correspondem ao tratamento de feridas, cuidados aos pés, vigilância da saúde, gestão do regime medicamentoso, apoio na realização das atividades de vida diárias, entre outros procedimentos específicos da profissão (exe: entubações, etc.).

O EEESMP pertencente à equipa desenvolve intervenções específicas da área da saúde mental, nomeadamente um programa de estimulação cognitiva, inicialmente criado em Inglaterra por Spector, Thorgrimsen, Woods & Orrell (2006) e validado e implementado para Portugal por Apóstolo e Cardoso (2012). Este programa inclui atividades e jogos com base em orientação da estimulação cognitiva e orientação para a realidade, através do tratamento de temas variados (exe: dinheiro, jogos físicos, alimentação ou *quizzes* de equipa) e uma fração inicial promotora da orientação para realidade comum em todas as sessões: identificação da música do grupo, jogo com bola e referência à atividade anterior.

2.2. Intervenções Especializadas e desenvolvimento da aprendizagem

A perturbação mental apresenta-se, na atualidade, como uma das principais causas de incapacidade ao nível global, quer pelo impacto sobre a qualidade de vida das pessoas mas também pelos custos para as sociedades. O paradigma moderno assistencial dirige a sua orientação para o acompanhamento na comunidade considerando a emancipação das pessoas com perturbação mental e o seu potencial pessoal de recuperação. Na sequência, a literatura é unânime relativamente ao facto de os cuidados do EEESMP influenciarem significativamente o grau de incapacidade e a promoção da máxima capacidade funcional.

Neste sentido, o Regulamento de Competências do EEESMP defende o uso de técnicas psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas para a promoção de respostas adaptativas à condição de saúde, do desenvolvimento global da pessoa e da sua recuperação possível, atendendo às limitações inerentes da perturbação, capacitando-a na conquista de autonomia e de funcionalidade com vista ao bem-estar. (OE, 2011).

Assim, considerando a finalidade do projeto anteriormente proposto e a definida para o próprio estágio, foram fixados quatro objetivos específicos, que se relacionam com as quatro competências específicas do EEESMP, tendo estes acabado por desempenhar uma função norteadora das intervenções desenvolvidas durante todo o percurso:

- Demonstrar progresso ao nível do autoconhecimento, do sentido crítico e na tomada de consciência enquanto pessoa e profissional;
- Identificar necessidades da pessoa com perturbação mental em contexto de internamento e no contexto comunitário;
- Realizar intervenções especializadas de enfermagem que permitam dar resposta às necessidades identificadas da pessoa com perturbação mental;
- Aprofundar a realização de intervenções psicoterapêuticas no âmbito da promoção da autonomia da pessoa com perturbação mental;

Relacionando a primeira competência específica do EEESMP com o primeiro objetivo específico de estágio: *Demonstrar progresso ao nível do autoconhecimento, do sentido crítico e na tomada de consciência enquanto pessoa e profissional*, pode dizer-se que as intervenções desenvolvidas com esse propósito tiveram representação ao longo de todo o estágio, todavia, evidencia-se o trabalho realizado nas primeiras semanas, sobretudo, no contexto de ambulatório. Considera-se para esse efeito a revisão da literatura, a realização dos jornais de aprendizagem e as reuniões com colegas, professores e orientadores.

Os momentos de contacto com as pessoas, particularmente as que se encontravam em sofrimento, possibilitaram um processo reflexivo constante e mais abrangente do que o antevisto. Os exercícios de reflexão e de análise sobre os sentimentos e os pensamentos resultantes das vivências diárias e das aprendizagens individuais mostraram a dificuldade do desafio e a complexidade da primeira competência específica do EEESMP.

A consciencialização acerca da manifestação do funcionamento interno e, desta forma, dos efeitos, na prestação de cuidados à pessoa, de processos involuntários resultantes das experiências vividas despertou a necessidade de trabalhar novos aspetos, especialmente centrados em mim, tendo existido a oportunidade para me debruçar, não apenas sobre as consequências e estratégias de adaptação mas, também, na origem dos comportamentos.

A observação da prestação de cuidados e do modo de ser, estar e fazer dos profissionais atendendo à sua experiência foi fundamental para, de forma gradual, iniciar a intervenção considerando a interligação entre as bases teóricas e a prática clínica, sobretudo no que diz respeito à análise e à compreensão das relações instituídas entre as pessoas a cuidar, com os profissionais e com o restante meio envolvente.

Destaca-se face ao autoconhecimento e às relações instituídas, a dificuldade inicial em escutar, “captar a mensagem comunicada, compreender o conteúdo concetual e afetivo e manifestar a compreensão ao cliente através do modo de intervir junto dele” (Chalifour, 2008, p.150), favorecendo a sua liberdade, respeitando a individualidade e estabelecendo parceria com valorização dos recursos na solução dos problemas por si percebidos.

Quanto à segunda competência específica do EEESMP, relacionando-a igualmente com o segundo objetivo específico de estágio: *Identificar necessidades da pessoa com perturbação mental em contexto de internamento e contexto comunitário*, na perspetiva de lhes dar resposta salienta-se a revisão bibliográfica, a revisão dos registos, a elaboração de um guião semi-estruturado de anamnese, a realização dos estudos de caso e o próprio processo de colheita de dados e os seus elementos que, em parte, a seguir se enumeram:

A observação, condição basilar da intervenção de enfermagem que, segundo Phaneuf (2005) corresponde ao “momento em que a enfermeira e doente tomam conhecimento um do outro (...) Olham-se, identificam reciprocamente as suas características físicas mais importantes, descobrem-se pelo olhar, situam-se um em relação ao outro em função da expressão facial” (p.256). A entrevista que, de acordo com Sequeira (2016), retrata um “encontro previsto e planificado, uma interação de carácter profissional, em que o principal objetivo é o contacto entre duas pessoas que devem conhecer-se, aceitar-se e respeitar-se, a fim de poderem criar entre si uma colaboração terapêutica (p. 230). O exame físico e a

avaliação de funções psicobiológicas e psicossociais que, considerando a relação entre as dimensões biológica, psicológica e a social e as implicações psicoafectivas, objetivam a avaliação das características respeitantes ao funcionamento das pessoas enquanto dados subsidiadores ao cuidado. Por fim, o exame do estado mental que diz respeito à avaliação sistemática de sinais e sintomas sugestivos de alterações no estado mental.

A revisão da literatura realizada relativamente à avaliação sistemática da pessoa com perturbação mental possibilitou a reunião de alguns instrumentos que favoreceram uma avaliação mais minuciosa, entre eles: o Questionário Five Facet Mindfulness, o Inventário de Depressão de Beck, a Escala de Depressão Geriátrica e a de Cornell, o Mini-Mental State e a Escala de Ansiedade, Stress e Depressão. A utilização dos instrumentos referidos facilitou a objetivação do planeamento e, no futuro, a avaliação metódica dos resultados. A realização dos estudos de caso foi, sem dúvida, muito relevante dado que permitiu não só a experiência do cuidar no contexto da relação dual mas, ainda, o crescimento quanto à reflexão crítica e às metodologias orientadoras de diagnóstico (NANDA e NIC/NOC).

Relacionando a terceira competência específica do EEESMP com o terceiro objetivo específico de estágio: *Realizar intervenções especializadas de enfermagem que permitam dar resposta às necessidades identificadas da pessoa com perturbação mental*, destacam-se a participação nas reuniões multidisciplinares, a prestação de cuidados diretos gerais, a gestão do regime medicamentoso, a realização de entrevistas e dos estudos de caso, no entanto, evidenciam-se os momentos de observação e participação nas dinâmicas grupais (Grupos psicoterapêuticos, jogos terapêuticos, Pensar sobre o pensar, Serenar, Perspetivar 2021 e a Preparação das festividades de Natal, Carnaval e Páscoa).

A observação dos grupos Psicoterapêuticos mostrou ser uma experiência valiosa tendo em conta que esses momentos facilitaram a compreensão da dinâmica, seus benefícios e dificuldades. O grupo propunha-se à expressão de pensamentos e sentimentos causadores de sofrimento e à regulação emocional face aos eventos da vida. As intervenções tinham em vista o entendimento sobre os processos de doença; a reestruturação de pensamentos e cognições alterados; o reforço do sentido de responsabilidade e de estratégias de coping; a ampliação das competências de regulação emocional e de resolução dos problemas; a promoção da adesão à terapêutica e a reestruturação de comportamentos (Mullen, 2009).

Também a participação na dinâmica dos jogos psicológicos demonstrou os benefícios terapêuticos associados a uma vertente mais lúdica incorporada no plano de cuidados, as premissas assentavam na estimulação cognitiva e interação social, contudo, os resultados observados revelaram potencialidades que excederam as expectativas pessoais iniciais.

Segundo Vidigal (2005) a finalidade das atividades de jogo em contexto grupal consiste na conceção de uma experiência particular de aprendizagem, com objetivos específicos, seja a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais até à aquisição de novas metodologias de pensamento e de relação com os outros. Pessoalmente, saliento a possibilidade de trabalhar uma série de características com influência significativa nas relações interpessoais e na gestão do dia-a-dia, tais como: a paciência, a persistência, a resignação, a experimentação dos limites e da capacidade de reação perante a frustração, as aptidões de organização, de planeamento e de estratégia, entre outras. Acrescento, por se tratar de uma abordagem lúdica, a disposição para a participação e a motivação trazida pela espontaneidade para trabalhar aspetos não antes revelados por outras atividades.

Acerca das atividades “Pensar sobre o pensar e Serenar”, dinamizadas pelos EEESMP, é possível dizer que foram as atividades impulsionadoras ao início da minha intervenção, a primeira orientada para a compreensão dos processos de doença e de reestruturação de pensamentos e cognições alterados; a segunda debruçada sobre o relaxamento com vista ao desenvolvimento de estratégias de gestão do stress e ansiedade. Apesar dos métodos e objetivos distintos, ambas mostraram influência positiva nos processos de auto-reflexão e análise, através da expressão sentimentos, emoções, pensamentos e memórias. Outro aspeto que traduz ganhos diz respeito ao desenvolvimento das competências relacionais.

No que respeita à dinâmica Perspetivar 2021 e, também, à preparação das festividades, as mesmas serviram para o desenvolvimento de competências de planeamento e de gestão (definição de objetivos e estratégias de alcance, sentido de tangibilidade e priorização) e do compromisso. Dado que os programas desses dias ficaram, integralmente, a cargo do grupo, foram trabalhados múltiplos aspetos do quotidiano (gestão doméstica e financeira, compras, confeção de alimentos, seleção e tratamento de roupas, manutenção das salas, gestão e execução das atividades de lazer, entre outros).

Nas intervenções desenvolvidas foi constante a necessidade de explorar os problemas sentidos como prioritários, tendo-se como principal estratégia a de dar liberdade à pessoa para falar, pensar sobre si, consciencializando-se do que sentia e pensava, fazendo recurso dos princípios da relação: a escuta ativa, reformulação e clarificação. A relação de ajuda serviu, então, de suporte à definição das estratégias de capacitação utilizadas, tendo sido selecionados modelos de confrontação com problemas e, na sequência, de aquisição e de desenvolvimento de conhecimentos, competências e elementos de adaptação com vista à gestão dos mesmos. A comunicação, a gestão emocional e o trabalho dos modelos de adaptação corresponderam, de facto, aos pontos essenciais na abordagem desenvolvida.

2.2.1. Intervenção em Contexto Ambulatório

Quanto à quarta competência específica do EEESMP, relacionando-a igualmente com o quarto objetivo específico de estágio traçado: *Aprofundar a realização de intervenções psicoterapêuticas no âmbito da promoção da autonomia da pessoa com perturbação mental* e, atendendo às necessidades verbalizadas pelos utentes, foi definido um programa complementar às estratégias instituídas, dirigido à gestão da ansiedade, potencializando não apenas o bem-estar mas, também, as capacidades de adaptação de forma a reduzir o seu impacto na qualidade de vida.

Na sequência, surgiu a oportunidade da minha participação poder dar continuidade a um programa já existente no serviço, sendo utilizados os instrumentos de caracterização sociodemográfica e avaliação que o integravam. Este programa consistia numa adaptação do programa de *Mindfulness* baseado na obra de Mark Williams (2011), em resultado de muitos estudos sobre a redução de stress através da atenção plena e da terapia cognitiva baseada na atenção plena.

2.2.1.1. Delimitação da Problemática

No dia-a-dia, as pessoas deparam-se com múltiplos eventos aos quais precisam de se adaptar com vista ao equilíbrio saúde-doença, ou seja, a homeostasia (Serra, 2000), estas situações ocorrem por encargo de forças denominadas de *stressores*. A adaptação pode ocorrer com êxito, sendo mobilizadas estratégias já utilizadas, em situações semelhantes, e bem-sucedidas ou o problema emerge quando aparece alguma situação com a qual não existiu confrontação prévia, exigindo-se um maior esforço para restaurar a homeostasia.

Serra (2003) descreve as emoções mais comuns associadas às vivências com agentes *stressores*: cólera, inveja, ciúme, ansiedade, medo, culpa, vergonha, alívio, tristeza, entre outras. Cada emoção associa-se a um significado e a ansiedade, a par do medo, centra-se na segurança da pessoa, no seu papel no mundo e nos grandes temas da vida e morte.

Montgomery (1993) diz que todas as pessoas já vivenciaram sentimentos de ansiedade manifestados por alterações do sono ou apetite, dificuldades de concentração, inquietação ou sinais físicos (aumento da frequência cardíaca, tensão muscular, palpitações, suores, etc.). Por sua vez, Baptista, Carvalho & Lory (2005) descrevem a ansiedade como uma mistura de emoções, um processo flexível ao longo do decurso do tempo e de acordo com os múltiplos possíveis estímulos desencadadores.

No entanto, importa referir que a ansiedade, em várias situações, emerge como uma resposta normal que estimula a reação perante os eventos (“luta ou fuga”), contudo, acaba por tornar-se patológica quando não é desencadeada por estímulos ou “nos casos em que a ansiedade é tal que já não há resposta adequada às tensões” (Montgomery, 1993, p.23).

De acordo com os dados epidemiológicos apresentados pela DGS (2015), Portugal corresponde ao segundo país da Europa com maior prevalência de perturbações mentais, entre elas, as relacionadas com a ansiedade revelam a expressão mais elevada (16,5%). Por consequência, o país é, igualmente, um dos países europeus com maior consumo de ansiolíticos, sedativos e/ou hipnóticos (Furtado, 2013), entre os anos de 2000 e 2012, o seu consumo aumentou cerca de 6%, acarretando, o seu uso continuado, riscos acrescidos para os utilizadores (habituação, tolerância e dependência) bem como nas capacidades psicomotoras (Furtado, Ribeirinho & Gaspar, 2010).

As perturbações de ansiedade revelam um intenso sofrimento, com profundo impacto na vida das pessoas, nomeadamente no que diz respeito ao absentismo e à diminuição da produtividade e, assim, na quebra de autonomia. A literatura assume a importância das intervenções que levam a pessoa a “adaptar-se às limitações da incapacidade, recuperar capacidades perdidas e desenvolver novas competências” (CNSM, 2002, p.30).

O programa de *Mindfulness* – atenção plena surgiu para complementar as intervenções desenvolvidas no HD, abrangendo uma série de práticas simples, inspiradas na terapia cognitiva baseada na atenção plena, a ser integradas na vida quotidiana dos participantes. As estratégias utilizadas centram-se na disponibilização de conhecimentos e, sobretudo, de um espaço terapêutico impulsionador da verbalização de experiências, da partilha, da comunicação e do suporte emocional, com reforço positivo na gestão das dificuldades e na resolução dos problemas.

2.2.1.2. Objetivos Gerais e Específicos do Programa

Apresenta-se como objetivo geral do programa desenvolvido: Capacitar a pessoa na gestão da doença e ajudá-la a recuperar a funcionalidade e o seu projeto de vida adaptados ao seu contexto biopsicossocial. Como objetivos específicos definiram-se os seguintes:

- Desenvolver a autoconsciência através da prática de *Mindfulness* (explorar, investigar e aprender sobre a experiência de stress, bem como dos padrões de reatividade a ele);
- Desenvolver competências de auto-regulação socioemocional e comportamental através da prática de *Mindfulness*;

2.2.1.3. Instrumentos e Procedimentos

No início de trabalhos de cada grupo, foi entregue um Questionário de Caracterização Sociodemográfica (Anexo 1: Questionário de Caracterização Sociodemográfica) a cada participante. A avaliação do programa, propriamente dita, foi realizada considerando duas premissas principais: a qualidade do programa através da avaliação da satisfação de cada participante a cada sessão (Anexo 2: Questionário de Avaliação da Sessão) e efetividade relativamente aos objetivos propostos (Anexo 3: Questionário FFMQ), tendo este último questionário sido entregue, a cada utente, na primeira e última sessão de cada grupo.

O programa definido procurou ir ao encontro de metodologias amplamente testadas e com integração no HD igualmente comprovada. O processo encontra-se dividido em oito períodos, cada constituído por dois componentes: o primeiro referente a uma meditação diária (ou série de meditações curtas) com duração de trinta minutos e o segundo que diz respeito à realização autónoma de uma atividade semanal “libertadora de hábitos”.

As primeiras quatro semanas do programa enfatizam a oportunidade para aprender a prestar atenção a diferentes aspetos quer do mundo interno como do externo. As restantes constroem-se sobre esse mesmo trabalho, capacitando os participantes com práticas que permitem delinear os pensamentos como acontecimentos mentais, cultivando uma atitude de aceitação, compaixão e empatia em relação a si próprios como aos outros.

Previu-se a realização das sessões duas vezes por semana (existindo necessidade de se repetir cada sessão duas vezes para o grupo repartido), na sala de grupos que apresentava as condições físicas necessárias. As apresentações foram projetadas para a realização por dois elementos (dois EEESMP), um deles coordenando as sessões e o outro assumindo o papel de observador, anotando nos registos as intervenções dos participantes consideradas mais relevantes, em cada sessão, para eventual discussão.

2.2.1.4. Caracterização dos Participantes

Relativamente à caracterização dos participantes, propriamente dita, todas as sessões foram realizadas em dinâmica grupal, com definição de lotação mínima de três elementos e lotação máxima de dez elementos. Os critérios de inclusão definidos correspondem aos de admissão ao HD sendo eles: Idade compreendida entre os 18 e os 65 anos, diagnóstico de perturbação mental, participação voluntária, disponibilidade para frequência diária das atividades, tratamento em regime de exclusividade no HD e acompanhamento ativo com a psiquiatra e psicóloga do serviço. Do mesmo modo, foram definidos como critérios de

exclusão: Diagnóstico de síndrome demencial e *delirium* ou diagnóstico de deficiência mental, consumo ativo de substâncias ilícitas, dificuldade no acesso às instalações e ou ausência de suporte social ou outros que dificultem a frequência. Para a contabilização na avaliação final do programa, foi estipulada uma frequência obrigatória mínima de quatro sessões por cada participante.

2.2.1.5. Resumo do Programa

“Muitas das tarefas que realizamos todos os dias são extremamente complexas, requerendo a coordenação de dezenas de músculos e a ação de milhares de nervos. Mas todos eles podem ser ligados através de um hábito que consome apenas uma pequena parte da nossa capacidade cerebral.” (Williams & Penman, 2011, p.73).

A **primeira sessão** iniciou-se com a explicação das noções de “memória operacional” que diz respeito à mobilização de ferramentas para a realização da atividade no momento presente e a de “piloto automático” que traduz um dos recursos mais valiosos da evolução do Homem. O piloto automático permite a expansão da memória operacional pela criação de hábitos que contrariam a dificuldade de concentração em apenas uma situação de cada vez, contudo, esses mesmos hábitos acabam por ser responsáveis pela perda involuntária de aspetos óbvios pelo facto de se ter atenção a múltiplas circunstâncias simultaneamente.

Ao longo dos anos, a cedência de controlo da vida ao modo do piloto automático pode revelar-se problemática: os hábitos desencadeiam pensamentos, estes geram padrões que se traduzem em sentimentos, acabando por amplificar emoções, muitas vezes em espiral descendente. A mente assoberbada abranda, tornando-se difícil a reversão do processo.

A quebra do ciclo implica, em primeiro lugar, a perceção da forma como ele começou. Assim, foi estimulado o treino da consciência dos momentos em que o piloto automático assume o controlo, através da reaprendizagem da capacidade de concentração num aspeto de cada vez, com atenção a detalhes do presente (Anexo 4: Meditação da Passa da Uva). A diferença da vivência com atenção, nos mais pequenos aspetos da vida, pode mostrar explicitamente o custo da desatenção e, dessa forma, a perda de prazeres como os de ver, ouvir, saborear, cheirar e tocar (atenção plena em uma atividade da rotina diária).

Na sequência desta experiência, a dificuldade em tentar controlar a mente mostra a sua inquietude, *per si*, como foco possível da atenção plena. A consciência do desassossego da mente garante novas escolhas, mais espaço de manobra e, assim, maior liberdade para a relação com a vida. O segundo passo abrangeu o treino da mente para o foco (Anexo 5

– Meditação da Atenção Plena ao Corpo e à Respiração) e o terceiro incluiu o ensino de formas de inibição dos hábitos que guiam à conduta rotineira (libertador de hábitos).

O reconhecimento da corrente de pensamentos possibilitou ainda a percepção de que os mesmos representam apenas possibilidades e a hipótese de escolha sobre a sua aceitação. Esta sessão terminou com a sugestão de uma atividade semanal “libertadora de hábitos”, a realizar de forma autónoma, no domicílio: a troca de cadeiras.

“O modo Fazer precisa de pensar. Analisa, recorda, planeia e compara. É esse o seu papel e muitos de nós achamos que somos muito bons nisso. Passamos muito tempo “dentro da nossa cabeça” sem reparar no que se passa à nossa volta. (...) forçando-nos a viver dentro dos nossos pensamentos, em vez de sentirmos o mundo diretamente.” (Williams & Penman, 2011, p.45).

A atenção plena significa, também, tornar a entrar em contacto com os sentidos e voltar a desfrutar da curiosidade acerca do mundo. O objetivo da **segunda sessão** encontrou-se relacionado com a capacidade de ver a reatividade da mente quando a atenção é dirigida ao corpo. Este, em vez de ser um amplificador, tornou-se num radar emocional sensível e, para ler e compreender as suas mensagens, foi essencial aprender a prestar atenção, em pormenor, às partes que são a fonte dos sinais (Anexo 6: Meditação do Rastreo Corporal).

O corpo é altamente sensível aos mais ínfimos lampejos de emoções que circulam pela mente, assinalando pensamentos antes do seu registo consciente por parte dos indivíduos. Contudo, o corpo não reage apenas ao que a mente pensa mas, alimenta reactivamente o cérebro com informação emocional que, por sua vez, amplia e provoca estados de espírito.

Na segunda semana de programa foi igualmente fundamental dar lugar às dificuldades sentidas pelos participantes, nomeadamente relativamente à disponibilidade para a prática das meditações, bem como no que se relaciona com a irrequietude da mente e, assim, com certos aspetos que se relacionam com a sensação de prazer, ou não, e as vantagens a longo prazo. O objetivo consistiu em aprofundar a atitude de compaixão pelo próprio (mente e corpo) pela identificação tranquila e sem julgamentos, acolhendo as tendências errantes, guiando a atenção, de cada vez, para a situação presente e a “atividade em mãos”.

O reconhecimento de situações em que o “analisar” substituiu o “sentir” correspondeu a oportunidades de descodificação astuta do mecanismo de funcionamento da mente e do modo *Fazer*. Esta sessão terminou com a sugestão de uma atividade semanal “libertadora de hábitos”: dar um passeio, sendo o propósito caminhar com consciência, com dedicação à recetividade aos sentidos. Neste sentido, foi igualmente solicitado aos participantes que

selecionassem uma nova atividade da rotina diária para o treino da atenção plena e que realizassem o exercício – Três coisas positivas (Anexo 7: Exercício – 3 coisas positivas).

A **terceira sessão** do programa iniciou-se com a apresentação de uma nova perspectiva da vida: um conselho para abrandar, aguardar a resolução dos problemas pelo seu termo, reconhecendo as oportunidades à medida que surgem. Os autores defendem os benefícios da consciência criativa e da flexibilidade pelo cultivo de uma mente aberta e divertida, contrariando a aversão, o medo, a crítica, as sensações de vigilância e de cautela.

Aos sentimentos de exaustão e impotência é central a sensação de encurralamento que surge pela cedência contínua de poder ao modo de “autoataque” e à submissão à pressão como únicas opções. Estas espirais negativas são incrivelmente poderosas, no entanto, a consciência acerca das mesmas pode representar o primeiro passo para a dissociação dos padrões do modo *Fazer* que levam a “ficar preso numa fantasia de liberdade e [a perder] a verdade da liberdade que está à disposição” (Williams & Penman, 2011, p.112). A atenção plena tem em vista a reorganização da vida de maneira a que ela seja apreciada plenamente, assim, apesar das emoções negativas continuarem a emergir, passam a não ser vividas de forma tão corrosiva, tornando-se relevante a disponibilidade para a empatia, atributo decisivo na compaixão pelo próprio (contrariando a autocrítica) e pelo mundo.

Nas semanas anteriores apresentou-se o modo de funcionamento da mente e a hipótese dos pensamentos não corresponderem à verdade absoluta do indivíduo, a terceira semana integrou esta consciência melhorada no quotidiano sugerindo-se, para isso, a realização de três meditações que a seguir se descrevem:

A primeira meditação proposta teve como objetivo realinhar fisicamente os músculos e as articulações do corpo, libertando tensões acumuladas da vida quotidiana (Anexo 8: Meditação dos Movimentos com Atenção Plena), induzindo o foco nas sensações criadas pelo movimento mas, também, na exploração da relação com elas. Na segunda meditação (Anexo 9: Meditação Respiração e Corpo), no seguimento da anterior, os pensamentos tenderam a vaguear, não tendo sido seus objetivos o de controlar ou limpar a mente mas começar a vê-la em ação, observando pensamentos e integrando-os num contexto maior. A terceira meditação (Anexo 10: Meditação Pausa de Três Minutos) surgiu para pautar os dias com períodos de consciência e compaixão, um recurso de emergência para atear a atenção plena no momento presente, em ocasiões de maior pressão. A sessão terminou com a sugestão da atividade “libertadora de hábitos” semanal remetida à seleção dos conteúdos/tempos consagrados para o visionamento diário de televisão e sua subsequente limitação, seguida da compensação dedicada a outras atividades agradáveis à escolha.

“A mente elabora a partir dos pormenores, julgando-os, encaixando-os na experiência passada, antecipando como serão no futuro e conferindo-lhes significado. (...) Em resultado disso (...) não vemos o mundo como ele é, mas como nós somos.” (Williams & Penman, 2011, p.129).

Na **quarta sessão** apresentou-se o modelo ABC das emoções, representando o “A” a situação em si – o registo que uma câmara faria, o “B” significando a interpretação dada à cena – a história criada a partir da situação e o “C” coincidindo com as emoções pessoais – emoções, sensações físicas e impulsos. Os autores salientam a frequência com que o ponto “B” passa despercebido, no entanto, reafirmam a sua significância na construção do “C”. Neste sentido, progressivamente, pode tornar-se difícil a distinção entre os factos reais e as interpretações realizadas, daí os “boatos” ganharem um poderoso impacto.

O estudo do “rumor” é, em muitos aspetos, o estudo da própria mente considerando os pensamentos como propaganda, verdadeira ou falsa. As narrativas emocionalmente fortes ganham relevo e, nesse percurso, existe a cedência de controlo à autocrítica que subordina a lógica, por consequência, a desvalorização baixa a moral e depressa surgem sentimentos de inadequação e de fraqueza que, invariavelmente, parecem formar o próprio ser. Estes pensamentos não correspondem à verdade absoluta, sendo sintomas resultantes do stress, a consciência acerca da sua natureza pode revelar-se decisiva no seu “bloqueio”.

A quarta sessão visou a capacidade para sentir quando a mente e o corpo dão sinais de algo prejudicial, destacando o poder das reações. Foram contempladas 3 meditações: uma da primeira semana (Anexo 5 – Meditação da Atenção Plena ao Corpo e à Respiração), seguida de uma segunda ainda desconhecida do grupo (Anexo 11: Meditação dos Sons e Pensamentos) com o propósito de revelar as semelhanças entre os sons e os pensamentos, terminando-se com uma última meditação (Anexo 10: Meditação Pausa de Três Minutos) utilizada como forma de recuperação da atenção plena nos momentos de maior apreensão, permitindo ganhar novas perspetivas e, nesta semana, apenas prosseguir.

A meditação dos Sons e Pensamentos mostrou a dificuldade em ouvir um som sem a imediata classificação por conceitos, tal como ocorre com os pensamentos e a direta rede de associações. Assim, a meditação consagrou a relação com os pensamentos como com os sons, essa perceção inspira liberdade, contraria a impulsividade e concebe reações mais refletidas. A quarta semana terminou com a sugestão da atividade “libertadora de hábitos” semanal: uma ida ao cinema, usufruindo do prazer do inesperado nos eventos da rotina.

A **quinta sessão** direccionou-se sobre a gestão, no dia-a-dia, de situações que enfatizam a vulnerabilidade. Os autores declaram que a necessidade de “apagar” ou “fugir” desses

momentos assenta em dois motivos fundamentais: o facto de serem recursos utilizados no passado com sucesso e o elemento de negação. Porém, na impossibilidade de recorrer a estas estratégias, passa a ter lugar uma existência cada vez mais infeliz pela tentativa de dissimulação do obstáculo ou, em oposição, na modificação da relação com ele/mundo.

O processo de aceitação não se torna sinónimo de aceitação passiva ao intolerável, não se relaciona com a desistência, resignação ou desapego. O conceito diz respeito ao receber ou aproveitar algo, à permissão para deixar ser e ver claramente, na procura de respostas mais sensatas e menos irrefletidas. A aceitação oferece a escolha e a hipótese de quebrar a resposta automática do modo *Fazer* e, assim, a fratura da verdadeira resignação.

As semanas anteriores serviram de preparação, em concreto, a este momento dado que a aceitação pode revelar-se um objetivo extremamente árduo, todavia, frequentemente se torna mais fácil e eficaz viver com as dificuldades do que esgotar todos os recursos na luta contra elas. A aceitação implica, por um lado, possuir atenção consciente quanto à tentação de fugir ou apagar o que perturba e, por outro, dirigir-se ao seu encontro, passo a passo, recebendo o que vier com compaixão.

Nesta sequência, na quinta sessão propôs-se um conjunto de meditações: iniciando-se com uma primeira sugerida na terceira sessão (Anexo 9: Meditação Respiração e Corpo), seguida de outra da quarta semana (Anexo 11: Meditação dos Sons e Pensamentos) e de uma terceira ainda desconhecida pelos participantes (Anexo 12: Meditação para Explorar as Dificuldades), terminando-se com a meditação de emergência, sugerida em momentos de maior pressão para explorar o corpo (Anexo 10: Meditação Pausa de Três Minutos).

A meditação para Explorar as Dificuldades convidou, de forma delicada, a conduzir à mente várias situações inquietantes para depois olhar o modo como o corpo reagiu. Neste contexto, a mente seria difícil de trabalhar visto querer suprimir a negatividade ou querer desesperadamente analisar a preocupação, assim, o foco no corpo introduziu espaço entre o problema e o indivíduo, prevenindo o enredio. O corpo sendo um facilitador, apresenta “sinais” mais coerentes e revela a fluidez das sensações que traduzem estados de espírito.

A sessão terminou com a proposta da atividade “libertadora de hábitos”: o cuidar de uma planta ou, mesmo, semear sementes. Esperava-se que a atividade fosse realizada com atenção plena, sobressaindo o objetivo de esta trazer mais saúde e maior felicidade.

A **sexta sessão** chamou a atenção para o facto de nos dias que correm, a veleidade de sentimentos como a felicidade poder significar uma aparente traição a pessoas ou a certos princípios, dado a sociedade ocidental assentar em valores como a culpa e a vergonha. O funcionamento da mente socorre-se das premissas referidas dada a dificuldade em largar

o passado, revivendo eventos que ocorreram ou os que não tiveram lugar, preocupando-se com o futuro ainda por acontecer. O medo alimenta a culpa e a vergonha, emergindo o autoataque da antecipação das críticas, criando-se um círculo vicioso e enfraquecedor.

Complementarmente, as investigações demonstram um padrão diferente da memória em momentos traumáticos, de depressão ou esgotamento que se traduz na recuperação de conjuntos de factos em oposição a momentos específicos, criando uma noção genérica de irreversibilidade. Soma-se o facto de, nesses momentos, a mente apresentar a tendência para permanecer presa, analisando excessivamente as situações com base em contextos passados com atribuição de significado que pode não condizer à realidade presente exata.

A Atenção Plena liberta da armadilha da sobregeneralização e da prisão pelo passado. O programa permite explorar alternativas ao modo automático de “fuga” introspectiva, tornando-se cada vez mais possível experienciar eventos passados sem grande turbulência emocional, aceitando-os e situando-os no seu lugar. Cada meditação até aqui possibilitou viver cada momento num novo estado mental acompanhado de sabedoria, sem crítica e com compaixão, percebendo a hipótese para mudar. A sugestão da sexta sessão consistiu na modificação da relação com o mundo, com mais amabilidade e compaixão, de forma a alcançar um nível de paz mais profundo (Anexo 13: Meditação da Amabilidade).

À medida que a semana teve lugar foi, progressivamente, trabalhado o despontar da consciência de que é impossível apoiar os outros sem o suporte do próprio a si mesmo, amar os demais quando somente existe lugar para o “autoataque”. O encontro de um nível mais profundo de paz encontra-se, invariavelmente, depende da capacidade para escutar a voz interior e, deste modo, apesar de no início, a amabilidade e a compaixão surgirem timidamente e facilmente abafadas pelos ruídos da vida, a consciência da sua necessidade aumenta a força com que se exprimem no quotidiano. A transformação de atitude apoia a abertura, a criatividade e a felicidade, eliminando as tensões, a culpa e a ansiedade.

A sessão terminou com a sugestão da meditação de emergência, proposta em ocasiões de maior pressão, para nesta semana se dedicar a uma relação diferente do que a habitual com os pensamentos (Anexo 10: Meditação Pausa de Três Minutos). Na conclusão foram propostas duas atividades “libertadoras de hábitos”: uma tarefa à escolha que recordasse uma fase da vida feliz e uma boa ação para sentir a completitude do afeto e empatia.

A **sétima sessão** de programa teve início com a exposição da imagem esquemática do “Funil de Esgotamento”, onde o círculo superior representa a forma que as circunstâncias assumem na vida plena e equilibrada. Os círculos seguintes estreitam-se, referindo-se ao que é considerado “importante” e à exclusão de todos os outros aspetos da vida que ficam

por viver à medida que os eventos se complicam. O círculo final, aquele que corresponde ao mais restringido de todos os anteriores, condiz com a sensação de esgotamento.

A imagem esquemática adquire forma à medida que a própria vida se reduz e centra nos problemas imediatos. De modo comum, originalmente são abandonados os eventos que oferecem satisfação por serem considerados dispensáveis, deixando apenas lugar para as circunstâncias, ainda que temporariamente, estimadas como mais importantes e, assim, rumo às pressões, dúvidas, infelicidade e exaustão. O diagrama faz-se acompanhar pela sequência de sintomas habituais nos casos que, de modo continuado, descem o funil.

Na sequência, torna-se fundamental a percepção de que algumas atividades revelam ser mais do que simplesmente relaxantes ou satisfatórias, nutrindo a alma a um nível mais profundo, enquanto outras tarefas esgotam e destroem a habilidade para apreciar a vida. A sétima sessão pressupôs a realização de uma lista que dizia respeito à enumeração das ações diárias e sua agregação de acordo com as duas categorias antes descritas de modo a permitir a visualização da ponderação na rotina habitual. Esta lista permitiu explorar as ligações entre os estados de espírito e os atos.

O objetivo da sétima semana residiu, deste modo, no restabelecimento do equilíbrio e, na impossibilidade da modificação de tarefas e períodos que lhes são dirigidos, tornou-se importante refletir para, depois experimentar, abordagens diferentes, principalmente com as atividades esgotantes, descobrindo trilhos inesperados para a felicidade. Até à semana presente, o programa de atenção plena facilitou a oportunidade para apreciar os aspetos difíceis da vida, além das crenças e das expectativas, possibilitando a aceitação. À lista, foram igualmente adicionadas estratégias que permitiriam o retorno ao equilíbrio.

Neste sentido, nesta sétima semana propôs-se a escolha livre de duas das meditações anteriormente realizadas, terminando-se com a meditação de emergência, sugerida nos momentos de maior apreensão para, nesta situação, respirar e empreender novas ações: Fazer algo agradável; fazer algo que traga satisfação ou controlo; continuar a atuar com atenção plena (Anexo 10: Meditação Pausa de Três Minutos). A semana terminou com a sugestão da escolha livre de ações que se repetem no quotidiano para conversão em “sinos de atenção plena”, ou seja, chamadas de atenção para parar e apenas apreciar (cozinhar, comer, lavar a loiça, conduzir, andar a pé, ouvir, semáforos vermelhos, etc.).

A **oitava e última semana** do programa mostrou a dificuldade criada pela velocidade frenética da azafama diária na sensação de plenitude entre as tarefas da vida quotidiana, os autores referem a quebra da noção de conquista dado o início imediato de algo novo logo após a conclusão, ainda que com sucesso, da atividade que lhe precedeu. Segundo

Williams & Penman “Não há intervalos que permitam tirar uns segundos para sentar e recuperar forças, para perceber que se concluiu algo” (2011).

Na sequência, o cultivo da noção de se estar completo, mesmo com as pequenas coisas, permite enfrentar os aspetos da mente que afirmam o contrário - não ser feliz, não estar satisfeito, não ser ou estar inteiro. A atenção plena dedicada à apreciação desses mesmos momentos dá relevância ao prazer das conquistas diárias e, mais uma vez, à satisfação através dos aspetos mais simples até aqui, tantas vezes, desvalorizados.

Em jeito de conclusão, a oitava semana serviu de resumo ao trabalho desenvolvido nas anteriores, lembrando que os objetivos das primeiras semanas consistiam em fornecer momentos para identificar o modo *Fazer* e cultivar do modo alternativo, ou seja, o modo *Ser*. Assim, dada a dificuldade em sustentar o foco, as meditações realizadas ajudaram a conservar a atenção, a regressar ao pretendido sem julgamento, a identificar os padrões mentais, a aprender o poder do monólogo interior acerca dos sentidos. Por seu lado, já as últimas semanas foram dedicadas à ampliação da consciência para a identificação dos momentos de maior stress – desencandadores da utilização excessiva do modo *Fazer* e à aprendizagem de estratégias de gestão das reações nessas circunstâncias.

O treino da atenção plena não força o abandono do modo *Fazer*, no entanto, permite a oportunidade e a capacidade para tal. O programa proporcionou uma relação diferente com a vida, mesmo nas ocasiões difíceis, pela sua exploração, com compaixão e coragem. Segundo Williams & Penman “A ansiedade, stress, infelicidade e o cansaço costumam ser sintomas que surgem da forma como nos relacionamos com os outros, connosco e com o mundo” (2011, p.220). A aceitação abre a porta a uma forma de viver usufruindo ao máximo de cada momento, no momento presente, em vez de no passado ou futuro.

A oitava semana é correspondente ao resto da vida para além do programa e convidou os participantes a tecerem diariamente o seu paraquedas, a tê-lo sempre pronto, a usar em momentos de sufoco. Para o efeito, foi partilhada uma lista de propostas: começo do dia com a atenção plena; pausas de respiração ao longo do dia; práticas formais e informais de atenção plena; aceitação com bondade dos sentimentos; meditações de emergência.

Na continuação deste tipo de práticas, é relevante compreender o motivo pelo qual se mostram tão importantes. A permissão para deixar as perguntas encontrar as respostas prende-se com o entendimento de que o programa ajudará a retomar a vida de forma mais profunda, momento a momento, em vez de ocupar o tempo com “disfarces”. Para conclusão, foi sugerida a decisão por parte dos participantes do conjunto de práticas mais adequadas aos respetivos, a longo prazo, não sendo essa escolha imutável.

2.2.1.6. Avaliação do Programa

A avaliação do programa foi realizada fundamentando-se nas duas premissas antes descritas, as avaliações realizadas a cada sessão (Anexo 2: Questionário de Avaliação da Sessão) e as concretizadas com recurso ao FFMQ (Anexo 3: Questionário FFMQ). O programa definido procurou ir ao encontro de metodologias testadas e com integração no HD igualmente comprovada (referência ao grupo 1 do ano “2019”) tendo, na sequência da repetição do modelo, sido feita a transcrição digital dos dados recolhidos, não apenas do presente grupo – grupo 2 do ano “2020” mas, também, do grupo 1 do ano “2019”.

No que diz respeito ao Questionário de Avaliação da Sessão, este é composto por duas avaliações: a avaliação inicial das frequências cardíacas e dos “estados de espírito” com recurso de uma adaptação da escala de faces Wong-Baker e a avaliação final dos mesmos parâmetros. Relativamente ao uso deste questionário, a sua aplicação visava, sobretudo, dinamizar o envolvimento dos participantes nas sessões, autonomizando-os em pequenas tarefas, nomeadamente na avaliação da frequência cardíaca. A sua execução demonstrou ser mais complexa do que o expectável dada a dificuldade em concretizar o procedimento de forma autónoma. A utilização da escala de faces simplificou a perceção e comunicação do “estado de espírito”, não sendo expectável, *à priori*, observar um padrão de melhoria dadas as diferentes funções trabalhadas em cada sessão, ao longo do programa. Dado o tamanho da amostra não houve possibilidade de realizar qualquer inferência.

Relativamente ao FFMQ, foi usado o Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) de Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney (2006), versão validada para a população portuguesa por Gregório & Gouveia (2011). O questionário é constituído por 39 itens, de autorresposta, que avaliam cinco elementos essenciais do *Mindfulness*, todos os itens são respondidos numa escala Likert de 1 “nunca ou muito raramente verdadeiro” a 5 “muito frequentemente ou sempre verdadeiro”. No FFMQ existem dois padrões de pontuação: a direta em que os itens são contados de acordo com o valor Likert (exe: 1 soma 1 ponto) e a reversa em que a contagem é feita inversamente (exe:1 soma 5 pontos). O valor total da escala envolve a soma de todos os itens diretos e reversos. As cinco facetas avaliadas, que a seguir se descrevem, são representadas como mediadores da mudança terapêutica e das intervenções conscientes (Carmody & Baer, 2008):

- *Observar* (1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36 – todos com pontuação direta): Relaciona-se com a consciência sensorial. Envolve a forma como se vê, sente e percebe o mundo interno e o externo e se seleciona os estímulos que exigem a atenção e o foco.

- *Descrever* (2, 7, 12, 16, 22, 27, 32, 37 – 12, 16 e 22 com pontuação reversa): Alude à forma como as experiências são rotuladas e expressas em palavras para o próprio e outros.
- *Agir com Consciência* (5,8,13,18,23,28,34,38 – todos com pontuação reversa): Refere-se ao curso de ação eleito após a percepção das informações no momento presente. Analisa a capacidade de responder às situações, saindo do modo de piloto automático.
- *Não Julgar* (3, 10, 14, 17, 25, 30, 35, 39 – todos com pontuação reversa): Diz respeito à experiência sem julgamento, estando esta relacionada com a crítica interna. Exige auto-aceitação e empatia pelo próprio e pelos outros.
- *Não Reagir* (4, 9, 19, 21, 24, 29, 33 – todos com pontuação direta): Relaciona-se com o desapego ativo de pensamentos e emoções negativas, com aceitação (sem reação) da sua existência. Abre caminho para a resiliência emocional e restaura o equilíbrio mental.

Relativamente ao uso do FFMQ, no grupo 1 do ano “2019”, dos dezasseis participantes iniciais, apenas seis seguiram até à última fase do programa e no grupo 2 do ano “2020”, dos quinze participantes iniciais, apenas oito concluíram todas as fases (eliminados por frequência inferior a quatro sessões e/ou por questionários iniciais ou finais incompletos). Considerando-se o tamanho das amostras, os dados recolhidos não apresentam expressão estatística significativa e, por essa razão, apenas são apresentados em apêndice (Apêndice 2: Apresentação dos Resultados) sem possibilidade de qualquer inferência. O reduzido número de participantes é, aliás, uma das limitações do estudo que se quis desenvolver.

Pessoalmente, receava os efeitos da inexperiência na gestão das dinâmicas de grupo e a falta de formação profissional em *Mindfulness*, no entanto, a partilha e a supervisão dos orientadores permitiram a conclusão do programa de forma muito positiva. Em jeito de preparação e de forma a contextualizar e fundamentar a intervenção foi feita a revisão da literatura acerca do tema tendo, igualmente, decidido instituir o programa, numa versão abreviada, na minha própria rotina diária. Ao longo das oito semanas elaborei os planos de sessão com a seleção dos conteúdos a partilhar e dos exercícios a realizar, em equipa foi estipulado que existiria um momento final de partilha e reflexão relativo ao sucedido.

De modo geral, existiu reconhecimento da mudança, vários elementos verbalizaram “*sinto-me bem (...) mais relaxado*”, “*a voz tranquiliza-me*”, “*sinto-me mais tranquilo*”, “*agora ficava a descansar*”, contudo, foram expressas dificuldades “*é muito barulho na cabeça*”, “*quando dei por mim já me tinha esquecido de respirar e já estava a pensar em outras coisas*”, “*é difícil ficar deitada a ver coisas que doem*”. Os participantes demonstraram interesse e motivação, partilhando episódios do quotidiano nos quais aplicaram os exercícios aprendidos, porém, foi notória a dificuldade no compromisso.

2.2.2. Intervenção em Contexto Internamento

Ainda relativamente à quarta competência específica do EEESMP e, por consequência ao quarto objetivo específico de estágio traçado: *Aprofundar a realização de intervenções psicoterapêuticas no âmbito da promoção da autonomia da pessoa com perturbação mental*, considerando de igual forma as necessidades dos residentes da ERPI, através da discussão com a equipa e pelo preenchimento dos instrumentos de avaliação já utilizados no serviço, foi definido um programa cujas intervenções seguissem no sentido de promover o bem-estar, atendendo à gestão do equilíbrio entre as limitações e potencialidades, também em idade avançada.

2.2.2.1. Delimitação da Problemática

Em Portugal, de acordo com o INE (2016), a previsão da distribuição de crescimento da população será idêntica à distribuição universal atendendo à diminuição da taxa de fertilidade e ao aumento da longevidade. Neste sentido, nas últimas décadas, verificou-se o decréscimo do número de jovens (0-14 anos) e das pessoas em idade ativa (15-64 anos), ao mesmo tempo, confirmando-se o aumento da população idosa.

O INE (2016) refere ainda, que ao longo dos últimos anos, o índice de dependência tem aumentado, associando-se, ao acréscimo do número de pessoas idosas, o consequente aumento de doenças, nomeadamente crónicas. Na sequência, segundo o INE, apenas 30% das pessoas idosas dizem não precisar de ajuda para a realização das tarefas do dia-a-dia.

De acordo com Cancela (2007) o processo de envelhecimento assenta na degradação progressiva e diferencial que ocorre em todos os seres vivos e resulta no estadió de morte, caracterizando-se por uma série de alterações a nível biológico, psicológico e sociológico. A conceção negativa do envelhecer, sentida e manifestada até pelos próprios, redundando no desinvestimento nos mesmos, facilitando-se o declínio a vários níveis e, assim, o aumento de fatores de risco neste tipo de população.

Souza & Chaves (2005) salientam as repercussões das alterações fisiológicas ao nível do processo cognitivo, conduzindo ao compromisso do bem-estar biopsicossocial com influência na interação social e participação na sociedade. O processo inverso também se verifica, mostrando as consequências resultantes das alterações mais comuns desta etapa com forte impacto no funcionamento das pessoas. Neste sentido, a presente conjuntura

que inclui as alterações descritas aliadas à institucionalização leva a que as perturbações depressivas, a par das demenciais, não sejam uma realidade incomum nesta faixa etária.

Em Portugal, entre as perturbações mentais, as do humor apresentam a segunda maior prevalência (7,9%), caracterizando-se pela alteração significativa e persistente do estado emocional. Correia (2013) declara o humor como um estado basal, genericamente estável ao longo do tempo, com influência na interpretação do mundo, no comportamento e nas relações, contudo, diz ser também ele afetado por experiências, sentimentos e sensações.

Todos os indivíduos experienciam, ao longo da sua existência, momentos de tristeza ou alegria em diferentes períodos. Stahl (1998) corrobora a ideia referindo a tristeza como uma emoção universalmente vivenciada em certos instantes da vida. Para Correia (2013) as emoções caracterizam-se pela sua brevidade no tempo, delas derivam os sentimentos que contrariamente subsistem, porém, perdendo intensidade.

As perturbações do humor incluem as depressivas sendo elas patologias multifatoriais, dependentes das relações com o meio, predisposição genética, alterações epigenéticas e eventos decorrentes do desenvolvimento com transformações estruturais e neuroquímicas do sistema nervoso central. Sampaio *et al* (2014) afirma corresponderem a uma síndrome descrita por sintomas emocionais negativos, cognitivos, físicos e comportamentais. No entanto, Cordioli (2010) sanciona o vulgar uso do termo, salientando que, na depressão, os sintomas não findam espontaneamente e comprometem gravemente a funcionalidade.

Assim sendo, seguindo as principais linhas de orientação atuais, surgiu a oportunidade de desenvolver um programa complementar às intervenções desenvolvidas, direcionado para a depressão, porém, suficientemente abrangente para permitir a participação de todos (atendendo à existência de um programa de estimulação cognitiva dirigido à síndrome demencial). As estratégias usadas apoiaram-se numa nova abordagem do envelhecimento centrada na promoção da autonomia, independência e na participação na vida, com gestão do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades (Sousa *et al*, 2003).

2.2.2.2. Objetivos Gerais e Específicos do Programa

Apresenta-se como objetivo geral do programa desenvolvido: Capacitar a pessoa na gestão da doença e ajudá-la a recuperar a funcionalidade e o seu projeto de vida adaptados ao seu contexto biopsicossocial. Como objetivos específicos definiram-se os seguintes:

- Preparar o envelhecimento através do aproveitamento de potencialidades singulares;

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida, proporcionando atividades adequadas à satisfação das necessidades;
- Dinamizar as relações entre as pessoas com o intuito de combater o isolamento social;

2.2.2.3. Instrumentos e Procedimentos

No início de trabalhos de cada grupo, foi entregue um Questionário de Caracterização Sociodemográfica (Anexo 14: Questionário de Caracterização Sociodemográfica) a cada participante. Foram, igualmente, distribuídas duas escalas, quanto aos resultados obtidos, embora não sendo estatisticamente significativos, ambas se revelaram úteis na orientação das intervenções de acordo com as necessidades, limitações e as potencialidades (Anexo 15: Escala de Depressão Geriátrica e Anexo 16: Mini Mental State Examination).

Com objetivos e atividades distintas, cada sessão foi constituída por três elementos: o inicial correspondente a uma atividade quebra-gelo, seguida da demonstração da tarefa e apoio, conforme necessário, da execução por parte dos participantes, terminando-se com a avaliação. Quanto à última, o único recurso possível consiste na transcrição dos aspetos qualitativos partilhados, após as atividades, nos momentos disponibilizados para o efeito.

O programa definido procurou ir ao encontro de metodologias amplamente testadas, incluindo-se na sua génese a vertente lúdica. A sua implementação acabou por permitir a oportunidade para experienciar a aplicação de diferentes recursos com os quais não tinha, até aqui, tido muita prática, nomeadamente no que respeita à utilização dos mediadores expressivos, do jogo/jogo físico enquanto meio terapêutico e da música.

Previu-se a realização das sessões uma vez por semana, na sala destinada às atividades do Centro de Dia que apresenta as condições físicas necessárias, fazendo uso do material da sala do técnico de animação sociocultural. As apresentações foram projetadas para a realização por dois elementos (dois EEESMP), um deles coordenando as sessões e o outro assumindo o papel de observador, anotando nos registos as intervenções dos participantes consideradas mais relevantes, em cada sessão, para eventual futura discussão.

2.2.2.4. Caracterização dos Participantes

Relativamente à caracterização dos participantes, propriamente dita, todas as sessões foram realizadas em dinâmica grupal, com definição de lotação mínima de três elementos e lotação máxima de doze elementos. Os critérios de inclusão definidos correspondem: Idade compreendida entre os 65 e os 95 anos, residentes no ERPI, participação voluntária,

disponibilidade para frequência semanal das atividades, qualquer diagnóstico (incluindo ou não perturbação mental). Do mesmo modo, foram fixados como critérios de exclusão: Limitação física ou cognitiva incapacitante na participação nas atividades e a existência de historial de auto ou hétero-agressividade.

2.2.1.5. Resumo do Programa

A **primeira semana** do programa foi dedicada à data comemorativa do Dia da Mulher. Na sequência, a sessão teve início com uma atividade quebra-gelo, uma adaptação da dinâmica da “Teia”, em que com a utilização de um novelo foi promovido um período de reflexão e análise sobre o significado do papel feminino, momento esse que proporcionou a partilha de experiências vividas e a permuta de ideias, particularmente, entre homens e mulheres e pessoas com diferença significativa de idades.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia, esta abordagem distingue-se como um processo terapêutico que faz uso dos mediadores artísticos e se sustenta “na interação entre o sujeito (criador), o trabalho artístico (criação) e psicoterapeuta” (para.1). Segundo Pain e Jarreau (2001) o resultado terapêutico deriva das trocas verbais entre o indivíduo, grupo e psicoterapeuta em torno do conteúdo da obra e do processo de criação, acabando a atividade plástica *per si* por se revelar como um elemento secundário.

Do momento de partilha, sobressai um símbolo que o grupo julgou representativo do género feminino: a flor, acabando por se criar o mote para a produção dos subsequentes trabalhos artísticos. O processo artístico facilita a exploração, expressão e comunicação de apontamentos do inconsciente, cedendo o acesso a pensamentos, sentimentos, desejos, fantasias e aspetos da personalidade inconsciente que requerem integração. A relação e a reforma dos objetos internos levam a uma maior compreensão e ao autoconhecimento.

Por proposta do grupo, resolveu-se que seriam usadas flores e, atendendo aos recursos disponíveis, um participante sugeriu recortar caixas de ovos criando a sua forma. Todos os elementos procederam à pintura das flores e, com a utilização de colagens executaram, sem ademais orientações, os quadros finais. Foram realizados dois quadros de maiores dimensões com a colaboração de todos (tendo sido expostos em zonas comuns da ERPI) e seis de dimensões mais reduzidas individuais (expostos nos quartos dos autores).

A **segunda semana** do programa foi dirigida para a prática de atividade física, sendo para o efeito utilizado o Jogo do Boccia. A sessão teve início com uma atividade quebra-gelo, uma adaptação da dinâmica “1,2,3”, tendo para isso sido constituídos grupos de dois

e pedido aos elementos que realizassem a contagem, porém, progressivamente, o número 1 foi substituído por uma palma seguida da contagem normal, no lugar da pronuncia do número 2 foi requerido que batessem com as duas mãos na barriga e na vez do algarismo 3 que o fizessem três vezes nos joelhos. A atividade teve como objetivo a promoção da descontração, no entanto, ao mesmo tempo validou o aquecimento muscular.

O jogo, como ferramenta terapêutica, permite alargar o conhecimento sobre o próprio, dos outros e do mundo, ampliar estratégias de expressão, estruturar processos cognitivos, descobrir a reação às regras, assumir liderança, gerir a frustração e socializar.

Especificamente, o Boccia mostra benefícios ao nível da reabilitação relativamente a pessoas com dificuldades de atenção, baixa motivação, impulsividade, dificuldade em autorregular-se e com dificuldades relacionadas com o comportamento social. O jogo, propriamente dito, consiste em colocar as bolas de cor (seis azuis contra seis vermelhas) o mais próximas possível de uma bola alvo (bola branca), lançada estrategicamente pelo mediador, para o recinto. Pode ser praticado individualmente, a pares ou equipas de três, requer concentração, coordenação, controlo muscular, precisão, cooperação e estratégia.

O exercício físico, sob o prisma da inclusão, permitiu a construção de um contexto em que foi possível otimizar capacidades funcionais para, dessa maneira, facilitar a execução das tarefas do quotidiano. A dinâmica instituída possibilitou, de igual forma, a criação de um momento específico, com a utilização da atividade em grupo, com vista à integração e inserção dos participantes. Segundo Silva e Goncalves (2010) o jogo surge como uma alternativa prazerosa à prática física, com benefícios no bem-estar e qualidade de vida.

A **terceira semana** do programa foi dedicada à comemoração festiva da Páscoa. A Páscoa, constituindo-se como uma das principais e mais antigas festividades religiosas cristãs, assumia um papel determinante na vida dos idosos da ERPI. Em 1988, a OMS incluiu na definição de saúde a dimensão espiritual, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa mas remetendo-a a questões como o significado e sentido da vida. De acordo com Volcano, Souza, Mari & Horta (2003) a espiritualidade acomoda o conjunto de emoções e convicções de natureza não material, com suposição da existência de algo para além do que pode ser percebido ou plenamente compreendido.

Para além de uma celebração associada à fé, a atividade teve o intuito de assinalar uma data pessoalmente importante e tão limitada no presente ano devido à situação pandémica. Optou-se pela execução de um coelho por simbolicamente representar o nascimento e a nova vida, deixando-se ao critério dos utentes o destino a atribuir ao objeto criado (guardar como recordação ou oferecer a alguém significativo, nomeadamente aos netos).

Azevedo & Modesto (2006) declaram que a importância da família mantém-se durante todo o processo de envelhecimento e evidenciam que embora possa não existir dependência nas tarefas do dia-a-dia, por parte da pessoa idosa face aos familiares, a presença das pessoas significativas acarreta conforto e, assim, bem-estar biopsicossocial.

Para além dos aspetos mencionados, a atividade teve também o intuito de explorar a motricidade, nomeadamente a fina, relacionada com a capacidade de efetuar movimentos com precisão, controlo e destreza, tendo-se proporcionado o treino da preensão (agarrar objetos com os dedos) e da manipulação (modo como movimenta os objetos em função de determinada tarefa). O coelho, a ser guardado, permite o treino da força e movimentos das mãos, bem como a promoção da sensação de relaxamento ao ser manipulado.

Na **quarta semana** do programa foi realizada uma atividade de Karaoke com o intuito de promover a estimulação cognitiva, contudo, com uma roupagem diferente, mais lúdica e menos formal. A sessão teve início com a atividade quebra-gelo, o comboio da alegria, para o efeito utilizou-se a música popular “apita o comboio” e constituiu-se uma espécie de dança, onde cada participante convidado a integrar o comboio foi recebido pela pessoa anterior com a indicação de uma qualidade sua e, assim, sucessivamente.

Na sequência, relativamente à atividade em si, além de ter possibilitado a recordação de temas musicais conhecidos de todos os participantes (questionando-se sobre o título e o interprete), proporcionou a oportunidade para reviver os períodos em que esses temas fizeram parte das suas vidas e a sua partilha com o grupo. Além da participação do dueto interprete, os outros elementos acompanharam a música com instrumentos improvisados.

Segundo Sousa & Sequeira (2012) os programas de estimulação cognitiva possuem como propósito primário a atribuição de capacidades e estratégias para gerir as alterações cognitivas. O decréscimo das capacidades cognitivas é característico do envelhecimento e, neste sentido, torna-se necessária a adoção de medidas de compensação que contenham a perda de competências. O trabalho instruído por Apóstolo & Cardoso (2012) confirma que a estimulação cognitiva é fundamental na prevenção do risco do declínio cognitivo e do aparecimento de demências, perturbações depressivas e na melhoria da autonomia.

Os momentos finais de todas as sessões corresponderam à análise quer dos processos, como dos produtos criativos, refletindo-se sobre as conceções surgidas e comportamentos ocorridos ao longo das dinâmicas. Pressupôs-se, de igual forma, a avaliação com base na expressão dos pensamentos, sentimentos e emoções. Garbin e Montewka (2000) demonstram que, na institucionalização, aquando da promoção de atividades facilitadoras da autonomia, existe maior motivação e menos emoções negativas ligadas ao envelhecer.

2.2.2.6. Avaliação do Programa

Loureiro (2011) afirma que a institucionalização resulta, muitas vezes, na inatividade, desocupação e na conservação da disfunção, para além da redução da participação social pela diminuição da mobilidade e predisposição para a atividade. A nova abordagem do envelhecimento, defendida unanimemente pela literatura, fundamenta-se na promoção da autonomia, independência e na participação, com gestão do equilíbrio entre as limitações resultantes do processo de envelhecer e as potencialidades de cada um.

Tal como no programa desenvolvido na primeira etapa do estágio, o presente programa procurou ir ao encontro das reais necessidades percebidas pelas pessoas, envolvendo-as no plano terapêutico. Foram distribuídas duas escalas (Anexo 15: Escala de Depressão Geriátrica e Anexo 16: Mini Mental State Examination) e, apesar dos resultados obtidos não serem estatisticamente significativos, ambas as escalas se revelaram muito úteis para a orientação das intervenções desenvolvidas, especificamente por exibirem a tendência existente para as síndromes demenciais e depressivas. No planeamento e implementação das intervenções consideraram-se a conjuntura pandémica vivida, a ausência no momento do estágio do animador sociocultural e os programas de estimulação cognitiva concebidos e já implementados na ERPI pelo terapeuta ocupacional e EEESMP.

Relativamente às sessões realizadas, os seus momentos finais foram direcionados para a respetiva avaliação tendo por base a expressão dos pensamentos, sentimentos e emoções por parte dos participantes. A atividade do dia da mulher permitiu a expressão da perceção pessoal do papel feminino, revivendo o percurso trilhado e a celebração das conquistas. Encerrou em si um presente simbólico para as participantes pelo desempenho de tantas funções, muitas vezes viradas para os outros e, tão poucas vezes, debruçadas sobre si.

Tanto o Jogo do Boccia como a atividade do Karaoke foram importantes na medida em que permitiram explorar múltiplas competências necessárias às funções do dia-a-dia, diferenciando-se das demais por se revestirem de uma dimensão recreativa. Na sequência, Debert (2004) afirma “A tendência contemporânea é rever os estereótipos associados ao envelhecimento. A ideia de um processo de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estádios mais avançados da vida são momentos propícios para novas conquistas, guiadas pela busca do prazer e satisfação pessoal” (p.14).

Para finalizar, a atividade da Páscoa constituiu-se como uma oportunidade para incluir a espiritualidade nas intervenções desenvolvidas, atribuindo-se também relevo ao valor da família, em especial, no momento pandémico vivido e seu conseqüente isolamento.

**PARTE II: ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS
DESENVOLVIDAS**

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O percurso desenvolvido ao longo do estágio teve como propósito final a aquisição e o desenvolvimento tanto das competências comuns do enfermeiro especialista como das competências específicas do EEESMP definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Soma-se, neste capítulo, uma sumária reflexão acerca da possibilidade criada, ainda que esperada, para dar resposta às qualificações, previstas pelos Descritores de Dublin (Joint Quality Initiative, 2015) no processo de atribuição do grau de mestre, compatíveis com o quadro de qualificações do ensino superior em Portugal.

De acordo com o regulamento de competências comuns dos enfermeiros especialistas, a atividade dos mesmos deve suportar-se sobre o código ético-deontológico da profissão, na avaliação das melhores práticas e nas preferências do cliente. Neste sentido, o estágio viabilizou a evolução de competências do domínio “*Responsabilidade profissional, ética e legal*” pelo envolvimento da pessoa cuidada no plano terapêutico, centrando-se este na respetiva individualidade através da valorização das necessidades por si percecionadas, assegurando-se a tomada de decisão informada, com respeito pelos valores, costumes e crenças singulares e, ainda, com óbvia consideração pela privacidade, confidencialidade, segurança e dignidade da pessoa na área da saúde mental.

O exercício ativo deste domínio de competências foi, igualmente, consolidado pelo crescimento da atitude reflexiva ético-legal, ancorada quer no conhecimento produzido pelo acompanhamento diário das pessoas como pelo validado pela revisão da biografia, salientando-se a necessidade sentida de introspeção e autoanálise e as reflexões realizadas em conjunto com os orientadores e as reuniões habituais com a equipa multidisciplinar para partilha e discussão dos casos. Neste sentido, julga-se que o percurso desenvolvido ofereceu, de igual forma, resposta, segundo os Descritores de Dublin, à capacidade para integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, incluindo-se o desenvolvimento de soluções e a reflexão sobre as implicações daí decorrentes.

O relatório espelha do mesmo modo o progresso realizado na resposta às competências do domínio “*Melhoria e Monitorização da Qualidade dos Cuidados*” que faz referência à participação dos enfermeiros especialistas na conceção e operacionalização de projetos atendendo à melhoria contínua. Entende-se que este terá sido o domínio de competências menos desenvolvido e apontam-se a inexperiência na área com conseqüente necessidade de apreensão e assimilação total da nova realidade, aliada às várias limitações existentes (antecedentes e na decorrência) como condicionantes da expansão do trabalho realizado.

No entanto, entendendo-se a prática de enfermagem avançada como um processo de desenvolvimento profissional e de aquisição de competências, alicerçado nos pilares da investigação, reflexão e (re)conceptualização dos cuidados, desenvolvimento do processo de enfermagem e profissional e da gestão, conclui-se que a prática desenvolvida integrou a prática de enfermagem avançada e, assim, assume-se a mesma enquanto promotora da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Fazendo o paralelismo com os Descritores de Dublin, relativamente à aplicabilidade de conhecimentos e capacidade de compreensão ao nível da construção de bases de desenvolvimento e aplicação originais, este relatório materializa-se na realização de dois programas originais distintos (ainda que decorrentes de adaptações), assentes nos princípios descritos nos padrões das boas práticas.

Salienta-se, também, a articulação realizada no contexto da equipa multidisciplinar e o trabalho desenvolvido, numa conjuntura de elevada vulnerabilidade, com diferenciação e complexidade, atendendo às diferentes opções metodológicas decididas no sentido da melhoria. Na sequência, surge a necessidade de realizar nova menção aos Descritores de Dublin e à resposta oferecida, considerando que aludem à aplicação de conhecimentos e à capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares.

Relativamente ao domínio de competências “*Gestão de Cuidados*” embora as áreas de gestão e liderança não correspondam a contextos com os quais tenha usualmente contacto, julgo que, de uma forma indireta, todos os enfermeiros na prestação direta de cuidados se confrontam com a necessidade de, pelo menos, gerir determinadas circunstâncias da sua atividade quotidiana, não tendo sido exceção o estágio realizado.

Ainda assim, no contexto da formação avançada, considerou-se necessária a ampliação deste género de competências tendo, contudo, em conta o facto de me encontrar reunida em equipas e contextos desconhecidos e, considerando as necessidades de integração, de conhecer e me dar a conhecer, dentro de um breve limite temporal, com foco na evolução pessoal e profissional na área. Nos dois locais de estágio foi transmitida liberdade para a sugestão de alterações, para a coordenação e a colaboração com a equipa multidisciplinar no sentido da implementação de novos métodos de organização de trabalho com vista à adequação da utilização de recursos e eficiência da sua gestão.

Acrescenta-se o desenvolvimento de competências de liderança e gestão de processos, não somente pelo processo de planeamento e de implementação dos programas realizados mas, igualmente, por todo o investimento direcionado para a pesquisa bibliográfica que permitiu a conceção de uma visão mais ampla relativamente à gestão dos cuidados.

No que diz respeito ao domínio de competências “*Desenvolvimento das aprendizagens profissionais*” considerando que se refere ao autoconhecimento, encontra-se intimamente relacionado com a primeira competência específica do EEESMP e, constituindo-se como uma ferramenta transversal, profundamente interligado com as restantes competências específicas enumeradas no regulamento da OE.

Entende-se que terá sido o domínio mais desenvolvido na sequência das aprendizagens realizadas. A necessidade para ampliar esta competência evidenciou-se com a revisão da literatura, com a realização dos jornais de aprendizagem e das reuniões com os colegas, professores e orientadores. O confronto com o sofrimento do outro forçou a concentração em aspetos internos e o exercício reflexivo sobre os sentimentos e pensamentos perante as experiências. Citam-se novamente os Descritores de Dublin relativamente à realização de julgamentos e tomada de decisões atendendo à sua complexidade e sustentando-se nas reflexões aprofundadas que lhes foram precedidas.

O desenvolvimento do domínio de competências corresponde a um processo complexo e contínuo, a trabalhar no decurso da vida pessoal e profissional, tal como enumeram os Descritores de Dublin, acerca das competências de aprendizagem que proporcionam a continuação do processo de aprender durante a vida, de modo auto-orientado e autónomo.

De acordo com este domínio de competências, os enfermeiros especialistas possuem ainda a responsabilidade de alicerçar os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se enquanto agentes facilitadores dos processos de aprendizagem e agentes ativos no campo da investigação. A resposta ao domínio foi promovida pela pesquisa realizada, frequência de conferências e do uso das bases de dados, com a intenção de fomentar uma efetiva transferência do conhecimento validado para a prestação diária de cuidados.

No que respeita à disseminação da informação, esta foi operacionalizada através da divulgação do conhecimento produzido ao longo do estágio, na partilha de resultados em múltiplos contextos, académicos ou não, dando-se desta forma igualmente resposta aos Descritores de Dublin, na medida em que estes preveem a capacidade para comunicar as conclusões e o conhecimento gerados a audiências especializadas, ou não, com clareza e sem ambiguidade. Neste sentido, a atuação enquanto agente dinamizador e de partilha de comunicação de novo conhecimento terá como culminar, a entrega e a apresentação dos documentos finais nas instituições onde foi desenvolvido o estágio, sendo expectável a sua apresentação pública. Uma vez mais, este é um processo contínuo, não terminando com a conclusão desta etapa, devendo ser trabalhado durante a vida enquanto EEESMP.

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA

Atendendo à primeira competência específica do EEESMP descrita pela OE (2011): *“Detém elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;”* e, sendo o autoconhecimento uma ferramenta transversal às demais competências, surgiu o objetivo específico de estágio: Demonstrar progresso ao nível do autoconhecimento, do sentido crítico e na tomada de consciência enquanto pessoa e profissional.

O primeiro local de estágio revelou-se extremamente desafiante no que diz respeito a esta primeira competência. Enquanto estudante, ao reviver a prática, voltei a experienciar apreensão quando confrontada com a mudança, insegurança relativamente à preparação pessoal e experiência profissional, dúvida no que respeita à capacidade para responder às expectativas e aos objetivos traçados. Estes sentimentos facilmente interpretados como naturais perante a nova realidade vivida foram alvo de um processo profundo de análise e reflexão que facilitou a consciência da sua relação com traços pessoais e a compreensão sobre a sua possível interferência na relação. O confronto com o sofrimento do outro força a gestão das nossas próprias emoções e limitações. De acordo com Gameiro (1999): “A abordagem de ajuda tem de passar por um envolvimento relacional exigente, para o qual é comum não nos sentirmos profissionalmente (nem humanamente) preparados” (p.22).

As primeiras semanas foram dedicadas ao desenvolvimento desta competência e, em oposição à atividade que usualmente desempenho, forçaram um abrandamento e, desta forma, a concentração em aspetos internos, não antes desenvolvidos. Uma interpretação prematura poderia confundir a noção de abrandar com o facto de “não estar a fazer nada”, porém, o exercício reflexivo sobre os sentimentos e pensamentos perante as experiências vividas, tornou-se mais exigente do que qualquer rotina, por mais acelerada que ela fosse.

A necessidade de ampliar esta competência evidenciou-se após a revisão da literatura, com os jornais de aprendizagem e as reuniões com colegas, professores e orientadores. O autoconhecimento surgiu como um processo de desenvolvimento pessoal difícil baseado nas aprendizagens individuais; recordando a expressão, por mim, utilizada nas primeiras reuniões com a professora e os orientadores: a “sensação de invasão”, que agora interpreto como reveladora da dificuldade tida na gestão da própria vulnerabilidade. A permissão

para *sentir* favoreceu uma percepção mais alargada sobre a distinção entre aquilo que me pertencia e o que pertencia ao outro, aspecto essencial na dinâmica da relação terapêutica.

De acordo com Chalifour (2008) na relação terapêutica, é importante que o enfermeiro mobilize, além do saber e da perícia adquiridos, as características pessoais como recursos fundamentais. Por seu lado, Goleman (2012) diz que a relação cresce através da “sintonia emocional, da capacidade de sentir empatia”. Rogers (2009) afirma a empatia como o processo em que o enfermeiro se coloca no lugar do outro, interpretando sentimentos, atitudes e comportamentos. Para Goleman (2012) esta aptidão surge da autoconsciência, daí a importância do autoconhecimento e, assim, a capacidade para intuir sobre o outro.

Importa referir outros aspetos fundamentais, relativos a esta competência, trabalhados ao longo do estágio: a consciência das crenças e dos valores próprios, a comunicação não verbal, os sentimentos e reações instigadas pelo outro e a influência de todos estas facetas na relação. Tornou-se essencial o exercício reflexivo sobre os fenómenos de transferência e de contratransferência, entre outras condições como: a congruência, a transparência, a autenticidade e o respeito pelo outro que abarca a disponibilidade para, mais do que ouvir, escutá-lo verdadeiramente. Segundo Goleman (2012) a compreensão empática implica a percepção, sensibilidade, disposição para sentir e apreender os sentimentos, necessidades e emoções da pessoa, sem descurar a atenção sobre os próprios sentimentos no cuidar.

Ainda no âmbito da primeira competência, através da auto-análise e reflexão e com a implementação do projeto proposto, foi possível identificar um importante contrassenso e trabalhar as suas implicações. Clarificando: se por um lado, as minhas intervenções visavam a promoção da autonomia, por outro, os anos de formação e prática na profissão conduziram a que, de forma involuntária, assumisse o papel de salvadora, substituindo o outro, diminuindo a sua liberdade. Rogers (2009) diz ser o próprio “que sabe aquilo que sofre, em que direção deve ir, quais os problemas cruciais, que experiências foram profundamente recalçadas” (p.34) sendo que “quanto mais aberto estou às realidades em mim e nos outros, menos me vejo a tentar a todo o custo remediar as coisas” (p. 44).

O desenvolvimento da primeira competência corresponde a um processo complexo e contínuo, ainda a trabalhar no decurso da vida pessoal e profissional, no entanto, termino esta etapa com uma consciência e conhecimento pessoais mais amplos que, certamente vão influenciar futuros processos terapêuticos. Na busca pela forma como ajudar, muitas vezes surgiu a questão sobre o que fazer para além de estar disponível, após a reflexão percebo que, possivelmente, essa disponibilidade assume relevância para o outro quando ele, provavelmente, não experienciou essa possibilidade antes.

Relativamente à segunda competência específica do EEESMP (OE, 2011): “*Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;*”, por forma a dar-lhe resposta, considerou-se essencial o investimento ao nível da apreciação clínica, acerca da mesma Baker (2004) fala na “tomada de decisão, baseada num conjunto de informação relevante, usando um jogo formal de critérios éticos, que contribui para a avaliação global da pessoa e as suas circunstâncias” (p.7). Neste sentido, surgiu o segundo objetivo específico de estágio: Identificar necessidades da pessoa com perturbação mental em contexto de internamento e contexto comunitário.

Em primeiro lugar, destaca-se a oportunidade de ter observado entrevistas de admissão nos dois serviços apesar da reduzida rotatividade de ingresso em ambos os locais. Estes momentos ganharam relevo dado significarem o primeiro impacto com as instituições e, por consequência, se constituírem como períodos de maior tensão, acabando por facilitar o desenvolvimento desta competência através do treino das capacidades de comunicação, sobretudo as que se relacionam com a comunicação não-verbal: a perceção dos silêncios, da entoação da voz, suspiros, ruídos vocálicos de hesitação, gestos, olhar, postura, etc.

A evolução ao nível das capacidades de observação e análise evidenciou-se através da realização das colheitas de dados (com recurso das ferramentas disponíveis: observação, entrevista, exame físico, avaliação psicossocial, estado mental, funções psicobiológicas, aplicação de escalas de avaliação) e pela revisão dos registos. A primeira fase do processo de enfermagem, a avaliação, obrigou a algum esforço dado ter-se procurado que a mesma fosse feita de forma sistematizada, porém, dirigida à pessoa, atendendo à repercussão da perturbação no bem-estar e qualidade de vida, com ênfase na funcionalidade e autonomia.

Concretamente, em cada local, foi realizado um estudo de caso, tendo sido privilegiada a colheita de dados que permitiu objetivar o entendimento sobre os processos de doença nas duas situações em particular. Pelas limitações temporais, apesar da identificação das necessidades, não foi possível aprofundar, como pretendido, a estratégia de intervenção e de avaliação e, assim, o trabalho desenvolvido foi articulado com a restante equipa.

Ainda no âmbito da segunda competência, a experiência vivida através da observação e realização de atividades de grupo revelou-se de extrema importância visto, por um lado, ter favorecido as capacidades de apreciação clínica, por outro, estimulado o planeamento e a implementação de intervenções, personalizadas ao grupo, com vista à promoção da participação na vida social, do bem-estar e da sua saúde mental. Ribeiro, Marin & Silva (2014) confirmam a utilização frequente deste tipo de atividades na área da saúde mental e a sua eficácia com ganhos significativos para os participantes integrados nas dinâmicas.

Quanto à terceira competência específica do EEESMP (OE, 2011): “*Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto*”, considera-se que foi sendo desenvolvida ao longo de todo o período de aprendizagem, surgindo o terceiro objetivo específico de estágio: Realizar intervenções especializadas de enfermagem que permitam dar resposta às necessidades identificadas da pessoa com perturbação mental.

A convergência entre a aprendizagem académica e a experiência da prática consagrou, além do exercício reflexivo, uma jornada constituída por novas respostas face a situações (com correspondência a momentos de relação com o outro) marcadas por aspetos que não podem ser reproduzidos em ambiente escolar. Desta forma, o desenvolvimento da terceira competência demonstrou ser um processo extremamente desafiante dada a inexperiência pessoal e profissional no contexto da saúde mental e psiquiátrica.

Neste sentido, apesar de inesperada, a ocasião para experienciar a prática em locais tão distintos, com população tão diversificada, com e sem diagnóstico de perturbação mental, em diferentes fases do ciclo vital e, conseqüentemente, com necessidades específicas foi bastante positiva. A vivência diária permitiu a reinterpretção dos planos de cuidados, atendendo às manifestações habituais decorrentes da patologia e/ou do tratamento, assim como das restantes condições fisiológicas com impacto na qualidade de vida. Contudo, considera-se necessário o investimento futuro e continuado, por forma, a que a distinção entre os aspetos relacionados com a saúde mental e restantes elementos da saúde se torne mais orgânica, sobretudo, no que respeita ao reconhecimento dos períodos de agudização.

A realização dos estudos de caso foi extremamente importante dado que possibilitou a experiência do cuidar no contexto da relação dual. A orientação das equipas nos locais de estágio foi fundamental na determinação dos diagnósticos prioritários de saúde mental, na identificação sensata e exequível de resultados esperados, na definição do planeamento de acordo com os recursos existentes e, sobretudo, no crescimento ao nível da negociação do plano de cuidados com a pessoa com perturbação mental.

Atendendo à definição de saúde da OMS (1946), com especial relevância da aceção do conceito de saúde mental, considera-se que, além da minimização das complicações decorrentes da perturbação mental, desenharam-se intervenções com vista à promoção e proteção da saúde mental através da promoção da funcionalidade e qualidade de vida, respeitando a pessoa como elemento participante e indispensável do plano de cuidados e, assim, conhecedor das suas limitações e necessidades, com enfoque sobre o impacto dos fatores externos por si percecionados.

Mais uma vez, releva-se a importância da observação e participação nas atividades de grupo. Spadini & Souza (2006) defendem a utilização destas dinâmicas, confirmando os vários benefícios, entre os quais, a oportunidade para mobilizar, estimular, educar, treinar e consciencializar. Os autores acrescentam, ainda, a capacidade de recriação de ambientes familiares e sociais que permitem a criação, para os participantes, de um novo conjunto de ferramentas de adaptação (competências cognitivas, comunicacionais e relacionais).

As atividades de grupo, enquanto facilitadora, representaram um dos maiores desafios, principalmente no primeiro local. O saber conquistado na ação mostrou dificuldades de vários espetros, seja pela percepção dos aspetos despoletados em mim, como pela gestão das atividades *per si* (solicitações, tempo e planos de sessões). Esta intervenção mostrou-se especialmente exigente em momentos de conflito ou nos períodos mais marcados pelo absentismo, desistência ou expressão da falta de significância para os elementos do grupo.

Bechelli e Santos (2005) declaram, sobre a primeira fase da psicoterapia em grupo, ser comum os elementos “não compreenderem como a terapia irá promover mudanças”. A literatura diz ser frequente a atribuição de um papel acessório ao restante grupo, focando a responsabilidade para encontrar as causas e soluções para as dificuldades sentidas no terapeuta. Gradualmente, os elementos compreendem o seu valor e adotam uma postura mais ativa, “explorando, analisando, compreendendo e tentando novas soluções para os problemas”. O processo de transformação é complexo e determinado por vários fatores, para a sua ocorrência concorrem a motivação para mudar, a percepção do papel do próprio na delimitação da natureza da mudança e a responsabilidade pelas dificuldades. Importam o desenvolvimento da confiança em si e no grupo, na construção de um ambiente seguro.

Pessoalmente, testemunhei a importância da interação livre e espontânea, da revelação e da partilha da intimidade, da discussão sem censura ou sem agenda pré-definida. Percebi a capacidade, deste tipo de estratégia, na conceção de novos sentimentos ou, pelo menos, da percepção dos já existentes. Compreendi como o confronto com as situações da própria vida e da dos outros pode servir de gatilho para a revisão da identidade, através de uma maior percepção e aceitação de si, com conseqüente correção das próprias distorções.

Por fim, é importante referir a possibilidade de ter realizado a articulação dos cuidados entre os locais de estágio e os organismos da comunidade, assegurando a personalização e a continuidade dos mesmos e, desta forma, a promoção da integração familiar, social e profissional com a utilização mais funcional, além dos recursos internos da pessoa com perturbação mental, dos seus recursos externos, sempre tendo em vista a valorização da sua autonomia, quer durante o período de “internamento” como após a alta.

No que diz respeito à quarta competência específica do EEESMP (OE, 2011): “*Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.*”, indo ao encontro do projeto proposto, surgiu o quarto objetivo específico de estágio: Aprofundar a realização de intervenções psicoterapêuticas no âmbito da promoção da autonomia da pessoa com perturbação mental.

Em primeiro lugar, importa dizer que se considerou a relação de ajuda como elemento subjacente e transversal ao modelo de intervenção. Rogers (2009) faz a correspondência com a “situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e utilização mais funcional dos recursos internos latentes no indivíduo”. (p.47), por seu lado, Chalifour (2008), declara-a como “uma relação entre um interveniente e um cliente que interagem no sentido de obter uma resposta satisfatória a um problema, modificar um comportamento, gerir um sintoma, desenvolver habilidades de adaptação ou de autocontrolo” (p.10).

Considerando a falta de experiência pessoal e profissional no contexto de saúde mental e psiquiátrica, julguei ser importante, numa fase inicial, no primeiro contexto, integrar os grupos psicoterapêuticos enquanto observadora de forma a adquirir/ treinar competências para posteriormente realizar intervenções psicoterapêuticas. De forma progressiva, a nova realidade foi-se tornando mais confortável e, na sequência da proposta dos orientadores, decidiu-se que iniciaria a cogestão de uma atividade grupal a decorrer uma vez na semana. Todavia, apesar da observação dos grupos, mesmo após a revisão da literatura, mantive dúvidas quanto ao curso de ação a seguir e relativamente ao modo de operacionalização das intervenções a implementar.

Por a premissa do projeto proposto assentar na promoção da autonomia, apesar de este se constituir como o objetivo académico mais significativo, assumiu-se que a parceria de cuidados com a pessoa com perturbação mental seria um dos valores mais importantes a respeitar na definição da orientação das intervenções a desenvolver, assim, integrando as pessoas-alvo no plano de cuidados, nos dois locais de estágio, foram questionadas quanto às principais necessidades por si percebidas e, desse modo, em resposta aos problemas verbalizados delineou-se o modelo de intervenção. A autonomia, tratando-se de um termo abrangente, possibilitou a adaptação, no primeiro contexto, de um programa baseado em técnicas de relaxamento com vista à disponibilização de técnicas de controlo da ansiedade e, no segundo contexto, de um programa de atividades terapêuticas com substrato lúdico.

Relativamente ao programa de intervenções definido para o primeiro local, o mesmo teve por base a adaptação do plano de “*Mindfulness*”. O processo divide-se em oito períodos, constituídos por dois elementos: uma meditação diária e uma atividade semanal “libertadora de hábitos”. A implementação, propriamente dita, decorreu tranquilamente tendo, para isso, concorrido uma serie de fatores: a cogestão e supervisão da orientadora, o suporte em metodologias de operacionalização claramente definidas e o facto de a dinâmica ter sido anteriormente integrada no serviço com sucesso.

Inicialmente, assumindo-se como alternativa terapêutica complementar em resposta à ansiedade, principal limitação verbalizada com consequências na autonomia pessoal, esta atividade acabou por apresentar outros benefícios: sensação de descontração, expressão emocional e a melhoria no funcionamento intergrupar. Pessoalmente, destaco a perceção de pensamentos e sentimentos, seguindo-se a sua aprendizagem enquanto acontecimentos mentais sob a atitude de aceitação, compaixão e empatia em relação ao próprio e outros.

No que diz respeito ao programa de intervenções desenhado para o segundo contexto, procurou-se, em resposta ao solicitado, aplicar estratégias de carácter lúdico, com sentido e finalidade, com vista à capacitação na gestão da doença, reconquista da funcionalidade e do projeto de vida adaptado. Em suma, incidindo sob a qualidade de vida, as atividades tinham como último propósito a oposição aos efeitos habituais da institucionalização que, de acordo com Loureiro (2011) correspondem, muitas vezes, à inatividade, desocupação e manutenção da disfunção, além da diminuição da própria participação social propiciada pelas restrições de mobilidade, predisposição para a atividade, bem o isolamento.

Saliento a importância da utilização dos mediadores expressivos dado corresponder a uma estratégia com a qual não possuía experiência. Considero que o aspeto lúdico tornou a participação mais acessível, tendo a satisfação expressa pelos participantes contribuído para que me sentisse mais confortável na implementação das atividades. Segundo Pain e Jarreau (2001) o efeito terapêutico resultante do uso dos mediadores expressivos deriva das trocas verbais entre o indivíduo, grupo e o psicoterapeuta em torno do conteúdo das obras e do processo de criação, acabando a atividade plástica *per si* por se revelar como um elemento secundário, acontecimento que julgo ter tido a oportunidade de vivenciar.

Concluindo, o percurso trilhado revela-se como uma mais-valia na aquisição e desenvolvimento das competências indicadas pela OE. Salienta-se o investimento quanto à promoção da autonomia da pessoa, na tentativa de ajudar a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente relatório corresponde ao final da trajetória de aprendizagem empreendida ao longo dos últimos três anos, um percurso pouco linear, complexo, repleto de desafios mas extremamente rico e gratificante. Neste sentido, a análise aqui realizada proporcionou o retorno da visita aos momentos vividos, de uma forma mais distanciada, permitindo a reflexão sobre as aprendizagens efetuadas e, dessa forma, da aquisição e do desenvolvimento das competências dos enfermeiros especialistas, sejam elas comuns ou específicas da área da saúde mental e psiquiátrica.

Para o efeito, salienta-se o papel fundamental dos dois primeiros semestres teóricos na difusão e consolidação de conhecimento, desenvolvimento do espírito crítico e ampliação do desejo de instituir a prática baseada na evidência, com propósito final de gerar ganhos em saúde para a pessoa cuidada. O contexto prático, por sua vez, constituiu-se como uma oportunidade para atingir os objetivos traçados, responder às problemáticas levantadas e desenvolver a experiência na área. Foram várias as aprendizagens, vividas de forma muito distinta, atendendo à diferenciação entre os contextos experimentados, porém evidenciase a participação no processo de constituição da autonomia da pessoa, com perturbação mental, ou não, e o papel enquanto futura EEESMP nesse percurso.

Conclui-se que o conceito de autonomia diz respeito a um caminho único e singular, um valor que não é absoluto ou estático mas um processo dinâmico que envolve ganhos e perdas graduais, devendo ser analisado em comparação com estadios prévios do próprio sujeito em análise. Assim, entendeu-se a autonomia como a capacidade da pessoa para gerir a própria rede de dependências e, por isso, na sua construção tornou-se fundamental incluir a relação terapêutica sustentada no respeito e orientada para a capacitação e para o empoderamento, com base no trabalho das necessidades percecionadas pelo próprio.

Neste sentido, o desenvolvimento da relação terapêutica requer investimento ao nível do crescimento pessoal, tendo o mesmo sido realizado através do exercício reflexivo dos sentimentos e pensamentos experienciados perante as situações vividas e da consciência da relação entre eles e determinados traços pessoais e possível interferência na relação. A gestão quer das emoções, como das limitações individuais e a própria permissão para *sentir* verdadeiramente o outro favoreceram uma perceção mais alargada sobre a distinção entre aquilo que me pertencia e, por sua vez, o que lhe pertencia a ele, aspeto igualmente fundamental na dinâmica da relação terapêutica.

Além da mobilização de mim própria enquanto instrumento terapêutico considera-se que as restantes competências específicas do EEESMP foram trabalhadas no decurso do estágio, para o efeito, evidencia-se o conjunto de intervenções implementadas junto das pessoas com vista à otimização e à recuperação da saúde mental. No que diz respeito às intervenções realizadas, embora muitas delas não tenham sido integradas em programas específicos ou intencionalmente estruturadas, elas seguem ao encontro das competências enumeradas tendo surgido como resposta em relação ao contexto em que esteve inserida.

Foram, portanto, desenvolvidas capacidades de observação e análise que sobressaíram tanto através da realização de colheitas de dados (com recurso de ferramentas disponíveis: observação, entrevista, exame físico, avaliação psicossocial, avaliação do estado mental, funções psicobiológicas, aplicação de escalas de avaliação) como da revisão dos registos. Quer a observação das entrevistas de admissão como das atividades de grupo facilitaram, de igual forma, o treino das capacidades de comunicação, sobretudo as relacionadas com a comunicação não-verbal: a perceção dos silêncios, da entoação da voz, suspiros, ruídos vocálicos de hesitação, gestos, olhar, postura, etc.

No desenvolvimento de competências deste âmbito evidenciam-se, ainda, a revisão da literatura, a elaboração do guião semi-estruturado de anamnese e a realização dos estudos de caso. Dadas as limitações temporais, apesar da identificação das necessidades, não foi possível aprofundar, como pretendido, a estratégia de intervenção e de avaliação e, assim, o trabalho desenvolvido foi articulado com a restante equipa. Neste contexto, destacam-se, igualmente, a observação e a participação nas reuniões multidisciplinares, a prestação de cuidados diretos gerais e a gestão do regime medicamentoso.

Relativamente à prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, julga-se que o planeamento e a implementação dos programas de atividades discriminados no presente relatório dão resposta à prestação de cuidados psicoterapêuticos, podendo estes ser definidos como a utilização informada e intencional de métodos clínicos e posturas interpessoais fundamentadas em princípios psicológicos instituídos com propósito de assistir a pessoa na mudança de comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais que os intervenientes considerem desejável (Sampaio, Sequeira e Lluch-Canut, 2014).

Especificamente, relativamente aos programas desenvolvidos, o primeiro apresentou-se como estratégia alternativa de adaptação à ansiedade, acabando por permitir ampliar a sensação de relaxamento e descontração, a expressão e a perceção emocional e a melhoria no funcionamento intergrupar, com conseqüente alteração ao nível da qualidade de vida.

Por sua vez, o segundo programa, alicerçado num substrato lúdico, proporcionou, embora timidamente, a capacitação na gestão da própria doença e a reconquista de funcionalidade, derivando da sua execução alterações significativas ao nível da sensação de bem-estar. Em trabalhos futuros, seria interessante dar continuidade às atividades aqui desenvolvidas por forma a ampliar o tamanho das amostras e, assim, permitir a dedução de extrapolações com relevância na prestação futura de cuidados.

Todavia, torna-se igualmente relevante mencionar as dificuldades surgidas durante o percurso: Destaca-se a situação excepcional vivida com a situação pandémica, ainda atual, durante a decorrência do estágio que influenciou, em primeira instância, a organização da unidade curricular com constrangimentos na disposição dos estudantes nas instituições, gerando, conseqüentemente, dificuldades nos processos de seleção e de planeamento do projeto por desconhecimento preliminar dos locais de estágio. O referido contexto afetou, também, as dinâmicas dos serviços, tornando a experiência mais limitada, quer seja pelo número de utentes permitidos, pelo tipo de atividades disponíveis ou mesmo pelos efeitos restritivos criados por situações de infeção ou contacto com infeção nas equipas e utentes (incluindo-se o próprio afastamento temporário pela mesma situação com todos os efeitos subsequentes associados). A referir, também, a ocasião excepcional vivida a título pessoal, a gravidez gemelar, que acabou por condicionar ainda mais a colocação em determinados serviços tendo em conta o risco associado. Consideram-se, ainda, as limitações alusivas ao tempo de estágio, as relacionadas com o enraizamento do modelo biomédico e a baixa atividade dos EEESMP relativamente à prestação de cuidados psicoterapêuticos.

O propósito final consiste em mobilizar o conhecimento e as ferramentas adquiridas, no decurso do percurso académico, para a prestação diária dos cuidados de enfermagem. Enquanto futura EEESMP supõe-se a integração, no exercício quotidiano, da filosofia de cuidados alicerçada na promoção da autonomia, trabalhando as limitações e reforçando as potencialidades. Esta passará a ser uma abordagem constante e abrangente no trabalho diário desenvolvido, correspondendo a uma forma diferente de olhar e perceber o outro, de estabelecer relação, de construir em conjunto um sentido nos mais variados e pequenos aspetos da vida (exe: alimentação, higiene, autocuidado, realização de tarefas domésticas, gestão de recursos, procura de emprego, relação com os pares, entre outros.). É imperativa a continuação do trabalho desenvolvido, com a aposta na formação académica por forma a ampliar o conjunto de conhecimentos e, assim, vir a realizar contributos significativos na área de saúde mental e psiquiátrica.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, F. & Silva, L. F. (2004). *Psiquiatria e Comunidade: Elementos de reflexão*. In V Congresso Português de Sociologia. Associação Portuguesa de Sociologia.

American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5*. (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychological Association (2012). *Manual de publicação APA*. (6ª ed.). Porto Alegre: Penso Editora.

Apostolo, J. L. A. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Apóstolo & Cardoso (2012). Operacionalização do programa de estimulação cognitiva em idosos “Fazer a diferença”. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Azevedo, P. A. C. & Modesto, C. M. S. (2016). A (re)organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crónica por doença cardiovascular. *Saúde em Debate*. 40 (110), 183-194.

Baer, R. A.; Smith, G. T.; Hopkins, J.; Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Assessment*. 13, 27-45.

Baptista, A.; Carvalho, M. & Lory, F. (2005). O medo, ansiedade e suas perturbações. *Revista Psicologia*. 19 (1/2), 267-277.

Baker, P. J. (2004). *Assessment in psychiatric and mental health nursing: in search of the whole person*. London. Stanley Thornes.

Bechelli, L. P. C. & Santos, M. A. (2004). Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 12 (2), 242-9.

Bechelli, L. P. C. & Santos, M. A. (2005). O paciente na psicoterapia de grupo. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 13 (1), 118-25.

Berlinck, M.T. (2009). O método clínico: fundamento da psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia*. 12 (3), 441- 444.

Björkmark, M. & Koskinen, C. (2016). A caring science study on suffering in outsidership. *International Journal of Caring Sciences*. 9 (2), 4-5.

Bulechek, G. M. (org.) (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84 (4), 822-848.

Cabaniss, D. L.; Cherry, S.; Douglas, C. J. & Schawartz, A. (2011). Transference. In D. L. Cabaniss; S. Cherry; C. J. Douglas & A. Schawartz (Ed), *Psychodynamic Psychotherapy: A clinical manual*, (pp. 218-232). West Sussex: Wiley.

Cabaniss, D. L.; Cherry, S.; Douglas, C. J. & Schawartz, A. (2011). Countertransference. In D. L. Cabaniss; S. Cherry; C. J. Douglas & A. Schawartz (Ed), *Psychodynamic psychotherapy: A clinical manual*, (pp. 233-241). West Sussex: Wiley.

Cancela, D. (2007). O processo de envelhecimento. Portal dos psicólogos. Acedido a 10-04-2021. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>.

Carmody, J. & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*. 31, 23-33.

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – volume 1. Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda*. Loures: Lusodidacta.

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – volume 2. Estratégias de Intervenção*. Loures: Lusodidacta.

CIPE (2017). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.

Coimbra de Matos, A (2006). Sobre a transferência. In A. Coimbra de Matos (Ed), *Psicanálise e psicoterapias psicanalíticas*, (pp. 177-178). Lisboa: Climepsi.

Coimbra de Matos, A. (2006). A contratransferência como resistência do analista e como material do processo psicanalítico. In A. Coimbra de Matos (Ed), *Psicanálise e psicoterapias psicanalíticas*, (pp. 29-47). Lisboa: Climepsi.

Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Relatório de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007-2016)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Conselho Nacional de Saúde Mental (2002). *Propostas e recomendações*. 1-34. Lisboa: Ministério da Saúde.

Cordioli, A. (2010). *Psicofármacos nos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Correia, D. T. (2013). *Manual de Psicopatologia*. Lisboa, Lidel.

Cordo, M. (2003). *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.

Debert, G. G. (2004) *A Re-invenção da Velhice – Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento*. São Paulo. Fapesp

Direção Geral da Saúde (2015). *PORTUGAL: Saúde Mental em números – 2015, Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: DGS.

Fleury-Teixeira, P.; Vaz, F. A. C.; Campos, F. C. C.; Álvares, J.; Aguiar, R. A. T. & Oliveira, V. A. (2008) Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 13 (2). 2115-2122.

Furtado, C.; Ribeirinho, M. & Gaspar, M. (2010). Análise da evolução da utilização de psicofármacos em Portugal - 2000 e 2009. Lisboa: Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde. Lisboa. Infarmed.

Furtado, C. (2013). *Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000- 2012)*. Lisboa: Infarmed.

Gameiro, M.H. (1999). *O Sofrimento na Doença*. Coimbra: Quarteto

Garbin, T. R. & Montewka, A. (2000). Análise de condições ambientais: estudo sobre variáveis que facilitam a autonomia do idoso institucionalizado. In Livro de resumos IX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. (pp. 13-14). Campinas.

Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional*. (17ª ed.). Lisboa: Temas e debates – Círculo de Leitores.

Gregório, S. & Gouveia, J. P. (2011) Facetas de mindfulness: características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica*. 54, 259-280.

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (2003). Escalas e testes na Demência. Colaboração da UCB Pharma (Novartis Farma) – Produtos Farmacêuticos.

Guerreiro, M.; Silva, A. P. & Botelho, M. A. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1, 9-10.

Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 11 (3), 255-262.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Processo e aplicação*. (2ª ed.). Loures: Lusociência,

INE (2016). *Estatísticas demográficas 2015*. Instituto Nacional de Estatística, Estatísticas Oficiais: Edição 2016.

Lehtinen, V. (2008). *Building Up Good Mental Health. Guidelines based on existing knowledge*. Monitoring Positive Mental Health Environments Project. Finlândia.

Lima, A. M. N. (2014). A reabilitação e a independência funcional do doente sujeito a imobilidade (Master's thesis).

Loureiro, A.; Lima, A.; Silva, R. & Najjar, E. (2011). Reabilitação cognitiva em idosos institucionalizados: um estudo piloto. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 22 (2), 136–144.

Ludwig, D. S. & Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in medicine. *Jama*, 300 (11), 1350 - 1352.

Magadla, M. W.; Magadla, N. I. (2014). Effects of mental illness on relationships amongst families, relatives and friend with mentally ill persons. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance*. 3, 126-135.

Manso, F. R. (2008). *A construção social da doença mental e as competências emocionais dos estudantes de enfermagem*. (Doctoral's thesis).

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Montgomery, S. (1993). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Mullen, A. (2009). Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*. 18 (2), 83-90.

NANDA (2015). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020 (11ª ed.)*. Porto Alegre: Artmed.

Onocko, R. & Campos, G. (2006) *Co-construção da autonomia: o sujeito em questão -Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 669-687.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental* in Diário da República, Regulamento no 129/2011, 2.a série, n 35 – 18 de fevereiro de 2011.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Cadernos OE, 1a série, n 4. Artes Gráficas, 1-108.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Mental* in Diário da República, Regulamento no 356/2015, 2a série, n 122 – 25 de junho de 2015.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (1946). *Preâmbulo da Constituição da Assembleia Mundial da Saúde - Conferência Sanitária Internacional*. New York: OMS. Acedido a: 01/04/2021. Disponível em: <http://www.who.int/home-page/index.es.shtm>

Organização Mundial de Saúde (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion – Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde*. Ottawa: OMS. Acedido a: 01/04/2021. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_.pdf

Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001- Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2005). *Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação. Cuidar, sim - Excluir, não*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2008). *The Global Burden of disease*. Suíça: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013 – 2020*. Dinamarca: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2015). *Global Mental Health*. Acedido a 01/04/2021. Disponível em: http://who.int/mental_health/evidence/atlas/infographic_2015.pdf?ua=1

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2017). *Health at a glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.

Pain, S. & Jarreau, G. (2001). *Teoria e Técnica da Arte-Terapia*. Porto Alegre: Artmed.

Pais-Ribeiro, J.; Silva, I.; Ferreira, T.; Martins, A.; Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology Health & Medicine*. 12 (2), 225-237.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures. Lusociência.

Pocinho, M. T. S.; Farate, C.; Dias, C. A.; Lee, T. T. & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*. 32 (2), 223 – 236.

Ponciano, E.; Cardoso, I. & Pereira, A. (2004). Adaptação de uma versão experimental em língua portuguesa do Beck Depression Inventory - Second Edition (BDI-II) em estudantes do Ensino superior. In Pereira, A. & Motta, D. (Ed), *Ação social e aconselhamento psicológico no ensino superior e intervenção*. (pp. 329-337). Coimbra: SASUC.

Proot, M. I. (2002). Autonomy in Stroke Rehabilitation: the perceptions of care providers in nursing homes. *Nursing Ethics*. 9 (1), 36-50.

Ribeiro, L.; Marin, L. & Silva, M. (2014). Atividades grupais em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*. 28 (3).

Rodrigues, V. (2001). *Percursos no Ser: Exercícios e reflexões de Desenvolvimento Pessoal*. Lisboa: Livros Horizonte.

Rogers, C. (2004). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: Edual.

Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa* (6ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (2001). *The Roper Logan Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*. Churchill Livingstone Publications.

Sampaio, F; Sequeira, C; & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental: conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 103-108.

Sampaio, D.; Figueira, M.L. & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria*. Lisboa, Lidel.

Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria clínica*. 21 (4), 261-278.

Serra, A. (2003). *O stress na vida de todos os dias*. (2a ed). Coimbra: Adriano Vaz Serra.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa. Lidel.

Silva, T. A. C. & Gonçalves, K. G. F. (2010) Manual de Lazer e Recreação: o mundo lúdico ao alcance de todos. São Paulo: Phorte.

Slade, M. (2011). *100 Modos de Apoiar a Recuperação Pessoal: Um Guia para Profissionais da Saúde Mental*, Lisboa: Ministério da Saúde.

Soares, J. (2000). *A autonomia do paciente e o processo terapêutico: uma tecedura complexa*. Tese de Doutoramento – Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia – SPAT. Acedido em 01/04/2021. Encontra-se disponível em: <https://arte-terapia.com/o-que-e-arte-terapia/>

Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia – SPAT. (2020). *A Arte de Ser Livre – Estratégias de Superação – Construção das Próprias Atividades Criativas*. SPAT.

Sousa, L.; Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*. 37 (3), 364–371.

Souza, J. & Chaves, E. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 39 (1), 13–19.

Sousa, L. & Sequeira, C. (2012). Conceção de um Programa de Intervenção a Memória para Idosos com défice Cognitivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.

Spadini L. & Souza M. (2006). Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 10 (1), 132-138.

Stahl, S.M. (1998) *Psicofarmacologia – Bases neurocientíficas e aplicações clínicas*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica.

Stuart, G. & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica*. Reichmann e Affonso Editores.

Teixeira, J. M. (2008). Conceito de Funcionalidade em doentes com perturbações mentais. *Ciências Sociais, Psicologia*. 10 (4), 7–9.

Tomey, A. & Alligood, M. (Ed) (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.). Loures: Lusociência

Towsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidencia*. (6ª ed.). Rio de Mouro: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Vidigal, M.J. (2005). *Intervenções terapêuticas em grupos de crianças e adolescentes*. Lisboa: Trilhos Ed.

Volcan, S. M. A.; Sousa, P. L. R.; Mari, J J. & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*. 37 (4), 440 - 445.

Williams, M. & Penman, D. (2011). *Mindfulness - Atenção Plena*. Lua de Papel.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – PLANO SESSÃO PROGRAMA HD

	Sessão 1	Sessão 2
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar os conceitos de “Memória Operacional” e de “Piloto Automático”; • Treinar a consciência sobre o modo “Fazer”; • Desenvolver a capacidade de concentração (da mente sobre o foco); • Ensinar formas de inibição da conduta rotineira; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a percepção da reação (da mente) quando a atenção é dirigida ao corpo; • Partilhar dificuldades na realização dos exercícios; • Promover a atitude de amabilidade pelo próprio; • Ensinar formas de inibição da conduta rotineira;
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário Sociodemográfico e Questionário FFMQ; • Questionário Avaliação da Sessão; • Meditação da Passa da Uva; • Meditação da Atenção Plena ao Corpo e à Respiração; • Libertador de Hábitos: Troca de Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário Avaliação da Sessão; • Meditação do Rastreo Corporal; • Libertador de Hábitos: Dar um passeio; • Exercício – 3 coisas positivas;
	Sessão 3	Sessão 4
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a consciência criativa e a flexibilidade de pensamento; • Demonstrar os pensamentos como “propaganda” e a hipótese da sua aceitação; • Promover a atitude de amabilidade pelo próprio; • Ampliar a percepção da reação (da mente) quando a atenção é dirigida ao corpo; • Ensinar formas de inibição da conduta rotineira; 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar esquema “ABC” das emoções; • Demonstrar os pensamentos como “propaganda” e a hipótese da sua aceitação; • Desenvolver a consciência sobre os sinais emitidos pelo corpo; • Promover a atitude de amabilidade pelo próprio; • Ensinar formas de inibição da conduta rotineira;
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário Avaliação da Sessão; • Meditação dos Movimentos com Atenção Plena; • Meditação Respiração e Corpo; • Meditação Pausa de Três Minutos; • Libertador de Hábitos: Assistir a Televisão; 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário Avaliação da Sessão; • Meditação da Atenção Plena ao Corpo e à Respiração • Meditação dos Sons e Pensamentos; • Meditação Pausa de Três Minutos; • Libertador de Hábitos: Ida ao Cinema;

	Sessão 5	Sessão 6
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a percepção da reação (da mente) quando a atenção é dirigida ao corpo; • Desenvolver a capacidade de aceitação; • Promover a atitude de amabilidade pelo próprio; • Ensinar formas de inibição da conduta rotineira; 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a consciência criativa e a flexibilidade de pensamento; • Desenvolver a capacidade de aceitação; • Promover a atitude de amabilidade pelo próprio e pelo mundo em redor; • Ensinar formas de inibição da conduta rotineira;
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário Avaliação da Sessão; • Meditação da Respiração e Corpo; • Meditação dos Sons e Pensamentos; • Meditação para Explorar as Dificuldades; • Meditação Pausa dos Três Minutos; • Libertador de Hábitos: Cuidar de uma Planta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário Avaliação da Sessão; • Meditação da Amabilidade; • Meditação Pausa dos Três Minutos; • Libertador de Hábitos: à escolha;
	Sessão 7	Sessão 8
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar esquema “Funil de Esgotamento”; • Promover a consciência criativa e a flexibilidade de pensamento; • Desenvolver a capacidade de aceitação; • Promover a atitude de amabilidade pelo próprio e pelo mundo em redor; • Meditação Pausa dos Três Minutos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar a consciência sobre o modo “Fazer”; • Desenvolver a capacidade de concentração (da mente sobre o foco); • Promover a consciência criativa e a flexibilidade de pensamento; • Desenvolver a capacidade de aceitação; • Promover a atitude de amabilidade pelo próprio e pelo mundo em redor;
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário Avaliação da Sessão; • Lista de Atividades Diárias “Satisfação/Esgotamento” + Estratégia de Correção; • Duas Meditações (à escolha); • Meditação Pausa dos Três Minutos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Paraquedas Individual; • Questionário FFMQ; • Questionário Avaliação da Sessão;

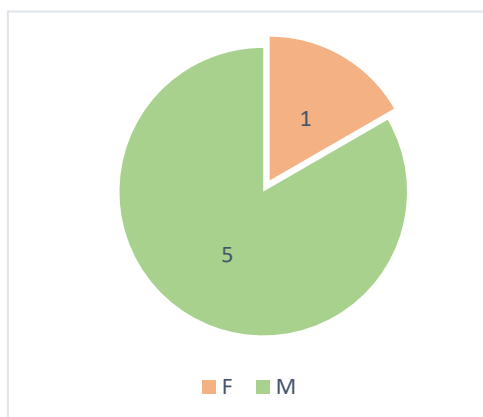
APÊNDICE 2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

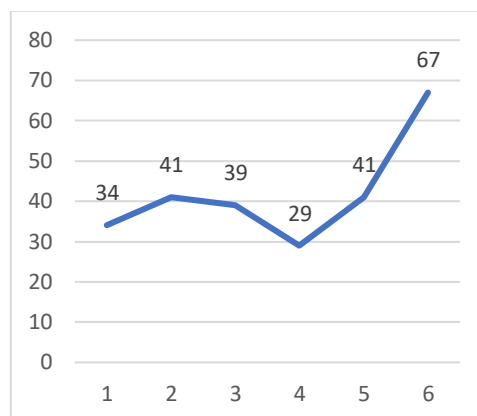
○ GRUPO 1 DO ANO “2019” (Amostra Final: 6 Participantes)

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA:

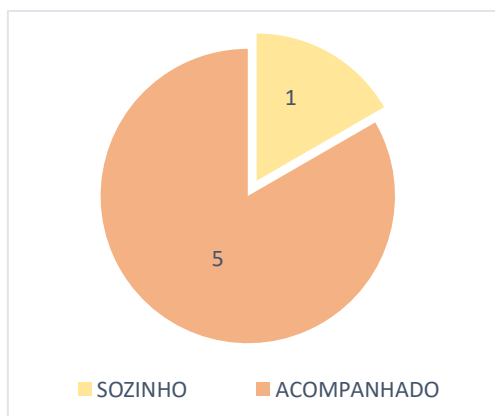
1. Género:



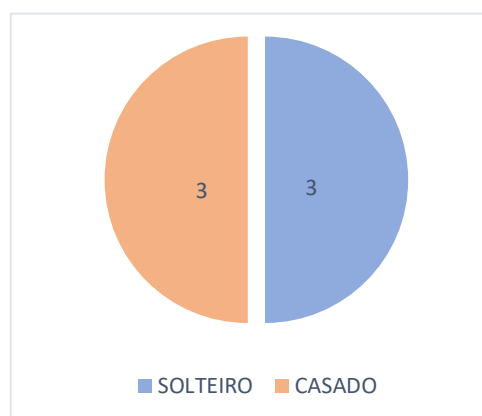
2. Idade:



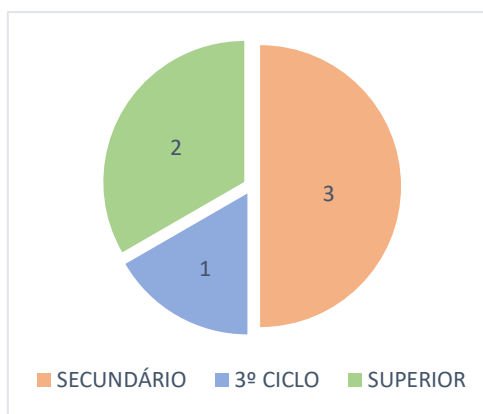
3. Agregado Família:



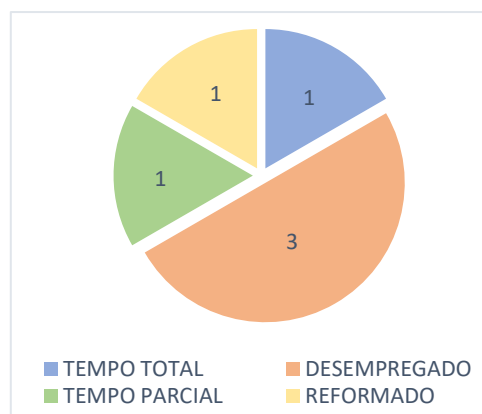
4. Situação Conjugal:



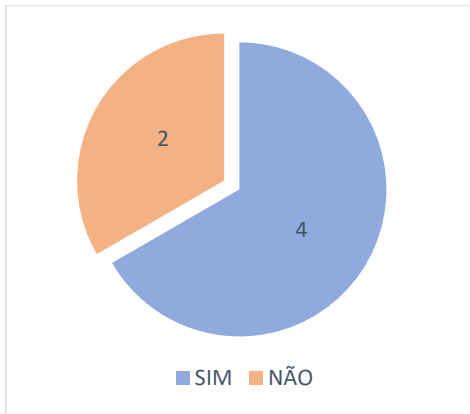
5. Escolaridade:



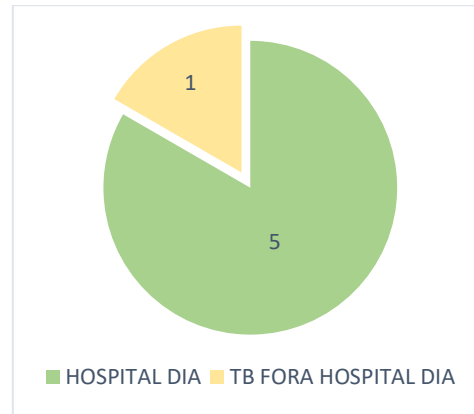
6. Situação Laboral:



7. Prática de Exercício Físico:

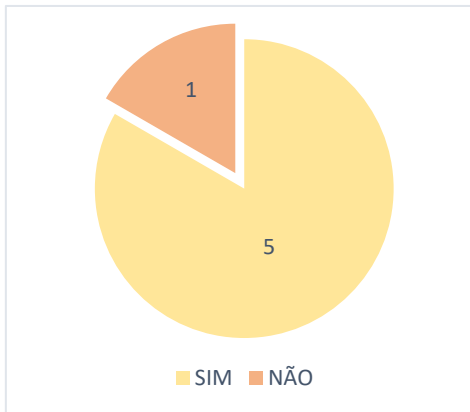


8.1. Utilização de Técnicas de Relaxamento



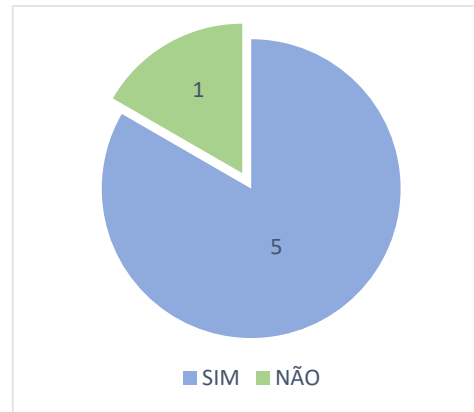
* Participante n°5 – 5x/semana, há 4 anos.

8.2. Utilização de Técnicas de Meditação



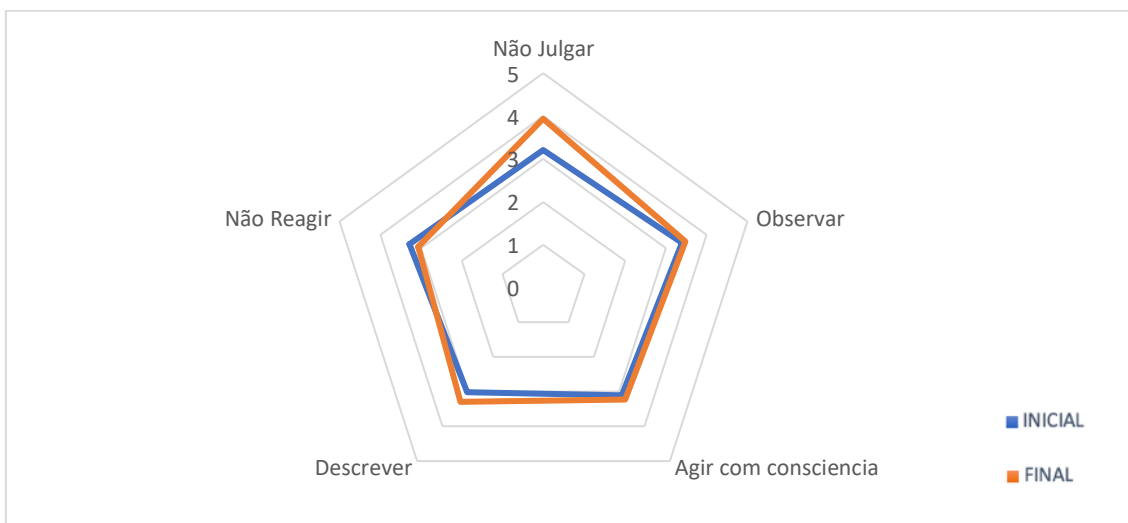
* Participante n°5

9. Toma de Medicação Psiquiátrica:



* Participante n°5

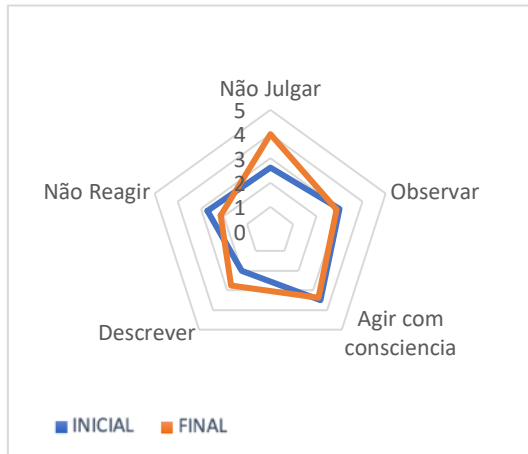
QUESTIONÁRIO FFMQ:



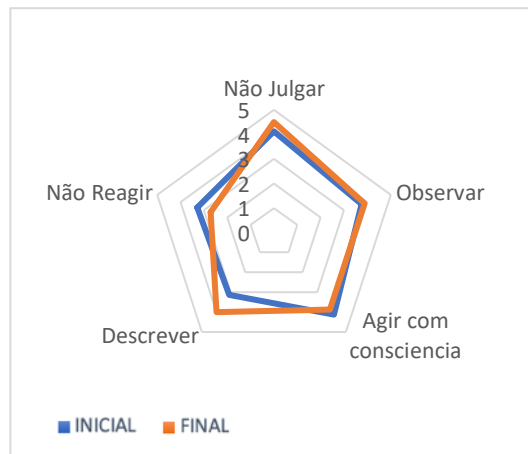
* Gráfico de Evolução da População (Questionário Inicial vs. Final) – Grupo 1

	Não Julgar	Observar	Agir com Consciência	Descrever	Não Reagir
Inicial	3,208333333	3,395833	3,104167	3,020833	3,285714
Final	3,9375	3,479167	3,229167	3,291667	3,071429

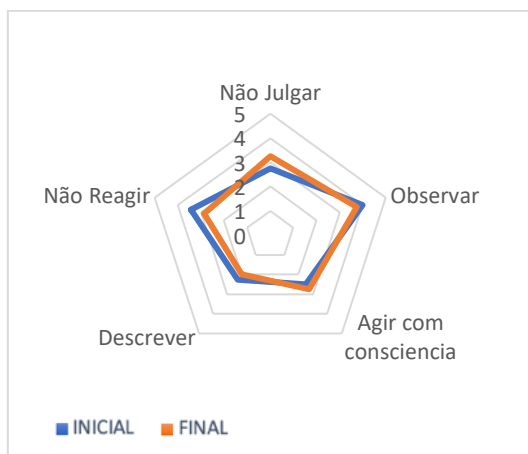
* Tabela 1: Tabela de Evolução da População (Questionário Inicial vs. Final) – Grupo 1



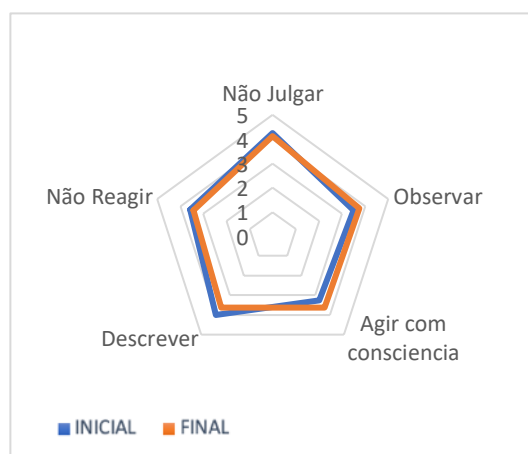
* Participante n°1 (Questionário Inicial vs. Final)



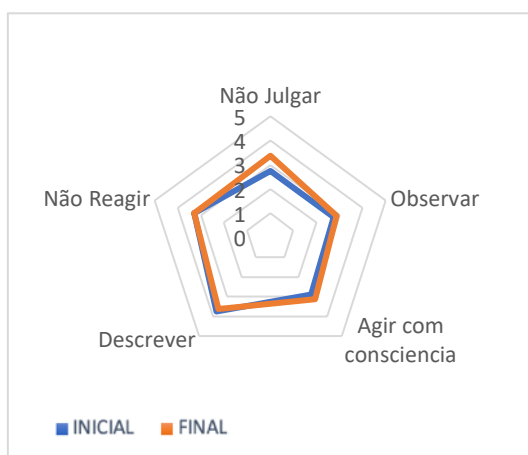
* Participante n°2 (Questionário Inicial vs. Final)



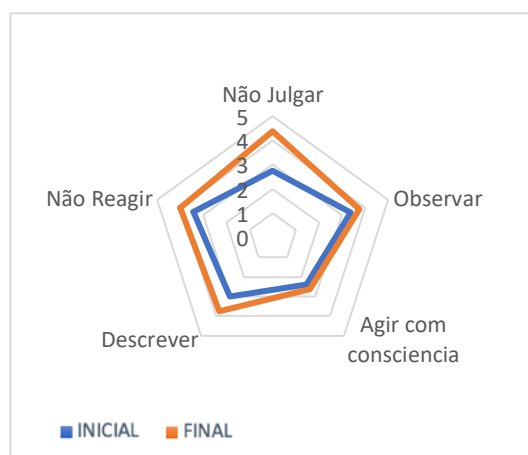
* Participante n°3 (Questionário Inicial vs. Final)



* Participante n°4 (Questionário Inicial vs. Final)



* Participante n°5 (Questionário Inicial vs. Final)



* Participante n°6 (Questionário Inicial vs. Final)

		Não Julgar	Observar	Agir com Consciência	Descrever	Não Reagir
P. nº1	Inicial	2,625	3	3,5	2	2,714286
	Final	4	2,875	3,375	2,75	2,142857
P. nº2	Inicial	4,125	3,75	4,125	3,125	3,285714
	Final	4,5	3,875	3,875	4	2,714286
P. nº3	Inicial	2,75	4	2,5	2,25	3,428571
	Final	3,25	3,75	2,75	2	2,857143
P. nº4	Inicial	4,25	3,5	3,25	4	3,571429
	Final	4,125	3,75	3,3,625	3,625	3,428571
P. nº5	Inicial	2,75	2,75	2,875	3,75	3,285714
	Final	3,375	2,875	3,125	3,625	3,285714
P. nº6	Inicial	2,75	3,375	2,375	3	3,428571
	Final	4,375	3,75	2,625	3,75	4

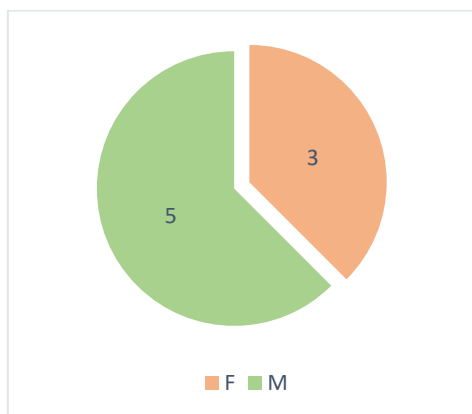
* Tabela 2: Tabela de Evolução Individual (Questionário Inicial vs. Final) – Grupo 1

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

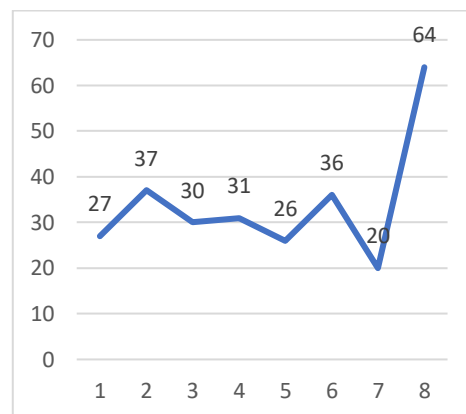
- GRUPO 2 DO ANO “2020” (Amostra Final: 8 Participantes)

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA:

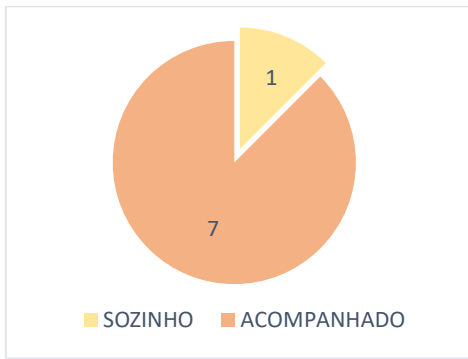
1. Género:



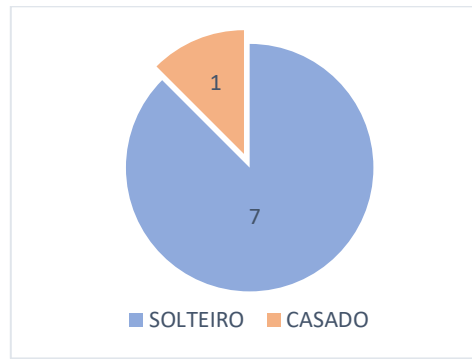
2. Idade:



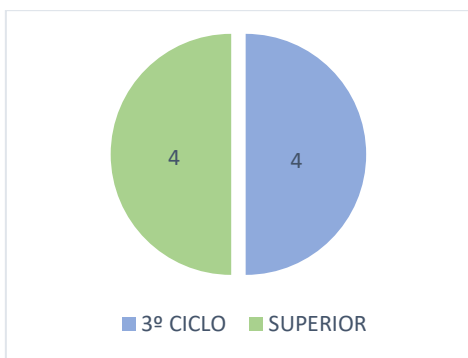
3. Agregado Família:



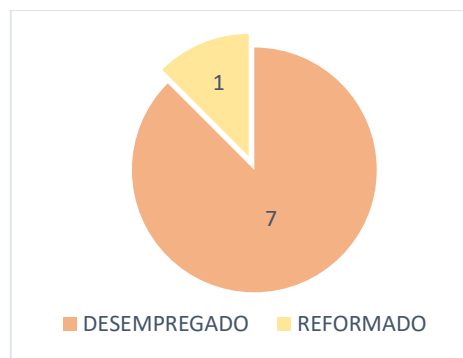
4. Situação Conjugal:



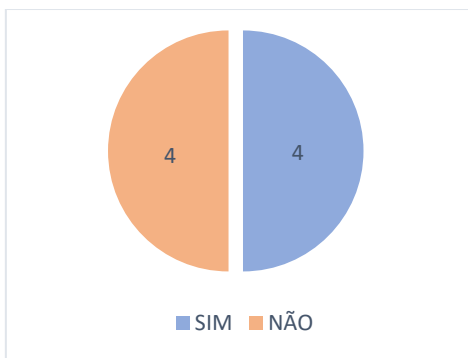
5. Escolaridade:



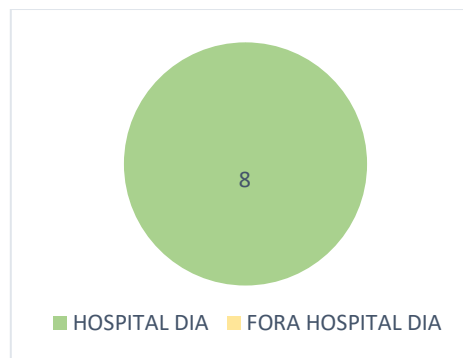
6. Situação Laboral:



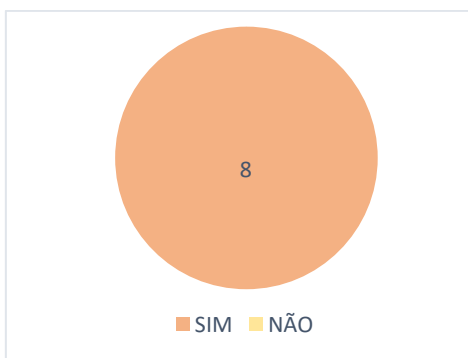
7. Prática de Exercício Físico:



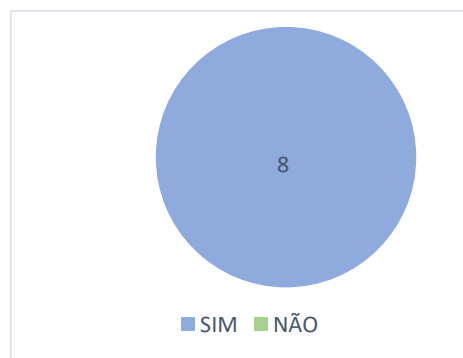
8.1. Utilização de Técnicas de Relaxamento



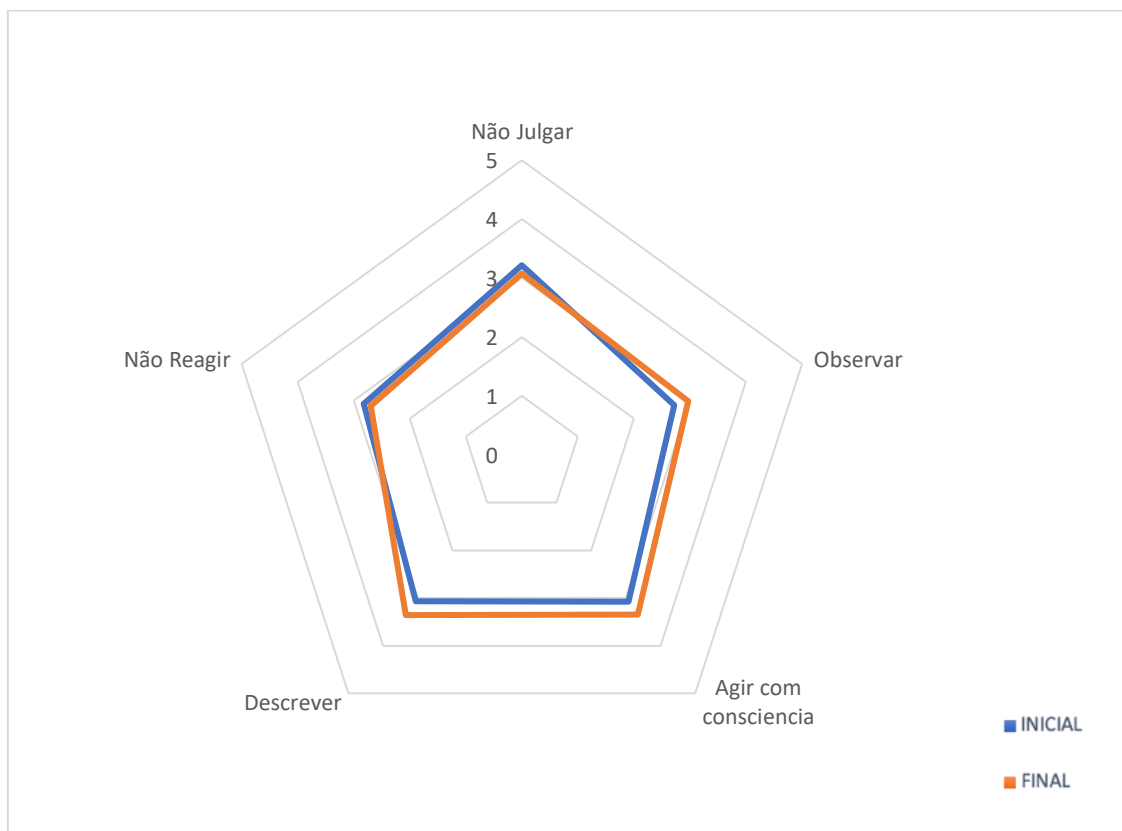
8.2. Utilização de Técnicas de Meditação



9. Toma de Medicação Psiquiátrica:



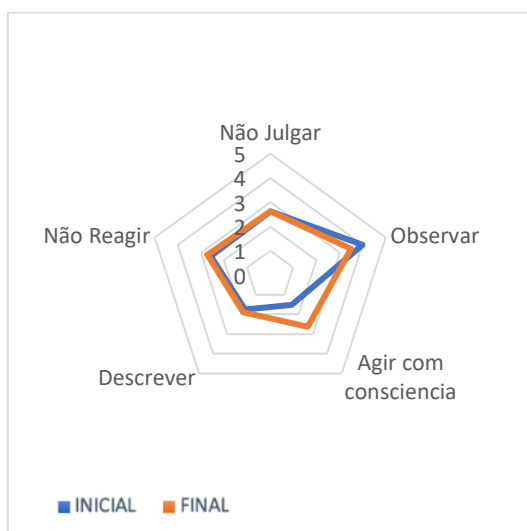
QUESTIONÁRIO FFMQ:



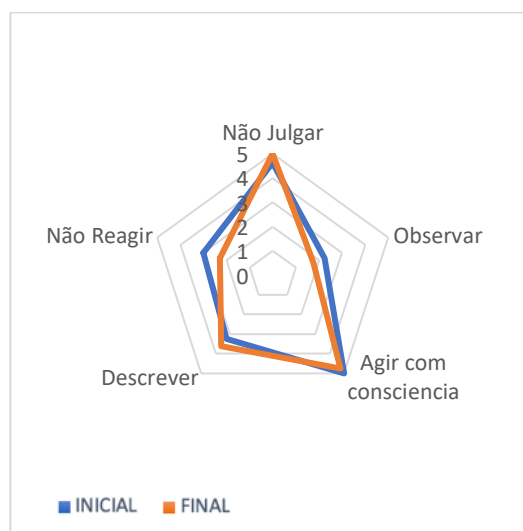
* Gráfico de Evolução da População (Questionário Inicial vs. Final) – Grupo 2

	Não Julgar	Observar	Agir com Consciência	Descrever	Não Reagir
Inicial	3,21875	2,71875	3,078125	3,0625	2,821429
Final	3,078125	2,96875	3,34375	3,359375	2,696429

* Tabela 3: Tabela de Evolução da População (Questionário Inicial vs. Final) – Grupo 2



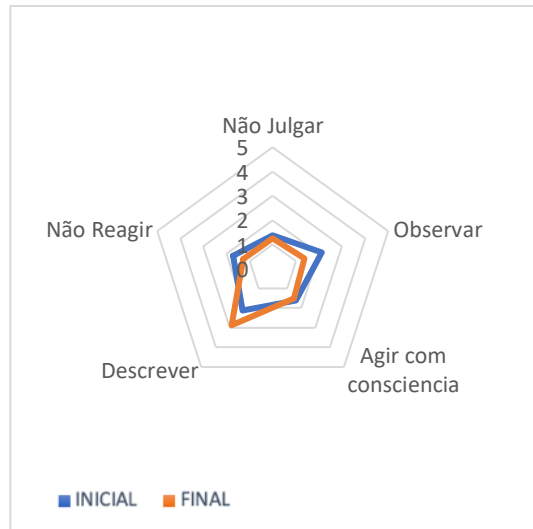
* Participante nº1 (Questionário Inicial vs. Final)



* Participante nº2 (Questionário Inicial vs. Final)



* Participante n°3 (Questionário Inicial vs. Final)



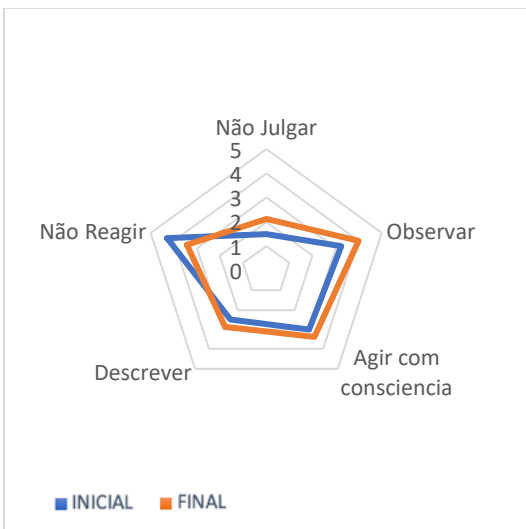
* Participante n°4 (Questionário Inicial vs. Final)



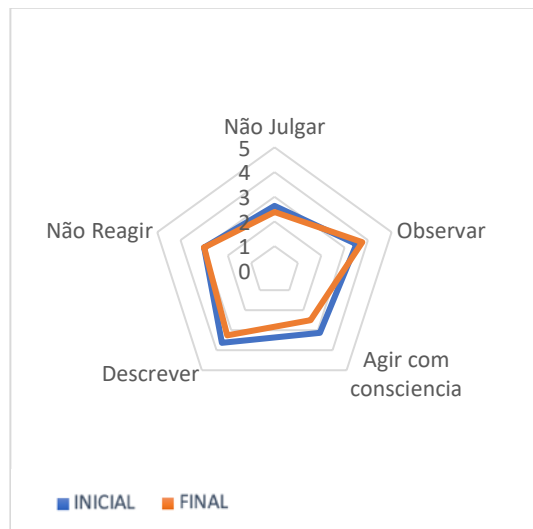
* Participante n°5 (Questionário Inicial vs. Final)



* Participante n°6 (Questionário Inicial vs. Final)



* Participante n°7 (Questionário Inicial vs. Final)



* Participante n°8 (Questionário Inicial vs. Final)

		Não Julgar	Observar	Agir com Consciência	Descrever	Não Reagir
P. nº1	Inicial	2,625	4	1,5	1,75	2,571429
	Final	2,625	3,5	2,625	1,875	2,714286
P. nº2	Inicial	4,625	2,25	5	3,25	3
	Final	5	1,75	4,75	3,625	2,285714
P. nº3	Inicial	4,875	3,25	3,875	4,75	3,142857
	Final	5	4,25	3,75	4,375	3,714286
P. nº4	Inicial	1,375	2,125	1,625	2,125	1,714286
	Final	1,25	1,375	1,5	2,875	1,285714
P. nº5	Inicial	4	1,875	1,75	2	1,285714
	Final	3,5	2,875	3,75	3,5	2,428571
P. nº6	Inicial	4,125	1,5	4,75	4,5	3,571429
	Final	2,75	2,25	4,5	4,5	2,714286
P. nº7	Inicial	1,5	3,25	3	2,5	4,285714
	Final	2,125	4	3,375	2,875	3,428571
P. nº8	Inicial	2,625	3,5	3,125	3,625	3
	Final	2,375	3,75	2,5	3,25	3

* Tabela 4: Tabela de Evolução da População (Questionário Inicial vs. Final) – Grupo 2

APÊNDICE 3 – PLANO SESSÃO PROGRAMA ERPI

	Sessão 1	Sessão 2
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre o papel feminino; • Partilhar experiências vividas; • Explorar/Expressar pensamentos, sentimentos, desejos, etc.; • Promover a compreensão e o autoconhecimento; • Incentivar a socialização; 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar/Expressar pensamentos, sentimentos, desejos, etc.; • Promover a compreensão e o autoconhecimento; • Incentivar a socialização; • Promover a descontração; • Incentivar a prática de atividade física; • Facilitar a execução de tarefas do dia-a-dia (melhoria da mobilidade);
Instrumento	<ul style="list-style-type: none"> • Dinâmica “Teia” com Novelo; • Pintura/Colagens; 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinâmica “1,2,3”; • Jogo do Boccia;
Tema	Dia da Mulher	Jogo do Boccia

	Sessão 3	Sessão 4
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre a Espiritualidade e a Família; • Partilhar experiências vividas; • Explorar/Expressar pensamentos, sentimentos, desejos, etc.; • Promover a compreensão e o autoconhecimento; • Incentivar a socialização; • Facilitar a execução de tarefas do dia-a-dia (melhoria da motricidade); 	<ul style="list-style-type: none"> • Partilhar experiências vividas; • Estimular processos cognitivos (memória); • Explorar/Expressar pensamentos, sentimentos, desejos, etc.; • Promover a compreensão e o autoconhecimento; • Incentivar a socialização; • Promover a descontração;
Instrumento	<ul style="list-style-type: none"> • Execução do Coelho da Páscoa; 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinâmica “Comboio da Alegria” • Karaoke
Tema	Páscoa	Karaoke

APÊNDICE 4 – QUADRO DE COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES
<p>- Responsabilidade profissional, ética e legal</p>	<ul style="list-style-type: none">- Envolvimento da pessoa cuidada no plano terapêutico, centrando-se este na sua individualidade através da valorização das necessidades por si percebidas;- Garantia da tomada de decisão informada com respeito pelos valores, costumes e crenças pessoais, atendendo à privacidade, confidencialidade, segurança e dignidade da pessoa na área da saúde mental;- Desenvolvimento da atitude reflexiva ético-legal, ancorada quer no conhecimento produzido pelo acompanhamento diário das pessoas como pelo conhecimento validado pela revisão da biografia;- Crescimento pessoal e profissional através da necessidade sentida de introspeção e autoanálise e pelas reflexões realizadas em conjunto com orientadores e as reuniões habituais com a equipa multidisciplinar para partilha e discussão dos casos;
<p>- Melhoria da Qualidade</p>	<ul style="list-style-type: none">- Prática de enfermagem avançada enquanto processo de desenvolvimento profissional e de aquisição de competências, apoiado na investigação, reflexão e (re)conceptualização dos cuidados, desenvolvimento do processo de enfermagem e na gestão;- Articulação realizada no contexto da equipa multidisciplinar e o trabalho desenvolvido, numa conjuntura de elevada vulnerabilidade, com diferenciação e complexidade,- Administração de terapêutica com supervisão da toma e monitorização dos riscos associados;- Cumprimento das medidas de segurança e de prevenção e controlo de infeção na prática clínica;

<p>- Gestão de Cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento acerca da equipa multidisciplinar, recursos intra-hospitalares e da comunidade, tendo em consideração os projetos implementados, adequando a referenciação de acordo com as necessidades; - Integração na equipa multidisciplinar, incluindo a coordenação e colaboração com a mesma, no sentido de implementar novos métodos de organização de trabalho com vista à adequação da utilização de recursos e eficiência da sua gestão; - Desenvolvimento de competências de liderança e gestão de processos, não somente pelo processo de planeamento e de implementação dos programas realizados mas, igualmente, pelo investimento realizado direcionado para a pesquisa bibliográfica;
<p>- Desenvolvimento das Aprendizagens profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento do autoconhecimento, encontrando-se este domínio intimamente relacionado com a 1ª competência específica do EEESMP e, constituindo-se este como ferramenta transversal, profundamente interligado com as restantes competências específicas enumeradas no regulamento da OE; - Revisão da literatura sobre temáticas emergentes da prática de cuidados; - Realização dos jornais de aprendizagem e das reuniões com os colegas, professores e orientadores; - Concentração em aspetos internos e do exercício reflexivo acerca dos sentimentos e pensamentos perante as experiências vividas atendendo ao confronto com o sofrimento do outro; - Pesquisa bibliográfica, frequência de conferências e utilização das bases de dados, com a intenção de fomentar uma efetiva transferência do conhecimento validado para a prestação diária de cuidados; - Aplicação dos programas de Intervenção de âmbito psicoterapêutico nos dois contextos;

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMP

COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES
<p>- Detém elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Reflexão e análise profundos sobre os sentimentos/pensamentos vividos, facilitando a consciência da sua relação com traços pessoais e a compreensão sobre a sua possível interferência na relação;- Concentração em aspetos internos, com conseqüente gestão de emoções e limitações próprias perante o confronto com o sofrimento do outro;- Realização de jornais de aprendizagem e das reuniões com colegas, professores e orientadores;- Permissão para <i>sentir</i> favorecendo uma percepção mais alargada sobre a distinção entre aquilo que me pertence e o que pertence ao outro, aspeto essencial na dinâmica da relação terapêutica;- Investimento ao nível da consciência das crenças e dos valores próprios, comunicação não verbal, sentimentos e reações instigadas pelo outro e a influência de todas estas facetas na relação;- Exercício reflexivo sobre fenómenos de transferência e de contratransferência, entre outras condições como: a congruência, transparência, autenticidade e o respeito pelo outro que abarca a disponibilidade para, mais do que ouvir, escutá-lo verdadeiramente;
<p>- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.</p>	<p>- Observação de entrevistas de admissão nos dois serviços apesar da reduzida rotatividade de ingresso em ambos os locais facilitando o treino das capacidades de comunicação, sobretudo as relacionadas com a comunicação não-verbal: a percepção dos silêncios, entoação da voz, suspiros, ruídos vocálicos de hesitação, gestos, olhar, postura, etc.;</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Evolução da capacidade de observação e análise através da realização de colheitas de dados (com recurso das ferramentas disponíveis: observação, entrevista, exame físico, estado mental, avaliação psicossocial, funções psicobiológicas, aplicação de escalas de avaliação); - Revisão de registos; - Realização de dois estudos de caso, sendo privilegiada a colheita de dados com vista ao entendimento sobre os processos de doença nas situações em particular; - Articulação com a equipa multidisciplinar do plano terapêutico; - Observação e realização de atividades grupais, favorecendo, por um lado, a capacidade de apreciação clínica, por outro, estimulado o planeamento e a implementação das intervenções, personalizadas ao grupo, com vista à promoção da participação na vida social, do bem-estar e da sua saúde mental;
<p>- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados gerais, permitindo a reinterpretação dos planos de cuidados, atendendo às manifestações habituais decorrentes da patologia e/ou tratamento, assim como das restantes condições fisiológicas com impacto na qualidade de vida; - Realização de dois estudos de caso, sendo privilegiada a colheita de dados com vista ao entendimento sobre os processos de doença nas situações em particular - determinação dos diagnósticos prioritários de saúde mental, identificação sensata e exequível de resultados esperados, definição do planeamento de acordo com os recursos existentes; - Desenho de intervenções com vista à promoção e proteção da saúde mental através da promoção da funcionalidade e qualidade de vida, respeitando a pessoa como elemento participante e indispensável do plano de cuidados e, assim, conhecedor das suas limitações e necessidades;

	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e participação nas atividades de grupo, incluindo a gestão das dificuldades sentidas, seja pela percepção dos aspetos despoletados em mim, como pela gestão das atividades <i>per si</i> (solicitações, tempo e planos de sessões); - Articulação de cuidados entre os serviços e organismos da comunidade, assegurando a personalização e a continuidade dos mesmos e, desta forma, a promoção da integração familiar, social e profissional com a utilização mais funcional, além dos recursos;
<p>- Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integração nos grupos psicoterapêuticos como observadora de forma a adquirir/ treinar competências para posteriormente realizar intervenções psicoterapêuticas; - Planeamento de programas de promoção da autonomia, assumindo-se a parceria de cuidados com a pessoa como um dos valores mais importantes, integrando-a no plano de cuidados; - Implementação do programa alicerçado em técnicas de relaxamento com vista à disponibilização de técnicas de controlo da ansiedade (adaptação do plano de “<i>Mindfulness</i>” desenhado por Williams & Penman); - Implementação do programa de atividades terapêuticas de substrato lúdico, com sentido e finalidade, com vista à capacitação na gestão da doença, reconquista de funcionalidade e do projeto de vida;

ANEXOS

ANEXO 1: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A resposta a este questionário é anónima e confidencial.

Responda, por favor, de forma sucinta às seguintes questões:

1. Género:

1.1. Feminino ____

1.2. Masculino ____

2. Idade: ____ anos

3. Vive com:

3.1 Sozinho ____

3.2. Acompanhado ____

4. Situação Conjugal:

4.1. Solteiro ____

4.2. Casado/União de facto ____

4.3. Separado/Divorciado ____

4.4. Viúvo: ____

5. Nível de Escolaridade:

5.1. Analfabeto (nunca frequentou a escola) ____

5.2. Primeiro Ciclo (1ª, 2ª, 3ª e 4ª classe) ____

5.3. Segundo Ciclo (5º e 6º ano) ____

5.4. Terceiro Ciclo (7º, 8º e 9º ano) ____

5.5. Ensino Secundário (12º ano) ____

5.6. Ensino Superior ____

6. Situação laboral:

6.1. Desempregado ____

6.2. Estudante ____

6.3. Empregado por tempo parcial ____

6.4. Empregado por tempo total ____

6.5. Reformado ____

7. Prática exercício Físico:

7.1. Não ____

7.2. Sim ____

7.2.1. Qual? _____

8. Uso de outras abordagens terapêuticas regulares:

8.1. Técnicas de relaxamento:

8.1.1. Hospital de Dia ____

8.1.2. Fora do Hospital de Dia ____

8.1.2.1. Quantas vezes por semana? _____

8.1.2.2. Há quantos meses? _____

8.2. Meditação:

8.2.1. Hospital de Dia ____

8.2.2. Fora do Hospital de Dia ____

8.2.2.1. Quantas vezes por semana? _____

8.2.2.2. Há quantos meses? _____

9. Toma de medicação psiquiátrica diária?

9.1. Não ____

9.2. Sim ____

Muito obrigada pela sua colaboração!

Data: ____/____/____

ANEXO 2: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

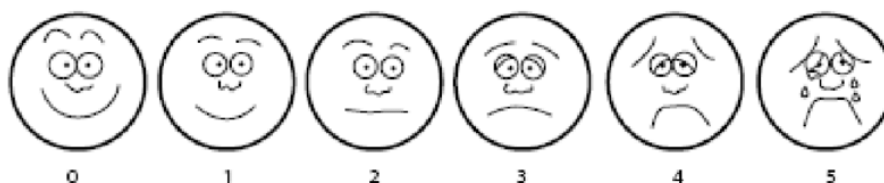
Avalie a sessão assinalando a respetiva opção (1 a 5)

Nome (Iniciais): _____

Data: ____/____/____

Avaliação antes da sessão

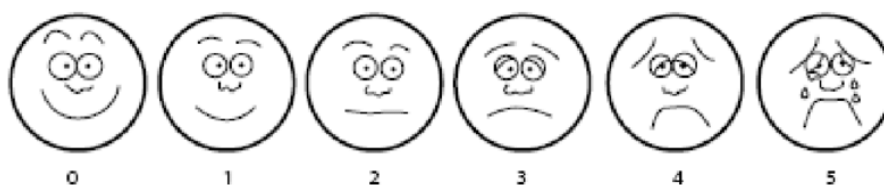
Pulso antes da Sessão: ____



- 0 – Muito Relaxado
- 1 – Relaxado
- 2 – Pouco relaxado
- 3 – Alguma tensão
- 4 – Muito tenso
- 5 – Extremamente tenso

Avaliação depois da sessão

Pulso depois da Sessão: ____



- 0 – Muito Relaxado
- 1 – Relaxado
- 2 – Pouco relaxado
- 3 – Alguma tensão
- 4 – Muito tenso
- 5 – Extremamente tenso

Muito obrigada pela sua colaboração!

ANEXO 3: QUESTIONÁRIO FFMQ

QUESTIONÁRIO FFMQ – Five Facet Mindfulness Questionnaire

(Versão de Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006)

(Adaptação para a população portuguesa por Gregório e Gouveia, 2011)

Por favor avalie cada uma das afirmações seguintes de acordo com a escala. Assinale com uma cruz o número que melhor descreve a sua opinião sobre o que considera ser geralmente verdadeiro para si.

Nunca ou raramente verdadeiro	Raramente verdadeiro	Algumas vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Muito frequentemente ou sempre verdadeiro
1	2	3	4	5

1	Quando caminho presto deliberadamente atenção às sensações do meu corpo em movimento.	1	2	3	4	5	6
2	Encontro facilmente as palavras para descrever os meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6
3	Critico-me por ter emoções irracionais ou inapropriadas.	1	2	3	4	5	6
4	Apercebo-me dos meus sentimentos e emoções sem ter que lhes reagir.	1	2	3	4	5	6
5	Quando estou a fazer qualquer coisa a minha mente vagueia e distraio-me facilmente.	1	2	3	4	5	6
6	Quando tomo um duche ou banho fico atento (a) às sensações da água no meu corpo.	1	2	3	4	5	6
7	Consigo traduzir facilmente as minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras.	1	2	3	4	5	6
8	Não presto atenção ao que estou a fazer porque estou a sonhar acordado (a), preocupado (a) ou distraído (a) com qualquer coisa.	1	2	3	4	5	6
9	Observo os meus sentimentos sem me “perder” neles.	1	2	3	4	5	6
10	Digo a mim próprio (a) que não devia sentir-me como me sinto.	1	2	3	4	5	6
11	Noto como a comida e a bebida afetam os meus pensamentos, as minhas sensações corporais e emoções.	1	2	3	4	5	6
12	Tenho dificuldade em encontrar palavras para descrever o que penso.	1	2	3	4	5	6
13	Distraio-me facilmente.	1	2	3	4	5	6

14	Acredito que alguns dos meus pensamentos são anormais ou maus e que não devia pensar dessa forma.	1	2	3	4	5	6
15	Presto atenção às sensações, tais como o vento no meu cabelo ou o sol no meu rosto.	1	2	3	4	5	6
16	Tenho dificuldade em pensar nas palavras certas para exprimir o que sinto acerca das coisas.	1	2	3	4	5	6
17	Faço julgamentos sobre os meus pensamentos são bons ou maus.	1	2	3	4	5	6
18	É-me difícil permanecer focado no que está a acontecer no presente.	1	2	3	4	5	6
19	Quando tenho pensamentos ou imagens muito perturbadoras, distancio-me e torno-me consciente do pensamento ou imagem sem ser “apanhado” por eles.	1	2	3	4	5	6
20	Presto atenção a sons, tais como o bater do relógio, o chilrear dos pássaros ou os carros a passar.	1	2	3	4	5	6
21	Em situações difíceis consigo parar e não reagir imediatamente.	1	2	3	4	5	6
22	Quando tenho uma sensação no meu corpo é-me difícil descrevê-la porque não consigo encontrar as palavras certas.	1	2	3	4	5	6
23	Parece que funciono em “piloto automático” sem muita consciência do que estou a fazer.	1	2	3	4	5	6
24	Pouco tempo depois de ter pensamentos ou imagens perturbadoras, sinto-me calmo (a).	1	2	3	4	5	6
25	Digo a mim próprio (a) que não devia pensar do modo como estou a pensar.	1	2	3	4	5	6
26	Noto o cheiro e o aroma das coisas.	1	2	3	4	5	6
27	Mesmo quando estou profundamente triste ou terrivelmente perturbado (a) consigo encontrar uma forma de colocar isso em palavras.	1	2	3	4	5	6
28	Faço as atividades sem estar realmente atento (a) às mesmas.	1	2	3	4	5	6
29	Quando tenho pensamentos ou imagens perturbadoras consigo aperceber-me deles sem reagir.	1	2	3	4	5	6
30	Penso que algumas das minhas emoções são más e inapropriadas e que não as devia sentir.	1	2	3	4	5	6

31	Noto elementos visuais na arte ou na natureza, tais como cores, formas, texturas ou padrões de luz e sombras.	1	2	3	4	5	6
32	A minha tendência natural é traduzir as minhas experiências em palavras.	1	2	3	4	5	6
33	Quando tenho pensamentos e imagens perturbadoras, apenas me apercebo deles e “deixo-os ir”.	1	2	3	4	5	6
34	Realizo trabalhos ou tarefas automaticamente sem estar atento ao que faço.	1	2	3	4	5	6
35	Quando tenho pensamentos ou imagens perturbadoras julgo-me como bom (boa) ou mau (má), em função desses pensamentos ou imagens.	1	2	3	4	5	6
36	Presto atenção à forma como as minhas emoções influenciam o meu comportamento.	1	2	3	4	5	6
37	Normalmente consigo descrever como me sinto no momento, com grande pormenor.	1	2	3	4	5	6
38	Dou por mim a fazer coisas sem prestar atenção.	1	2	3	4	5	6
39	Desaprovo-me quando tenho ideias irracionais.	1	2	3	4	5	6

Muito obrigada pela sua colaboração!

Data: ____/____/____

ANEXO 4: MEDITAÇÃO DA PASSA DA UVA

MEDITAÇÃO DE PASSA DA UVA

Disponha de cinco a dez minutos em que possa estar sozinho, num lugar e numa altura em que não seja perturbado pelo telefone, pela família ou pelos amigos. Desligue o telemóvel para não ficar a pensar nele. Vai precisar de algumas passas de uva (ou um fruto seco qualquer). Também vai precisar de uma folha de papel e de uma caneta para registar posteriormente as suas reações. O objetivo é comer as passas com atenção plena, mais ou menos quando fez antes com o chocolate (ver p. 59).

Leia as instruções abaixo para ter uma ideia do que é requerido, e só as releia se realmente precisar. O espírito com que irá fazer a meditação é mais importante do que seguir todas as indicações à risca. Deverá demorar cerca de vinte a trinta segundos em cada uma das etapas:

1. Segurar: Pegue numa das passas (ou qualquer outro fruto seco) e segure-a na palma da mão, ou entre os dedos e polegar. Focando-se nela, aproxime-a como se nunca antes tivesse visto nada de semelhante. Com segue sentir o peso dela na sua mão? Está a criar uma sombra na palma da mão?

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

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

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

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

6. Mastigar: Quando estiver pronto, dê uma trinca na passa e preste atenção aos efeitos que tem no fruto e na sua boca. Repare em quaisquer sabores que liberte. Sinta a textura enquanto os seus dentes a mordem. Continue a mastigar devagar, mas não engula já. Tome atenção ao que está a acontecer na boca.

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

8. Efeitos posteriores: Por fim, passe alguns momentos a registar as consequências desta forma de comer. Há um sabor posterior? Como é que sente a ausência da passa de uva? Há uma tendência automática para ir buscar outra? Agora dedique um momento a escrever qualquer coisa em que tenha reparado enquanto estava a fazer a prática.

ANEXO 5: MEDITAÇÃO DA ATENÇÃO PLENA AO CORPO E À RESPIRAÇÃO

MEDITAÇÃO DA ATENÇÃO PLENA AO CORPO E À RESPIRAÇÃO

A meditação dura apenas oito minutos e recomenda-se a sua prática, pelo menos, duas vezes por dia. Pode fazê-la sentado ou deitado, e é livre de experimentar qualquer postura que melhor sirva a sua intenção de se manter acordado durante o período da prática. Pode escolher também quais os melhores momentos para a realizar. De início, poderá achar difícil dispor desse tempo – mas, tal como dissemos, a meditação liberta mais tempo do que aquele que consome.

Instalar-se:

1. Instale-se numa posição confortável, deitado numa esteira ou num tapete espesso, ou ainda sentado numa cadeira, almofada ou banco de meditação. Se usar uma cadeira, é preferível uma de espaldar direito (em vez de uma cadeira de braços), de modo a que possa sentar-se um pouco afastado da parte de trás da cadeira e a coluna se suporte a si mesma. Caso opte por se sentar numa almofada no chão, o ideal será os seus joelhos tocarem mesmo no chão, embora isto possa não acontecer de início. Pode experimentar à vontade a altura das almofadas ou do banquinho até se sentir confortável e firmemente apoiado. Se tiver alguma incapacidade que implique desconforto ao sentar-se desta maneira ou deitado de costas, procure uma postura em que se sinta confortável e que o ajude a manter a sensação de estar totalmente desperto a cada momento.

2. Se ficar sentado, garanta que as suas costas adotam uma postura ereta e natural; nem rígida nem tensa, mas confortável. Se estiver sentado numa cadeira, ponha os pés bem assentes no chão sem cruzar as pernas. Deixe que os seus olhos se fechem, se assim se sentir confortável. Senão, baixe o seu olhar de modo a que vá descendo, sem se focar, até ficar apenas a alguns centímetros à sua frente. Se estiver deitado, mantenha as pernas descruzadas com os pés afastados um do outro e os braços descaídos e ligeiramente afastados do corpo, de modo a que as palmas das mãos estejam abertas para o teto, se assim estiver confortável.

Trazer atenção plena ao corpo:

3. Traga a sua consciência para as sensações físicas, concentrando a atenção nas sensações dos pontos do corpo que estão em contato com o chão e com o objeto sobre o qual está sentado ou deitado. Dedique alguns momentos explorar essas sensações.

4. Agora, canalizando a atenção para os seus pés, começando pelos dedos grandes, expanda o “campo de atenção” até às plantas dos pés, aos calcanhares e à ponta dos pés, permanecendo atento a qualquer das sensações físicas de que tem consciência em ambos os pés, a cada momento. Passe alguns instantes atento aos pés desta forma, reparando no modo como as sensações surgem e se dissolvem em consciência. Se não houver sensações nesta região do corpo, não se preocupe. É perfeitamente legítimo - já que o objetivo não é tentar fazer com que as sensações aconteçam, mas simplesmente registrar o que já existe quando lhe presta atenção.

5. Agora, expanda a sua atenção de modo a incluir as duas pernas durante alguns momentos, depois o tronco (desde a bacia e ancas até aos ombros); depois o braço esquerdo; depois o direito; a seguir o pescoço e a cabeça.

6. Passe um minuto ou dois a tomar consciência de todo o corpo. Se possível, deixe que o seu corpo e as suas sensações sejam aquelas que encontrou. Explore a sensação de se libertar da tendência para querer as coisas de uma certa maneira. Até mesmo um breve momento a ver como as coisas são - sem querer mudar nada - pode ser profundamente enriquecedor.

Focar-se nas sensações da respiração:

7. Agora, traga a sua consciência para a respiração, para o movimento do ar a sair e entrar no corpo, a nível do abdómen. Repare na mudança de padrões das sensações físicas nesta região do corpo à medida que inspira e expira. Nesta fase, poderá colocar a mão sobre o peito durante algumas respirações, e sentir o abdómen a subir e a descer.

8. É possível que repare nas sensações suaves do abdómen a esticar quando só um pouco, em cada inspiração, e registe diferentes sensações quando o abdómen desce, a cada expiração.

9. Siga com atenção e de perto, o melhor que puder, de modo a aperceber-se da mudança de todas as sensações físicas durante cada inspiração e durante cada expiração, atentando nas pequenas pausas entre uma inspiração e expiração seguinte, e entre uma expiração e a inspiração seguinte.

10. Não há necessidade de tentar controlar a sua respiração de que modo for – deixe apenas que a respiração se faça por si.

Lidar de forma hábil com o vaguear da mente:

Mais cedo ou mais tarde (em geral, mais cedo), a sua atenção irá vaguear e desfocar-se da respiração. Poderá ver pensamentos, imagens, planos ou um devaneio a surgir. Este vaguear da mente não é um erro. É simplesmente aquilo que a mente faz. Quando notar que a sua consciência já não está concentrada na respiração, poderá felicitar se. Já “acordou” o suficiente para o saber, está mais uma vez consciente da sua experiência neste momento. Aperceba-se simplesmente de por onde vagueia a sua mente. Depois, suavemente, torne a conduzir a sua atenção para as sensações no abdómen.

Provavelmente, a mente andará a vaguear mais vezes, por isso lembre-se que o objetivo é simplesmente constatar onde é que a mente esteve, e depois conduzir suavemente a sua atenção para a respiração. Isto pode ser muito difícil, pois poderá achar frustrante o facto de a mente ser tão desobediente! Esta frustração pode criar muito barulho na mente. Por isso, não interessa quantas vezes é que a mente se dispersa, em cada uma das tentativas (sem limite), cultive a compaixão por ela enquanto a leva para onde pretende.

Tente encarar os repetidos passeios da mente como oportunidades de alimentar uma maior paciência consigo mesmo. Com o tempo, poderá vir a descobrir que esta qualidade de bondade para com a mente errante dá um sentido de compaixão a outros aspectos da sua experiência - a mente errante tem sido um grande aliado na sua prática, e não o inimigo que pensava ser.

ANEXO 6: MEDITAÇÃO DO RASTREIO CORPORAL

MEDITAÇÃO DO RASTREIO CORPORAL

É importante preparar o ambiente desta meditação. Reserve quinze minutos por dia, em dois momentos para se dedicar apenas ao rastreio corporal. Lembre-se de que este é o seu tempo, reservado para voltar a preencher o seu eu interior - a sua alma, por assim dizer. convém encontrar um lugar e uma altura do dia em que posso excluir muitos dos afazeres do mundo exterior, desligando o telemóvel, por exemplo, e arranjando um local sossegado em casa ou no trabalho.

1. Deite-se de costas e ponha-se confortável num lugar onde se sinta quente e ninguém o incomode. Pode ficar deitado na sua cama, diretamente no chão ou no tapete. Embrulhe-se num cobertor, se isso o deixar mais confortável. Poderá constatar que o ajuda a fechar os olhos, mas é livre de os manter abertos, se preferir; ou de os abrir em qualquer altura durante a meditação, se sentir que está a adormecer.

2. Dedique alguns momentos a trazer a sua atenção plena às sensações físicas do seu corpo, especialmente as de toque ou pressão nos pontos em que o seu corpo entra em contato com a superfície em que está deitado. A cada expiração, deixe-se mergulhar mais profundamente.

3. Recorde suavemente que é altura de despertar e não de adormecer. Trata-se de um momento para ter plena consciência da sua experiência como ela é, e não compensa que devia ser. Não deve tentar mudar a forma como se está a sentir, nem sequer para ficar mais descontraído ou mais calmo. A intenção desta prática é trazer à consciência qualquer sensação que tenha à medida que foca a sua atenção sistematicamente em cada parte do seu corpo. Por vezes, poderá não identificar quaisquer sensações. Se for esse o caso, então simplesmente registre isso mesmo. Não há necessidade de tentar imaginar sensações onde nada é perceptível.

4. Agora traga a sua consciência até as sensações no seu abdómen, tornando-se consciente dos padrões em mutação na parede abdominal à medida que a respiração faz o ar entrar e sair do seu corpo. Demore-se alguns minutos nas sensações provocadas pelo ato de inspirar e expirar, enquanto o seu abdómen sobe e desce.

5. Depois de se ter focado nas sensações no seu abdómen, concentre a atenção como se fosse um foco de luz e faça-a ser pelo corpo até às pernas, chegando aos pés e aos dedos

dos pés. Foque-se nos dedos dos pés, conferindo-lhes uma atenção suave e interessada. Investigue as qualidades das sensações. Poderá notar uma sensação de contato entre os dedos dos pés, ou talvez uma sensação de formigueiro, ou de calor, ou de dormência, ou não sentir nada disto. O que quer que sinta é legítimo. Não há necessidade de julgar. Permita às sensações serem tal como são.

6. Numa inspiração sinta ou imagine que a respiração podia entrar pelos pulmões e continuar pelo corpo todo, através das pernas e até à ponta dos pés. Na expiração, sinta ou imagine a respiração a vir da ponta dos pés percorrendo os pés, pernas, tronco e finalmente a sair pelo nariz. Continue a concentrar-se desta maneira durante algumas respirações. Talvez ache difícil apanhar-lhe o jeito, por isso pratique o melhor que puder, de uma forma divertida.\

7. Quando estiver pronto, numa expiração, deixe os dedos dos pés e guie a sua atenção plena para as sensações na planta dos pés. Leve até lá uma atenção plena suave e curiosa. Depois dirija a sua atenção para o peito do pé e a seguir para o calcanhar de cada pé. Poderá notar, por exemplo, uma sensação ligeira pressão no ponto onde os calcanhares entram em contato com o tapete ou com a cama.

8. Permita que a sua atenção plena se expanda para toda a superfície dos pés, para o peito do pé, para os tornozelos, até aos ossos e articulações. Dirija uma inspiração mais profunda e mais intencional para os dois pés. Na expiração, abandone completamente os pés e passe a dar atenção à parte de baixo das pernas.

9. Continue a fazer o rastreio de todo o seu corpo da mesma forma, demorando sempre um pouco em cada parte em que se concentra. Depois da parte de baixo das pernas, suba para os joelhos e em seguida para as coxas. Agora centre a sua atenção na zona pélvica – virilhas, órgãos genitais, rabo e ancas. Tome consciência da parte de baixo das costas, abdómen, parte de cima das costas e, por fim, do peito e ombros. Suavemente, leve a sua atenção plena para as duas mãos. Quando se centrar nas mãos poderá em primeiro lugar tomar atenção as sensações na ponta dos dedos e polegares, depois aos dedos e polegares por inteiro, às palmas das mãos e finalmente às costas das mãos. De seguida desloque-se lentamente para os pulsos, antebraços e cotovelos, braços, ombros e axilas. Depois conduza a atenção plena para o pescoço, rosto (maxilares, boca, lábios, nariz, bochechas, ouvidos, olhos e testa) antes de, por fim, manter toda a sua cabeça em plena atenção.

10. Deverá focar-se em cada região do seu corpo durante cerca de vinte a trinta segundos. Não há necessidade de medir o tempo com precisão ou de contar as respirações - simplesmente tenha em atenção cada parte do corpo durante o tempo que lhe pareça natural.

11. Quando tomar consciência de quaisquer sensações intensas, tais como tensão, numa parte do corpo em particular, veja como funciona “respirar com” essa zona para posteriormente a explorar. Use a inspiração, de modo suave, para trazer consciência às sensações. Depois veja como as sentenças ações mudam - se mudarem - quando respira e as liberta.

12. De vez em quando, a mente irá inevitavelmente vagar e distrair-se da respiração e do corpo. Isso é inteiramente normal. Quando reparar que acontece, limite-se a reconhecer o facto, tome nota mental do local para onde foram os seus pensamentos e faça regressar suavemente a sua atenção à parte do corpo em que tinha intenção de se focar.

13. Depois de ter rastreado todo o corpo desta forma, passe alguns minutos a dedicar atenção plena ao corpo como um todo. Usufrua das sensações de totalidade. Tente conter todas as sensações fundidas num estado de atenção plena espaçosa, sentindo a respiração a fluir livremente para dentro e fora do corpo.

Lembre-se de que o rastreio corporal pode ser profundamente relaxante, por isso é fácil adormecer enquanto o faz. Se tal acontecer, não há necessidade de se criticar. Se vir que isso se torna recorrente, experimente levantar um pouco a cabeça com uma almofada, abrir os olhos ou praticar sentado em vez de deitado.

ANEXO 7: EXERCÍCIO – 3 COISAS POSITIVAS

EXERCÍCIO – 3 COISAS POSITIVAS

- Tempo necessário:

5 A 10 minutos. Fazer O exercício todos os dias.

- Como fazer:

De preferência ao final do dia, antes de dormir, o ao serão num período de calma, pense em tudo o que sucedeu ao longo do dia e identifique pelo menos 3 coisas positivas que tenham acontecido ou que tenha vivido. Podem ser acontecimentos pequenos ou à partida pouco relevantes, mas são seguramente coisas que o/a fizeram sentir bem.

Escreva-as num bloco ou caderno, ou nas costas desta folha.

Se tiver dificuldades por estar muito assoberbado/a com as coisas negativas, tente centrar-se nas situações que lhe deram algum prazer ou satisfação.

- Porque fazer:

É muito fácil no dia-a-dia ficarmos centrados no que corre mal, no que é difícil ou no que é doloroso, e com isso perdemos o contato com as coisas boas que também vão sucedendo ou que também vamos vivendo. Quando se vive apenas o negativo é difícil não ficar de algum modo doente ou triste.

Por outro lado, muitas vezes assumimos algumas coisas boas da vida como garantidas sem lhes prestar muita atenção ou lhes dar valor.

Este exercício ajuda a tomar consciência dos aspectos positivos que sucedem na sua vida e a dar-lhes valor suficiente, tomando por isso nota de pelo menos 3. Dar tempo e atenção aos aspectos positivos vai ensinar a notar, valorizar e lembrar as coisas boas que sucedem ou que temos/fazemos na vida.

É mais justo, em vez de ficarmos centrados nos problemas ou decepções, atentamos nos aspectos positivos, aumentando a vivência de gratidão. E isso favorece o bem-estar.

ANEXO 8: MEDITAÇÃO DOS MOVIMENTOS COM ATENÇÃO PLENA

MEDITAÇÃO DOS MOVIMENTOS COM ATENÇÃO PLENA

É natural que se sinta um pouco desajeitado e desconfortável quando se dispuser a mover-se desta forma lenta. Procure explorar estas sensações, mas é importante que seja delicado consigo quando o fizer. Nunca será demais frisar que a intenção não é sentir dor, ou ir para além dos limites do seu corpo. Precisa de estar atento a estes alongamentos deixando que a sabedoria do seu corpo decida o que é mais indicado para si: até onde pode ir em qualquer alongamento e durante quanto tempo deve manter-se nessa posição.

Veja se está com tendência para forçar demasiado. Em vez disso, poderá tentar manter a posição enquanto lhe parecer bem estar assim e depois recuar um pouco. A cada momento, faça escolhas sensatas sobre ficar ou não um pouco mais em qualquer posição, a fim de explorar as sensações, ou abandonar nesta postura e prosseguir. Poderá descobrir que a sensação de desconforto vai e vem com a maré de sensações. O movimento da Atenção Plena tem como objetivo cultivar a atenção enquanto leva a cabo esta prática. Esta não é uma competição.

1. Fique de pé descalço ou com meias, com os pés afastados à largura das ancas e os joelhos distendidos, de modo a que as pernas possam dobrar ligeiramente e com os pés paralelos.

Levantar os 2 braços:

2. Depois, numa inspiração, lenta e conscientemente erga os braços dos dois lados, paralelos ao chão. Depois de expirar, continue na próxima inspiração a levantá-los, num movimento lento e consciente, até que as mãos estejam erguidas acima da cabeça. Enquanto os braços se movem, esteja totalmente desperto para as sensações nos músculos e conserve-os alongados.

3. Deixando que a respiração se faça livremente e ao seu ritmo, continue a esticar-se para cima, com as pontas dos dedos a empurrar na direção do céu e os pés firmemente assentes no chão. Dedique tempo a sentir as sensações de alongamento nos músculos e articulações, onde quer que elas se apresentem: desde os pés e pernas, tronco e ombros, até os braços, mãos e dedos.

4. Enquanto mantém este alongamento por uns tempos, repare no que está a acontecer à sua respiração; permita que esta flua livremente para dentro e para fora. Mantenha-se

aberto a quaisquer mudanças nas sensações do seu corpo a cada inspiração e expiração enquanto continua a manter o alongamento. Se notar sensações de tensão crescente ou desconforto, abra-se também a elas.

5. Quando estiver pronto, devagar - muito devagar - numa expiração, deixe os braços voltarem para baixo. Desça-os num gesto lento, registrando as sensações a mudar à medida que descem e talvez as roupas a moverem-se na superfície da sua pele. siga as sensações com grande atenção até que os seus braços voltem a descansar de ombros descaídos.

6. Se esteve de olhos abertos, poderá nesta altura ter vontade de os fechar suavemente, e após cada alongamento desta sequência, concentre a atenção nos movimentos da respiração e nas sensações e sentimentos por todo o corpo enquanto permanece de pé, talvez registrando os efeitos posteriores dos alongamentos.

Apanhar fruta:

7. Em seguida, ao abrir os olhos, estenda conscientemente cada braço e mão para cima, como se estivesse a apanhar fruta de uma árvore que não está ao seu alcance, prestando a máxima atenção às sensações por todo o corpo, e à respiração, e olhando para cima, para lá dos dedos. Deixe que o calcanhar oposto ao braço esticado se levante do chão à medida que estica e sinta o alongamento de todo o seu corpo, desde a ponta dos dedos de uma mão até aos dedos do pé contrário. Quando terminar este alongamento, faça o calcanhar voltar ao chão, depois baixe a mão, acompanhando o movimento dos dedos com os olhos, se quiser, reparando nas cores e nas formas que os seus olhos absorvem enquanto seguem a sua mão a descer. Depois, virando o rosto para o centro, deixe os olhos fecharem-se, sintonizando-se com os efeitos posteriores ao alongamento, juntamente com as sensações de respiração, antes de se esticar para “apanhar fruta” com a outra mão.

Inclinar-se para o lado:

8. Agora lenta e atentamente ponha as mãos nas ancas, deixe o seu corpo inclinar-se todo para a esquerda, com as ancas a moverem-se ligeiramente para a direita, de modo a que o corpo faça uma grande curva que se alonga de um lado desde os pés, passando pelas ancas e tronco, formando uma lua em quarto crescente. Imagine que está a fazer isto entre duas placas de vidro, à frente e atrás, mantendo por isso o corpo num único plano, em vez de o deixar descair para a frente ou para trás. Depois, enquanto inspira, volte à posição

vertical de pé e, em seguida, ao expirar, incline-se devagar, desenhando uma curva na direção oposta. Não é importante *quanto* é que se inclina para o lado (pode até ficar de pé, parado), mas sim a qualidade da atenção que imprime no movimento. Quais os efeitos posteriores deste alongamento que notou?

Rotação de ombros:

9. Por fim, Divirta-se a rodar os ombros ao mesmo tempo que deixa os braços descaídos passivamente, primeiro erguendo os braços para cima na direção dos ouvidos, tanto quanto possível, depois para trás como se estivesse a tentar juntar as omoplatas , em seguida deixando-os descair por completo, finalmente apertando os ombros em frente do corpo o máximo possível, como se estivesse a tentar juntá-los. Deixe que seja a respiração a determinar a velocidade de rotação: a inspiração durante metade do movimento e a expiração na outra metade. Continue a “rodar” através destas várias posições tão lenta e atentamente quanto puder, primeiro num sentido e depois no contrário.

10. E, finalmente, na conclusão desta sequência de movimentos, permaneça quieto durante um bocado, e sintonize-se com as sensações do seu corpo, antes de passar à meditação sentado.

ANEXO 9: MEDITAÇÃO DA RESPIRAÇÃO E DO CORPO

MEDITAÇÃO DA RESPIRAÇÃO E DO CORPO

1. Encontre uma postura sentada que personifique a sua intenção de estar totalmente presente, momento após momento.
2. agora traga a sua atenção para a respiração, para o modo como ela entra e sai do corpo ao nível do abdómen. Repare nos padrões cambiantes das sensações físicas nesta região do corpo à medida que inspira e expira.
3. Na medida do possível, siga atentamente as sensações físicas na inspiração e na expiração, notando talvez as pausas ligeiras entre uma inspiração e a expiração seguinte e entre uma expiração e a inspiração seguinte.
4. Não há necessidade de controlar a respiração - simplesmente deixe que ela se faça por si.
5. Após alguns minutos, sem deixar de reparar no ar a entrar e a sair do seu corpo, permita intencionalmente que o campo de atenção plena se expanda em volta da respiração, até incluir todo o corpo.

Todo o corpo:

6. Procure captar as várias sensações por todo o corpo, onde quer que sejam, percebendo o corpo como um todo sentado e a respirar. isto pode incluir atenção plena aos padrões particulares de sensações físicas que surgem nos pontos onde o corpo está em contato com o chão, cadeira, almofada ou banco - as sensações de toque, pressão ou contato dos pés ou joelhos com o chão, as nádegas com o que as suporta, as mãos a descansar nas coxas ou no regaço.
7. Na medida das suas possibilidades, concilie todas essas sensações específicas com a da respiração e do corpo no seu conjunto, numa consciência vasta e ampla, notando que as “lentes” da atenção podem ser focadas, estreita ou amplamente. Repare em quaisquer sensações agradáveis, desagradáveis ou neutras, guiado por uma curiosidade sã até qualquer coisa que esteja surgir no corpo a cada momento, e a sua reação.
8. Se ocorrerem sensações intensas em qualquer zona do corpo, especialmente se estas forem desagradáveis e desconfortáveis, pode perceber que a sua atenção é repetidamente atraída para elas, afastando-se da atenção à respiração ou ao corpo no seu conjunto.

Nesses momentos, mude de postura e, dessa forma, ganhe consciência da intenção de se mexer, do movimento e dos seus efeitos posteriores. Pode experimentar conduzir intencionalmente a atenção de forma direta para a área onde as sensações são mais intensas e explorar cuidadosamente o padrão pormenorizado de sensações que vai descobrindo. Quais são, precisamente, as qualidades das sensações? Onde é que se localizam exatamente? Variam com o tempo ou mudam de um lado para o outro do corpo? Tal como no Rastrear Corporal, use a respiração com um veículo para levar a atenção plena às regiões onde se concentra a intensidade, “inspirando” e “expirando” a partir delas.

9. Abra-se o melhor que puder às sensações do que estiver a acontecer nesse momento. Desta forma, permita-se “saber” o que está a sentir vivendo-o diretamente, em vez de pensar sobre isso ou de contar uma história a si próprio acerca do que isso significa.

10. Sempre que se sentir “levado” pela intensidade das sensações físicas, ou pensamentos, sentimentos ou divagações, volte a ligar-se suavemente ao aqui e agora, tornando a focar a atenção nos movimentos da respiração ou na sensação do corpo enquanto um todo.

ANEXO 10: MEDITAÇÃO PAUSA DE TRÊS MINUTOS

MEDITAÇÃO PAUSA DE TRÊS MINUTOS

Passo 1: Ficar atento

Adote deliberadamente uma postura direita e segura, quer esteja sentado ou de pé. Se possível, feche os olhos. Depois, leve a consciência à sua experiência interior e tente percebê-la, perguntando: qual é a minha experiência neste momento?

- Que pensamentos passam pela mente? Admita, o melhor que puder, que os pensamentos são acontecimentos mentais.
- Que sentimentos estão aqui? Volte-se para qualquer sensação de desconforto ou sentimentos desagradáveis, aceitando-os sem tentar mudar nada.
- Quais as sensações físicas que estão aqui neste momento? Faça uma análise rápida do seu corpo e veja se existem sensações de atenção ou de pressão, aceitando as suas sensações, mas sem as tentar mudar.

Passo 2: Reunir e focar a atenção

Redirecione a atenção, concentrando-a nas sensações físicas da respiração; sinta de perto as sensações físicas da respiração no abdômen, expandindo à medida que o ar entra e encolhendo à medida que o ar sai. Siga a respiração até ao fim, quer quando inspira, quer quando expira. Use cada respiração como uma oportunidade para se ancorar no presente. Se a mente vaguear, volte a dirigir a atenção para a respiração.

Passo 3: Expandir a atenção

Agora, expanda toda a consciência em torno da respiração, de modo a sentir o corpo como um todo, incluindo a sua postura e expressão facial, como se o corpo inteiro estivesse a respirar. Se reparar em quaisquer sensações de desconforto ou tensão, pode focar a atenção diretamente na intensidade das mesmas, imaginando que a respiração se podia mover dentro e à volta dessas sensações. Com isto, está a ajudar a explorar as sensações, a familiarizar-se com elas, em vez de as tentar mudar. Se elas deixarem de lhe chamar atenção, regresso ao início, consciente de todo o corpo, momento a momento.

ANEXO 11: MEDITAÇÃO DOS SONS E PENSAMENTOS

MEDITAÇÃO DOS SONS E PENSAMENTOS

Recepção:

Recebemos sons à medida que vêm e vão. Encaramos o corpo como se fosse um microfone vivo que recebe sons indiscriminadamente como vibrações no ar. Sintonizamos-nos com as sensações puras de cada som, cada um com o seu volume, o tom, a altura, o padrão e a duração. Da mesma forma, mudamos de receber sons para “receber” pensamentos e quaisquer emoções associadas que contenham - vendo o momento exato em que aparecem, quanto tempo perduram e o momento em que se dissolvem.

Percepção:

Temos a percepção das camadas de significado que acrescentamos à experiência dos sons. Podemos perceber que os rotulamos habitualmente, indo atrás dos que gostamos ou rejeitando os que não gostamos. Vemos se conseguimos tomar nota assim que nos tornamos conscientes de que o estamos a fazer e depois simplesmente voltamos a receber os sons. Da mesma forma, temos a percepção de pensamentos e sentimentos, permanecendo totalmente despertos para a forma como criam associações e histórias e para o modo como facilmente somos sugados para o seu drama.

Conectar com a respiração e o corpo:

1. Sente-se de forma a que a coluna vertebral se sustenha a si própria, com as costas direitas mas sem estarem rígidas. Relaxe os ombros, equilibre a cabeça e o pescoço e gire o seu queixo ligeiramente para dentro.
2. Dirija sua atenção para os movimentos da cabeça que o corpo faz durante alguns minutos, até se sentir razoavelmente instalado. depois alargue o espectro da sua atenção para sentir o corpo e a respiração como um todo, como se o corpo inteiro estivesse a respirar, ajudando estar consciente de todas as sensações na paisagem interior do corpo.
3. Passe alguns minutos a praticar a atenção plena da respiração e do corpo, desta maneira, lembrando-se de que na prática que se segue poderá sempre recorrer à respiração e ao corpo como âncoras, no caso de a sua mente ficar demasiado distraída ou assoberbada.

Sons:

4. Agora, quando estiver pronto, permita que o foco da sua atenção passe das sensações corporais para a audição – abra-se aos tons à medida que eles surgirem.

5. Não há necessidade de ir à procura de sons ou de ouvir sons em particular, pelo contrário, mantenha-se simplesmente à escuta, de modo a ficar receptivo à atenção plena dos sons que vêm de todas as direções e à medida que forem surgindo - sons perto, sons longe, em frente, atrás, ao lado, acima ou abaixo. Desta forma, está a abrir-se para todo o espaço de som à sua volta: a “paisagem sonora”. Talvez repare em como os sons óbvios podem facilmente fazer remeter os mais subtis para um segundo plano; repare em quaisquer espaços entre os sons - momentos de relativa calma.

6. Tome consciência, o melhor que puder, dos sons meramente enquanto sons, como sensações puras. Repare na tendência que todos temos que rotular sons assim que são recebidos (carro, comboio, voz, ar condicionado , rádios), tente simplesmente reparar neste rótulo e depois voltar a centrar se, para além e aquém do rótulo , nas sensações puras dos próprios sons (incluindo os sons dentro dos sons).

7. Pode parecer-lhe estar a pensar sobre os sons. Veja se é capaz de religar-se com consciência direta às suas qualidades sensoriais (Padrões de altura, timbre, volume e duração), e não aos seus significados, implicações ou histórias acerca deles.

8. Sempre que reparar que a sua consciência já não está focada nos sons, reconheça calmamente para onde é que foi a mente e depois volte a sintonizar a atenção nos sons à medida que surgem e desaparecem, a cada momento.

9. Em seguida, depois de se ter focado nos sons durante quatro ou cinco minutos, liberte a sua atenção dos sons.

Pensamentos:

10. Agora mude o foco de atenção, de modo a que os seus pensamentos estejam centrados na atenção plena – vendo-os, na medida do possível, como acontecimentos na mente.

11. Tal como aconteceu com os sons, em que reparava quando surgiam, se mantinham e partiam, de igual modo agora, na medida do possível, repare nos pensamentos que surgem na mente, note quando aparecem, vendo como pairam no espaço da mente (Como nuvens

que se movem pelo céu mental). Eventualmente, veja se consegue detectar um momento em que se dissipam.

12. Não há necessidade de tentar fazer com que os pensamentos vão ou voltem. Da mesma forma como se relacionou com os sons que surgiam e passavam, deixe que os pensamentos venham e vão por si próprios.

13. Como as nuvens que se movem pela vastidão do céu são por vezes escuras e tempestuosas, outras vezes leves e fofas, também os pensamentos assumem formas diferentes. Por vezes as nuvens enchem todo o céu. Outras vezes limpam completamente, deixando o céu azul.

14. Em alternativa, poderá prestar atenção aos pensamentos na mente, da mesma forma que faria se os pensamentos fossem projetados no ecrã do cinema - cientes, ou observa, à espera de que um pensamento ou imagem surjam. Quando isso acontecer, presta-lhe atenção durante o tempo que ele permanecer “no ecrã”, e depois liberta-o quando ele desaparecer. Repare quando ficar envolvido no drama, e der consigo ali mesmo no ecrã. Quando tomar consciência disto, felicite-se por isso, depois volte para a sua cadeira e espere pacientemente pela próxima sequência de pensamentos que certamente irão surgir.

15. Se houver quaisquer pensamentos que tragam consigo sentimentos ou emoções intensas, quer sejam agradáveis ou não, repare na sua “carga emocional” e na intensidade, o melhor que puder e deixe-os ser como já são.

16. Lembre-se: se a dada altura sentir a mente menos focada e desperta, ou a ser repetidamente atraída pela história criada pelo seu pensamento, tente voltar à respiração e à sensação do corpo como um todo, sentado e a respirar, e use a concentração para ancorar e estabilizar a sua atenção de volta ao momento presente.

ANEXO 12: MEDITAÇÃO PARA EXPLORAR AS DIFICULDADES

MEDITAÇÃO PARA EXPLORAR AS DIFICULDADES

Sente-se durante alguns minutos, concentrando-se nas sensações de respiração. Depois alargue a sua atenção para encarar o corpo como um todo (Anexo 10: Meditação da Respiração e do Corpo). Mude então o enfoque para os sons e os pensamentos (Anexo 12: Meditação dos Sons e Pensamentos). Enquanto permanece sentado, se reparar que a sua atenção continua a afastar-se da respiração (ou outro foco) para pensamentos, emoções ou sentimentos dolorosos, pode fazer algo diferente daquilo que tem vindo a praticar até agora.

O primeiro passo é permitir que o pensamento ou sentimento permaneça na mesa de trabalho da mente, por assim dizer. O segundo é transferir a atenção para o corpo, de modo a que possa tomar consciência de quaisquer sensações físicas que estejam a ocorrer em conjunto com esse pensamento ou emoção. O terceiro é deslocar deliberadamente o foco de atenção para a parte do corpo em que as sensações são mais fortes. A respiração pode oferecer um veículo útil para o conseguir, assim - como no Rastreo Corporal – centre-se de forma tranquila e generosa nessa parte do corpo “respirando para lá” quando inspira e “saindo de lá” quando expira.

Depois de a sua atenção se ter mudado para junto das sensações físicas e de elas estarem no centro da consciência, lembre-se de que não está a tentar mudá-las mas a explorá-las com curiosidade saudável, como sensações físicas que aparecem e desaparecem no corpo. Poderá ser útil dizer para si próprio interiormente: *Não faz mal sentir-me assim. seja o que for, é bom permitir-me abrir a isto.*

Depois, tente permanecer com consciência destas sensações físicas e observar a sua relação com elas. Está a tentar libertar-se delas, ou a ser capaz de lhes dar toda a sua atenção, respirando com elas, aceitando-as, deixando que sejam o que são? Poderá revelar-se útil repetir para si próprio: *Está tudo bem. seja o que for, está certo abrir-me a isso.* Utilizando cada expiração para suavizar e abrir-se às sensações.

Se não surgirem dificuldades ou preocupações durante esta meditação, e quiser explorar esta nova abordagem, então quando estiver pronto, veja se consegue trazer à sua mente de forma deliberada a dificuldade que está a enfrentar na sua vida neste momento - algo com o qual não lhe faça diferença estar durante uns momentos. Não tem de ser muito importante ou crítico mas algo que é um tanto ou quanto desagradável; algo não resolvido. Pode ser um mal-entendido ou discussão, uma situação pela qual se sinta um

pouco zangado, arrependido ou culpado, ou uma preocupação com algo que possa suceder. Se nada lhe ocorrer, talvez possa escolher algo do passado, quer recente quer distante, que outrora lhe tenha causado aborrecimento.

Agora que o pensamento ou situação de perturbação lhe ocorreu, permita que ele descanse na mesa de trabalho da mente; depois deixe que a sua atenção se vire para o corpo e sintonize-se com quaisquer sensações físicas que a dificuldade esteja a evocar.

Veja se é capaz de notar e aproximar-se cada vez mais de quaisquer sentimentos que estejam a surgir no seu corpo. Ganhe consciência destas sensações físicas, dirigindo deliberadamente o seu foco de atenção para a zona do corpo em que as sensações são mais fortes, Respirando essa parte do corpo na inspiração e afastando-se dela na expiração, explorando as sensações, observando a sua intensidade a alterar-se de um momento para o seguinte, à medida que as vai embalando em atenção plena. Poderá querer aprofundar esta atitude de aceitação e abertura a quaisquer sensações que esteja a viver, dizendo para si mesmo, de tempos a tempos: *Agora está aqui. Não há nada de mal em sentir isto. Seja o que for, já está aqui. Vou abrir-me a isto.*

Depois veja se consegue manter a atenção plena nestas sensações corporais e na relação com elas, respirando com elas, aceitando-as, deixando-as ser, permitindo-lhes que sejam como são. Fique mais calmo e abra-se às sensações de que vai tendo consciência, libertando a tensão e a apreensão, diga interiormente para si mesmo: *a suavizar, a abrir* - a cada expiração. E quando se aperceber de que as sensações corporais já não estão a atrair a atenção a um mesmo nível, regresse simplesmente a 100% à respiração e conserve esse objetivo como o foco primário da atenção. Se, nos minutos seguintes, não surgirem sensações físicas fortes, sinta-se à vontade para tentar “inspirar e expirar” com quaisquer sensações físicas que registar, mesmo que não pareçam ligadas de modo algum a uma carga emocional em particular.

ANEXO 13: MEDITAÇÃO DA AMABILIDADE

MEDITAÇÃO DA AMABILIDADE

Tire alguns minutos para se instalar num lugar quente e confortável onde possa estar uns momentos, descontraído e atento. Procure uma postura que lhe inspire dignidade e proporcione um estado de atenção. Se se sentar, mantenha a sua coluna direita, os ombros relaxados, o peito aberto e a cabeça equilibrada. Concentre-se na respiração e depois expanda a atenção a todo o corpo durante uns minutos, até se sentir preparado.

Quando a mente se dispersar, reconheça para onde ela foi (lembre-se de que agora tem uma opção: acompanhá-la de regresso ao ponto em que queria concentrar-se ou deixar que a sua atenção passe por todo o corpo para explorar onde está a sentir o problema ou a preocupação). não hesite em recorrer às meditações anteriores como preparação para esta. Quando estiver pronto, recorde algumas destas frases (ou todas); altere-as se preferir, para que se ligue a elas e se convertam na sua própria porta de entrada para uma profunda sensação de amabilidade para consigo mesmo:

- *Que eu posso libertar-me do sofrimento.*
- *Que eu possa ser tão feliz e saudável quanto possível.*
- *Que eu tenha paz de espírito.*

Leve o tempo que quiser para imaginar que cada frase é uma pedra que atira para um poço extremamente profundo. Lance-as uma a uma e depois ouça as possíveis reações em forma de pensamentos, sentimentos, reações corporais ou impulsos para agir. Não é necessário julgar o que se apresentar. Isto é para si. Se lhe for difícil despertar o sentimento de amabilidade para consigo mesmo, lembre-se de uma pessoa (ou até de um animal) que eu tenha amado ou que o ame incondicionalmente. Quando tiver claro dentro de si o sentido do seu amor para consigo, experimente oferecer esse amor assim mesmo: “que eu posso libertar-me do sofrimento. Que eu possa ser tão feliz e saudável quanto possível. Que eu tenho a parte espírito.” Deixe-se ficar neste passo todo o tempo o que quiser antes de passar ao seguinte.

Pense num ente querido e deseje-lhe todo o bem, da mesma forma (usando ele ou eles, como preferir): “Que ele (eles) possa(m) libertar-se do sofrimento. Que ele (eles) possa(m) ser tão feliz e saudável quanto possível. Que ele (eles) tenha(m) paz de espírito.” uma vez mais, vejo que surge na mente e no corpo enquanto evoca a pessoa na cabeça e

no coração, Desejando-lhe bem. Mais uma vez, deixe as respostas chegar. Leve o tempo que for preciso. Respirando.

Quando estiver preparado para prosseguir, escolha um estranho. Pode ser alguém que vê com regularidade, talvez na rua, no autocarro ou no comboio - alguém que reconhece, mas cujo nome não possa saber; alguém em relação a quem se sente neutro. Reconheça que, embora não o conheça, provavelmente ele também terá uma vida cheia de esperanças e medos, tal como você tem. Também ele quer ser feliz com você. Por isso, com o estranho no coração e na mente, repita as frases e deseje-lhe bem.

Agora, se escolher alargar ainda mais esta meditação, pode experimentar com uma pessoa que seja “difícil” (do passado ou do presente). Não tem de ser a pessoa mais difícil da sua vida, mas seja quem for, permita que ela ocupe plenamente o seu coração e mente, reconhecendo que também ela pode desejar (ou ter desejado) ser libertada do sofrimento. Repita estas frases: “Que ele (ou ela) possa libertar-se do sofrimento. Que ele (ou ela) possa ser tão feliz e saudável quanto possível. Que ele (ou ela) tenha paz de espírito”. Faça uma pausa. Receba as sensações do seu corpo. Se possível explore esses sentimentos sem os censurar e sem se julgar a si próprio. Recorde que, se em algum dos momentos, se sentir superado ou arrastado por sentimentos ou pensamentos intensos, pode regressar à respiração centrada no corpo para voltar ao momento presente, tratando-se sempre com amabilidade.

Por último, amplie o sentimento de bondade a todos os seres, incluindo os entes queridos, desconhecidos e pessoas com quem mantenha uma relação difícil. o objetivo é fazer chegar o seu amor e a sua amabilidade a todos os seres vivos do planeta. Lembre-se de que isso o inclui a si! Repita: “Que todos os seres possam libertar-se do sofrimento. Que possam ser tão felizes e saudáveis quanto possível. Que todos tenhamos paz de espírito”. No fim da prática, disponha do seu tempo para prestar atenção à respiração e ao corpo, descanse com plena consciência do momento presente. Seja o que for que experimente durante a prática, reconheça a sua coragem por dedicar o seu tempo a cuidar de si desta maneira.

ANEXO 14: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A resposta a este questionário é anónima e confidencial.

Responda, por favor, de forma sucinta às seguintes questões:

1. Género:

1.1. Feminino ____

1.2. Masculino ____

2. Idade: ____ anos

3. Situação Conjugal:

4.1. Solteiro ____

4.2. Casado/União de facto ____

4.3. Separado/Divorciado ____

4.4. Viúvo: ____

4. Nível de Escolaridade:

5.1. Analfabeto (nunca frequentou a escola) ____

5.2. Primeiro Ciclo (1ª, 2ª, 3ª e 4ª classe) ____

5.3. Segundo Ciclo (5º e 6º ano) ____

5.4. Terceiro Ciclo (7º, 8º e 9º ano) ____

5.5. Ensino Secundário (12º ano) ____

5.6. Ensino Superior ____

5. Antecedentes de Saúde Pessoais:

6. Terapêutica Habitual:

Muito obrigada pela sua colaboração!

Data: ____/____/____

ANEXO 15: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (VERSÃO PORTUGUESA)

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS (versão Portuguesa)

Trata-se de uma escala de hetero-avaliação, composta por vinte e oito itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na semana transata.

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida atual	0	1
2	Abandonou muitas das suas atividades e interesses	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia	1	0
4	Anda muitas vezes aborrecido	1	0
5	Encara o futuro com esperança	0	1
6	Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar	1	0
7	Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo	0	1
8	Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má	1	0
9	Sente-se feliz a maior parte do tempo	0	1
10	Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido	1	0
11	Fica muitas vezes inquieto e nervoso	1	0
12	Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas	1	0
13	Anda muitas vezes preocupado com o futuro	1	0
14	Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas	1	0
15	Atualmente, sente-se muito contente por estar vivo	0	1
16	Sente-se muitas vezes desanimado e abatido	1	0
17	Sente que, nas condições atuais, é um pouco inútil	1	0
18	Preocupa-se muito com o passado	1	0
19	Sente-se cheio de interesse pela vida	0	1
20	Custa-lhe muito meter-se em novas atividades	1	0
21	Sente-se cheio de energia	0	1
22	Sente que para a sua situação não há qualquer esperança	1	0
23	Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o senhor	1	0
24	Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância	1	0
25	Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar	1	0
26	Sente dificuldade em se concentrar	1	0
28	Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)	1	0

Nota: Foram excluídos os itens: 27, 29, 30.

ANEXO 16: MINI MENTAL STATE EXAMINATION

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Idade: _____

Data: ____/____/____

1. Orientação (1 Ponto por cada resposta correta)

- a) Em que ano estamos?/.....
- b) Em que mês estamos?/.....
- c) Em que dia do mês estamos?/.....
- d) Em que dia da semana estamos?/.....
- e) Em que estação do ano estamos?/.....
- f) Em que país estamos?/.....
- g) Em que distrito vive?/.....
- h) Em que terra vive?/.....
- i) Em que casa estamos?/.....
- j) Em que andar estamos?/.....

2. Retenção (1 Ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer 3 palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.”

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair (...), consideram-se as seguintes como corretas. Pára ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar”

30 _____ 27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____

4. Evocação (1 Ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi há pouco para decorar.”

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

5. Linguagem (1 Ponto por cada resposta correta)

a) “Como se chama isto.” Mostrar os objetivos:

Relógio _____

Lápis _____

b) “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

c) “Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha, segurando com as 2 mãos.

Pega com a mão direita _____ Dobra ao meio _____ Coloca onde deve _____

d) “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

e) “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____

6. Habilidade construtiva (1 Ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação: _____

Desenho:

Cópia:

