

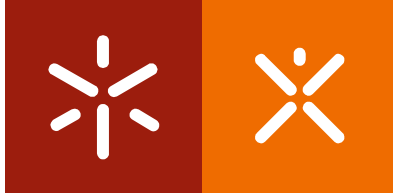


**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Carolina Gonçalves Gomes Lima

**Um lugar na sociedade:  
o contributo da animação sociocultural nas  
pessoas com perturbações mentais**





**Universidade do Minho**

Instituto de Educação

Carolina Gonçalves Gomes Lima

**Um lugar na sociedade:  
o contributo da animação sociocultural nas  
pessoas com perturbações mentais**

Relatório de Estágio  
Mestrado em Educação  
Área de Especialização em Educação de Adultos e  
Intervenção Comunitária

Trabalho Efetuado sob a orientação do  
**Professor Doutor José Carlos de Oliveira Casulo**

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



**Atribuição**

**CC BY**

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste projeto foi, ao longo de um ano, o meu principal pensamento, pelo que é necessário agradecer a quem me ajudou a atingir os objetivos e metas estabelecidos.

Ao meu orientador, Professor Doutor José Carlos de Oliveira Casulo, agradeço os a disponibilidade e o apoio no decorrer de todo o projeto.

À minha acompanhante de estágio pela oportunidade dada e por todos os conselhos dados ao longo do estágio curricular.

Aos meus colegas que me integraram, acompanharam e ajudaram constantemente em todo este processo.

Aos meus amigos, que me mostraram diferentes perspetivas, me aconselharam e seguiram comigo este caminho.

À minha família, pais, padrinhos e prima, por me darem força, por me apoiarem em todos os momentos e por acreditarem sempre nas minhas capacidades.

Finalmente, a todas as participantes deste projeto pois sem a colaboração delas, a realização do mesmo não seria possível.

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho acadêmico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

# **UM LUGAR NA SOCIEDADE: O CONTRIBUTO DA ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL NAS PESSOAS COM PERTURBAÇÕES MENTAIS**

## **RESUMO**

A presente investigação/intervenção decorreu no âmbito do Mestrado em Educação, área de especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária e foi realizada numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), no norte do país. Nesta instituição vivem pessoas com diferentes necessidades, contudo a intervenção ocorreu a nível da doença mental.

O objetivo deste trabalho é incluir estas pessoas na nossa sociedade e motivá-las a serem ativas e participativas, promovendo-lhes momentos de felicidade e diversão. O projeto “Um lugar na sociedade: o contributo da animação sociocultural nas pessoas com perturbações mentais” teve como público-alvo apenas utentes, com idades muito distintas e com diferentes perturbações mentais.

A Educação de Adultos e Intervenção Comunitária tem, neste projeto, um papel de destaque pela forma de atuação e pela importância que dá às utentes, não só como um ser holístico, mas também como um ser com necessidades e interesses próprios.

Esta investigação é de caráter qualitativo, fundamentado na investigação-ação e na animação sociocultural e dispõe de dois planos de atividades distintos, para dois grupos (um aberto e um fechado), com necessidades diferentes.

No final do projeto, conclui-se que as participantes se sentiram felizes, pois afirmaram que as atividades melhoraram o seu bem-estar e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Bem-estar, Educação de Adultos, Qualidade de vida, Saúde mental.

# **A PLACE IN SOCIETY: THE CONTRIBUTION OF SOCIOCULTURAL ANIMATION TO PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS**

## **ABSTRACT**

This investigation/intervention took place within of the master's degree in Education, specialization area of Adult Education and Community Intervention and was developed in a Private Institution of Social Solidary (IPSS), in the north of the country. Although this institution hosts people with very different needs, this project focuses specifically on women of various ages with mental illnesses.

The project is entitled "A place in society: the contribution of sociocultural animation to people with mental disorders" and its main purpose is not only to include these people in our society but also motivate them to play an active, participatory role in society, thereby providing them with many moments of joy, happiness and fun.

For the present study, Adult Education and Community Intervention stands out for its courses of action as well as the importance it attaches to women as a holist being, with needs and interests.

This report contains a qualitative research, based on a research-action method as well as a sociocultural animation, which has two distinct plans for two groups (one open and on closed), with different needs.

At the end of the project, the participants stated that the activities developed during the internship, improved their well-being and their life's quality.

**Keywords:** Wellness, Adult Education, Life's quality, Mental health.



# ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>iii</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b> .....	<b>x</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	<b>xii</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>xiii</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTÁGIO</b> .....	<b>16</b>
2.1. Integração Institucional e pertinência do estágio.....	16
2.1.1. Descrição dos procedimentos utilizados para a integração institucional .....	16
2.1.2. Pertinência do estágio a realizar.....	17
2.2. Caracterização Da Instituição.....	20
2.2.1. Resenha Histórica.....	20
2.2.2. Missão e Valores .....	21
2.2.3. Áreas De Intervenção e Estrutura Funcional .....	22
2.2.4. Recursos .....	24
2.2.4.1. Recursos físicos e materiais.....	24
2.2.4.2. Recursos humanos da Instituição.....	28
2.3. Caracterização do público-alvo.....	29
2.4. Diagnóstico de necessidades, motivações e interesses .....	33
2.4.1. Recolha de informação e resultados obtidos.....	33
2.4.2. Interpretação dos resultados e prognóstico .....	36
<b>3. BREVE ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO TEMA/ÁREA DE ESTÁGIO</b> .....	<b>38</b>
3.1. Apresentação de outras experiências e/ou investigações sobre a Educação de Adultos e Intervenção Comunitária e a sua relevância/articulação para com o trabalho de intervenção/investigação desenvolvido .....	38

3.2. Exploração das correntes teóricas/autores que constituíram referentes importantes na exploração da problemática do estágio .....	40
3.2.1. A saúde mental e a sua evolução .....	40
3.2.2. Fatores de risco e fatores de proteção.....	46
3.2.2.1. Fatores de risco.....	46
3.2.2.2. Fatores de proteção.....	48
3.2.3. Tipos de doenças mentais e o seu impacto .....	52
3.2.3.1. Tipos de doenças mentais .....	52
3.2.3.2. Impacto das doenças mentais.....	53
3.2.4. A importância da literacia digital para a inclusão das pessoas com doença mental.....	55
3.3. Identificação dos contributos teóricos mobilizados para a problemática específica de investigação/intervenção.....	57
<b>4. APRESENTAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO/INVESTIGAÇÃO A ADOTAR.....</b>	<b>59</b>
4.1. Objetivos da intervenção/problema de investigação.....	59
4.2. Definição do paradigma de intervenção/investigação .....	60
4.3. Seleção do método e das técnicas de investigação e de intervenção.....	62
4.3.1. Métodos e técnicas de investigação.....	62
4.3.1.1. Método de investigação.....	62
4.3.1.2. Técnicas de investigação .....	65
4.3.2. Métodos e técnicas de intervenção.....	70
4.3.2.1. Método de intervenção.....	70
4.3.2.2. Técnicas de intervenção.....	75
4.4. Recursos mobilizados e limitações do processo.....	77
4.4.1. Recursos mobilizados .....	77
4.4.2. Limitações do processo .....	78
4.5. Avaliação.....	80

<b>5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO/INVESTIGAÇÃO DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO .....</b>	<b>82</b>
5.1. Apresentação do trabalho de investigação/intervenção desenvolvido em articulação com os objetivos definidos, com os referenciais teóricos mobilizados e com os resultados de outros trabalhos de investigação/intervenção sobre o tema.....	82
5.2. Evidenciação de resultados obtidos (previsíveis e não previsíveis) .....	108
5.3. Considerações finais.....	116
<b>6. CALENDARIZAÇÃO/FASES DA INTERVENÇÃO/INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>118</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>119</b>
7.1. Bibliografia consultada.....	119
7.2. Bibliografia referenciada .....	122
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>124</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Idades do grupo do curto internamento .....	30
<b>Gráfico 2:</b> Idades do grupo do longo internamento.....	30
<b>Gráfico 3:</b> Estado Civil do grupo do curto internamento.....	30
<b>Gráfico 4:</b> Estado Civil do grupo do longo internamento .....	30
<b>Gráfico 5:</b> Número de filhos do grupo do curto internamento .....	31
<b>Gráfico 6:</b> Número de filhos do grupo do longo internamento.....	31
<b>Gráfico 7:</b> Problemas de saúde do grupo do curto internamento .....	31
<b>Gráfico 8:</b> Problemas de saúde do grupo do longo internamento.....	31
<b>Gráfico 9:</b> Nível de escolaridade do grupo do curto internamento .....	32
<b>Gráfico 10:</b> Nível de escolaridade do grupo do longo internamento .....	32
<b>Gráfico 11:</b> Profissões do grupo do curto internamento .....	33
<b>Gráfico 12:</b> Profissões do grupo do longo internamento.....	33
<b>Gráfico 13:</b> Interesse do grupo do curto internamento e do longo internamento em participar nas atividades .....	34
<b>Gráfico 14:</b> Tipos de atividades que o grupo do curto internamento gostaria de fazer .....	35
<b>Gráfico 15:</b> Tipos de atividades que o grupo do longo internamento gostaria de fazer.....	35
<b>Gráfico 16:</b> Temas que o grupo do curto internamento gostaria de desenvolver .....	36
<b>Gráfico 17:</b> Temas que o grupo do longo internamento gostaria de desenvolver.....	36
<b>Gráfico 18:</b> Evolução das perturbações mentais registadas pelos utentes que estão inscritos nos CSP.....	44
<b>Gráfico 19:</b> Avaliação das atividades pelo Grupo Violeta.....	109
<b>Gráfico 20:</b> Avaliação das atividades pelo grupo de informática .....	109
<b>Gráfico 21:</b> Pertinência das atividades pelo Grupo Violeta .....	109
<b>Gráfico 22:</b> Pertinência das atividades pelo grupo de informática.....	109
<b>Gráfico 23:</b> Atividade(s) favorita(s) do Grupo Violeta.....	110
<b>Gráfico 24:</b> Atividade(s) favorita(s) do grupo de informática .....	110
<b>Gráfico 25:</b> Razões do Grupo Violeta para selecionarem as atividades como as que mais gostaram .....	111
<b>Gráfico 26:</b> Razões do grupo de informática para selecionarem as atividades como as que mais gostaram .....	111

<b>Gráfico 27:</b> Influência da realização das atividades, a nível pessoal ou social, na vida das utentes do Grupo Violeta .....	112
<b>Gráfico 28:</b> Influência da realização das atividades, a nível pessoal ou social, na vida das utentes do grupo de informática .....	112
<b>Gráfico 29:</b> Forma da influência da realização das atividades, a nível pessoal ou social, na vida das utentes do Grupo Violeta .....	112
<b>Gráfico 30:</b> Forma da influência da realização das atividades, a nível pessoal ou social, na vida das utentes do grupo de informática.....	112
<b>Gráfico 31:</b> Atividade(s) que o Grupo Violeta menos gostou .....	113
<b>Gráfico 32:</b> Atividade(s) que o grupo de informática menos gostou .....	113
<b>Gráfico 33:</b> Razões do Grupo Violeta para selecionarem as atividades como as que menos gostaram .....	114
<b>Gráfico 34:</b> Razões do grupo de informática para selecionarem as atividades como as que menos gostaram .....	114

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Descrição dos espaços físicos da instituição de estágio .....	27
<b>Figura 2:</b> Representação, em quatro fases, do ciclo básico da investigação-ação .....	64
<b>Figura 3:</b> Definição semântica de animação sociocultural.....	71
<b>Figura 4:</b> Quadro dos ateliers e atividades do Grupo Violeta .....	125
<b>Figura 5:</b> Quadro de ateliers do grupo de informática .....	125
<b>Figura 6:</b> Declaração de Autorização.....	136

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Recursos Humanos da Instituição.....	28
<b>Tabela 2:</b> Recursos humanos utilizados no estágio curricular .....	78
<b>Tabela 3:</b> Recursos físicos utilizados no estágio curricular .....	78
<b>Tabela 4:</b> Recursos materiais utilizados no estágio curricular.....	78

## 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no segundo ano do Mestrado em Educação, com Especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária. Este projeto desenvolveu-se ao longo do ano letivo, num Centro Hospitalar situado no norte do país e consistiu em conhecer a instituição, os seus diferentes públicos-alvo e quais as suas necessidades e interesses para, posteriormente, implementar um plano de atividades que desse resposta aos fatores selecionados como importantes a trabalhar e, finalmente, avaliá-lo.

A escolha de um público-alvo com doenças mentais deveu-se, em primeiro lugar, pelo facto de ser uma área em que não tinha feito qualquer intervenção e, em segundo lugar, por ser um tema desafiador, atual e importante.

Efetivamente, as pessoas com problemas de saúde mental acabam por ser voluntária ou involuntariamente excluídas da sociedade, têm carências específicas e características muito particulares, para além de que algumas estão internadas há vários anos e não têm tanto contacto com o exterior.

Posto isto, um dos objetivos deste projeto é valorizar as pessoas assistidas como seres ativos na sociedade, isto é, fazer com que se sintam iguais aos outros e que sintam que também têm algo a oferecer. Para além deste objetivo, o projeto pretende, também, melhorar o dia-a-dia das pessoas assistidas com momentos de lazer e aprendizagens importantes para o desenvolvimento de algumas habilidades.

Neste sentido, o tema específico do estágio insere-se na temática do mestrado de educação, com especialização em educação de adultos e intervenção comunitária, na medida em que esta área tem como objetivo o desenvolvimento pessoal dos indivíduos e o desenvolvimento comunitário, visto que todas as atividades elaboradas são em prol do bom funcionamento da sociedade.

A Educação de Adultos e a Intervenção Comunitária visam a participação social, a autonomia das pessoas e estimulam o desenvolvimento de habilidades pessoais que ajudem as pessoas e a própria comunidade a evoluir e a acompanhar as transformações sociais que vão ocorrendo ao longo do tempo.

Para apresentar o projeto de forma clara e organizada, a divisão será feita em oito capítulos, de acordo com a temática tratada.



Assim, o primeiro capítulo diz respeito à introdução, e neste ponto, são apresentadas, resumidamente, a temática do estágio, a indicação do contexto em que o estágio ocorreu e a explicitação da estrutura/organização do relatório.

No segundo capítulo é abordado o enquadramento contextual do estágio, isto é, a importância do estágio realizado e a pertinência do mesmo para a área da Educação de Adultos e Intervenção Comunitária e a caracterização da instituição, os seus recursos físicos, materiais e humanos. Para além disto, também é neste capítulo que são expostos os dados sociodemográficos do público-alvo, juntamente com os resultados do diagnóstico de necessidades.

O terceiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico da área do estágio e está dividido em três partes: a apresentação de outras experiências e/ou investigações sobre a Educação de Adultos e Intervenção Comunitária e a sua relevância/articulação para com o trabalho de intervenção/investigação desenvolvido; a exploração das correntes teóricas/autores que constituíram referentes importantes na exploração da problemática do estágio e a identificação dos contributos teóricos mobilizados para a problemática específica de investigação/intervenção.

No quarto capítulo é desenvolvido o enquadramento metodológico da intervenção e da investigação a adotar e é neste capítulo que são indicados e explicados os métodos e técnicas utilizados tanto na investigação como na intervenção do projeto. Os recursos mobilizados, as limitações do projeto e a fase da avaliação são, também, abordados neste capítulo de uma forma mais extensa.

O quinto capítulo relaciona-se com a apresentação e discussão do processo de intervenção/investigação do relatório de estágio. Este capítulo exhibe os resultados alcançados não só com o plano de atividades, mas também com o preenchimento do inquérito por questionário entregue às utentes na última atividade.

O sexto capítulo exhibe um quadro onde está descrita a calendarização, isto é, a programação de todas as fases da intervenção e da investigação.

No sétimo capítulo está a bibliografia utilizada na investigação ao longo de todo o projeto, organizada por ordem alfabética e distinguida entre bibliografia consultada e referenciada.

Finalmente, no oitavo capítulo estão os anexos com todos os ficheiros e figuras necessárias de apoio à redação do trabalho.

## **2. ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTÁGIO**

### **2.1. Integração Institucional e pertinência do estágio**

#### **2.1.1. Descrição dos procedimentos utilizados para a integração institucional**

A conclusão de uma licenciatura apresenta-se, na maior parte das vezes, um quebra-cabeça. A indecisão entre continuar na área ou optar por ter uma formação um pouco diferente, resiste.

No meu caso, a decisão de me candidatar a um mestrado de Educação, com especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, surgiu após a realização de um estágio curricular no ano anterior, no âmbito da licenciatura em Sociologia da Universidade do Minho. Durante este estágio foram partilhadas ideias, questões e pontos de vista com antigos alunos que frequentavam o mesmo mestrado, técnicos dentro da área e alunos da licenciatura de educação que realizaram o estágio na mesma instituição e que ajudaram a organizar alguns pensamentos.

Sem muitas hesitações quanto à área que pretendia estudar, segui o primeiro ano do curso de mestrado tentando manter-me em contacto com pessoas que partilhavam um objetivo semelhante ao meu, debatendo alguns pontos de vista e esclarecendo alguns aspetos que iam surgindo no decorrer do tempo.

Ao longo do ano letivo, as temáticas abordadas nas unidades curriculares e a possibilidade de realizar pequenos projetos com diferentes tipos de públicos contribuíram como guia e permitiram a obtenção de mais informação sobre os diversos contextos que poderiam surgir. Após refletir sobre tais contextos, questionei-me acerca do local onde iria realizar o meu estágio. A dúvida entre jogar pelo seguro e ir seguir com um público alvo no qual sabia que teria mais opções de escolha no que toca a instituições ou ir para um sítio completamente distinto do que estava habituada, estendeu-se durante algum tempo, até que decidi que seria um desafio para mim sair da minha zona de conforto e experimentar algo com que não tinha tido, ainda, qualquer tipo de contacto.

Neste sentido e ao fim de terminar o primeiro ano do mestrado, comecei por enviar um e-mail à direção da instituição a expressar a minha vontade em realizar lá um estágio curricular, expondo os meus objetivos e enunciando as diferentes instituições por onde já tinha passado anteriormente. Rapidamente obtive uma resposta a marcar uma entrevista para, então,

conversar sobre o que pretendia com a realização do estágio. Durante a entrevista foram levantadas várias hipóteses no que poderia consistir o estágio até que, por fim, ficou decidido marcar outra entrevista com a terapeuta ocupacional, visto que os objetivos apresentados encaixavam melhor no tipo de atividades que são feitas nesta área.

Após a conversa com a terapeuta ocupacional, o estágio foi aceite e comecei a tratar do preenchimento dos documentos necessários para formalizar a situação.

Relativamente aos problemas que surgiram, considero que o mais difícil foi marcar as reuniões visto que todo este processo ocorreu durante os meses de verão, ou seja, as férias dificultaram a disponibilidade de ambos os lados.

### **2.1.2. Pertinência do estágio a realizar**

Atualmente, a educação tem um papel crucial no que diz respeito à resolução de problemas que a nossa sociedade enfrenta. A revolução tecnológica das últimas décadas obriga os seres humanos a manterem-se ativos na comunidade em que vivem, visto que os acontecimentos se desenrolam num ritmo tão exorbitante que, muitas vezes, nos passam ao lado ocorrências importantes. Estes casos são retratados, maioritariamente, por aqueles que têm pouco acesso à informação e às novas tecnologias (que atualmente representam o meio de comunicação mais forte) ou não têm capacidades para compreenderem o que se passa à sua volta. Assim, é essencial atuar nestes contextos a partir da Educação e da formação, para que todos os seres humanos continuem a desenvolver conhecimentos e continuem a crescer, já que faz parte dos seus direitos. Neste sentido, a educação, que é um “processo permanente e difuso em toda a vida social, tem um papel central a desempenhar na pesquisa e construção de «uma saída» coletiva” e no “desenvolvimento de valores” (Canário, 1999: 94).

Com isto quero dizer que a resposta para os problemas que vão surgindo na comunidade é a educação de adultos, que dispõe dos procedimentos certos. Um dos objetivos desta área é o desenvolvimento pessoal e comunitário, encorajando a participação social, isto é, é importante que todos os indivíduos potencializem as suas habilidades e aptidões pessoais, não só para conseguirem acompanhar as transformações sociais que vão ocorrendo ao longo do tempo, mas também para compreenderem o impacto que estas transformações provocam na sociedade e para a própria sociedade se desenvolver (Carrasco, 1997: 279).

Relativamente ao estágio curricular, é possível estabelecer algumas ligações com os conceitos apresentados anteriormente. A educação não pode centrar-se em apenas em algumas

peças e descurar os outros, como por exemplo as peças com doenças mentais que, por vezes, deixam de ser considerados seres úteis na sociedade. Por isso, é fundamental motivar as peças para participarem na planificação, organização e execução dos projetos comunitários, cujo objetivo é transformar a própria realidade, tornando-a numa entidade autónoma, responsável e organizada (Carrasco, 1997:273).

Neste sentido, um dos principais objetivos do estágio é tornar as peças assistidas mais autónomas, autoconfiantes e conscientes acerca do mundo que as rodeia.

Por sua vez, a Educação de Adultos é um subconjunto integrado, com objetivos específicos e procedimentos caraterísticos, como por exemplo criar o respeito pela diversidade de culturas existentes, potencializar a preocupação das peças com o meio ambiente e com os outros e desenvolver a motivação para aprenderem continuamente, de forma a desenvolver a maturidade do ser humano (UNESCO, 1977: 3).

Assim, existem seis princípios essenciais que constituem uma orientação de qualquer processo de formação e não há uma boa prática de educação de adultos se estarem presentes estes princípios.

O primeiro princípio aborda a importância de diferenciar as aprendizagens entre as diversas peças, isto é, toda a gente tem uma história de vida própria e é necessário, por vezes, sair do plano pré-definido para conhecer as experiências de cada um, de modo a conseguir ajudar o indivíduo a lembrar-se das próprias vivências.

O segundo princípio afirma que é necessária uma transformação individual e que, nesta transformação, ocorrem diferentes aquisições, como conhecimentos, aptidões, técnicas, entre outros.

O terceiro princípio defende que a transformação de cada indivíduo tem de estar associada ao contexto inserido, isto é, o investigador deve ter em conta, sempre, a instituição e não só os formandos.

No quarto princípio é tratada a mudança como uma formação coletiva. Os educadores trabalham com a população e não para a população, com a finalidade de resolver problemas comuns à comunidade.

O quinto princípio alega que a intervenção que se faz com a comunidade tem de fornecer as ferramentas e os recursos necessários para que possam utilizar em situações concretas, posteriormente, o que adquiriram.

Finalmente, no sexto princípio, Canário (2000: 22) afirma que a principal característica do Homem é a capacidade de resolver os problemas e superar certos episódios com as ferramentas que adquiriu ao longo de todo o processo, portanto, o objetivo principal da intervenção é tornar o indivíduo o mais autónomo possível para que este consiga continuar o próprio processo sem a orientação do educador.

No que toca ao estágio curricular, verifica-se a existência de todos os princípios enunciados anteriormente pois ao longo do tempo foram elaboradas e executadas atividades que foram pensadas a partir de problemas comuns das pessoas assistidas e que promovem a sua autonomia, tornando-as mais independentes e conscientes. Todas estas atividades foram ponderadas tendo em conta os recursos existentes e a própria instituição, bem como as motivações e interesses das mesmas.

Por conseguinte, a intervenção comunitária é um processo no qual aprendem tanto os investigadores como os investigados, já que o projeto se executa com eles e não para eles.

Deste modo, cabe ao educador incentivar a participação ativa das pessoas, através da valorização das experiências e das condições específicas que são criadas, como por exemplo rentabilizar os recursos endógenos e atuar de acordo com os contextos e necessidades de uma determinada comunidade, dando informações e fornecendo conhecimento acerca do projeto em si (cit in Carrasco, 1997: 280).

Efetivamente, o estágio curricular está intimamente ligado aos objetivos da área de especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária que, por sua vez, se relacionam com o desenvolvimento de “competências de identificação, reconhecimento, validação e certificação de aprendizagens não formais e informais de educação/formação ao longo da vida”; com os “modelos e as manifestações temporais da educação de adultos e intervenção comunitária”; fornecem, também, as ferramentas necessárias a aplicar no campo de intervenção e investigação; possibilitam “uma adaptação operatória às exigências de mediação e avaliação em contextos profissionais de educação de adultos e intervenção comunitária” e permitem o desenvolvimento de conhecimentos e posteriormente a prática destes em situações específicas de educação de adultos e intervenção comunitária <sup>1</sup>. Ao longo de todo o estágio foram postas em prática aprendizagens adquiridas ao longo do mestrado e elaboradas dinâmicas com base nessas aprendizagens, estabelecendo, desta forma, uma ligação entre esta área e o estágio.

---

<sup>1</sup>(<https://www.ie.uminho.pt/pt/Ensino/mestrados/Paginas/Mestrados-em-Educacao.aspx>, acedido em 02/03/2019)

## **2.2. Caraterização Da Instituição**

### **2.2.1. Resenha Histórica**

A Instituição foi formada por S. Bento Menni (1841-1914), sacerdote da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, a Irmã Maria Josefa Récio (1846-1883) e a Irmã Maria Angustias Giménez (1849-1897) a 30 de maio de 1881. Hoje em dia, a Irmã Maria do Sameiro Martins é a Superiora local.

A criação desta Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) deveu-se, essencialmente, à “situação de abandono e exclusão social das utentes com doença mental da época”<sup>2</sup>.

No momento atual, a Congregação encontra-se em quatro continentes -Europa, África, Ásia e América- e, por sua vez, em vinte e sete países: Angola, Argentina, Bolívia, Brasil, Burkina Faso, Camarões, Colômbia, Chile, China, Equador, Espanha, França, Filipinas, Gana, Guiné, Inglaterra, Itália, Libéria, México, Moçambique, Peru, Portugal, República Democrática do Congo, Togo, Uruguai, Vietname e Índia. Em Portugal existe desde 1894 e está presente em dez localidades: Braga, Condeixa-a-Nova, Guarda, Lisboa, Idanha, Belas, Parede, Assumar, Madeira e Açores.

A Instituição deste estágio é um dos doze estabelecimentos de saúde geridos pelo Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Situa-se em Braga, foi fundada no dia 30 de setembro de 1932 e o primeiro internamento ocorreu a 6 de dezembro do mesmo ano. A partir desse momento foram criadas seis unidades de internamento, perfazendo um total de 385 camas.

---

<sup>2</sup> <http://www.irmahospitaleiras.pt/csbi/apresentacao/instituto>, acedido em 06/11/2018)

### **2.2.2. Missão e Valores**

Ligada à essência da Congregação, a Instituição tem como missão *“a prestação de cuidados diferenciados e humanizados em saúde, sobretudo em saúde mental e psiquiatria, de acordo com as melhores práticas clínicas, com qualidade e eficiência, respeito pela individualidade e sensibilidade da pessoa assistida, numa visão humanista e integral, com especial atenção aos mais pobres”*<sup>3</sup>.

Todas as tarefas e atividades realizadas na Instituição têm como base a Visão de S. Bento Menni. Assim, a instituição visa intervir na saúde mental e psiquiatria, consoante as necessidades da população no momento, adequando a assistência prestada.

Os valores hospitalares que esta IPSS, naturalmente, segue, são a sensibilidade para com os excluídos e o serviço às pessoas com doença mental e necessitados, tal como está descrito na missão da instituição, isto é, os cuidados são prestados essencialmente aos excluídos, contudo não existem distinções de raças, religião, cultura, género ou classe social; o acolhimento é libertador pois é durante o acolhimento que se inicia todo o processo de mudança e, assim, o modo como são recebidos e integrados as pessoas com doença mental é um passo importante para a reabilitação dos mesmos; a saúde integral visto que a mudança é feita de uma forma holística, abrangendo todas as dimensões das pessoas; a qualidade profissional, isto é, existe rigor profissional, trabalho em equipa e constante atualização dos técnicos para o bom funcionamento da instituição e para a eficácia dos tratamentos; a humanização dos cuidados, no que diz respeito à sensibilidade e ao respeito pelo outro, às suas crenças e aos seus valores; a ética em toda a atuação uma vez que um comportamento ético é um valor a ter em conta no decorrer de todo o processo de mudança, de acordo com os critérios da Bioética e o princípio da Hospitalidade e, finalmente, a consciência histórica que tem o objetivo de fomentar a consciência individual e coletiva, continuando fieis às suas origens para construir um futuro hospitalar (IIHSCJ, 2011: 10-12).

Quanto à própria instituição, constata-se que o estágio curricular se enquadra na missão e nos valores da mesma. A visão da instituição é intervir na saúde mental e psiquiatria, de acordo com as necessidades da população no momento, adequando a assistência prestada, salientando, desta forma, uma das responsabilidades a ter em conta no decorrer do estágio.

A intenção do projeto é, efetivamente, intervir na saúde mental e psiquiatria, com base nas carências do público, atendendo sempre à ética e atuando de forma sensível com o público.

---

<sup>3</sup> <http://www.irmahospitaleiras.pt/csbi/apresentacao/identidade>, acedido em 06/11/2018)

### **2.2.3. Áreas De Intervenção e Estrutura Funcional**

Este Centro Hospitalareiro intervém em diversas áreas, das quais:

- Psiquiatria

A psiquiatria destina-se ao tratamento de pessoas com doença mental e está dividida em unidades de curta, média e longa duração.

- Psicogeriatría

A psicogeriatría destina-se ao tratamento de pessoas com défices cognitivos relacionados com processos demenciais, acidentes vasculares cerebrais e outras perturbações associadas ao envelhecimento e é dividida em unidades de curta, média e longa duração.

- Deficiência intelectual

A deficiência intelectual relaciona-se com o tratamento e desenvolvimento de programas de intervenção psicopedagógicos de pessoas com deficiência mental e decorre em unidades de internamento prolongado.

- Toxicoddependência e alcoolismo

A toxicoddependência e o alcoolismo dizem respeito ao tratamento de pessoas com dependências e ocorre em unidades de curta e longa duração.

- Reabilitação Psicossocial e Integração Social:

A reabilitação psicossocial destina-se ao tratamento de pessoas com doença mental grave com potencial de reabilitação e é dividida em:

- Unidades de Vida Protegida;
- Unidades de Vida Apoiada;
- Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental (GIS);
- Apoio Domiciliário;
- Consultas de Especialidade (Psiquiatria e Psicologia);
- Formação e Integração Profissional;
- Formação para Profissionais de Saúde;
- Unidade Sócio Ocupacional.



No que diz respeito à capacidade assistencial da instituição, é possível dividir os utentes em dois tipos diferentes de unidades, as unidades de Internamento e as unidades de Reabilitação.

As unidades de Internamento classificam-se em dois tipos, curto internamento e longo internamento, consoante o tempo de permanência e as necessidades de cada um. Nas unidades de longo internamento, S. Coração, S. Bento, S. José e N.S. Fátima, estão o maior número de pessoas (284) e nas unidades de curto internamento, S. João de deus e S. Luís Gonzaga estão, apenas, 81 utentes.

Por outro lado, as unidades de Reabilitação, que estão localizadas tanto dentro como fora da instituição dividem-se em duas, a residência Sta. Teresa, que é dentro da IPSS e três Apartamentos Terapêuticos, situados fora do Centro Hospitaleiro, mas na cidade de Braga, correspondendo, no total, a 20 camas.

O Instituto tem diversos serviços operacionais que assistem e ajudam no tratamento dos seus utentes. Estes serviços podem ser Técnico-assistenciais, Sócio Terapêuticos e de Apoio Geral.

O primeiro grupo de serviços, Técnico-Assistenciais, corresponde à maioria e podem ser serviços de reabilitação, como por exemplo a educação física adaptada, a fisioterapia, a terapia ocupacional, a formação e a integração socioprofissional ou outro tipo de serviços, como serviços de enfermagem, médicos, de nutrição, de psicologia, de Pastoral da Saúde ou técnicos.

Os serviços Sócio Recreativos e Terapêuticos compõem as atividades de apoio que podem ser momentos de lazer ou participação social e, simultaneamente, são uma forma de ajudar as pessoas assistidas. Este tipo de atividades integram o bazar, o cabeleireiro, a biblioteca, a cafetaria, a sala de cinema, as salas de informática, a sala dos afetos, a horta, o ginásio e o espaço exterior. Cada unidade tem o seu próprio jardim ou espaço exterior, que pode ser utilizado tanto para a prática desportiva como para relaxar.

Por fim, os Serviços de Apoio Geral são os espaços onde são feitas as tarefas e existem diversos exemplos, como a receção, a cozinha, a padaria, os serviços de admissões, administrativos, de esterilização, agropecuário, a farmácia, a lavandaria e costura e o aprovisionamento. Nestes serviços e nas próprias unidades, estão as pessoas assistidas que integram o projeto Trabalhar Gratificar, isto é, ajudam nas tarefas diárias e recebem uma gratificação mensal por isso.

Atuando fora dos limites físicos da instituição, existe o Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental (GIS). Esta é uma estrutura fora da própria instituição que “disponibiliza um conjunto de Serviços Integrados de Reabilitação Psicossocial na Comunidade”, isto é, possibilita “programas específicos” que ajudam na reabilitação, promovidos por uma equipa multidisciplinar.

Neste serviço, as intervenções são feitas a vários níveis, nomeadamente no acompanhamento da especialidade; em atividades ocupacionais como informática, dança, atividade física, trabalhos manuais, cozinha, teatro, entre outros; na psicoeducação; no treino de atividades de vida diária como a alimentação, a higiene pessoal e o vestir e o despir; na reabilitação cognitiva e vocacional; no treino de competências sociais; no treino de atividades instrumentais de vida diária como a confeção de refeições, realização de compras, gestão de dinheiro, gestão de medicação, uso de transportes, higiene e organização habitacional, utilização de serviços e na formação profissional inicial e contínua que tem como objetivo a qualificação de pessoas com deficiência ou incapacidade

Os destinatários dos serviços do GIS não ficam internados e são pessoas adultas com doença mental, cuidadores informais e profissionais de saúde, residentes no concelho de Braga<sup>4</sup>.

## **2.2.4. Recursos**

### **2.2.4.1. Recursos físicos e materiais**

Com o objetivo de caracterizar, de forma detalhada, a instituição na qual será efetuado o estágio curricular, é importante destacar os inúmeros recursos materiais existentes, já que são uma forma de dar assistência aos utentes.

No que diz respeito à cozinha, é possível distribuí-la em duas áreas, a cozinha geral e a cozinha cooperativa. É um local onde trabalham treze pessoas e é composta por dois armazéns, três câmaras de armazenamento (frutas e legumes; laticínios e carnes e, por fim, batatas e descongelamento do peixe), seis arcas de congelação, um basculante, diversas câmaras frigoríficas, grelhadores, fritadeiras, fornos, fogões e afins.

Este espaço está dividido, também, por zonas, como por exemplo a zona onde se descascam batatas e a zona onde se preparam as carnes.

---

<sup>4</sup> (<http://www.gis.org.pt/>, acedido em 20/01/2019)

Finalmente, quando se preparam as marmitas para levar às respectivas unidades, é necessário distinguir as diferentes dietas (normal, mole ou dieta) visto que há utentes que têm necessidades especiais.

Relativamente à lavandaria, é constituída por sete máquinas de lavar (cinco grandes, de 22kg e duas pequenas, de 12kg), três máquinas de secar, uma calandra, um ferro e uma caldeira.

Em relação às salas de informática, existem duas -sala de formação e sala de informática- e a primeira é composta por sete computadores e a segunda por seis.

O bazar, o cabeleireiro, a biblioteca, a cafetaria e a sala de cinema são os espaços de lazer e é onde são desenvolvidos os serviços Sócio Recreativos e Terapêuticos.

A Sala dos Afetos, que é um local de relaxamento, tem o objetivo de convivência, lazer e descanso. Aqui existem alguns sofás, computadores, uma televisão, mesas, jogos, um leitor de *cds* e uma *wii*. Esta sala, para além de ser um sítio tranquilizante, é, também, o ponto de encontro das reuniões do GAR (Grupo Auto-Representantes). Este grupo é composto por vários elementos (um ou dois elementos representantes de cada unidade) e tem com finalidade levantar algumas questões, reclamações ou problemas que se vão passando na instituição e até sugestões que possam melhorar a qualidade de vida de todos os utentes.

Os ateliers ocupacionais são um espaço onde as pessoas assistidas podem desenvolver vários tipos de ocupações é dividido em cinco salas. A sala um é a sala da terapia ocupacional; a sala dois é a sala das expressões plásticas, onde se fazem pinturas, colagens e outro tipo de atividades artísticas; a sala três é a sala de artesanato onde são feitos cachecóis, gorros, malhas ou missangas; a sala quatro é a sala dos labores, onde se faz o croché, bordados, entre outros trabalhos manuais e, por último, a sala cinco é a uma sala de exposição, onde estão os trabalhos feitos pelas utentes ao longo do ano.

Por último, é relevante abordar um pouco o contexto de cada unidade (Sagrado Coração, S. José, S. Bento e Nossa Senhora de Fátima e S. João de Deus) visto serem a parte da instituição que o público-alvo passa mais tempo.

Posto isto, na unidade de Sagrado Coração estão as utentes que pertencem à psicogeriatrica, esta unidade está dividida em dois pisos (A e B) e em cada piso há um refeitório, um gabinete de enfermagem, uma sala de ocupação, uma sala de estar, casas de banho e os quartos. Existe, também, um espaço exterior coberto, denominado por marquise que pode ser ocupado sempre que as utentes pretenderem.

Por outro lado, a unidade de S. Bento é formada por utentes com deficiência intelectual e corresponde à unidade com mais pessoas (aproximadamente oitenta). Este espaço está separado em três pisos, contudo apenas o primeiro e o segundo piso têm quartos. No rés do chão estão o refeitório, a sala de atividades, a sala de estar, o gabinete de enfermagem e a sala de visitas.

Na unidade de Nossa Senhora de Fátima estão as utentes com mais dependência, que precisam de cuidados urgentes e que têm mais dificuldades motoras. Esta unidade é composta por um refeitório, uma sala de estar, sala de ocupação, um gabinete médico e de enfermagem e pelos quartos.

Na unidade S. José estão as restantes utentes que pertencem ao longo internamento e esta é composta por uma sala polivalente, uma sala de estar, um refeitório e um gabinete de enfermagem e gabinete médico.

Finalmente, a unidade de S. João de Deus destina-se às pessoas assistidas que chegam à casa pois é uma unidade de curto internamento. Esta unidade é composta por dois pisos e apenas o piso de cima tem quartos. O piso de baixo é constituído por duas salas de atividades, uma sala de visitas, uma sala de estar e um gabinete de enfermagem.

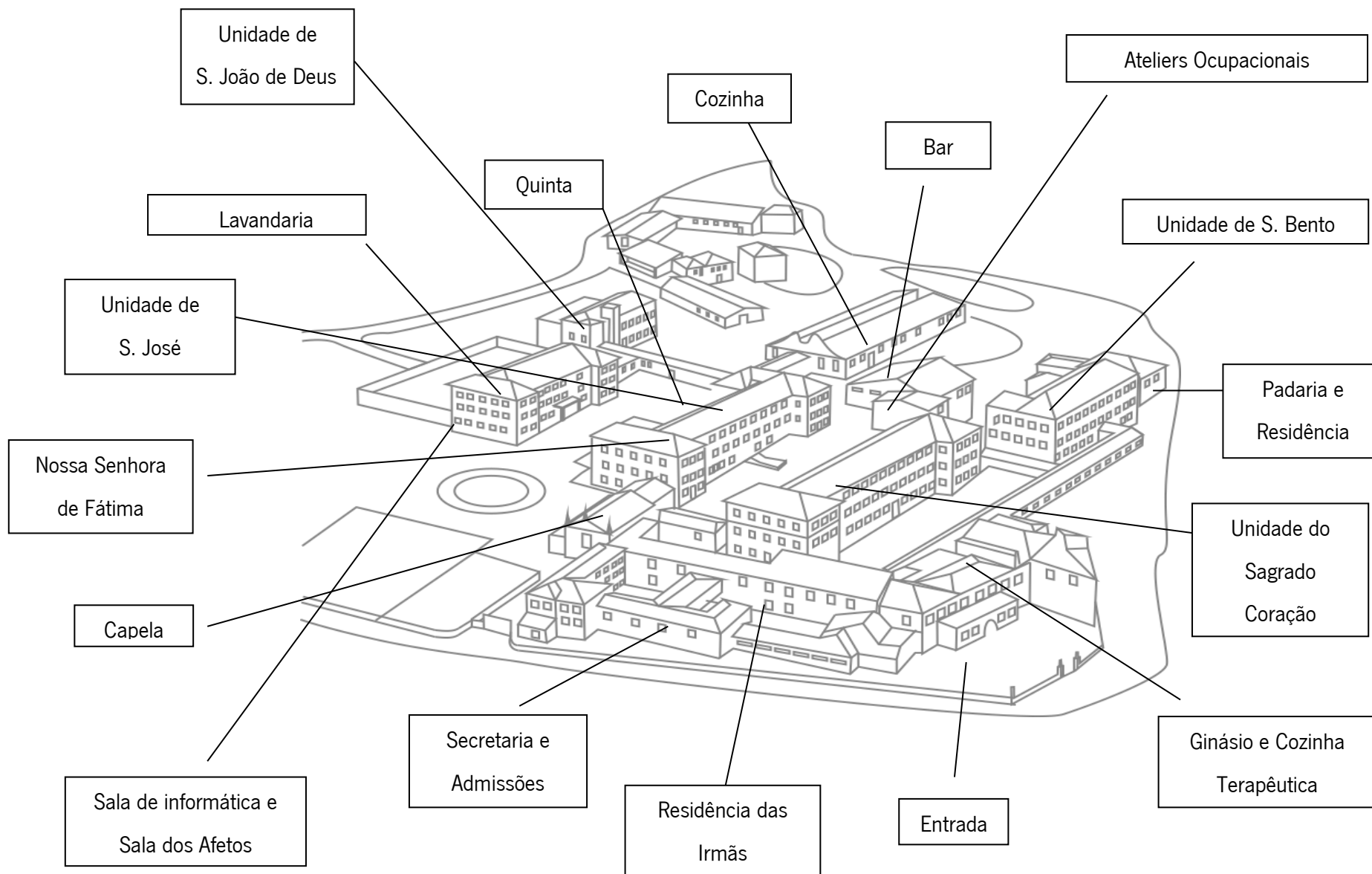


Figura 1: Descrição dos espaços físicos da instituição de estágio

#### 2.2.4.2. Recursos humanos da Instituição

Grupo Profissional	Número de profissionais
Dirigente	5
Médicos:	
Clínicos	3
Estomatologista	1
Psiquiatras	6
Ginecologia	1
Enfermagem	50
Psicologia	5
Outro Técnicos:	
Animadores Socioculturais	2
Serviço Social	3
Educadores Sociais	2
Fisioterapeuta	3
Nutricionista	1
Terapeuta Ocupacional	2
Educação Física Adaptada	1
Jurista	1
Administrativo	9
Pessoal de Apoio Técnico:	
Ajudantes de Enfermaria	62
Ajudantes Ocupacionais	16
Pessoal de Apoio Geral (Bar, cozinha, manutenção...)	51
Voluntariado	1
Serviço Pastoral de Saúde	2
Total	227

Tabela 1: Recursos Humanos da Instituição

A descrição dos recursos humanos é imprescindível para identificar e reconhecer as habilidades necessárias para o desenvolvimento de um projeto bem-sucedido. Posto isto, na tabela abaixo estão apresentados os recursos humanos da instituição onde decorreu o estágio curricular.

Assim, como é possível verificar na tabela 1, o maior grupo profissional pertence à enfermagem (cinquenta enfermeiros) e ao pessoal de apoio técnico (sessenta e dois ajudantes de enfermagem) e de seguida estão as pessoas que dão apoio geral no bar, na cozinha, na manutenção e noutros locais (cinquenta e um). Posteriormente estão os ajudantes ocupacionais que são dezasseis pessoas, o grupo administrativo com nove pessoas e os psiquiatras que correspondem a seis médicos.

Os restantes grupos profissionais variam entre uma e cinco pessoas visto que abordam características mais específicas.

Estes valores devem-se, essencialmente, ao grande número de pessoas com doença mental que existem na instituição, e só desta forma é que se consegue atender a todas as necessidades dos utentes.

### **2.3. Caracterização do público-alvo**

Para a caracterização do público-alvo, foram selecionados dois grupos de diferentes unidades, compostos por seis pessoas cada, de acordo com a vontade e disponibilidade delas.

Dentro dos dois grupos, um pertence à unidade de curto internamento S. João de Deus e o outro pertence às unidades de longo internamento, S. Bento e S. José.

O grupo do curto internamento é composto por seis utentes, no entanto é um grupo aberto, isto é, há a possibilidade de estarem constantemente a entrarem pessoas novas, pelo que as atividades com estes grupos se irão prolongar por alguns meses.

Por outro lado, o grupo do longo internamento é composto por seis utentes (três de cada unidade) e é um grupo fechado.

De forma a caracterizar pormenorizadamente os diversos públicos-alvo e após as conversas informais, foram-lhes efetuadas algumas questões, como a idade, o estado civil, a profissão, o nível de escolaridade, os problemas de saúde e quais as suas sugestões e propostas para as atividades figurando os resultados nos seguintes gráficos, sendo que ao gráficos referentes ao grupo do curto internamento não terão legendas visto pois trata-se de um grupo fixo, ou seja, as

As pessoas assistidas que presenciavam as sessões nunca eram as mesmas e recolher dados completos em todas as sessões tornava-se complicado.

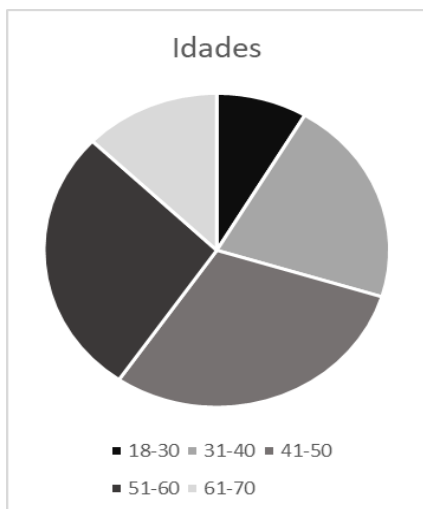


Gráfico 1: Idades do grupo do curto internamento

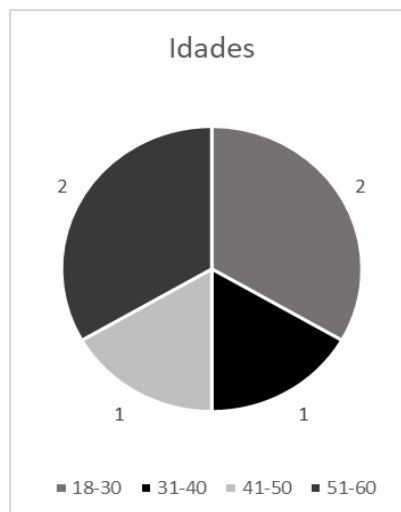


Gráfico 2: Idades do grupo do longo internamento

No que toca às idades do grupo do curto internamento, pode-se afirmar que variam bastante, contudo a maioria das participantes encontra-se na faixa etária entre os quarenta e um e os cinquenta anos, como é possível verificar no gráfico 1. Relativamente às idades do grupo do longo internamento, é possível confirmar que também variam, como está descrito no gráfico 2.

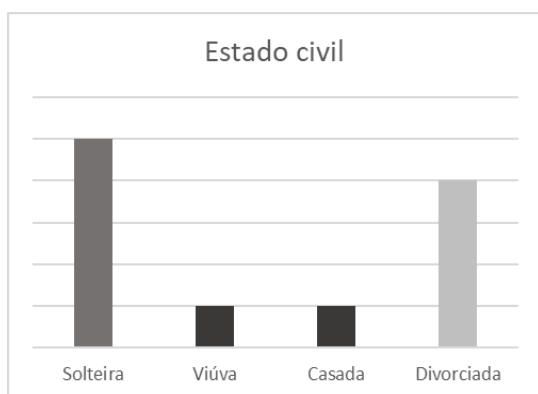


Gráfico 3: Estado Civil do grupo do curto internamento

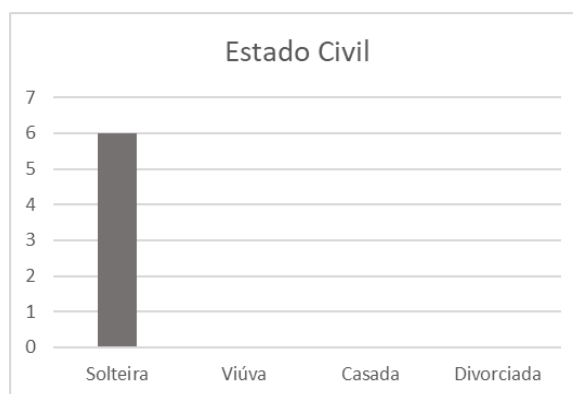


Gráfico 4: Estado Civil do grupo do longo internamento



Relativamente ao estado civil das utentes do curto internamento, é possível verificar, através do gráfico 3, que divergem, isto é, a maioria das pessoas assistidas são solteiras, contudo existem utentes divorciadas e poucas são viúvas ou casadas. Neste gráfico falta a resposta de uma utente visto que não quis responder. Em contrapartida, as utentes do longo internamento são todas solteiras.

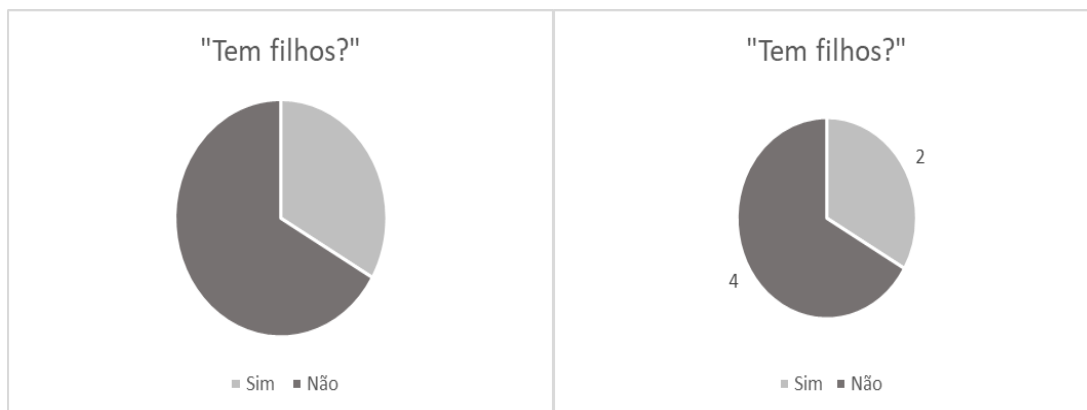


Gráfico 5: Número de filhos do grupo do curto internamento

Gráfico 6: Número de filhos do grupo do longo internamento

No que toca ao número de filhos que cada utente do curto internamento tem, também é variável. Apenas duas utentes têm filhos e, entre estas duas utentes, uma tem quatro e outra tem um (dados obtidos através das conversas informais).

Em relação às utentes do longo internamento, também apenas duas têm filhos, uma com dois e outra com um (dados obtidos através das conversas informais), como é possível observar no gráfico 6.



Gráfico 7: Problemas de saúde do grupo do curto internamento

Gráfico 8: Problemas de saúde do grupo do longo internamento

Em relação à questão “Tem problemas de saúde?”, duas utentes do curto internamento responderam que não enquanto as outras quatro responderam que sim. Entre as utentes que responderam que sim, os problemas de saúde variam entre doença bipolar, problemas de coluna, tromboflebite, depressão e crises de ansiedade (dados obtidos através das conversas informais).

Comparativamente, duas utentes do longo internamento dizem não ter problemas de saúde e as restantes têm, dos quais problemas cardíacos, “problemas na cabeça” (sic) e “ouvir vozes” (sic), como demonstra o gráfico 8.

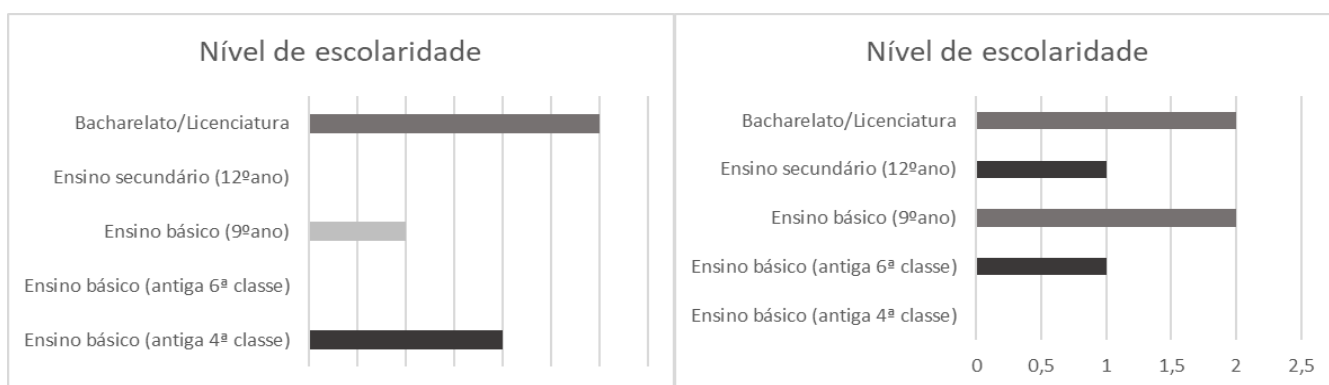


Gráfico 9: Nível de escolaridade do grupo do curto internamento

Gráfico 10: Nível de escolaridade do grupo do longo internamento

No que se refere ao nível de escolaridade das utentes do curto internamento, é possível constatar que a maioria tem uma licenciatura, a minoria tem o ensino básico (9º ano) e as restantes têm a antiga 4ª classe. Relativamente às utentes do longo internamento, o nível de escolaridade varia mais. Duas utentes têm o ensino básico (antiga 4ª classe), duas têm o ensino básico (9º ano), enquanto que uma tem o ensino secundário (12º ano) e outra tem o ensino básico (6ª classe).

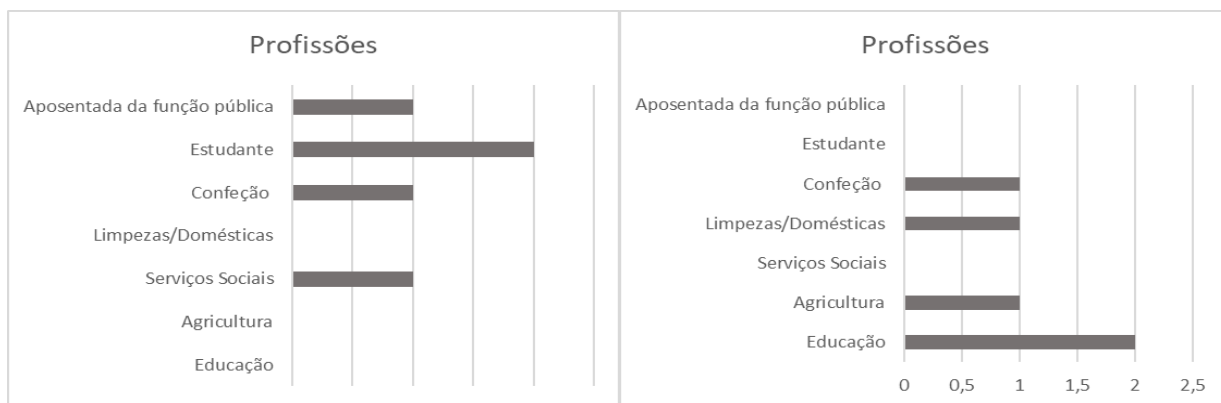


Gráfico 11 Profissões do grupo do curto internamento

Gráfico 12: Profissões do grupo do longo internamento

Por último, no que diz respeito às profissões das utentes do curto internamento, é possível verificar no gráfico acima que a maior parte das utentes são estudantes, mas existem, também, utentes que trabalham em confeção - “arrematadora” (sic), utentes reformadas (“aposentada da função pública”) e utentes que trabalham em serviço social, nomeadamente em lares de idosos (dado obtido através de conversas informais). Nesta questão falta uma resposta visto que uma utente não quis responder.

No que toca às profissões das utentes que pertencem ao grupo do longo internamento, variam entre tarefas domésticas, confeção, agricultura e educação. Duas utentes afirmam estarem aposentadas da função pública, mas que anteriormente tinham trabalhado na área da educação (dados obtidos através das conversas informais).

## **2.4. Diagnóstico de necessidades, motivações e interesses**

### **2.4.1. Recolha de informação e resultados obtidos**

Com o intuito de elaborar diagnóstico de necessidades, motivações e interesses dos públicos-alvo, foi-lhes aplicado um inquérito com questões sobre o seu interesse no projeto e o que gostariam de aprender. Para além deste inquérito (anexo 1) também foram utilizadas técnicas como a observação e algumas conversas informais que vieram consolidar e ajudar na compreensão de algumas informações e dados recolhidos, bem como outros elementos que fossem importantes para conhecer melhor as pessoas assistidas

Ainda que o inquérito por questionário forneça dados mais objetivos, foi a partir das conversas informais (feitas ao longo de todo o estágio) que foram conseguidos os elementos

mais específicos e relevantes, visto que o público-alvo se sente mais confortável a ter uma simples conversa do que a responder a perguntas previamente estruturadas.

Para o preenchimento do diagnóstico de necessidades, foi pedido ao público-alvo que respondesse a umas perguntas básicas, apenas para o conhecer melhor. Este inquérito foi aplicado no início do projeto, mais concretamente em outubro e foi feito pela investigadora, na sala onde decorreriam as futuras atividades.

Relativamente às dificuldades encontradas nesta recolha de informação considera-se que o facto das pessoas assistidas se esquecerem, frequentemente, de acontecimentos, factos e elementos importantes da própria vida causou uma certa complicação a responder às perguntas. No entanto, este obstáculo foi ultrapassado com alguma ajuda e insistência para que fizessem o esforço de se lembrarem.

No que toca aos resultados do preenchimento do diagnóstico, no primeiro grupo, formado por utentes do curto internamento, as necessidades estão relacionadas com o desconhecimento de algumas ferramentas do *Office*, como por exemplo o *Word*, o *PowerPoint*, o *Excel* e outro tipo de programas, bem como as formas de pesquisar seguramente na internet e “fazer jogos” (sic).

Relativamente aos interesses, todas apontaram a atividade física como dança, fitness, caminhadas e passear ao ar livre, e o contacto com a natureza como o que mais gostariam de fazer.

Por outro lado, no grupo do longo internamento as necessidades e interesses centram-se em atividades de expressão plástica, de lazer e jogos.

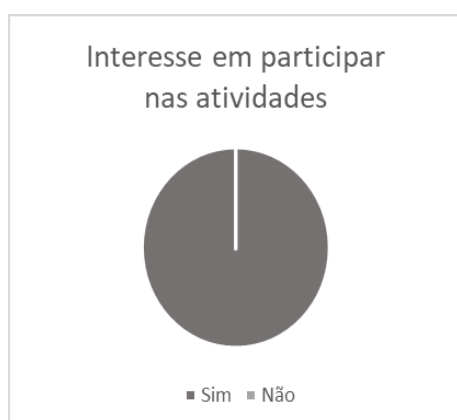


Gráfico 13: Interesse dos grupos do curto e do longo internamento em participar nas atividades

Assim, o gráfico 13 revela o interesse das utentes do curto e do longo internamento em participar neste projeto visto que as doze responderam que afirmativamente à pergunta “É do seu interesse participar nestas atividades?”.

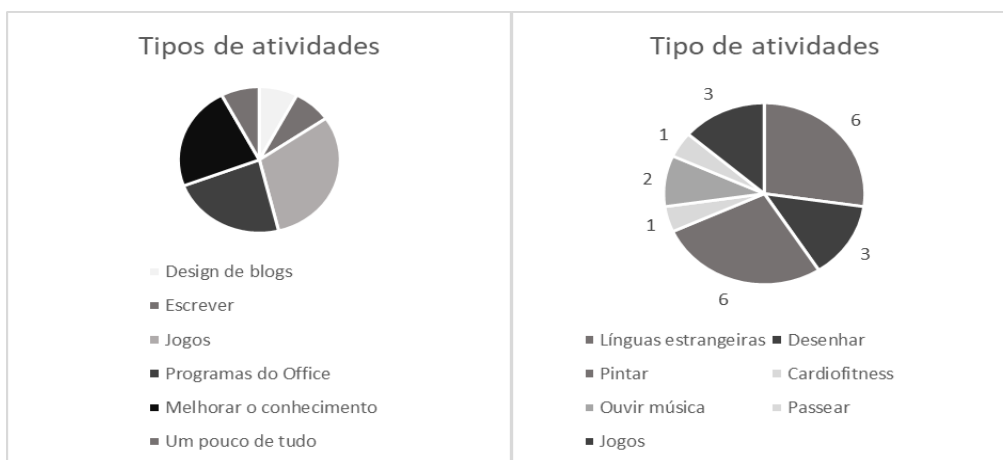


Gráfico 14: Tipos de atividades que o grupo do curto internamento gostaria de fazer

Gráfico 15: Tipos de atividades que o grupo do longo internamento gostaria de fazer

No que toca ao tipo de atividades que as participantes gostariam de fazer ao longo do projeto, metade afirma que explorar os programas do Office é o mais importante e útil enquanto aprender um pouco de tudo é selecionado algumas vezes e outro tipo de atividades como fazer jogos, escrever um livro e realizar projetos que melhorem o conhecimento. De acordo com as conversas informais, algumas utentes acrescentaram que gostariam de fazer algo relacionado com o desporto ou com outras línguas.

As utentes do longo internamento, como é possível confirmar no gráfico 15, descreveram a pintura, os jogos, o desenho e a aprendizagem de línguas estrangeiras como o tipo de atividades prediletas a realizar.

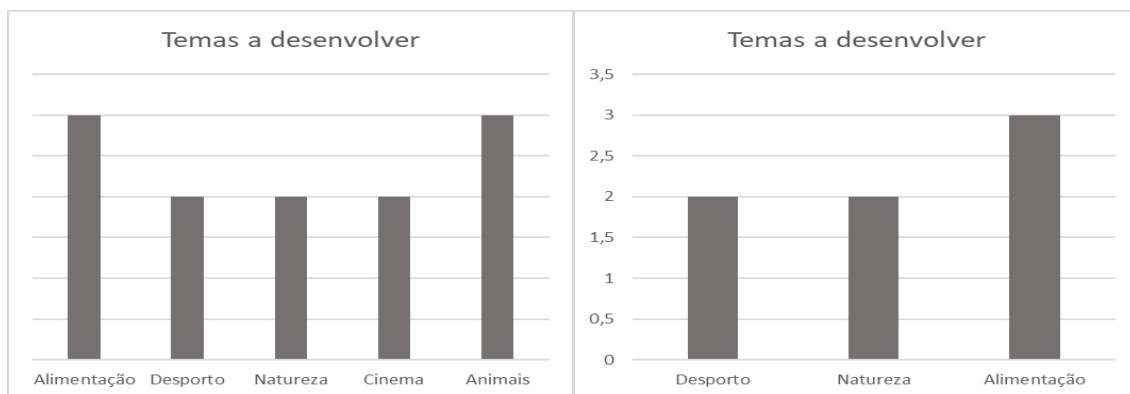


Gráfico 16: Temas que o grupo do curto internamento gostaria de abordar

Gráfico 17: Temas que o grupo do longo internamento gostaria de abordar

Por fim, no gráfico 16 estão descritos os temas que as utentes gostariam de abordar nas atividades que vão realizar ao longo do tempo. Os temas mais escolhidos são a alimentação e os animais, mas há outros temas como cinema, natureza, desporto e escrita.

Comparativamente com as utentes do longo internamento, a alimentação é o tema escolhido para abordar ao longo do projeto, contudo o desporto e a natureza também estão incluídos nos assuntos preferidos.

#### 2.4.2. Interpretação dos resultados e prognóstico

Relativamente aos resultados apresentados no ponto anterior, considero que as atividades de informática são extremamente necessárias para estas pessoas, dado que é notória a falta de conhecimento acerca deste tema. As pessoas assistidas do curto internamento destacam os programas do Office como a temática mais importante a trabalhar pois reconhecem a importância destes, nos dias de hoje, e têm como objetivo serem capazes de trabalharem autonomamente quando for necessário recorrer a algum tipo de programa.

No que toca ao tipo de atividades que o grupo do longo internamento tem interesse em fazer, constata-se que preferem atividades de lazer, como pintar com vários instrumentos (lápiz, tintas, marcadores), desenhar, passear e dançar a atividades de caráter formativo. O objetivo deste grupo é mais lúdico, ainda que reconheçam a necessidade de aprender outras línguas, o que pressupõe que se queiram manter atualizadas e queiram adquirir competências.

Como síntese, pode-se dizer que comparando os dois grupos a finalidade é completamente oposta, isto é, enquanto o grupo do curto internamento necessita de aprender determinadas competências informáticas como mexer no teclado e com o rato, navegar, de

forma segura, na internet, trabalhar nos programas do *Office* (*Excel*, *PowerPoint*, *Word*, entre outros) e transferir elementos entre páginas e programas, o grupo do longo internamento precisa de desenvolver a motricidade fina, tem mais interesse em atividades de lazer e passar melhor o seu tempo, dado que ambos os aspetos melhoram a sua qualidade de vida e autonomia. Caso estas aptidões não forem trabalhadas, as pessoas assistidas poderão perder motivação e autoestima, tendo, desta forma, um impacto negativo no próprio desenvolvimento pessoal.

Por conseguinte, o tipo de atividades que pretendo realizar no decorrer do estágio para corresponder às expectativas das utentes serão, por um lado, atividades que permitam que as utentes do curto internamento saibam escolher o programa do *Office* certo para fazer determinada tarefa, saibam como executá-la e se mantenham incentivadas a explorar mais e a tornarem-se mais autónomas e, por outro lado, que as utentes do longo internamento fortaleçam a sua expressão individual, que se sintam mais capazes de realizar trabalhos manuais e satisfeitas com o dia a dia delas.

Deste modo, considero que o tipo de atividades elaboradas são uma mais valia para as pessoas assistidas na medida em que se distinguem das restantes e têm fins objetivos e específicos. O planeamento das atividades foi feito tendo em conta as necessidades e interesses das utentes e, por isso mesmo, tem como objetivo ultrapassar certas dificuldades observadas como a concentração e a dependência e fornecer algumas habilidades como a aprendizagem de línguas estrangeiras, técnicas de informática, entre outros.

Em suma, com a execução das atividades previstas, as utentes serão mais capazes de fazer certas tarefas que envolvam maior concentração e capacidades técnicas que não tinham, antes da realização das atividades.

### **3. BREVE ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO TEMA/ÁREA DE ESTÁGIO**

#### **3.1. Apresentação de outras experiências e/ou investigações sobre a Educação de Adultos e Intervenção Comunitária e a sua relevância/articulação para com o trabalho de intervenção/investigação desenvolvido**

Antes de iniciar a exploração do enquadramento teórico do projeto em questão é importante abordar outras investigações realizadas no âmbito da Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, visto que permitem uma análise das experiências passadas, a averiguação de opiniões de outros autores que abordaram a mesma temática e um desenvolvimento de um plano de atividades pertinente para a investigação em questão.

Entre as diversas teses/dissertações pesquisadas, foram selecionadas três que estão relacionadas com a temática tratada nesta investigação e que, realmente, contribuíram para o progresso da intervenção.

Desta forma, foram destacadas as dissertações:

- ❖ “Educação para a Saúde na Terceira idade: uma questão de hábitos” (2015), Universidade do Minho, de Alice Joaquina Barroso Alves.

Esta investigação, realizada numa associação na Póvoa de Lanhoso, distingue-se pela relação que estabelece entre a saúde, qualidade de vida e envelhecimento. Ainda que o público-alvo deste trabalho não seja o mesmo, acabou por ser proveitoso no que diz respeito à prevenção, ou seja, dado que as pessoas não envelhecem numa idade específica e o envelhecimento constitui um processo gradual, é necessário orientar os adultos e encaminhá-los para um envelhecimento saudável e ativo.

Relativamente aos métodos e às técnicas, a autora focou-se na metodologia qualitativa de investigação-ação, inserida no paradigma da complexidade devido à constante relação entre a teoria e a prática e pela tentativa de compreensão do significado atribuído, pelos investigados, aos fenómenos ocorridos. Como técnicas de investigação, são destacadas a pesquisa bibliográfica, a análise documental, as conversas informais, a observação participante, o diário de bordo e o inquérito por questionário e as técnicas de intervenção usadas foram a animação sociocultural, *workshops*, dinâmicas de grupo e uma formação da STOL (*Science Through Our Lives*).



As atividades executadas foram divididas em cinco dimensões: estimulação cognitiva, educação para a saúde, culturais, lúdicas e institucionais. O tipo de exercícios elaborados representa outro aspeto a salientar visto que as intenções enunciadas correspondem a alguns dos objetivos que, com a realização deste projeto, se pretende alcançar.

Assim, a análise deste relatório foi uma mais valia na apresentação de algumas diferenças de modelos no que toca à educação para a saúde e na relevância que dá à animação sociocultural, que é a estratégia utilizada na intervenção.

- ❖ “O envelhecimento ativo para a sustentabilidade da qualidade de vida” (2018), Universidade do Minho, de Ana Catarina Novais Macedo.

Por outro lado, esta dissertação foi benéfica na medida em que promove a literacia digital. A autora, ao longo do enquadramento teórico tem como finalidade explicar a importância da literacia digital e como é que esta é uma forma de inclusão na sociedade, independentemente da raça, idade ou género de cada um.

No enquadramento metodológico, é apresentado o paradigma qualitativo/hermenêutico como paradigma de intervenção e a investigação-ação como metodologia. As técnicas de investigação utilizadas são a observação direta e participante, o inquérito por questionário, a pesquisa e análise documental, as conversas informais, o diário de bordo, o registo fotográfico e a análise de conteúdo. Por sua vez, as técnicas de intervenção aplicadas foram as técnicas grupais, as técnicas de informação/comunicação e as técnicas de atividades lúdicas.

As atividades elaboradas e executadas pela autora consistiram numa oficina de informática e foram uma inspiração e um exemplo do que é importante ensinar/aprender para que todos os que integram as atividades se sintam autónomos.

Posto isto, a exploração deste trabalho forneceu conteúdos importantes para a construção de um plano de atividades bem-sucedido visto que as atividades realizadas contribuíram para uma melhoria da qualidade de vida dos idosos.

- ❖ “O Estigma da Doença Mental e os Meios de Comunicação Social” (2014), Universidade de Coimbra, de Mariana Figueiredo Silva Bento.

Esta dissertação faz parte dos destaques de dissertações importantes para o desenvolvimento da investigação em questão na medida em que aborda a relação da doença mental com a sociedade. Cada vez mais a população procura cuidados especiais e sente a necessidade de tratar perturbações mentais e este facto é demonstrado ao longo do trabalho através de vários aspetos como alguns fatores de risco, questões sociais que agravam o estado da doença mental e, essencialmente, como são retratados os transtornos mentais na sociedade atual.

Na metodologia, a autora afirma que os métodos mais úteis, para ela, foram a pesquisa etnográfica pela descrição e interpretação de um determinado grupo social e a pesquisa fenomenológica por ter como objetivo compreender o significado atribuído a cada experiência vivida.

Por outro lado, utilizou a pesquisa bibliográfica, observação direta e participante, inquéritos, entrevistas (semiestruturadas) e conversas informais como técnicas de investigação

Na parte final do relatório, são expostas algumas “soluções” para que a exclusão das pessoas com doença mental acabe ou, pelo menos, diminua de forma continuada e, conseqüentemente, para que estes tenham uma melhor qualidade de vida e se sintam integrados na comunidade onde vivem.

Em suma, pode-se afirmar que esta dissertação serviu de orientação no que diz respeito à ligação do estigma e dos estereótipos formados a volta das pessoas com transtornos mentais, como elas se sentem perante a própria sociedade e o que se pode fazer para parar esta corrente.

## **3.2. Exploração das correntes teóricas/autores que constituíram referentes importantes na exploração da problemática do estágio**

### **3.2.1. A saúde mental e a sua evolução**

Na atualidade, distinguir saúde mental de doença mental não é feito de forma precisa, isto é, não existe uma definição concreta para estes termos e os significados encontrados são vagos e ambíguos.

Esta imprecisão deve-se, essencialmente, à diversidade de culturas existentes. Numa cultura existem certas regras e padrões a seguir, portanto o que é normal numa sociedade, pode ser anormal para outra (Pilgrim, 2009: 4). Relativamente aos conceitos de saúde mental e doença mental, a lógica é a mesma, ou seja, para explicar estas expressões é necessário ter em conta a época, a classe social, as crenças científicas ou religiosas e até valores individuais.

No entanto e quando se aborda o tema da saúde mental, a primeira definição que surge é, efetivamente a de “ausência de perturbações mentais” e de bem-estar geral, mas a saúde mental vai muito além disso, uma vez que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), engloba “o bem-estar subjectivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa” (2002: 31-32). Luís Octávio de Sá acrescenta, ainda, que neste termo estão incluídas a “capacidade do individuo para apreciar a vida” e “procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica”, fazendo da saúde mental uma parte complementar da saúde (2010: 15).

No decorrer dos últimos anos, as abordagens referentes, tanto à saúde como à doença mental, têm modificado. A forma como se vê a saúde mental tem vindo a ganhar relevância, visto que cada vez mais a população reconhece a necessidade desta para garantir o bem-estar geral, associando-a, também, à saúde física e social. Esta necessidade em explorar a saúde mental deve-se ao crescimento do número de pessoas que são pessoas com doença mental e estima-se que daqui em diante este número aumente, devido ao envelhecimento da população, aos problemas sociais e à diminuição da taxa de natalidade (Organização Mundial de Saúde, 2002: 29).

As alterações efetuadas nos modelos de cuidados e assistência a pessoas com doença mental mentais foi evoluindo gradualmente ao longo do tempo, refletindo, sempre, os valores e crenças da própria época.

Nos séculos XVII e XVIII, as pessoas com doença mental eram chamados “os loucos” e considerados “possuídos” e, por isso, deveriam ser constantemente vigiados, humilhados e punidos pelos erros que cometiam, através de ameaças, castigos e até privações alimentares. O tratamento era simultaneamente físico e psicológico, para provocar neles “impressões vivas para modificar o curso da sua imaginação”, por exemplo: submetia-se o doente a um banho de água fria para que ele refrescasse os seus “espíritos” ou injetava-se-lhe sangue para “renovar sua circulação perturbada” (Foucault, 1975: 57).

Durante o século XIX, o sistema é transformado e, neste momento, o tratamento é puramente punitivo. Contudo, o método para tratar a doença mental ainda não é o adequado pois é baseado em técnicas asilares e não vê o doente como uma pessoa com dignidade e com necessidades próprias (Foucault, 1975: 58).

Para além das pessoas com doença mental serem constantemente medicados, isolados do resto da sociedade e de qualquer interação social, excluídos dos vínculos com as pessoas mais próximas em asilos ou hospitais estatais para pessoas com perturbações mentais (Colvero, Ide e Rolim, 2004: 198), no decorrer do século XIX, o tema da doença mental começou a ser estudado e foi considerado “tema legítimo para a investigação científica” (Organização Mundial de Saúde, 2002: 95), o que significa que as pessoas com doença mental eram pessoas com doença mental da medicina que necessitam de ajuda psiquiátrica e não de castigos.

Na segunda metade do século XX verificou-se uma mudança significativa no tratamento das pessoas com perturbações mentais. Esta mudança, segundo o Relatório Mundial de Saúde, deveu-se a três fatores que em nada estão relacionados: a descoberta de novas classes de drogas (neurolépticos e antidepressivos) e o desenvolvimento de novos modelos de intervenção psicossocial; o “movimento a favor dos direitos humanos converteu-se num fenómeno verdadeiramente internacional” e a democracia progrediu a nível mundial e, finalmente, em 1948, foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS) que incluiu elementos sociais e mentais na definição de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2002: 95-96).

Atualmente, a assistência ao doente não se foca apenas no internato, mas sim em “serviços substitutivos de atenção à saúde mental” (Colvero, Ide & Rolim, 2004: 198), ou seja, o processo de evolução da saúde mental do doente é feito em conjunto, por exemplo, com a família. O indivíduo é visto como um ser global com necessidades multiprofissionais e, portanto, os processos começaram a ser analisados a partir de uma dimensão ecológica e psicossocial (Reinaldo, 2008:174).

Os cuidados a ter foram alterados de maneira radical, para beneficiar e ajudar no tratamento das pessoas com doença mental. Os hospitais psiquiátricos, pela falta de condições, pelos maus tratos aos utentes, pela distância a que estavam da comunidade e pelo abuso de direitos humanos que cometiam, foram abandonados e os serviços passaram a ser implementados perto do domicílio, em hospitais gerais.

Portanto, o objetivo passa a ser a “emancipação de pessoas com perturbações mentais e comportamentais” (Organização Mundial de Saúde, 2002: 97) e as relações interpessoais com as pessoas mais próximas são valorizadas como um benefício para o tratamento.

No entanto, na maioria dos países verifica-se uma má utilização dos recursos e dos serviços psiquiátricos disponíveis e esta falta de apoio deve-se, principalmente, ao facto de que, hoje em dia, as pessoas com perturbações mentais e comportamentais ainda são postas de parte ou mesmo excluídas da sociedade. O estigma associado às pessoas com doença mental ainda é significativamente alto e isso impede os serviços profissionais de darem a atenção necessária à saúde mental e a relevância que esta tem na comunidade geral (Organização Mundial de Saúde, 2002: 102).

Efetivamente, é sabido que o número de transtornos mentais e comportamentais está a aumentar, ainda que o sistema de saúde tenha progredido substancialmente.

No Relatório Mundial da Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) salienta a importância de abordar o tema da saúde mental a partir de proporções que refletem o pensamento atual da sociedade. Os problemas de saúde mental dão resposta “a 12% do peso mundial de doenças” e “os orçamentos destinados à saúde mental representam, na maioria dos países, menos de 1% dos seus gastos totais com a saúde”. Além disto, “mais de 40% dos países têm falta de políticas de saúde mental e mais de 30% não têm programas nessa esfera” e “mais de 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes”. A Organização Mundial de Saúde acrescenta, ainda, que “os planos de saúde, frequentemente, não abordam as perturbações mentais e comportamentais ao mesmo nível das demais doenças, criando significativos problemas económicos para as pessoas com doença mental e as suas famílias” (2002: 30).

Estas percentagens e comparações demonstradas marcam a amplitude do conceito de saúde que não se refere apenas a não estar doente, mas engloba, também, o fator mental que geralmente é descurado pela população. A responsabilidade e a preocupação que a sociedade tem com a sua saúde física deveria ser a mesma que devia ter com a saúde mental uma vez que, de ano para ano, o número de transtornos aumenta e o número de cuidados e tratamentos não.

No Programa Nacional Para a Saúde Mental estão expostos alguns registos feitos entre 2011 e 2016, em Portugal, acerca da evolução de alguns tipos de doenças mentais (2017: 5). O gráfico representado abaixo demonstra o número de registos feitos pelos utentes que estão

inscritos nos Cuidados de Saúde Primária (CSP), devido a perturbações mentais como depressão, demência e transtornos de ansiedade. Os dados apresentados são relativos a Portugal Continental e estão escritos em percentagem.

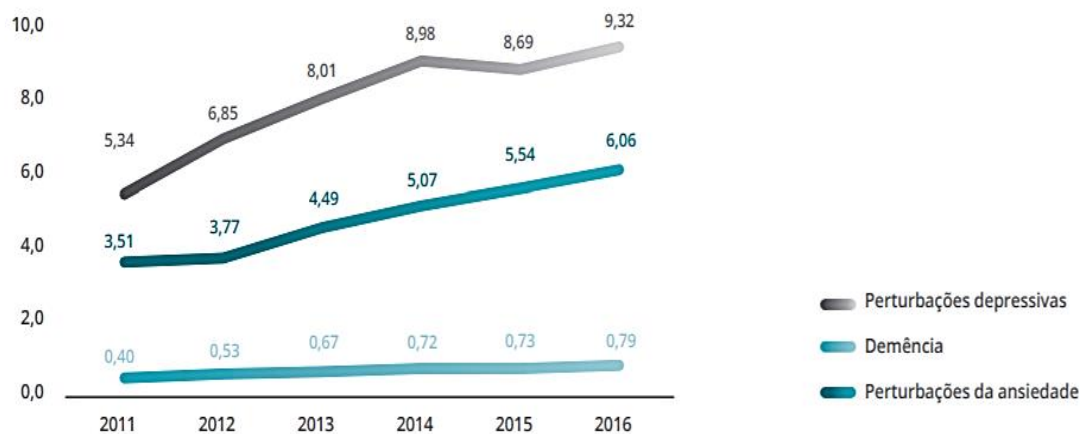


Gráfico 18: Evolução das perturbações mentais registadas pelos utentes que estão inscritos nos CSP

Fonte: SPMS/SIARS (dados 2011-2014) e SIM@SNS (dados 2015-2016)<sup>5</sup>

Depois de analisar o gráfico acima representado, é possível concluir que a saúde mental e a doença mental são temas que devem ser levados em conta, devem ser investigados e discutidos na sociedade atual. O número de perturbações mentais e comportamentais está a aumentar e só com medidas drásticas e profundas “em alguns aspetos fundamentais das políticas e serviços de saúde mental” é que Portugal “poderá de novo juntar-se ao processo de mudança atualmente em curso a nível Europeu” (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017:13).

Com o objetivo de implementar esta grande mudança, a Organização Mundial de Saúde elaborou o Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 que tem como missão desenvolver programas para “assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis”; defender e impulsionar os direitos humanos das pessoas com perturbações mentais; reduzir o impacto dos transtornos e contribuir para a saúde mental na sociedade em geral; permitir o acesso, de todas as pessoas, aos serviços de saúde mental e, finalmente, “promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a

<sup>5</sup> (<https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>, acedido em 13/06/2019)

facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização”. Esta última medida salienta a importância da pessoa com doença mental conviver com a família e com aqueles que lhe são mais próximos ao invés de estar isolado e de não manter contacto com os mesmos (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017: 14).

Para além do objetivo exibido anteriormente, no Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 estão delimitadas metas a cumprir, até ao ano de 2020, para que a missão inicialmente proposta seja realizada. Assim, as metas referenciadas são:

- “Aumentar em 25% o registo das perturbações mentais nos Cuidados de Saúde Primários” (Plano Nacional para a Saúde Mental, 2017: 14), através da disponibilização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), por intervenção, por exemplo, dos serviços de saúde;
- “Inverter a tendência da prescrição de benzodiazepinas na população através da sua estabilização” (Plano Nacional para a Saúde Mental, 2017: 14), através do aumento da qualidade dos tratamentos de perturbações mentais nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).
- “Apoiar a criação de 1500 lugares para adulto e 500 para crianças/ adolescentes em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental” (Plano Nacional para a Saúde Mental, 2017: 14), através do desenvolvimento e aumento de condições favoráveis à reintegração, reabilitação das pessoas, principalmente as que têm perturbações mais graves ou que estão mais incapacitadas.
- “Aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais, desenvolvidos pelo PNSM” (Plano Nacional para a Saúde Mental, 2017: 14), através de atividades e dinâmicas práticas que contribuam para a prevenção da doença mental e, simultaneamente, para a promoção da saúde mental.

Estas metas, juntamente com os objetivos propostos pelo Plano, representam dois aspetos imprescindíveis para a mudança no tratamento, cuidados e pensamentos que existem referentes às perturbações mentais. É através de medidas e ações como estas que caminhamos para uma sociedade igualitária em direitos e deveres e para uma qualidade de vida digna.

### **3.2.2. Fatores de risco e fatores de proteção**

A identificação de fatores de risco e fatores de proteção é imprescindível para o delineamento, organização e implementação de medidas de prevenção. Planejar a saúde mental requer a indicação dos fatores de risco para poder afastá-los e dos fatores de proteção para poder reforçá-los (PONDÉ & CAROSO, 2003: 165).

#### **3.2.2.1. Fatores de risco**

Um fator de risco é qualquer acontecimento que aumente a probabilidade de se suceder um acontecimento indesejado.

Relativamente à saúde mental, existem diversos fatores de risco que podem causar o seu aparecimento ou agravamento. Contudo, alguns fatores são mais comuns, nomeadamente as rápidas mudanças sociais, as condições de trabalho stressantes, a discriminação, a exclusão social, os problemas físicos de saúde ou até a violação dos direitos humanos. Para além destes, existem não só certos fatores psicológicos ou transtornos na personalidade que influenciam e tornam as pessoas mais expostas, mas também fatores biológicos e genéticos, que originam desequilíbrios químicos (Nações Unidas do Brasil, 2016: p.10-11).

Desta forma, os aspetos que podem levar uma pessoa a ficar doente podem variar, de acordo com o estilo de vida de cada um. A discriminação e a exclusão podem influenciar as restantes áreas, como o emprego, a educação e o abrigo e, conseqüentemente, a falta de integração na sociedade por parte destas limitações, faz com que o indivíduo se isole e se distancie dos acontecimentos à sua volta, podendo, por sua vez, originar uma perturbação mental.

Contudo, não existe apenas um fator que cause o aparecimento da doença mental, mas sim vários ou o acumular de vários aspetos que conduzem à doença (Funk, Drew e Seraceno, 2005: 4), ou seja, os comportamentos adotados pelas pessoas com perturbações mentais resultam da ligação a outras pessoas por uma “combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais...” (Organização Mundial de Saúde, 2002:39).

Todas as pessoas estão em constante ligação com o meio ambiente, com todos os acontecimentos que os rodeiam e a forma como tais acontecimentos as afetam, podem despoletar, mais tarde, uma perturbação mental. Um exemplo disto é o *stress* que quando é experienciado no desenvolvimento inicial, pode levar, mais tarde, a um estado de depressão (Organização Mundial de Saúde, 2002:39).



Cada vez mais as pessoas se sentem ansiosas e depressivas e isto deve-se, essencialmente, à crise económica que está a ser atravessada, à pobreza e o reduzido apoio social. A instabilidade económica, social e psicológica leva a população a procurar ajuda no sistema de Saúde. A notícia da TSF<sup>6</sup> expõe as principais causas que levam as pessoas a recorrer ao sistema nacional de saúde e afirma que entre os anos de 2014 e 2016 “verificou-se um aumento de 21% nos casos de ansiedade e 17% em depressões”.

Todavia, a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o aparecimento das perturbações mentais resulta de uma combinação de fatores biológicos, sociais e psicológicos (2002: 32).

Os fatores biológicos correspondem a “perturbações da comunicação neuronal no interior de circuitos específicos” (Organização Mundial de Saúde, 2002: 41), à idade e ao sexo. Por exemplo, o transtorno mental da esquizofrenia resulta das anormalidades na evolução dos circuitos neuronais, produzindo disfunções a nível das células e, conseqüentemente, no “no processamento incorrecto ou mal adaptado de informações” (Lewis e Lieberman, 2000, *cit in* Organização Mundial de Saúde, 2002: 41).

Contudo, as perturbações mentais não são apenas a nível da neurociência, mas também a nível genético. A maioria dos transtornos mentais mais graves estão associadas a “um significativo componente de risco genético” (Organização Mundial de Saúde, 2002: 41), logo, as perturbações mentais podem ser transmitidas de geração em geração.

Os fatores psicológicos e individuais dizem respeito ao afeto e carinho que as pessoas recebem, tanto em criança como numa fase posterior. O cuidado atencioso e terno com as crianças leva-as a desenvolverem as suas atividades como a linguagem, o intelecto e as regulações emocionais, normalmente. Por outro lado, “a criança privada de afecto por parte de seus cuidadores tem mais probabilidades de manifestar perturbações mentais e comportamentais, seja durante a infância ou numa fase posterior da vida” (Organização Mundial de Saúde, 2002: 42) e tais perturbações manifestam-se nos seus comportamentos, na relação com os outros e nas próprias reações face a situações que exijam maior controlo emocional.

Os fatores sociais relacionam-se com a pobreza, as mudanças e a urbanização. Contudo, não se pode afirmar com todas as certezas que as mudanças sociais vão gerar no indivíduo uma

---

<sup>6</sup> (<https://www.tsf.pt/sociedade/interior/doencas-mentais-levam-cada-vez-mais-portugueses-aos-centros-de-saude-8830773.html>, acedido em 18/06/2019)

perturbação mental, uma vez que depende da sociedade em que estão inseridos e de outros fatores, como a própria raça ou gênero.

A pobreza é o fator que tem uma relação mais complexa com a saúde mental e abrange vários aspectos. A pobreza é a falta de recursos, sejam econômicos, sociais ou educacionais. Os desfavorecidos apresentam maior probabilidade de criar perturbações mentais e comportamentais, pela realidade que enfrentam (desemprego, baixo nível de instrução, carência geral de serviços de saúde mental, pouco acesso aos cuidados disponíveis) e pela falta de ajuda que têm para ultrapassar os obstáculos que encontram.

Do mesmo modo, as mulheres também são as que têm maior probabilidade de ter uma doença mental, relativamente aos homens. Esta probabilidade deve-se à quantidade de responsabilidades que têm, à pressão imposta pela sociedade para alargarem os seus papéis e à violência contra a mesma, representando “um problema social e de saúde pública” (Organização Mundial de Saúde, 2002: 44-45).

Finalmente, a raça é, também, um aspeto a ter em conta quando se trata da doença mental. As pessoas que são alvo de racismo têm mais hipóteses de ter uma perturbação mental, visto que o racismo pode criar e agravar a depressão, mas as próprias pessoas que o praticam também podem vir a ter um transtorno pois sofrem de angústia psicológica (Williams e Williams-Morris, 2000, *cit in* Organização Mundial de Saúde, 2002: 46).

### **3.2.2.2. Fatores de proteção**

Em contrapartida, existem fatores que previnem a manifestação da doença mental ou diminuem o seu agravamento, denominados de fatores de proteção. Estes fatores são estratégias utilizadas a vários níveis que ajudam a promover a saúde mental e estão incluídos em diversos programas de prevenção e reabilitação. As Nações Unidas do Brasil dão como exemplo:

- As intervenções na primeira infância (“visitas domiciliárias a mulheres grávidas e atividades psicossociais no período pré-escolar, combinados ao auxílio psicossocial e nutricional para populações desfavorecidas” (2016: p 15-16);
- O apoio para as crianças em programas de desenvolvimento de habilidades;
- O apoio social para idosos;
- Os programas específicos para as minorias, por exemplo intervenções psicossociais depois de um acontecimento trágico;

- Os programas de promoção da saúde mental nas escolas e no trabalho (ligados ao *stress*);
- As políticas de habitação;
- Os programas de prevenção da violência e de desenvolvimento comunitário;
- As campanhas contra a discriminação e promoção de direitos, oportunidades e tratamentos dos indivíduos com doenças mentais visto que, muitas das vezes não só são excluídos da sociedade, mas também dos seus direitos.

Contudo, existem mais fatores de proteção que previnem e ajudam no tratamento das doenças mentais e um exemplo disto é a família. É notório que a família é o agente de socialização que mais acompanha no crescimento pessoal, apoiando nas situações que ocorrem e auxiliando no percorrer do caminho (Colvero, Ide e Rolim, 2004: 200).

Nos fatores de risco mencionados acima, foi referido que a falta de cuidados e de afeto acarreta nas crianças problemas que, posteriormente, podem gerar perturbações mentais. Assim e tendo em conta que é na família que a criança tem as suas interações significativas para o próprio desenvolvimento, este sistema representa o maior poder de influência positiva no crescimento das mesmas.

As primeiras aprendizagens e a introdução de valores, normas e padrões são feita, maioritariamente, pela família e se esta não funcionar adequadamente, as crianças sairão prejudicadas. É na família que a criança se baseia e começa a construir a sua própria personalidade e identidade, uma vez que, quando nasce, já existem padrões e realidades determinadas e esta apenas as segue (Silva, Nunes, Betti & Rios, 2008: 216).

Posto isto, se a família incutir na criança valores adequados, lhe proporcionar momentos de carinho e interações que promovam o seu desenvolvimento correto, há menos probabilidades de vir a ter uma perturbação mental.

Depois de diagnosticada a doença mental, o papel da família acaba por ser a inclusão do doente mental nas diversas situações e acompanhá-lo em todo o seu processo de tratamento, vendo-o como uma pessoa que necessita mais do que um diagnóstico e de um tratamento (Colvero, Ide e Rolim, 2004: 200).

Praticar atividades de lazer fora do trabalho é, também, uma forma de promover saúde mental e contribui como fator de proteção da doença. Estas atividades levam a população a ter uma boa qualidade de vida que, como resultado, provoca a satisfação com a mesma. As

atividades de lazer são utilizadas em programas de reabilitação para pessoas com perturbações mentais já que são capazes de as distraírem, divertirem e relaxarem.

As pessoas com doenças mentais, geralmente, tornam-se mais fechadas, sem disposição e sem interesse para realizar atividades durante o seu tempo livre e, por este motivo, os programas de reabilitação tentam introduzir atividades de lazer para melhorar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Assim, a participação em atividades de lazer é vista como benéfica pois permite às pessoas com doença mental uma maior adaptação social, promove a integração, reduz os níveis de agressividade e diminui os comportamentos autodestrutivos que possam vir a ter (PONDÉ & CAROSO, 2003: 165-166).

Para além de o lazer ser benéfico para a saúde mental, promover bem-estar e provocar nas pessoas uma sensação de realização, também é capaz de diminuir os níveis de *stress*. O *stress* já foi identificado como um fator de risco e, portanto, é necessário combatê-lo.

Pondé e Caroso afirmam que o lazer tem um efeito “moderador” no “impacto de eventos estressantes na população geral” (2003: 167) na medida em que provoca nas pessoas uma sensação de liberdade. O dia-a-dia das pessoas é, geralmente muito intenso e exerce muita pressão sobre estas, portanto, experienciar a sensação de liberdade consegue acalmar e abrandar o ritmo a que a população está habituada.

Com o objetivo de contribuir para uma melhor qualidade de vida, surge a arteterapia que se caracteriza por cuidar da saúde através de ferramentas não verbais e é um meio para que o indivíduo consiga comunicar e expressar as suas emoções, os seus valores, crenças e pensamentos (Vasques, 2009: 29-30). A arteterapia é capaz de aumentar a autoestima e reduzir a ansiedade; logo, consegue combater um dos fatores de risco da saúde mental que é o *stress* (Valladares, 2003: 5).

Relativamente à importância da prática da arteterapia nos cuidados com a saúde mental, existem duas perspetivas que são abordadas no artigo de Valladares. A primeira perspetiva pertence a Tavares e aborda a influência do “mundo da imaginação criativa” (2000, *cit in* Valladares, 2003: 6), afirmando que a subjetividade, expressa nas atividades artísticas, é uma nova forma de lidar com a loucura, visto que é neste tipo de atividades que as pessoas portadoras de uma doença mental se conseguem expressar sem terem que falar.

Por outro lado, Ferraz afirma que “o inconsciente, que abrange um mundo de tendências, aspirações, idéias e complexos desconhecidos do próprio doente, ao ser exposto por meio das artes, permite que os pacientes aprendam a lidar com seu imaginário e tomar consciência do

valor de suas obras, mostrando que podem se integrar ao mundo externo” (1998, *cit in* Valladares, 2003: 6), ou seja, fazer arteterapia é uma forma das pessoas com doença mental se sentirem incluídos na comunidade e, conseqüentemente, se sentirem melhores consigo próprios.

Assim, o tipo de atividades artísticas mais utilizadas são, segundo Vasques (2009: 30-31):

- Desenho, que define a forma e melhora a concentração;
- Pintura, onde a fluidez da tinta leva a que sejam feitos movimentos soltos e controlados;
- Colagem/recorte, que é capaz de organizar elementos, juntando-os;
- Tecelagem, que melhora a disciplina e o ritmo de trabalho;
- Modelagem, que faz parte das atividades sensoriais e trabalha o toque das mãos;

Neste sentido, pode-se dizer que a arteterapia é uma ferramenta muito importante para “amenizar os efeitos negativos da doença mental” (Coqueiro et al, 2010: 862), uma vez que é capaz de proporcionar mudanças positivas nos campos afetivos, interpessoal e intrapessoal e aumenta o equilíbrio emocional do utente. Assim, as atividades baseadas na arteterapia são um bom exemplo do tipo de atividades a implementar nos programas de reabilitação para promover o bem-estar e aumentar a qualidade de vida das pessoas com doença mental.

O prazer, por sua vez, também constitui um fator fundamental para o bem-estar das pessoas e todas as atividades que promovam o prazer são consideradas benéficas para prevenir doenças mentais (PONDÉ & CAROSO, 2003: 168).

Uma das atividades que mais proporciona prazer é o jogo. Jogar e brincar são formas de estabelecer o equilíbrio das pessoas entre “a satisfação e não satisfação de seus impulsos mais primitivos” e entre a “emoção e de sua afetividade” (ROCHA, 2005, *cit in* Pacheco e Garcez, 2012: 90). Fontes *et al.* afirmam que jogar e brincar significa trabalhar a emoção, o pensamento e o sentimento (2010, *cit in* Pacheco e Garcez, 2012: 90) e Bettelheim acrescenta que “brincadeiras permitem a convivência e superação das frustrações, bem como a expressão dos sentimentos e pensamentos” (1988, *cit in* Pacheco e Garcez, 2012: 91).

Em suma, brincar e jogar são uma forma de promover a saúde mental na medida em que ajudam as pessoas a reestabelecerem o próprio equilíbrio, a expressarem sentimentos e emoções e a conviverem em harmonia com os outros, desenvolvendo o bem-estar.

### **3.2.3. Tipos de doenças mentais e o seu impacto**

#### **3.2.3.1. Tipos de doenças mentais**

Antes de classificar os diferentes tipos de doenças mentais existentes, é necessário compreender o seu significado e saber distinguir o que é e o que não é uma patologia. A *American Psychiatric Association* (APA), no Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais, explica o conceito de doença mental e afirma que “é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (2013: 20).

A perturbação mental está relacionada com incapacidades relevantes ou com sofrimentos que afetem as atividades importantes (profissionais ou sociais) da vida das pessoas e não com comportamentos inadequados ou reações que são esperadas e normais a algum acontecimento grave, a menos que esse acontecimento tenha ocorrido por efeito da doença.

Ninguém está livre de sofrer uma doença mental, visto que estas não são exclusivas para um determinado tipo de pessoa. Todas as pessoas de todas as localidades, países, religiões, idades, géneros e classe social podem ter uma perturbação mental e segundo alguns estudos, “mais de 25% das pessoas apresentam uma ou mais perturbações mentais e comportamentais” (Regier e col., 1988; Wells e col., 1989; Almeida Filho e col., 1997, *cit in* Organização Mundial de Saúde, 2002: 57), independentemente das características que apresentam.

Para demonstrar o tipo de doenças mentais, a APA, no Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais (DSM-5), agrupou um conjunto de perturbações, consoante a sua denominação e as suas especificações e tem como finalidade padronizar e codificar as doenças mentais e comportamentais.

Entre os diversos tipos de patologias, as que se destacam e que são importantes de abordar são a demência, as perturbações psicóticas e a deficiência mental, visto que é o diagnóstico que as utentes que participaram nas atividades, na maioria, apresentam.

A demência é uma perturbação neurocognitiva maior e distingue-se por uma perda do funcionamento cognitivo, nomeadamente a nível da memória, da linguagem, da atenção complexa e da cognição social (2013: 602). Esta doença assume várias formas, das quais “Doença de Alzheimer, Degeneração lobar frontotemporal, Doença com corpos de Lewy, Doença vascular, Lesão cerebral traumática, Uso de substância/medicamento, Infecção por HIV, Doença

de prion, Doença de Parkinson, Doença de Huntington, Outra condição médica” (2013: 31) ou “Múltiplas etiologias” (2013: 31). A idade é, neste sentido, um fator prejudicial para o desenvolvimento da doença, na medida em que o envelhecimento “aumenta o risco de doença neurodegenerativa e cerebrovascular” (2013: 609)

Por outro lado, as perturbações psicóticas fazem parte do grupo do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos e caracterizam-se por uma rápida diminuição dos domínios funcionais como o processamento cognitivo (2013: 74).

As principais características das perturbações psicóticas são os delírios, as alucinações, a desorganização do pensamento e o comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal que, por sua vez, pode levar à limitação das capacidades para executar as tarefas diárias (2013: 88).

Finalmente, deficiência mental ou deficiência intelectual é “um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceituais, social e prático” (2013: 33), isto é, caracteriza-se pela falta de raciocínio e de pensamentos abstratos e pela incapacidade de solucionar problemas. Relativamente às consequências, os défices de adaptação, nomeadamente a dependência pessoal e a falta de responsabilidade social, “limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade” (2013: 33).

Os fatores de risco são maioritariamente genéticos e fisiológicos e podem ser causas perinatais (encefalopatia neonatal), pós-natais (lesão cerebral traumática, infeções ou doenças convulsivas), etiologias pré-natais (síndrome genética), doenças maternas, influências ambientais, entre outras.

### **3.2.3.2. Impacto das doenças mentais**

As perturbações mentais e comportamentais, no geral, provocam um impacto no indivíduo, na sua família, nas relações que estabelecem e na comunidade em que vivem.

As pessoas com doença mental vivem, atualmente, num duplo problema, isto é, para além de terem de lidar com a própria doença, com os sintomas a que estão sujeitos, ainda enfrentam o estigma e a discriminação a que está associada a doença, levando-os, muitas vezes a sentirem-se desmotivados e incapazes de participar nas atividades. Por sua vez, a doença mental também tem impacto na família ao presenciar todas as alterações inerentes à doença,

com os encargos, tanto emocionais como económicos, as oportunidades perdidas devido aos compromissos com o doente e o tempo que têm de dedicar para cuidar do familiar (Organização Mundial de Saúde, 2002: 59).

Para além destes fatores, no Relatório Mundial da Saúde Mental, a saúde mental está, também, associada à saúde física. Esta influência de uma sobre a outra dá-se de duas formas: diretamente, através dos sistemas fisiológicos ou indiretamente, através de estilos de vida saudável.

A relação entre saúde mental e física é muito importante, uma vez que, as pessoas que mais sofrem são as que têm mais tendência a desenvolver uma perturbação mental e comportamental e, conseqüentemente, um problema na saúde física. Por exemplo, as pessoas que vivem num estado depressivo ou angustiado, estão sujeitas a uma série de modificações no funcionamento endócrino e imunitário e, por este motivo, têm mais probabilidade de criar uma doença física.

Por outro lado, a doença mental também afeta, indiretamente, o comportamento. As pessoas que têm perturbações mentais têm mais probabilidades em adotar comportamentos de risco e, por consequência, a contrair uma doença física (Organização Mundial de Saúde, 2002: 38).

Finalmente, outro aspeto importante que é alterado consoante a doença mental e comportamental é a qualidade de vida. A qualidade de vida engloba fatores sociais, económicos e psicológicos e as pessoas portadores de doenças mentais normalmente apresentam uma qualidade de vida mais baixa e mesmo após o tratamento, as pessoas com doença mental não conseguem ter uma qualidade de vida boa devido à persistência de fatores sociais como o estigma e a discriminação que não são reduzidos (Organização Mundial de Saúde, 2002: 64).

Efetivamente, o estigma associado à doença mental leva as pessoas com perturbações mentais a sentirem-se ainda piores relativamente ao seu estado e a baixa autoestima leva-os a não conseguirem ter uma boa qualidade de vida.

O estigma refere-se a conseqüências sociais que são atribuídas de forma negativa a alguém e são baseadas num estereótipo. Relativamente às pessoas com doença mental, a sociedade classifica-os automaticamente como incompetentes, violentos e com falta de inteligência (Pilgrim, 2009: 154).

Contudo, as características que estão associadas às pessoas com doença mental nem sempre se manifestam e quando se manifestam, não são de forma contínua. Com isto pretende-



se dizer que se deve ter em conta o tipo de perturbação que a pessoa tem. Em algumas perturbações existem episódios tanto de estabilização como de destabilização, mas isso não implica que o doente não seja inteligente até porque existem pessoas com doença mental mentais completamente conscientes do seu problema e que procuram ajuda para o tratar. Noutros casos o doente desenvolve maior competência para umas tarefas do que outras e tal facto não torna a pessoa incompetente socialmente, mesmo que tenha uma perturbação mental (Pilgrim, 2009: 156).

Deste modo, é necessário ultrapassar estes rótulos que qualificam as pessoas com doença mental e os excluem da sociedade, uma vez que esta linha de pensamento “constitui para as pessoas com doença mental uma fonte de sofrimento, representando um obstáculo à concretização de projectos pessoais e à integração social plena” (Xavier, Klut, Neto, Ponte & Melo, 2013: 10).

Ainda existe muita ignorância em relação às doenças mentais e o medo e o perigo que as pessoas sentem em relação às pessoas com doença mental ainda é um fator que impede a proximidade. Portanto, é necessário reconhecer a importância de ajudar as pessoas que têm perturbações mentais a partir da participação em programas que estão destinados a todas as pessoas (Xavier, Klut, Neto, Ponte & Melo, 2013: 17), da conscientização da população acerca da doença mental, da defesa dos direitos das pessoas com doença mental e da alteração do auto-estigma (Arboleda-Florez, *cit in* Xavier, Klut, Neto, Ponte & Melo, 2013: 17), que é o pensamento negativo que as pessoas com doença mental têm sobre si.

Em suma, para acabar com problemas como o estigma e a exclusão, é necessário que se acabem, primeiro, com outros problemas sociais e que se eduquem e mentalizem as pessoas para uma boa saúde mental.

#### **3.2.4. A importância da literacia digital para a inclusão das pessoas com doença mental**

É notório que os dias de hoje se caracterizam por diversas mudanças e avanços na tecnologia. A utilização de aparelhos eletrónicos tem sido cada vez mais frequente e estes têm vindo a ganhar um especial destaque no seu quotidiano, influenciando, por sua vez, a qualidade de vida a população.

Neste sentido, é fundamental que todas as pessoas se adaptem a esta nova sociedade moderna e que, principalmente, se sintam incluídas e confortáveis neste meio.

Rodriguez reconhece esta necessidade e denomina-a de “*alfabetización digital (AD)*”. A autora afirma que a alfabetização digital é um meio de aceder à nova cultura, à nova linguagem e à nova “*sociedad del conocimiento*” e da “*información*” e tem como objetivo desenvolver habilidades e aptidões nas pessoas, que as permitam aprender a linguagem da tecnologia (2008: 137-138).

No entanto existe uma discrepância no que toca ao acesso às tecnologias de informação e comunicação, não só pelo desenvolvimento e evolução de cada país (Nações Unidas [NU], 2001, *cit in* Roberto, Fidalgo & Buckingham, 2015: 045), mas também pelas competências necessárias que a população deve ter quando utiliza os diversos meios disponíveis (DiMaggio, Hargittai, Celeste e Shafer, 2004, *cit in* Roberto, Fidalgo & Buckingham, 2015: 045).

Os grupos que, efetivamente, são considerados com menos competências para usar as tecnologias são os grupos de maior vulnerabilidade e estes estão limitados no acesso às tecnologias, impedindo-os de se constituírem como cidadão ativos e integrados (Roberto, Fidalgo & Buckingham, 2015: 046).

Deste modo, a literacia digital surge como uma forma de contornar a infoexclusão e de promover a participação de todos os indivíduos, nesta sociedade moderna que se está a construir, independentemente da idade, do género, do estatuto social ou económico, entre outros aspetos.

Levy afirma que “A educação ou literacia digital deve implicar não só a utilização do computador, e respetivas aplicações, como também a aprendizagem de capacidades que permitam compreender e dominar a linguagem codificada e subjacente à cibercultura” (1999, *cit in* Roberto, Fidalgo & Buckingham, 2015: 046).

Assim, é crucial que todas as pessoas, sem exceção, adquiram ferramentas e habilidades que as tornem mais autónomas, que as ensinem a trabalhar no novo mundo e que as façam sentir parte da comunidade, motivando-as a aprender e a crescer continuamente.

### **3.3. Identificação dos contributos teóricos mobilizados para a problemática específica de investigação/intervenção**

Um projeto de investigação-ação deve ter sempre em conta a teoria que é explorada através da pesquisa e análise de documentos e, posteriormente, a prática da própria teoria que diz respeito à ação. Posto isto, todos os projetos de intervenção devem estabelecer uma relação entre a teoria e a prática, uma vez que para exercer a prática é necessário considerar a teoria.

Assim, a parte curricular do mestrado em Educação, com especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária constituiu uma fase benéfica na construção do conhecimento.

No decorrer do primeiro ano letivo são tratados temas e questões importantes a abordar para ter sucesso aquando a realização de uma intervenção. Aspectos como o papel do educador e da educação de adultos no desenvolvimento global da pessoa, a importância da utilização da animação sociocultural como metodologia de intervenção, os diversos tipos de atividades que podem ser implementadas no projeto e a imprescindibilidade da elaboração de um diagnóstico de necessidades para a posterior elaboração de um plano de atividades benéfico e produtivo para a população, são alguns dos exemplos destacados.

O modo com a educação permanente é abordada durante a especialização remete para a necessidade que a sociedade atualmente tem de mudar a linha de pensamento. Vivemos num mundo onde a educação é apenas formal e sinónimo de escola, onde a produtividade, a competitividade e o crescimento económico são fatores mais importantes a considerar (Lima, 2016: 56) em vez de ser um “projeto de humanização e de transformação” (Lima, 2016: 62).

A aquisição de habilidades que não sejam exclusivamente para aumentar a produção do mercado ou para competir com outros, mas sim para animar, divertir, proporcionar um comportamento criativo e a compreensão intercultural são uma obrigação que a sociedade enfrenta com urgência (Lima, 2016: 64).

E é a partir desta grande necessidade que nasce a Educação de Adultos e que nos é incutida como uma boa forma de solucionar os problemas de falta de humanização que existem.

A Educação de Adultos enaltece os direitos humanos básicos como o direito à educação e “sobretudo, às novas aprendizagens dos cidadãos adultos, à revalorização das culturas locais num quadro de globalização e à intervenção individual e colectiva no sentido de melhorar as condições da existência humana” (Lima *et al*, 1994: 20).

Outro tema importante aprendido durante a parte curricular do mestrado e em algumas unidades curriculares foi a seleção e adequação de cada método de investigação/intervenção para cada contexto, como por exemplo a animação sociocultural. Este método de intervenção é a forma mais criativa e animada de proporcionar bons momentos a alguém. O principal objetivo desta prática é promover a participação das pessoas no próprio desenvolvimento e funcionamento da sociedade (UNESCO, *cit in* Ander-Egg, 2000: 107) e representa exatamente o que é preciso fazer para que a sociedade seja ativa.

Cada vez mais as pessoas se importam menos com os outros e mais consigo próprias e com os resultados que obtém. É fundamental incluirmos os outros no nosso quotidiano e preocuparmo-nos com o bem-estar deles e isso passa por incentivá-los a participar em atividades e programas que a comunidade oferece.

Por outro lado e de forma mais específica, algumas disciplinas como a de expressões artísticas (expressão musical, dramática e plástica) colaboraram para a capacidade da criação de um plano de atividades criativo.

Apesar da importância da teoria, executar atividades sobre diferentes temas e com diferentes públicos permite ao investigador aumentar a sua criatividade e, algumas atividades que foram aprendidas, nesta unidade curricular, foram implementadas neste projeto e proporcionaram bom momentos utentes.

Posto isto e em forma de conclusão, a teoria aprendida durante a parte curricular do mestrado foi uma mais valia para a conceção do estágio. Tendo em conta que vim de uma área diferente - a sociologia - o primeiro ano letivo desta especialização representa toda a estrutura em que me baseei e todos os conhecimentos que obtive em relação à educação informal, à sua importância e impacto que consegue ter na sociedade e na transformação da mesma foram adquiridos no decorrer do mesmo.

## **4. APRESENTAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO/INVESTIGAÇÃO A ADOTAR**

### **4.1. Objetivos da intervenção/problema de investigação**

Depois de identificadas as necessidades, os interesses e as motivações das utentes, é essencial definir os objetivos gerais e específicos.

Os objetivos gerais representam a principal orientação para a elaboração do plano de atividades e são a ferramenta utilizada para realizar as ações pretendidas no projeto, isto é, dão significado ao projeto proposto. Servem de “fio condutor” para focar o projeto no que é importante abordar e, conseqüentemente, atingir os resultados esperados.

Por outro lado, os objetivos específicos apresentam um caráter mais concreto e permitem alcançar os objetivos gerais e pô-los em prática. São as expectativas e os resultados esperados e definem-se como uma particularidade dos objetivos gerais (Marconi e Lakatos, 2003: 219).

Todavia, é necessário distinguir os objetivos da investigação dos objetivos da intervenção para organizar a conceção do projeto.

Assim, os objetivos da investigação são aqueles que se pretendem alcançar com a informação recolhida e com as técnicas de investigação usadas. Em contrapartida, os objetivos de intervenção são aqueles que se esperam alcançar com a realização do plano de atividades, a partir das técnicas de intervenção.

No decorrer do projeto foram identificados três objetivos gerais e três objetivos específicos, de investigação, que colaboraram para a construção do conhecimento científico.

Objetivos gerais de investigação:

- Compreender o conceito de doença mental;
- Conhecer o dia-a-dia de uma pessoa portadora de uma doença mental institucionalizada;
- Identificar e explorar a qualidade da interação entre uma pessoa com doença mental e a sociedade atual.

Objetivos específicos de investigação:

- Pesquisar e analisar diferentes perspetivas teóricas no que toca ao tema da doença mental;
- Questionar as pessoas assistidas acerca dos temas explorados;
- Observar e refletir os comportamentos ocorridos no decorrer do projeto;

Neste projeto foram definidos três objetivos gerais e seis objetivos específicos, de intervenção, que vão de encontro às definições apresentadas anteriormente.

Objetivos gerais de intervenção:

- Promover a busca do conhecimento, desenvolvendo capacidades de investigação e raciocínio;
- Potenciar a capacidade de aprendizagem e criatividade das pessoas assistidas;
- Proporcionar momentos de lazer, partilha e convívio através de atividades recreativas.

Objetivos específicos de intervenção:

- Aumentar o gosto pela informática e pela pesquisa;
- Enriquecer os conhecimentos em alguns programas básicos do Office;
- Promover a independência, estimulando as suas capacidades técnicas;
- Melhorar as relações sociais entre as utentes;
- Desenvolver a expressão individual e estimular a criatividade e a criação;
- Promover experiências de aprendizagem abordando diferentes meios de expressão.

#### **4.2. Definição do paradigma de intervenção/investigação**

O paradigma de intervenção/investigação que mais se adequa a este projeto é o paradigma qualitativo ou, por outras palavras, o paradigma interpretativo-hermenêutico, na medida em que tenta compreender a complexidade do ser humano e todo o processo evolutivo da ação e o resultado esperado é a mudança, a transformação, o aumento da qualidade de vida e da autoestima.

Este paradigma apresenta alguns aspetos essenciais a elucidar, dos quais:

O foco que é dado aos “métodos e teorias abertas e flexíveis, compatíveis entre si, capazes de fazer frente à tarefa de lidar com a complexidade inerente aos objetivos e aos

problemas a contemplar” (Flick, 2007:18-20 cit in Freitas, 2013:1085), ou seja, numa pesquisa qualitativa, as teorias abordadas ao longo do projeto juntamente com as estratégias de pesquisa, os métodos de recolha e análise de informação e dos resultados ajudam a combater as dificuldades dos objetivos propostos e dos problemas.

A fonte de recolha de dados é o ambiente natural, fazendo do investigador o instrumento principal (Bogdan e Biklen, 1994: 47). Este deve adotar uma atitude imparcial e fazer uma constante autorreflexão do seu comportamento e dos seus procedimentos para com os envolventes visto que representa a chave da análise de toda a informação recolhida ao longo do projeto.

O paradigma qualitativo tem uma enorme capacidade para dar respostas consoante os pontos de vista dos indivíduos envolvidos e criar um conjunto de significados entre eles, isto é, preocupa-se em compreender a complexidade do ser humano e todo o processo evolutivo da ação, atribuindo diferentes significados às ações, de acordo com a perspetiva de cada sujeito envolvente (Flick, 2007:18-20 cit in Freitas, 2013:1086).

A investigação de caráter qualitativo é descritiva. A informação recolhida é “em forma de palavras ou imagens e não de números” (Bogdan e Biklen, 1994: 48) e tem um “enfoque indutivo”, isto é, os dados têm o propósito de criar teorias e conceitos ao invés de testar ou validar hipóteses que já existem (Flick, 2007:18-20 cit in Freitas, 2013:1086).

A compreensão holística que a investigação qualitativa tem em vista, ou seja, o paradigma qualitativo tem como objetivo analisar a realidade como um todo (sem dividir em partes) e justificar essas análises através, inicialmente, da observação e, posteriormente, a partir das teorias existentes. (Flick, 2007:18-20 cit in Freitas, 2013:1086).

O principal interesse dos investigadores é o processo em si e não os resultados obtidos. O objetivo é compreender as diferentes perspetivas dos participantes, questioná-las, analisá-las e, posteriormente, agir para a mudança do problema identificado. Psathas (1973) afirma que “Os investigadores qualitativos em educação estão continuamente a questionar os sujeitos de investigação, com o objectivo de perceber «aquilo que *e/es* experimentam, o modo como *e/es* interpretam as suas experiências e o modo como *e/es* próprios estruturam o mundo social em que vivem»” (cit in Bogdan e Biklen, 1994: 49-51).

Para além das características enunciadas anteriormente, existe ainda um ponto a referir que é o caráter humanista deste método, que se reflete no principal objetivo: compreender a realidade social dos outros, na amplitude de métodos e técnicas que expõe, sem se focar apenas

num, e a condução improvisada do projeto, que vai acontecendo a um ritmo indeterminado, conforme o investigador e os investigados (Flick, 2007, cit in Freitas, 2013: 1085-1087).

O modo como esta abordagem confronta a realidade é feito de várias formas, consoante as reflexões do investigador e dos acontecimentos ocorridos, fazendo deste aspeto ainda mais característico deste paradigma.

Apesar desta dissertação abordar fundamentalmente o paradigma qualitativo, a abordagem quantitativa não é totalmente excluída, visto que é necessária para a análise dos dados sociodemográficos recolhidos ao longo de todas as fases.

Para demonstrar a adequabilidade deste paradigma a este trabalho, é relevante expor, concretamente, exemplos. Esta dissertação segue uma trajetória reflexiva, complexa e não linear e todas as fases pelas quais o investigador passa estão intimamente ligadas entre si; o centro do projeto é compreender as perspetivas das pessoas assistidas mentais relativamente a alguns acontecimentos e não apenas relatar os episódios sucedidos; as pessoas assistidas não foram abordadas como um indivíduo vago mas sim tendo em conta o contexto em que estão inseridas e as suas experiências de vida e, finalmente, todos os dados recolhidos e todas as análises foram feitas pela investigadora.

### **4.3. Seleção do método e das técnicas de investigação e de intervenção**

#### **4.3.1. Métodos e técnicas de investigação**

##### **4.3.1.1. Método de investigação**

Para prosseguir com a enumeração e, posteriormente, a análise dos métodos e das técnicas usadas ao longo da investigação, é pertinente compreender as suas definições.

Para Lakatos e Marconi, um método é um conjunto de “atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo” (2003:83).

Relativamente ao método mais usado na investigação em educação, pode-se dizer que é o da investigação-ação por valorizar a prática, fazendo desta o seu elemento-chave e por envolver sempre o conceito de reflexão na interação com a educação.

Coutinho et al (2009: 358) afirmam que a prática e a reflexão “assumem no âmbito educacional uma interdependência muito relevante, na medida em que a prática educativa traz à



luz inúmeros problemas para resolver, inúmeras questões para responder, inúmeras incertezas, ou seja, inúmeras oportunidades para refletir”.

#### Investigação-ação

O método utilizado na elaboração desta dissertação foi a investigação-ação. Esta metodologia consiste na obtenção de informações organizadas, com o intuito de possibilitar mudanças sociais (Bogdan e Biklen, 1994: 292-293).

A investigação-ação, tal como o nome indica, tem como objetivo analisar certos aspetos da realidade, através da reflexão e da aquisição de conhecimentos. Assim, “investigação” significa tomar uma atitude em relação a alguma questão importante.

Por outro lado, “ação” exprime a forma como a intervenção se vai desenrolando, atendendo à planificação do programa previamente estabelecido.

A investigação-ação, que é uma interação entre a investigação e a prática, reúne um conjunto de características importantes a analisar para destacar a sua utilização, ao invés de outros métodos de investigação.

Posto isto, as características que distinguem a investigação-ação são:

Tanto a população como os investigadores participam na intervenção. Durante o processo evolutivo da ação verifica-se uma troca de experiências e de conhecimento de ambos os lados e o poder é dividido pelos dois, isto é, os investigadores sem os participantes não conseguem prosseguir (Ander-Egg, 1990: 32). Zuber-Skerrit (1992) afirma que o investigador não é um “agente externo que realiza investigação com pessoas”, mas sim um “co-investigador” que atua para e com quem está interessado em melhorar ou modificar algum aspeto da própria realidade (*cit in* Coutinho et al, 2009: 362).

O investigador assume um papel ativista “na causa da investigação” (Bogdan e Biklen, 1994: 292) e fá-lo com “o objectivo de modificar as práticas existentes de discriminação e ameaça ao meio ambiente” (Bogdan e Biklen, 1994: 296). Apesar disto, o principal agente é o público, portanto o investigador deve comprometer-se e não deixar a investigação pelo caminho ou corre o risco de deixar os indivíduos numa situação delicada e confusa.

A investigação-ação adequa-se ao trabalho e é uma mais valia para criar relações de confiança, sem hierarquias, com o público-alvo, já que o trabalho é comum a todos e todos crescem no decorrer da sua elaboração (Ander-Egg, 1990: 36).

A reflexão ocorre durante todo o processo. O processo de investigação-ação inicia-se com a “reflexão da prática comum” (Tripp, 2005: 454) para que sejam identificados os problemas,

mas, no decorrer da ação, é necessário refletir para organizar o projeto, para averiguar a sua evolução ou regressão e, finalmente, para interpretar os resultados atingidos.

Este paradigma é auto-avaliativo dado que as mudanças efetuadas estão em constante avaliação para que sejam inseridos novos conhecimentos (Zuber-Skerritt, 1992 *cit in* Coutinho et al, 2009: 363).

Segundo Dick este método de pesquisa caracteriza-se por ser um “processo cíclico ou em espiral” (1999 *cit in* Coutinho et al, 2009: 360) e por oscilações sucessivas entre agir e refletir.

David Tripp divide o processo de investigação em quatro fases e afirma que a maioria os processos de desenvolvimento e de mudança devem seguir o ciclo (2005: 446). Deste modo, as etapas do método de investigação-ação são:

- I. Identificar o problema e planejar uma solução para ele;
- II. Implementação do plano previamente elaborado - ação;
- III. Acompanhamento da evolução do processo e descrição dos efeitos encontrados;
- IV. Avaliação da eficácia do plano.

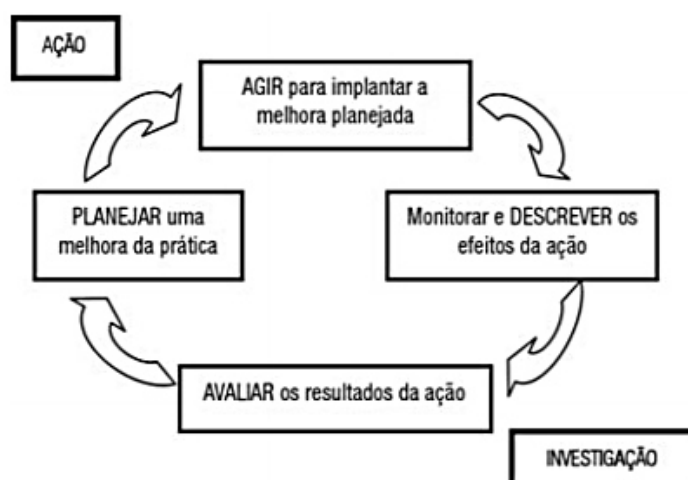


Figura 2: Representação em quatro fases do ciclo básico da investigação-ação

Contudo, existem diferentes maneiras de utilizar o ciclo acima representado. A forma como se aplica o ciclo depende do objetivo, do contexto, do investigador e dos investigados, isto é, os resultados da ação nunca são iguais mesmo que o objetivo seja o mesmo pois o modo como o processo decorre também influencia o desfecho. O importante é adequar o tipo de

investigação-ação às necessidades e objetivos do público-alvo para que o efeito do plano estabelecido seja positivo e conduza à mudança (Tripp, 2005:446).

#### **4.3.1.2. Técnicas de investigação**

Segundo Lakatos e Marconi, uma técnica é um conjunto de procedimentos ou “preceitos” de que “se serve uma ciência ou arte” (2003: 174) e usar uma técnica significa ter a capacidade de aplicar esse conjunto de processos na prática. Todas as ciências utilizam diversos métodos e técnicas para atingir os seus objetivos, mas existem diferentes métodos e técnicas para diferentes tipos de ciências, dependendo da finalidade.

A estratégia de recolha de informações envolveu cinco técnicas de investigação: a pesquisa e análise documental, o inquérito por questionário, as notas de campo/diário de bordo, as conversas informais e a observação participante.

#### **❖ Pesquisa e análise documental**

Antes de se começar uma investigação, é necessário explorar todas as fontes documentais que servem de apoio à própria investigação, seguida de uma análise documental, não só para analisar bibliografias encontradas ou evitar erros, mas também para conhecer os procedimentos utilizados em projetos com objetivos semelhantes (Lundberg *cit in* Ander-Egg, 1971: 30).

A pesquisa documental distingue-se de outro tipo de pesquisas pelo modo de recolha de dados. Os dados são coletados exclusivamente a partir de documentos (Lakatos e Marconi, 2003: 174) ou de materiais primários, que não foram tratados analiticamente (Sá-Silva, Almeida e Guindani, 2009: 6).

Estes documentos podem ser escritos (documentos oficiais, publicações parlamentares, documentos jurídicos, fontes estatísticas) ou não escritos (iconografia, fotografia, objetos encontrados, canções folclóricas ou vestuário) (Lakatos e Marconi, 2003: 183).

Depois de recolhidos os dados e as referências necessários para a investigação é preciso organizá-los e, de seguida, analisá-los. Para organizar os dados descritivos, produz-se um sistema de codificação que é o agrupamento dos mesmos a partir de padrões ou tópicos e, posteriormente, criam-se categorias de codificação (frases e palavras) que vão de encontro a esses tópicos ou padrões (Bogdan e Biklen, 1994: 221).

Assim, a criação de categorias de codificação auxilia na análise da informação recolhida na medida em que organiza os dados por temática, facilitando a sua interpretação.

Após a organização dos dados, o investigador deve analisá-los. Estes são os objetos da pesquisa, mas por si só não explicam nada, portanto devem ser interpretados a fim de “criar novas formas de compreender os fenómenos”

A análise é feita “através da discussão que os temas e os dados suscitam e inclui geralmente o corpus da pesquisa, as referências bibliográficas e o modelo teórico”, isto é, para analisar a informação recolhida é necessário agrupar os dados, confrontá-los com os restantes dados e os temas propostos.

Tendo em conta que a investigação qualitativa não é uma “proposta rigidamente estruturada” (Godoy, 1995: 21), permite aos investigadores dar asas à imaginação e à criatividade, com objetivo de abordar novas perspetivas e criar um enquadramento teórico que apresente ideias coerentes e pertinentes para compreender o objetivo do projeto (Sá-Silva, Almeida & Guindani, 2009: 10-11).

#### ❖ **Inquérito por questionário**

O inquérito, nas ciências sociais, é “uma pesquisa sistemática e o mais rigorosa possível de dados sociais significativos, a partir de hipóteses já formuladas, de modo a poder fornecer uma explicação” (Birou, 1982: 208).

O foco do inquérito é a pesquisa dos dados através de questões colocadas a um conjunto de inquiridos que representa a população em estudo e que auxiliem na sua própria definição, por exemplo a partir dos dados sociodemográficos (situação social e profissional) ou outro tipo de dados que sejam pertinentes para o investigador.

Esta técnica é importante para conhecer a população, o modo como vivem, os seus valores, opiniões e pontos de vista (Quivy e Campenhoudt, 1992: 190-191).

Uma das técnicas mais utilizadas na elaboração de um inquérito é o questionário. O questionário é uma técnica e tem como objetivo servir de “orientação num inquérito”. Esta técnica, ainda que deva ser testada antes de ser entregue à população, tem de ter em conta quatro aspetos, dos quais (Birou, 1982: 343):

- Expressar, sempre, o objetivo do inquérito;
- Definir a ordem e a forma das perguntas para caminhar no sentido de obter informações verdadeiras;

- Elaborar questões que facilitem as respostas livres, espontâneas e objetivas;
- Elaborar questões claras e precisas que facilitem a sua posterior interpretação.

Depois de recolhidos os dados, procede-se à sua análise, e posteriormente, à interpretação dos mesmos a fim de expor algumas informações necessárias para conhecer a população em estudo (Birou, 1982: 208).

Relativamente a este projeto, o inquérito por questionário foi utilizado em duas fases: inicialmente para o diagnóstico de interesses e necessidades e, posteriormente, para fazer a avaliação final do plano de atividades.

#### ❖ **Notas de campo/ Diário de bordo**

Depois de realizar uma atividade ou de observar algum acontecimento, alguns investigadores escrevem notas de campo que relatam alguns pormenores importantes a analisar, descrições sobre as pessoas, os lugares, os objetos, os comportamentos e atitudes. Para Bogdan e Biklen, as notas de campo são “detalhadas, precisas e extensivas” e incluem “ideias, estratégias, reflexões e palpites” que ajudam na captação de alguns aspetos que outros métodos de investigação não conseguem (1994: 150).

As notas de campo são compostas por duas partes: a descritiva e a reflexiva. A parte descritiva inclui os retratos dos sujeitos (aparência física; forma de vestir, agir e falar), as reconstruções do diálogo (gestos; pronúncias; expressões faciais; conversas entre as pessoas ou com o investigador), a descrição do espaço físico e das atividades, o relato de acontecimentos particulares que sejam considerados pertinentes e, finalmente, o comportamento do observador visto que a autorreflexão sobre o próprio comportamento é importante para averiguar as influências no meio (Bogdan e Biklen, 1994: 164).

Por outro lado, a parte reflexiva contém as reflexões sobre a análise (dizem respeito à avaliação daquilo que vai surgindo, os temas a explorar; as possíveis ligações entre os dados recolhidos ou os padrões que possam existir), as reflexões sobre o método (dizem respeito à avaliação do que já foi feito e do que falta fazer e incluem comentários sobre a relação entre o investigador e o investigado), as reflexões sobre os conflitos e dilemas éticos (preocupações que possam existir com os investigados) e as reflexões sobre o ponto de vista do sujeito (que incluem os pensamentos subjetivos do que aconteceu e o que poderá acontecer) (Bogdan e Biklen, 1994: 165-166).

Em suma, as notas de campo são uma mais valia no que concerne a alguns pormenores que fazem a diferença na interpretação dos dados recolhidos pois o registo e a reflexão de detalhes ajuda o investigador a prosseguir e a manter-se focado na finalidade do projeto.

### ❖ **Conversas Informais**

Para Patton (2002: 320), “*informal conversational interview*” ou “*unstructured interviewing*” são conversas informais e correspondem a um tipo de perguntas que se faz aos investigados. Estas perguntas fluem naturalmente, como numa conversa, são flexíveis e espontâneas e surgem com o objetivo de comunicar com o grupo. Os dados obtidos a partir das conversas informais são diferentes para todos os elementos do grupo pois dependem da forma como são levadas e exigem ao investigador uma habilidade para saber conduzir esta “conversa” (cit in Brayda & Boyce, 2014: 320).

Esta técnica surge de uma forma livre, não forçada ou com uma estrutura sólida, sem questões previamente planeadas e sem o objetivo de obter certas respostas.

As conversas informais foram uma técnica de investigação muito utilizada ao longo da elaboração do projeto, produzindo, assim, um grande conjunto de informações que auxiliaram tanto na relação de proximidade com as pessoas assistidas como no próprio conhecimento do público-alvo, dos seus valores e pensamentos.

### ❖ **Observação participante**

A observação é um método de investigação de recolha de dados que utiliza os sentidos para obter determinadas informações. Não se cinge apenas a ver ou ouvir, mas sim em analisar os acontecimentos que ocorrem dentro da comunidade que está a ser estudada e ajuda o investigador a “identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento” (Lakatos & Marconi, 2003: 191). A observação participante implica uma interação entre o investigador e os investigados visto que as respostas obtidas, durante as observações, dependem do tipo de comportamentos e atitudes que terá para com o grupo (Valladares, 2007: 7-9).

Para Quivy & Campenhoudt a “observação participante é a que responde, de modo global, às preocupações dos investigadores em ciências sociais” (1992: 197). O investigador estuda os seus modos de vida pormenorizadamente, esforçando-se para perturbá-los o menos possível, para, posteriormente, analisar, refletir e agir consoante as conclusões retiradas.

No ponto de vista de Lakatos e Marconi, a observação participante é a “participação real” do investigador com os investigados (2003: 194), isto é, ele integra-se no grupo e realiza as atividades que o grupo faz. É pôr o investigador do lado do grupo e fazer com que ele viva as mesmas experiências e consiga compreender melhor as perspectivas do grupo com quem está a trabalhar (Mann, 1970: 96 *cit in* Lakatos & Marconi, 2003: 194).

Este método de investigação apresenta algumas características que, para Valladares, representam os mandamentos da observação participante (2007: 153-154):

Exige um processo longo pois integrar-se na comunidade não é fácil e é necessário um tempo para observar e analisar os comportamentos do grupo;

Geralmente o investigador vai para um sítio completamente desconhecido, “desconhecendo muitas vezes as teias de relações que marcam a hierarquia de poder e a estrutura social local”, portanto é preciso que consiga controlar a situação;

Implica a interação entre o investigador e os investigados pois todos os resultados obtidos dependem do comportamento do investigador e da forma como este se relaciona com a comunidade que está a observar;

Ainda que seja difícil, o investigador deve distinguir-se do resto do grupo, ou seja, não se confundir com ele pois tem de se focar na pesquisa e no seu papel;

Necessita de alguém que introduza o investigador à comunidade e que, durante o processo de evolução, esteja disponível para esclarecer dúvidas e auxiliar nas interpretações;

O investigador é um observador, mas está, constantemente, a ser observado, isto é, os passos que dá “são conhecidos e muitas vezes controlados por membros da população local”;

“A observação participante implica saber ouvir, escutar, ver, fazer uso de todos os sentidos”. O investigador deve saber quando intervir e a forma como tem de intervir junto da população;

O investigador deve manter a rotina que criou, mesmo que pareça repetitiva e trabalhosa visto que a sua presença habitual gera confiança na comunidade;

Durante o processo evolutivo da ação, o investigador deve refletir acerca dos erros cometidos e aprender com os mesmos pois só assim é que consegue melhorar as suas atitudes e, conseqüentemente, obter os resultados esperados.

## **4.3.2. Métodos e técnicas de intervenção**

### **4.3.2.1. Método de intervenção**

#### ❖ Animação Sociocultural

Para o desenvolvimento do plano de atividades foi utilizado o método da animação sociocultural uma vez que se pretende melhorar a qualidade de vida das pessoas através de práticas educativas.

Na figura abaixo (Iñaki López de Aguilera, *cit in* Ander-Egg, 2000: 135) é possível verificar a semântica das três palavras que compõem a expressão “animação sociocultural”.

A expressão “animação” surgiu da palavra “*anima*” (alma) e relaciona-se com movimento, força, dinamismo e poder (Ander- Egg, 2000: 91), o que pressupõe, desde já, que a animação sociocultural é uma ferramenta que tem como finalidade animar e dar vida à comunidade que estuda.

A palavra “social” refere-se ao estabelecimento de relações, sejam interpessoais ou com o ambiente à volta e às soluções procuradas para responder aos problemas e necessidades da comunidade.

Finalmente, a palavra “cultural” está relacionada com a construção de uma identidade coletiva, a partir de valores corretos e adaptada ao grupo em questão.



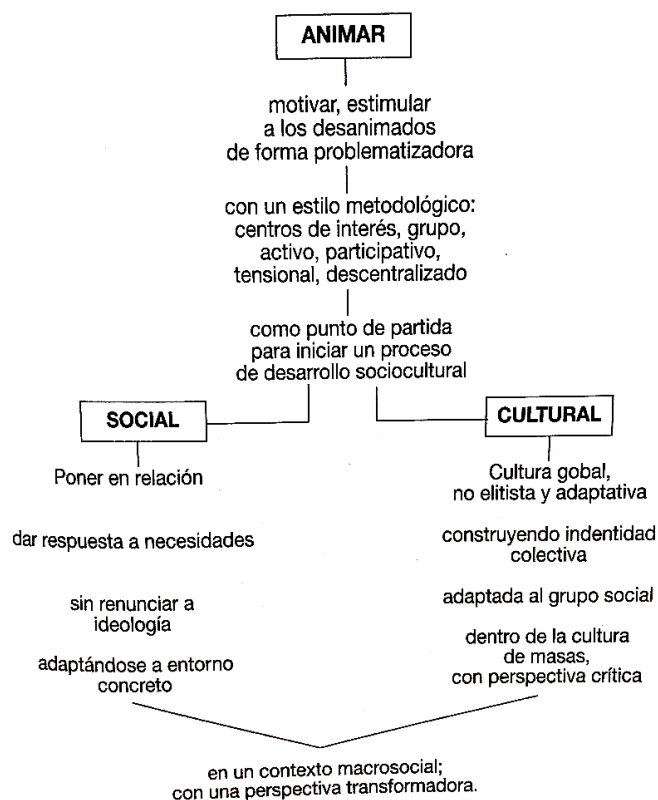


Figura 3: Definição semântica de animação sociocultural

A animação sociocultural, enquanto método, é um conjunto de práticas sociais que tem como objetivo promover a iniciativa e a participação, ativa, da população no seu próprio desenvolvimento e no funcionamento da sociedade a que pertencem (UNESCO, *cit in* Ander-Egg, 2000: 107). Ander-Egg acrescenta, ainda, que o incentivo à prática de atividades deve ser voluntário e que deve melhorar a qualidade de vida da comunidade (2000: 100), isto é, a participação deve ser consciente e não ter uma segunda condicionante a pressionar.

Uma das particularidades que a animação sociocultural apresenta e que a faz distinguir dos restantes métodos é a relevância que dá à forma como se desenrola o projeto. Neste método de intervenção é mais importante a atitude com que se leva a cabo o projeto e a maneira de realizar as atividades do que propriamente o conteúdo do mesmo (2000: 100).

Para além das ideias acima referidas, a animação sociocultural deve desenvolver as atividades tendo em conta o contexto heterogêneo da sociedade. A utilização deste método é uma mais valia para impulsionar a aceitação e o respeito por diferentes culturas e para promover esta diversificação como um valor fundamental para a convivência entre a população (2000: 129).

Inãki López de Aguilera (*cit in* Ander-Egg, 2000: 135-136) expressa algumas características que distinguem a animação sociocultural dos restantes métodos de intervenção:

É um projeto de intervenção que motiva um grupo ou uma comunidade a iniciar um processo de desenvolvimento social e cultural;

Não se define pelos seus elementos isolados, isto é, pelo tipo de atividades que engloba ou pela forma com a qual as executa, mas sim pelo seu projeto de intervenção global;

A intervenção é feita a todo o tipo de grupos, sem excluir nenhum, preocupa-se com as relações interpessoais que são criadas e com a participação, do grupo, no ambiente que os rodeia;

É uma intervenção educativa e política, na medida em que transforma o modelo que a sociedade tem para o seu funcionamento e fá-lo através da mudança de mentalidades, valores e atitudes da comunidade;

É um trabalho institucional, continuado e feito em equipa;

É um trabalho quotidiano e de base pois utiliza recursos que já existem e recorre aos espaços que são familiares à população, para intervir;

É um serviço social visto que quer dar resposta a problemas sociais de forma gratuita e aberta e conscientiza as pessoas para verem e analisarem a sua realidade social.

Este método é usado em intervenções sociais que pretendem não só potenciar as expressões pessoais e autonomizar as pessoas, mas também incentivar a cultura popular e é implementado através de atividades de animação (Ander-Egg, 2000: 99).

Todavia, elaborar e realizar atividades não é uma tarefa simples e implica ter em conta alguns aspetos para chegar aos resultados pretendidos.

Segundo o mesmo autor, existem cinco tipos de categorias nas quais as atividades de animação sociocultural se inserem: formação, difusão, artísticas, lúdicas e sociais (1992: 95)

#### Atividades de formação

São consideradas atividades de educação não formal que promovem a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento do uso crítico da razão. Podem ser feitas de várias formas, como por exemplo: debates, oficinas, seminários, educação de adultos, entre outros e podem tratar qualquer tema, desde que o tema escolhido seja pertinente para o grupo ou para o indivíduo com o qual se está a realizar a atividade. As atividades de formação da animação sociocultural fazem-se em conjunto com os participantes e não apenas para eles, isto é, o método normal, o

investigador fala e os investigados ouvem é substituído por um método mais liberal que apoia a aprendizagem conjunta.

Para além das características enunciadas acima, as atividades de formação têm o objetivo de incentivar as pessoas a desenvolver as suas capacidades, através do desenvolvimento do sentido crítico, do diálogo e da reflexão pessoal (Ander-Egg, 1992: 95-96).

### **Atividades de difusão**

Por sua vez, as atividades de difusão auxiliam no acesso a determinados bens culturais e traduzem-se através de duas formas: do património herdado ou da cultura viva. O objetivo das atividades de difusão cultural é proporcionar às pessoas a possibilidade de conhecer o património histórico-cultural da comunidade, ou seja, pretendem mostrar ao público a história da própria cultura e dar significado às memórias e experiências passadas (Ander-Egg, 1992: 103).

### **Atividades artísticas**

Ander Egg aborda este tipo de atividades, não profissionais, ao mostrar a sua importância, pela eficácia que têm em desenvolver as capacidades humanas e em particular, as expressões artísticas e individuais.

Darcy Ribeiro que afirma que “el arte no es un privilegio ni un lujo, es una forma significativa de expresión de ideas y sentimientos, capaz de hacer que las personas adquieran un desarrollo más armónico y global” (cit in Ander-Egg, 1992: 107).

As atividades artísticas podem ser feitas a vários níveis: arte popular (ligada à modelagem), artes visuais (pinturas, esculturas, cartografia, bricolage, entre outras), artes cénicas (teatro), dança, música e novas formas de cultura que correspondem aos filmes, fotografias, meios audiovisuais, entre outros (Ander-Egg, 1992: 96).

Quando se elaboram atividades artísticas não profissionais, é necessário focar-se não na criação de artistas, mas sim na criação de meios que ajudem o público-alvo a expressar os seus valores, crenças e motivações e a mostrar a própria criatividade. Este tipo de exercícios enriquecem a vida das pessoas (Ander-Egg, 1992: 108).

### **Atividades lúdicas**

Por outro lado, as atividades lúdicas dizem respeito a atividades físicas e de ar livre e têm como objetivo proporcionar o desenvolvimento físico e cultural (Ander-Egg, 1992: 96).

Apesar da dimensão lúdica ser considerada menos importante na elaboração de atividades, os jogos e as festas têm uma componente cultural muito importante, já que implicam uma contextualização (Ander-Egg, 1992: 121) e, conseqüentemente, promovem um desenvolvimento sociocultural.

Em suma, elaborar atividades lúdicas é uma forma de superar a monotonia e a rotina diária, portanto, todas as atividades lúdicas devem ser animadas e devem motivar e promover na pessoa determinada energia que faz com que essa pessoa seja ativa (Ander-Egg, 1992: 123-124).

### **Atividades sociais**

Finalmente, as atividades sociais são as que “*favorecen la vida associativa*” (Ander-Egg, 1992: 96) e têm como objetivo solucionar problemas coletivos. Este tipo de atividades pretende favorecer os contactos da população com outras pessoas, fora do seu círculo de amigos e sensibilizar e dinamizar os cidadãos para o que se passa ao seu redor, fortalecendo, desta forma, a sociedade civil (Ander-Egg, 1992: 135).

#### ❖ O animador sociocultural

O processo de animação não se faz sem um animador. Este técnico deve atuar consoante os valores, princípios e objetivos da animação e o seu papel deve assentar em quatro fatores (Ander-Egg, 2000: 122);

- Sensibilizar e motivar o público a participar ativamente nos programas;
- Proporcionar os conhecimentos técnicos necessários para o grupo executar as atividades eficazmente, bem como procurar alternativas para ajudar a resolver os problemas encontrados;
- Ajudar a compreender a realidade social em que o grupo se encontra e o valor que as experiências passadas têm;
- Proporcionar novas aprendizagens e aptidões para que a comunidade os assimile e os utilize, de forma autónoma, para resolver os próprios problemas.

Efetivamente, o animador tem um papel crucial no que concerne à prática da animação. O comportamento e atitudes que este mostra no decorrer do processo evolutivo da ação vão, naturalmente, influenciar o modo de proceder dos investigados e, Ander Egg, fundamenta este

pensamento ao afirmar que um animador “*enseñã algo por lo que dice, mucho más por lo que hace, pero, sobre todo, enseñã por lo que es.*” (2000: 123).

Assim, é possível concluir que a experiência e os conhecimentos do técnico não são suficientes para motivar o grupo e o modo como o animador conduz a ação, anima e incentiva a população é um aspeto indispensável para o sucesso do plano de atividades.

#### **4.3.2.2. Técnicas de intervenção**

Na animação sociocultural existem algumas técnicas principais que são utilizadas por si só ou combinando umas com as outras.

Ander Egg, no livro “*La Animacion y los Animadores – Pautas de acción y formación*” enuncia quatro técnicas de intervenção que considera serem as mais relevantes: técnicas grupais, técnicas de informação/comunicação, técnicas e procedimentos para a realização de espetáculos artísticos e técnicas e procedimentos para a realização de atividades lúdicas.

Neste projeto foram utilizadas três, das quais:

#### **Técnicas grupais**

O autor afirma que, para um projeto de animação ter sucesso, é necessário saber aplicar bem estas técnicas. Para explicar o conteúdo das técnicas grupais, divide-as em quatro grupos (1992: 86):

- técnicas de iniciação que geralmente são aplicadas no início do trabalho e ajudam na construção de um ambiente confortável e favorável ao desenvolvimento do projeto;
- técnicas de coesão que contribuem para a estruturação das relações interpessoais entre o grupo e com o investigador;
- técnicas de produção grupal;
- técnicas de mediação que são utilizadas para analisar as interações entre o grupo e o funcionamento do mesmo no decorrer do projeto.

As técnicas grupais são imprescindíveis na execução de um projeto pois o grupo com quem são feitas as atividades é composto por pessoas totalmente diferentes, com vivências e ideias distintas e é necessário compreender a realidade de cada uma para poder responder às suas necessidades.

Relativamente ao projeto, as técnicas grupais foram utilizadas inicialmente em conversas particulares com cada uma das utentes e, posteriormente, em grupo, através de conversas também. Como todas as utentes já se conheciam bem por conviverem diariamente umas com as outras, estas técnicas foram mais utilizadas para criar uma relação de proximidade com a investigadora e não tanto entre elas.

### **Técnicas de informação/comunicação**

Segundo Ander-Egg (1992: 87), as técnicas de informação/comunicação dividem-se em três grupos:

- Técnicas de comunicação oral, utilizadas em debates, discursos, conferências, entre outros.
- Exposições que é uma forma visual de transmitir mensagens ao grupo, exibindo, por exemplo, produtos culturais.
- Técnicas de comunicação social, utilizadas para transmitir informação, mas através de várias formas: escritas, orais ou audiovisuais. Na atividade “Alimentação saudável”, do Grupo Violeta, recorreu-se à exposição de um vídeo com dicas a seguir para ter uma alimentação saudável com o objetivo de demonstrar às pessoas assistidas como se deve proceder para ter uma boa alimentação e na atividade de São Valentim, do Grupo Violeta, foram entregues às utentes algumas imagens para servirem de exemplo para desenharem o seu próprio lenço.

### **Técnicas e procedimentos para a realização de atividades lúdicas**

Desde o início do projeto que o grupo demonstrou o seu interesse em realizar atividades lúdicas como forma de aprender.

Ander Egg explica o propósito desta técnica de intervenção ao dizer que se desenrolam fora da rotina e que pretendem que o grupo desfrute do momento, dividindo-as em três grupos (1992: 90):

- Formativas na medida em que objetivam o desenvolvimento da pessoa;
- Participativas, pois incentivam o grupo a realizar a atividade, seja individual ou grupal;
- Festivas visto que o modo como se elaboram as atividades é pensado para conquistar a felicidade do grupo que as realizam

Estas técnicas estiveram presentes, praticamente, em todas as atividades realizadas no projeto, uma vez que, todos os momentos se desenrolaram em prol dos interesses e necessidades das utentes.

No decorrer do projeto, as datas festivas foram tidas em conta como temática a abordar e foram realizadas através de diferentes formas, para que fosse sempre uma nova experiência para o grupo.

#### **4.4. Recursos mobilizados e limitações do processo**

##### **4.4.1. Recursos mobilizados**

Num projeto de investigação/intervenção é necessário averiguar que tipo de recursos existem para que se consiga avançar com o plano.

Desta forma, foi feita uma visita guiada à instituição e todos os recursos (humanos, materiais e físicos) utilizados no decorrer no projeto foram disponibilizados pela mesma.

Os recursos humanos utilizados durante o processo não variaram muito e todas as atividades foram elaboradas pela estagiária. Em apenas uma atividade, a primeira, é que a terapeuta ocupacional esteve presente, para dar auxílio na ligação entre o grupo e a estagiária.

No que toca aos recursos físicos, foram apenas utilizadas três salas da instituição. Dentro dos ateliers ocupacionais, a variação ocorria entre as salas 1 e 2, consoante a ocupação da mesma, tendo em conta que havia outras atividades a decorrer e era necessário recorrer às salas para a execução das mesmas. A terceira sala corresponde à sala de informática e esta localiza-se fora dos ateliers ocupacionais.

Por fim, os recursos materiais variaram bastante, dependendo da Oficina e do grupo de trabalho.

Nas tabelas abaixo estão descritos todos os recursos utilizados no processo de investigação e de implementação das atividades.

Recursos humanos	Estagiária
	Terapeuta Ocupacional
	Grupo Violeta (seis utentes)
	Grupo de informática (aproximadamente oitenta utentes)

Tabela 2: Recursos humanos utilizados no estágio curricular

Recursos físicos	Sala 1
	Sala 2
	Sala de informática

Tabela 3: recursos físicos utilizados no estágio curricular

Recursos materiais	Material de escrita	Cartolinas
	Material de pintura	Mesa
	Recipientes com água	Berlindes
	Ovos de esferovite	Papéis
	Revistas	Computador
	Tesouras	Jogo do Monopólio
	Panos	Cola quente
	Cartão	Pasta de modelagem

Tabela 4: Recursos materiais utilizados no estágio curricular

#### **4.4.2. Limitações do processo**

Este projeto, tal como todos outros, tem limitações. Fazer uma intervenção tem diversas condicionantes porque não depende só do trabalho planeado, mas também de outros fatores como, por exemplo, o grupo.

O primeiro obstáculo surgiu logo no início, na definição dos grupos. A instituição onde decorreu o estágio já dispõe de atividades variadas para todas as utentes e encontrar um grupo com o horário compatível foi complicado, contudo foi resolvido com a ajuda da acompanhante de estágio.



De seguida, na aplicação do diagnóstico de necessidades foi encontrado outro problema: os dados obtidos através do diagnóstico de necessidades – no grupo de informática – não foram tão precisos e corretos como o esperado, visto que o grupo tinha um grande número de participantes e era aberto. Ainda que ao longo de todas as atividades fossem questionados às utentes alguns aspetos como a idade, o que achavam mais pertinente trabalhar se continuassem a vir às sessões e o que gostariam de relembrar ao longo do tempo, as respostas dadas por elas não poderiam solucionar os problemas de todas as presentes.

Ainda relativamente ao grupo de informática, algumas sessões não correram como o esperado devido às diferentes necessidades encontradas no momento, isto é, em nenhuma sessão soube quantas utentes vinham ou quem vinha fazer atividade. Este fator condicionou o tipo de atividades a fazer, que à última da hora foram modificadas ou divididas em dois exercícios para que todas pudessem participar na sessão.

O grupo de informática era muito heterogéneo relativamente à escolaridade ou à utilização da tecnologia. Depois disto acontecer algumas vezes, a solução encontrada foi preparar sempre dois tipos de atividades, caso viessem utentes com necessidades completamente distintas.

Algumas utentes pertencentes a este grupo vinham com frequência às atividades, mas esqueciam-se muito rapidamente do que tinha sido feito anteriormente ou davam respostas totalmente aleatórias, como se fosse a primeira vez que compareciam na sessão, por isso algumas atividades foram repetidas mais que uma vez com o objetivo de assegurar a aprendizagem do programa utilizado.

Outra limitação esteve relacionada com o Grupo Violeta. Inicialmente, na aplicação do diagnóstico de necessidades, as utentes não sabiam muito bem o que gostavam de fazer e não se mostraram motivadas a querer aprender ou melhorar alguma habilidade. Desde aqui que ficou clara a necessidade de realizar atividades que elas realmente gostassem e se sentissem felizes a fazê-las, por isso, parte das atividades realizadas baseou-se neste aspeto.

Ainda relativamente a este grupo, no decorrer do plano de atividades, também foram surgindo complicações. Na maior parte das atividades não compareceram todas as utentes previstas por motivos de doença, falta de motivação, ausência ou atividades que coincidiam com o horário previamente definido.

Por fim, a última barreira diz respeito a quase todas as utentes que participaram nas atividades. Alguns aspetos como a falta de autonomia, o medo da mudança ou o tremor

involuntário dos membros superiores restringiu o tipo de atividades a fazer, limitando, assim, as opções.

Em suma, no decorrer do período de estágio foram encontradas algumas limitações, mas para todas foram descobertas soluções que contribuíram para o sucesso das mesmas. Com isto, pretendo dizer que o mais importante é ultrapassar as barreiras que surgem, terminando o projeto com êxito nas atividades e a sensação de dever cumprido.

#### **4.5. Avaliação**

A avaliação é uma fase muito importante do projeto. Constitui a parte crítica e consiste na junção de métodos, habilidades e sensibilidades para decidir se o projeto é viável e adequado, se respondeu a todas as necessidades encontradas inicialmente, se o processo evolutivo da ação correspondeu às expectativas e se o investigador realmente ajudou a comunidade, sem efeitos secundários (POSAVAC e CAREY, 1992: 1, *cit in* Cotta, 1998: 105).

Para Tereza Cotta, a avaliação deve ser feita em simultâneo com o resto do projeto, ou seja, deve ser uma avaliação contínua, visto que, em todas as fases há sempre uma decisão importante a tomar, pelo que deve ser avaliada e, afirma, ainda, que “a pesquisa avaliativa serve a múltiplos propósitos, como, por exemplo, orientar ajustes em programas em andamento, determinar até que ponto foram alcançados os objetivos previamente estabelecidos, apontar as razões dos êxitos e fracassos de um programa e investigar os efeitos imprevistos (positivos ou negativos) da intervenção” (1998: 105).

Efetivamente, todos os processos de avaliação devem passar por uma série de fases pois a ausência de uma metodologia de avaliação leva a “um gasto social ineficiente e, conseqüentemente, ao desperdício dos recursos disponíveis” (1998: 107).

Deste modo, as fases pelas quais a metodologia da avaliação deve passar são:

- Definir os objetivos da investigação para, posteriormente, poder avaliá-los;
- Definir a estratégia metodológica com o objetivo de, durante e após a sua implementação, averiguar se os métodos e as técnicas utilizadas foram os mais adequados para alcançar os objetivos pretendidos (Cotta, 1998: 108-109);
- Definição do modelo de intervenção, para depois proceder à avaliação da eficácia e eficiência da mesma (Aguilar & Ander-Egg, 1994 *cit in* Cotta, 1998: 110).

Durante o processo evolutivo da ação, a avaliação esteve sempre a decorrer e sob diferentes formas: conversas informais com as utentes ou até questões diretas acerca do plano de atividades.

No final de cada atividade foi sempre feita uma avaliação através de um pequeno debate entre o grupo e a investigadora, sobre como tinha corrido a sessão. Foi-lhes perguntado se gostaram da atividade em geral, qual foi a maior dificuldade que sentiram ao realizá-la, se foi útil e a parte da atividade que mais gostaram de fazer.

Ao longo do período de estágio, em ocasiões fora das sessões e durante a observação de outras atividades, as utentes questionavam, quase sempre, o conteúdo da próxima atividade, fazendo com que fosse uma oportunidade para conversar sobre as anteriores.

No final do estágio e na última atividade, tanto com o grupo de informática como com o Grupo Violeta, foi-lhes pedido que preenchessem um inquérito sobre todas as atividades que decorreram e a opinião delas relativamente à pertinência destas.

Em suma, a avaliação foi feita ao longo de todo o projeto e, de uma forma mais explícita e direta, através de um inquérito por questionário entregue na última atividade de cada grupo.

## **5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO/INVESTIGAÇÃO DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

### **5.1. Apresentação do trabalho de investigação/intervenção desenvolvido em articulação com os objetivos definidos, com os referenciais teóricos mobilizados e com os resultados de outros trabalhos de investigação/intervenção sobre o tema**

A elaboração e implementação do plano de atividades teve em conta os interesses e necessidades identificados no diagnóstico de necessidades, pelas utentes.

Dado que existiram dois grupos de trabalho completamente distintos, foi necessário a criação de dois planos de atividades que correspondessem aos problemas reconhecidos pelas pessoas assistidas. Antes da criação do plano de atividades foi questionado a um dos grupos, o grupo fechado, se gostariam de atribuir um nome ao próprio grupo e rapidamente foi escolhido o nome “violeta” devido a outro projeto realizado nos ateliers. Assim, os grupos, daqui em diante, vão ser distinguidos por “Grupo Violeta” (que é o grupo fechado, composto por seis utentes que pertencem a unidades do longo internamento) e o “grupo de informática” (que corresponde ao grupo aberto, constituído por um número variado de pessoas assistidas pertencentes à unidade do curto internamento).

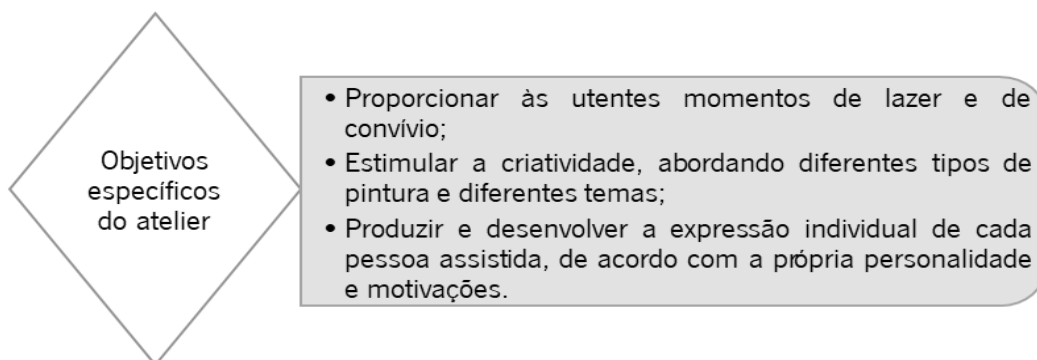
Neste sentido, para o Grupo Violeta, foram criados quatro ateliers (atelier da pintura, atelier da modelagem, Jogos de mesa e atelier da memória) e uma atividade isolada, a da alimentação saudável. Para o grupo de informática foram criados três ateliers (atelier “Atualizate”, investigação e a imagem) e uma atividade autónoma, a do desenho.

No grupo de informática, as atividades foram executadas duas vezes por semana, durante uma hora por dia, às quartas-feiras e às sextas-feiras e o conteúdo das mesmas foi repetido algumas vezes, para que as utentes não só consolidassem o que aprenderam, mas também para analisar a sua evolução. Por outro lado, no Grupo Violeta, as atividades foram feitas apenas uma vez por semana, às quartas-feiras, com sessões de uma hora.

Na figura 4 (anexo 4) estão representadas todas as oficinas do Grupo Violeta, juntamente com a atividade isolada, para que a compreensão das mesmas seja mais clara e organizada.

De seguida, serão apresentados e descritos cada um dos ateliers, bem como cada atividade autónoma e os seus resultados.

## Atelier da pintura



Atividade 1: A rubrica

**Descrição da atividade:** Num primeiro momento, as utentes escreveram a sua rubrica ou apenas as iniciais do primeiro e último nome num papel A4 e, posteriormente, transferiram-nas para o papel vegetal. Depois da rubrica estar feita no papel vegetal, foi-lhes pedido para, a partir deste e do papel químico, a desenharem num papel A3 em várias posições (horizontal, vertical, diagonal, entre outras).

Após estas fases, pintaram o resultado com cores diferentes até obter um modelo em que fosse impercetível a sua assinatura.

Esta atividade foi dividida em três sessões, para que as utentes conseguissem ter tempo para executar, de forma eficaz, o que lhes foi pedido.

**Recursos materiais:** Folhas A4, folhas A3, lápis de carvão, borrachas, lápis de cor, papel vegetal, papel químico e um pano

**Recursos humanos:** Estagiária e seis participantes

Duração de cada sessão: 50 minutos

**Datas:** 6 de fevereiro de 2019, 13 de fevereiro de 2019 e 20 de fevereiro de 2019

**Técnica utilizada:** Técnicas e procedimentos para a realização de atividades lúdicas

Atividade 2: Dois em um

**Descrição da atividade:** Numa primeira fase, as pessoas assistidas recortaram algumas imagens de revistas que lhes despertaram um certo interesse. De seguida, foi-lhes pedido para desenharem um fundo ou um cenário numa folha A4 que estivesse relacionado com a(s) figura(s) que selecionaram, de forma a conjugar a pintura com a colagem.

**Recursos materiais:** Folhas A4, revistas, tesouras, tintas guache, pincéis, recipiente para colocar água e panos

**Recursos humanos:** Estagiária e quatro participantes

Recursos físicos: Sala

Duração de cada sessão: 50 minutos

**Data:** 22 de maio de 2019

**Técnica utilizada:** Técnicas e procedimentos para a realização de atividades lúdicas

Atividade 3: São Valentim

**Descrição da atividade:** Para celebrar o dia de São Valentim, foram mostradas às utentes algumas fotografias de lenços dos namorados. Depois de distribuir algumas folhas brancas por elas, foi-lhes pedido para criarem o seu próprio “lenço” e para, posteriormente, o pintarem da forma que considerassem mais adequada.

**Recursos materiais:** Papel cavalinho, material de escrita, tintas e pincéis

**Recursos humanos:** Estagiária e seis participantes

**Duração:** 50 minutos

**Data:** 23 de janeiro de 2019

**Técnica utilizada:** Técnicas de informação/comunicação

Atividade 4: Ovos da Páscoa

**Descrição da Atividade:** Para a realização desta atividade, foram distribuídos alguns ovos de esferovite por cada senhora e foi-lhes pedido para decorarem os ovos da forma que gostassem.

**Recursos materiais:** Ovos de esferovite, pincéis, tintas guache, recipiente para pôr água, panos, paus de madeira e suporte para colocar os ovos

**Recursos humanos:** Estagiária e quatro participantes

Duração: 50 minutos

**Data:** 17 de abril de 2019

**Técnica utilizada:** Técnicas e procedimentos para a realização de atividades lúdicas.

✓ **Resultados do atelier:**

No que toca aos resultados alcançados com a realização do atelier de pintura, pode-se dizer que correram como o esperado e que as utentes se mostraram motivadas para realizar as atividades incluídas no atelier, mesmo com algumas dificuldades.

As atividades de pintura e colagem, que fazem parte das atividades artísticas, são, segundo Coqueiro *et al*, importantes para equilibrarem o estado emocional das utentes e uma forma de se concentrarem no objetivo da atividade (2010: 862). Durante todas as atividades as pessoas assistidas revelaram um comportamento tranquilo e mostraram-se satisfeitas com o que estavam a fazer.

No entanto, em alguns momentos, as utentes também se mostraram reticentes devido à falta de experiência e à sua baixa autoestima. Efetivamente, o estigma para com as pessoas com doença mental afeta-os com uma intensidade tão grande que para além de os impedir se sentirem bem consigo próprios, não os deixa ter uma boa qualidade de vida, visto que se sentem excluídos da sociedade a que pertencem.

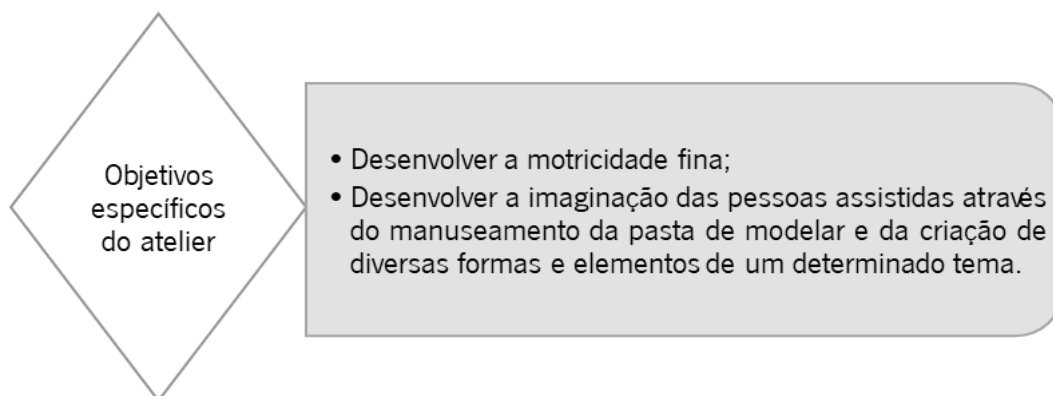
Pilgrim afirma que a sociedade caracteriza as pessoas com doença mental como incompetentes (2009:154) e este fardo pesa-os de tal maneira que eles se desmotivam e sentem-se incapazes de realizar as atividades que lhes são propostas (Organização Mundial de Saúde, 2002:59).

Nas situações, por exemplo, em que as pessoas assistidas percebiam que a atividade requeria pintar alguns pormenores ou quando não sabiam qual cor escolher para pintar ou quando não sabiam como desenhar, a falta de motivação sobrepunha-se à vontade de aprender e a primeira razão que davam era que não conseguiam. Como é possível verificar, o estigma criado pela sociedade, atualmente, ainda leva a que elas limitem as tarefas a fazer no seu dia-a-dia e se isolem da população.

Ainda que as utentes se tenham mostrado reticentes em fazer algumas partes das atividades, a pintura e a colagem são dois tipos de atividades necessárias para promover o seu bem-estar.

Concluindo, o atelier da pintura foi bem-sucedido e todas as utentes, em algum momento, conseguiram ser criativas e demonstrar a sua expressão individual e transmitir as suas emoções, ao mesmo tempo que conviviam umas com as outras e mostravam felicidade, rindo.

## Atelier da modelagem



Atividade 1: Páscoa artesanal

**Descrição da Atividade:** Foi pedido às utentes para formarem diferentes peças da pasta de modelagem *DAS* que estivessem relacionadas com a Páscoa, como por exemplo ovos, coelhos, cestos com ovos, entre outros. Depois de todos os elementos secos, pintaram-nos consoante o seu gosto.

Esta atividade foi dividida em duas sessões para que todas as peças tivessem tempo de secar.

**Recursos materiais:** *DAS*, recipiente com água e panos

**Recursos humanos:** Estagiária e seis participantes

**Duração:** 50 minutos cada sessão

**Data:** 13 de março de 2019 e 27 de março de 2019

**Técnica utilizada:** Técnicas e procedimentos para a realização de atividades lúdicas

Atividade 2: S. João artesanal

**Descrição da Atividade:** Esta atividade passou pela formação de diferentes peças, da pasta de modelagem *JOVI*, que se relacionassem com o São João, como por exemplo sardinhas, balões e outros elementos caraterísticos desta festa.

**Recursos materiais:** Pasta *JOVI*, recipiente com água, material de cortar a pasta e panos

**Recursos humanos:** Estagiária e cinco participantes

**Duração:** 50 minutos cada sessão

**Data:** 12 de junho de 2019

**Técnica utilizada:** Técnicas e procedimentos para a realização de atividades lúdicas



✓ **Resultados do atelier:**

Relativamente aos resultados do atelier de modelagem, verificou-se uma evolução significativa de uma atividade para a outra.

Na atividade “Páscoa Artesanal” as utentes mostraram-se logo apreensivas por nunca terem experimentado atividades de modelagem e não terem força nas mãos e, portanto, não queriam tentar modelar. Esta atitude de resistência mostra a insegurança e a desmotivação que as utentes sentem quando lhes apresentam ocupações diferentes do que estão habituadas. Mais uma vez, a falta de autoestima influencia as utentes e faz com que elas não tenham vontade de participar (Organização Mundial de Saúde, 2002: 59). Nestes momentos foi necessário dar a conhecer o lado positivo e motivar as utentes para tentarem realizar a atividade.

Na atividade “São João Artesanal”, a pasta de modelagem foi diferente, para que fosse mais fácil as utentes a manusearem e foram acrescentadas peças para cortar a pasta com o intuito de que elas se tornassem mais autónomas e criassem os elementos por elas próprias.

Esta mudança de pasta de modelagem resultou, visto que nesta atividade elas já não estavam tão preocupadas com o saber modelar e iniciaram a atividade mais animadas e tranquilas.

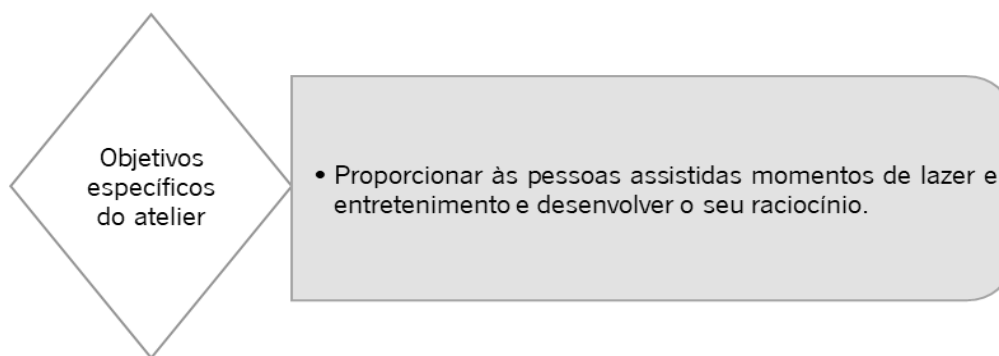
O atelier de modelagem foi importante para o aumento da qualidade de vida das utentes uma vez que modelar, para Vasques, trabalha o toque das mãos e está incluída nas atividades sensoriais (2009: 30-31), logo, é capaz de estimular os sentidos.

Por outro lado, o facto das atividades estarem ligadas a eventos festivos fez com que as utentes fossem criativas o suficiente para pensarem em elementos que representassem aquela época.

No decorrer de ambas as atividades, foram sendo falados destes tais eventos e como é que elas costumavam celebrar. Todas as utentes se mostraram felizes quando relembavam a família e os bons momentos que passaram com a mesma. Colvero, Ide e Rolim, confirmam que a família simboliza bem-estar e é um fator de proteção da doença mental, capaz de proporcionar momentos de carinho e afeto. A família é quem acompanha, geralmente, todo o processo do doente e o ajuda a ultrapassar as barreiras que encontra (2004: 200), portanto, no caso destas utentes, o apoio que a família lhes dá é muito importante e recordar esta ligação é benéfico para a sua evolução e para se sentirem melhor.

Em suma, o atelier de modelagem foi apreciado por todas as pessoas assistidas e os objetivos propostos foram todos alcançados com sucesso.

## Jogos de mesa



### Atividade 1: A Toca

**Descrição da Atividade:** Para a realização desta atividade, foi construído um campo a partir de duas caixas de cartão. Dentro do campo havia “tocas” feitas, também, com cartão que serviam de baliza para as pessoas assistidas colocarem a bola (que é um berlinde).

Para iniciar o jogo, as pessoas assistidas formaram duplas e, posteriormente, passaram o berlinde de um lado ao outro da “toca”, só com o dedo indicador. À medida que iam conseguindo pôr o berlinde dentro da toca, ganhavam pontos e, no final, quem conseguisse o maior número de pontos, ganhava o jogo.

**Recursos materiais:** Caixas de cartão, berlindes, tintas, pincéis e cola quente

**Recursos humanos:** Estagiária e seis participantes

**Duração:** 50 minutos

**Data:** 27 de fevereiro de 2019

**Técnica utilizada:** Técnicas e procedimentos para a realização de atividades lúdicas

### Atividade 2: Monopólio

**Descrição da Atividade:** Inicialmente foi explicado às utentes em que consiste o jogo do monopólio e como se jogava. Depois de esclarecidas, jogaram individualmente.

Nota: O objetivo do jogo é comprar/vender casas conscientemente e conseguir gerir o próprio dinheiro a partir destes negócios

Recursos materiais: Mesa e jogo

**Recursos humanos:** Estagiária e seis participantes

**Duração:** 50 minutos

**Data:** 3 de abril de 2019

**Técnica utilizada:** Técnicas e procedimentos para a realização de atividades lúdicas

Atividade 3: Dominó

**Descrição da Atividade:** Num primeiro momento, foi explicado às utentes em que consiste o jogo do dominó e como se jogava. Depois de esclarecidas, jogaram individualmente.

Nota: O objetivo do jogo é colocar todas as suas pedras na mesa antes dos adversários, associando os números de cada peça.

**Recursos materiais:** Mesa e jogo do dominó

**Recursos humanos:** Estagiária e três participantes

**Duração:** 50 minutos

**Data:** 29 de maio de 2019

**Técnica utilizada:** Técnicas e procedimentos para a realização de atividades lúdicas

✓ **Resultados do atelier:**

No que diz respeito aos jogos de mesa feitos, pode-se afirmar que foram bem-sucedidos.

De todos os jogos feitos, o favorito das utentes foi “A Toca” e a razão pela qual escolheram este jogo foi por nunca terem jogado um jogo deste tipo.

Os jogos e as brincadeiras “permitem a convivência e superação das frustrações, bem como a expressão dos sentimentos e pensamentos” (Bettelheim, 1988 *cit in* Pacheco e Garcez, 2012: 91) e, nos três jogos feitos, era evidente a alegria que as utentes estavam a sentir.

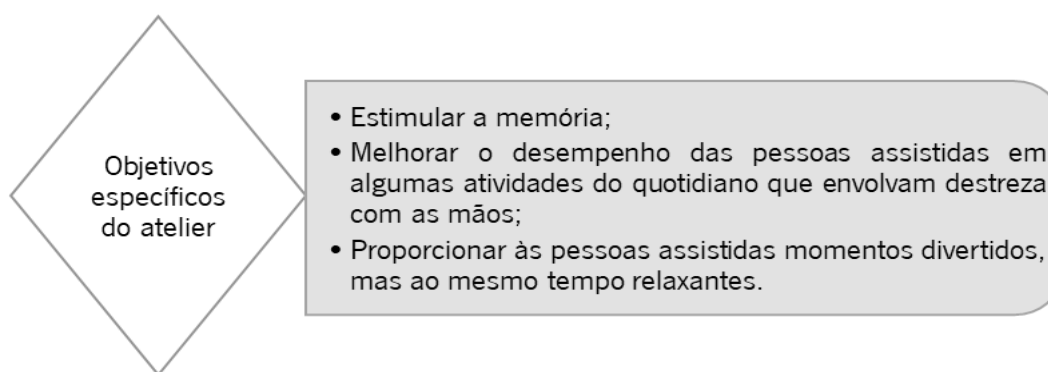
Para além deste enfoque, PONDÉ & CAROSO, incluem nas características importantes dos jogos o bem-estar que estes promovem, tornando-se, por sua vez, benéficos para a promoção da saúde mental (2003: 168).

Posto isto, é notória a importância que os jogos e as brincadeiras fora da rotina diária têm para garantir a qualidade de vida das utentes. As atividades de lazer, para PONDÉ e CAROSO, contribuem como fator de proteção da doença e levam a população a ter uma boa qualidade de vida que, como resultado, provoca a satisfação com a mesma. Assim, estas atividades são utilizadas em programas de reabilitação para pessoas com perturbações mentais já que são capazes de as distraírem, divertirem e relaxarem (2003: 165-166).

Neste sentido, os jogos representam uma atividade de lazer e ainda se inserem nas atividades coletivas, já que também fomentam o contacto social e as relações interpessoais. A Organização Mundial de Saúde confirma esta afirmação e relata que, nos dias de hoje, o tratamento adequado para o doente mental se faz não no isolamento, mas no contacto direto com as pessoas mais próximas (2002: 97), que, neste caso, são as utentes com quem passam a maior parte do dia.

Relativamente aos jogos do dominó e do monopólio, exigiram mais raciocínio e atenção ao jogo, suscitando mais dificuldades. No entanto, as utentes iam explicando umas às outras as dúvidas que iam surgindo e a oficina dos jogos acabou por ser muito bem sucedida.

### Atelier da memória



Atividade 1: Dupla diferença

**Descrição da Atividade:** Esta atividade foi dividida em duas fases.

Num primeiro momento, as pessoas assistidas encontraram as diferenças entre duas imagens que aparentemente são iguais. A cada uma foram entregues três conjuntos de imagens (18 pares) e com uma caneta assinalaram as diferenças. Numa fase posterior, quando já todas tivessem encontrado as diferenças entre os três conjuntos propostos, passaram ao próximo jogo.

O jogo dos pares consistiu em encontrar o par de determinada carta. As cartas eram sobre sentimentos, estavam escritos em inglês e continham uma imagem a representar este sentimento. Estavam viradas para baixo em cima da mesa e o objetivo era que as utentes virassem duas cartas de uma vez até encontrarem o par certo visto que tinham de memorizar onde estava cada sentimento. Os pares encontrados foram sendo retirados do jogo até sobrar apenas um par e quem conseguisse fazer mais pares ganhava o jogo.

**Recursos materiais:** Mesa, papéis e canetas

**Recursos humanos:** Estagiária e cinco participantes

**Duração:** 50 minutos

**Data:** 8 de maio de 2019

**Técnica utilizada:** Técnicas e procedimentos para a realização de atividades lúdicas

Atividade 2: Memoriza-me

**Descrição da Atividade:** Para a realização deste jogo, as utentes tiveram de olhar bem umas para as outras e memorizar a maneira como estavam vestidas, os acessórios que tinham, entre outros aspetos. Depois de memorizadas, uma senhora saiu da sala e as restantes que permaneceram lá dentro acrescentaram um acessório ou objeto que não tinham anteriormente. Quando a senhora que saiu da sala voltou, teve de enumerar as diferenças que encontrou em cada uma das colegas.

Recursos materiais: Acessórios.

**Recursos humanos:** Estagiária e cinco participantes

**Duração:** 50 minutos

**Data:** 15 de maio de 2019

**Técnica utilizada:** Técnicas e procedimentos para a realização de atividades lúdicas

Atividade 3: Memória dos sons

**Descrição da Atividade:** Inicialmente foram mostradas algumas músicas às utentes para que decorassem qual era a música que estava a passar. Depois de ouvirem todas as músicas, foi reproduzida apenas uma parte de cada música, numa ordem aleatória, e elas tiveram de identificar a música. No fim ouviram a música inteira e cantaram-na.

**Recursos materiais:** Aparelho com música.

**Recursos humanos:** Estagiária e três participantes

**Duração:** 50 minutos.

**Data:** 5 de junho de 2019

**Técnica utilizada:** Técnicas e procedimentos para a realização de atividades lúdicas e técnicas de informação/comunicação

✓ **Resultados do atelier:**

O atelier de memória foi criado através das várias observações feitas no início do projeto. As pessoas assistidas esqueciam-se frequentemente de aspetos importantes da vida delas, por isso foi necessário criar um atelier que estimulasse a memória delas.

As três atividades que compõem este atelier abrangem sentidos diferentes (visão e audição), com o intuito de alcançar mais resultados. Dentro destas três atividades, a preferida das utentes foi a “memoriza-me” visto que foi a que mais se assemelhou a um jogo e a que mais gargalhadas provocou.

Estimular a memória é importante para garantir a autonomia das utentes na realização das tarefas do quotidiano e a autonomia, por sua vez, é um fator a ter em conta na qualidade de vida.

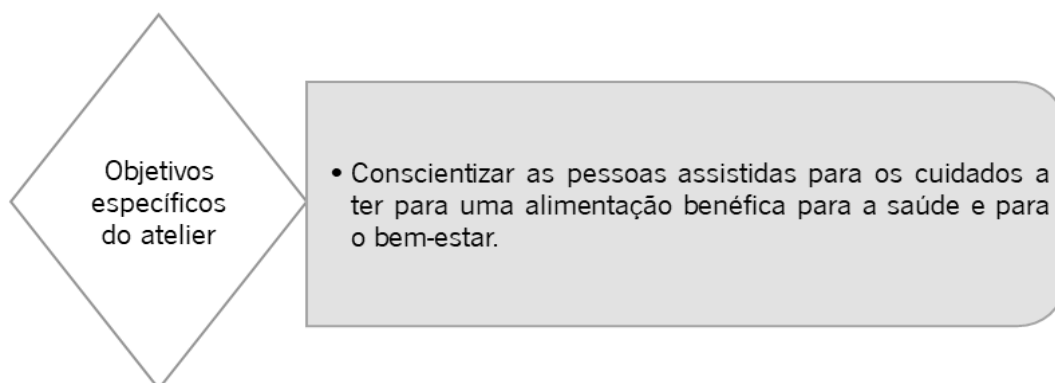
Alves, na sua dissertação de mestrado, aborda a importância de guiar a população para um envelhecimento ativo, tendo em conta que a sociedade está cada vez mais envelhecida e muitas vezes fica esquecida (2015:27). O mesmo acontece com as pessoas com doença mental que são um grupo vulnerável e que ainda não recebem o tratamento adequado às suas necessidades pois a sociedade ainda exclui as pessoas com doença mental e não lhes dá a atenção que é precisa para garantir o seu bem-estar e qualidade de vida (Organização Mundial de Saúde, 2002: 102).

PONDÉ e CAROSO afirmam que ter uma boa qualidade de vida leva a que as pessoas se sintam satisfeitas com a mesma (2003: 165-166) e isso representa um dos objetivos deste atelier: promover momentos relaxantes mas ao mesmo tempo divertidos e animados, para que as utentes se sintam contentes e motivadas a realizar as atividades.

Assim, todas as atividades do atelier da memória tencionavam aumentar o conforto e a satisfação das utentes e desenvolver a sua independência.

Em conclusão, as atividades foram bem-sucedidas e os objetivos do atelier foram alcançados.

## Alimentação saudável



**Descrição da Atividade:** Esta atividade dividiu-se em dois momentos.

Numa fase inicial as utentes tinham de assistir a um vídeo com 10 dicas para ter uma alimentação saudável e, depois de assistirem ao vídeo, tinham de distribuir recortes de alimentos e refeições (previamente preparados) pelas folhas de papel A3, consoante as divisões de alimentos desejáveis e não desejáveis. No fim desta distribuição, foi feita uma correção e reflexão acerca da escolha de cada recorte.

**Recursos materiais:** Computador, folhas de papel A3, tesoura, fita-cola e revistas de receitas

**Recursos humanos:** Estagiária e cinco participantes

Recursos físicos: Sala

**Duração:** 50 minutos

**Data:** 19 de junho de 2019

**Técnica utilizada:** Técnicas de informação/comunicação

### ✓ **Resultados da atividade:**

O tema da alimentação foi pedido, várias vezes, pelas pessoas assistidas. Como gostam de cozinhar, solicitaram que o tema fosse abordado, ainda que pelas razões inadequadas.

Ao longo das restantes atividades, as utentes foram sendo questionadas acerca da sua rotina diária de alimentação, para averiguar a situação em que estavam. Depois de algumas conversas com as utentes, ficou esclarecido que era necessária uma atividade com o tema da alimentação saudável para que elas soubessem os erros que estavam a cometer até então e saberem como mudar estes hábitos.

A alimentação saudável é um grande aspeto a ter em conta para conseguirem ter saúde física e esta, por sua vez, é imprescindível para a saúde mental. A Organização Mundial de Saúde afirma que a saúde mental e saúde física estão intimamente ligadas e são influenciadas uma pela outra por vários aspetos, por exemplo: as pessoas que vivem num estado depressivo ou angustiado estão sujeitas a uma série de modificações no funcionamento endócrino e imunitário e, por este motivo, têm mais probabilidade de criar uma doença física (2002: 38).

Por outro lado, a saúde física é, também, um fator importante a ter em conta para promover a saúde mental, ou seja, a saúde física tem ganho relevância e destaque ao promover a saúde mental e garantir o bem-estar da população (Organização Mundial de Saúde, 2002: 29).

Assim, explorar o tema da alimentação saudável é benéfico na medida em que conscientiza as utentes para os alimentos que devem ou não escolher e consumir, para que consigam fortalecer a saúde física e, conseqüentemente, a saúde mental.

Por outro lado, e seguindo esta linha de pensamento, a figura 5 (anexo 5) exhibe todos os ateliers e atividades feitos com o grupo de informática, ao longo do período de estágio.

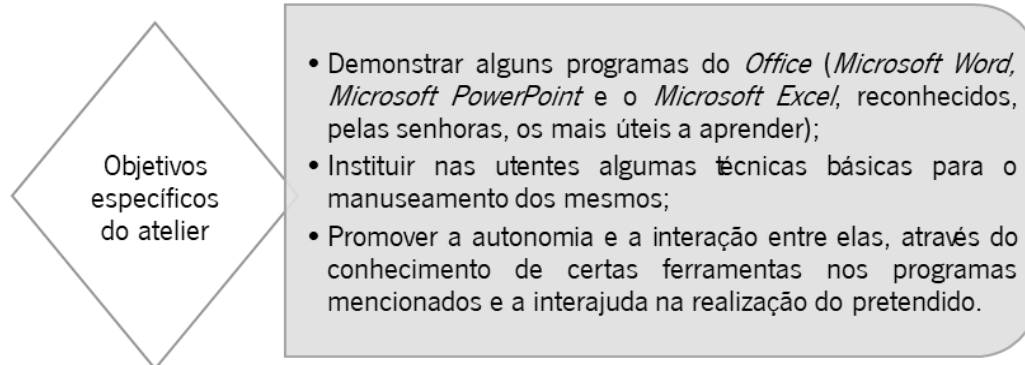
As atividades executadas foram repetidas diversas vezes, umas mais que outras, tendo em conta as necessidades e interesses do grupo, para que fosse possível chegar a um maior número de pessoas com doença mental que realizaram as atividades e para garantir que as utentes compreendiam o tema e alcançavam o objetivo pretendido.

Em praticamente todas as atividades foram entregues às utentes algumas instruções e passos a seguir, para que conseguissem estabelecer um raciocínio continuado e lógico e para que não se esquecessem do que tinham feito anteriormente, caso tivessem de repetir a tarefa.

No final de cada atividade foi sempre feito um pequeno debate para conversar sobre a opinião das utentes relativamente ao desenvolvimento da atividade (se gostaram ou não, qual foi a maior dificuldade que tiveram e se o exercício foi útil) e sobre o que gostariam de aprender ou voltar a lembrar numa atividade posterior.



## Atelier “Atualiza-te”



Atividade 1: Tabela

**Aplicação utilizada:** Microsoft Word

**Descrição da Atividade:** Esta atividade teve como objetivo mostrar às utentes como se faz uma tabela no Word, através das opções existentes no programa. Para além da explicação da técnica, esta atividade também serviu para apontar alguns benefícios da construção de uma tabela para a organização de tarefas.

**Recursos materiais:** Computador e folhas com as instruções

**Recursos humanos:** Estagiária e utentes

**Duração:** 50 minutos

**Número de repetições:** 3

**Instruções:**

Passos a seguir:

- 1º Abrir o Microsoft Word;
- 2º Selecionar a opção “Inserir – Tabela – Inserir Tabela”;
- 3º Escrever o número de linhas e colunas que pretendem;
- 4º Preencher a tabela

Atividade 2: O que é a Saúde Mental?

**Aplicação utilizada:** Microsoft Word

**Descrição da Atividade:** Inicialmente as pessoas assistidas escreveram, por palavras delas, o que entendiam por saúde mental. De seguida, foram ao Google procurar a definição de saúde mental para compararem com o que escreveram e, posteriormente, personalizaram o seu texto de acordo com as instruções dadas no início da sessão. Por último, as pessoas assistidas tinham de procurar uma imagem, também no Google, que, na sua opinião, estivesse relacionada com a saúde mental.

**Recursos materiais:** Computador e folhas com as instruções

**Recursos humanos:** Estagiária e utentes

**Duração:** 50 minutos

**Número de repetições:** 3

**Instruções:**

Passos a seguir:

- 1º Abrir o Microsoft Word;
- 2º Escrever, por palavras suas, o que entende por saúde mental;
- 3º Ir ao Google e procurar a definição de saúde mental;
- 4º Colocar a vermelho as palavras "saúde mental" e pôr no tamanho 14;
- 5º Procurar uma imagem no Google que se associe à saúde mental.

Atividade 3: Saúde vs. Doença

**Aplicação utilizada:** Microsoft Word

**Descrição da Atividade:** As utentes escreveram, por palavras próprias, qual é a diferença entre ter saúde mental e ter doença mental, com recurso a pesquisa, caso necessitassem de auxílio.

Recursos materiais: Computador

**Recursos humanos:** Estagiária e utentes

**Duração:** 50 minutos.

**Número de repetições:** 1

Atividade 4: Currículo

**Aplicação utilizada:** Microsoft Word

**Descrição da Atividade:** As utentes elaboraram um currículo, verdadeiro ou falso, consoante a sua vontade, a partir das ferramentas do Word.

**Recursos materiais:** Computador e folhas com as instruções

**Recursos humanos:** Estagiária e utentes

**Duração:** 50 minutos

**Número de repetições:** 3

**Instruções:**

Passos a seguir:

1º Abrir o Word;

2º Selecionar a opção Ficheiro – Novo;

3º Escrever “currículo” na barra de pesquisa;

4º Selecionar o modelo que considerem mais adequado e preencher.

Atividade 5: Personagem

**Aplicação utilizada:** Microsoft Word

**Descrição da Atividade:** O objetivo desta atividade era que as pessoas assistidas escrevessem um texto, coeso, sobre alguém, verdadeiro ou fictício, e descrevessem essa pessoa através das suas características físicas, pessoais, sociais, entre outras. Depois de escreverem o texto e deste estar coerente, personalizaram o texto segundo as indicações que lhes foram dadas nas instruções.

**Recursos materiais:** Computador e folhas com as instruções

**Recursos humanos:** Estagiária e utentes

**Duração:** 50 minutos

**Número de repetições:** 2

## Instruções:

Passos a seguir:

- 1º Abrir o Word;
- 2º Escrever um texto sobre uma personagem (podem ser vocês) real ou não;
- 3º Colocar as características físicas na cor azul e os gostos na cor verde;
- 4º Sublinhar a idade da personagem;
- 5º Colocar a negrito o nome da personagem;
- 6º Colocar a vermelho as características pessoais.

Atividade 6: A semana

**Aplicação utilizada:** Microsoft Word

**Descrição da Atividade:** Para realizar a atividade “a semana”, as pessoas assistidas tinham de escrever todas as atividades que realizaram durante aquela semana, nos dias e tempos específicos.

Recursos materiais: Computador

**Recursos humanos:** Estagiária e utentes

**Duração:** 50 minutos

**Número de repetições:** 2

Atividade 7: Santos Populares

**Aplicação utilizada:** Microsoft Word

**Descrição da Atividade:** As pessoas assistidas, inicialmente, pesquisaram na internet sobre a festa de São João, isto é, as suas origens e tradições. Depois da pesquisa, apontaram as informações no Word e descreveram como costumam festejar o São João.

**Recursos materiais:** Computador e folhas com as instruções

**Recursos humanos:** Estagiária e utentes

**Duração:** 50 minutos

**Número de repetições:** 1

Atividade 8: Doces mais votados

**Aplicação utilizada:** Microsoft Excel

**Descrição da Atividade:** As utentes construíram uma tabela com os dados fornecidos nas instruções e, posteriormente, um gráfico a partir dos mesmos dados.

**Recursos materiais:** Computador e folhas com as instruções

**Recursos humanos:** Estagiária e utentes

**Duração:** 50 minutos

**Número de repetições:** 4

**Instruções:**

Passos a seguir:
1º Abrir o Excel;
2º Escrever os dados na planilha;
3º Selecionar os dados;
4º Selecionar a opção Inserir – Gráficos;
5º Selecionar o gráfico de barras;
6º Carregar duas vezes seguidas no gráfico e editá-lo a gosto.

Dados	
Doces	Votos
Chocolate	18
Nata	8
Pudim	6
Brigadeiro	7
Gomas	5
Bolacha	15
Cupcake	2
Total	61

Atividade 9: Profissões mais bem pagas

**Aplicação utilizada:** Microsoft Excel

**Descrição da Atividade:** Nesta atividade, o objetivo era que as pessoas assistidas pesquisassem, no Google, as profissões que são mais bem pagas em Portugal e que, posteriormente, passassem os dados obtidos para a folha do Excel e construíssem um gráfico com a informação retirada da pesquisa.

**Recursos materiais:** Computador e folhas com as instruções.

**Recursos humanos:** Estagiária e utentes.

**Duração:** 50 minutos.

**Número de repetições:** 2

**Instruções:**

Passos a seguir:

- 1º Ir ao Google e escrever na barra de pesquisa “10 profissões mais bem pagas em Portugal”;
- 2º Abrir o Excel;
- 3º Escrever os dados na planilha;
- 4º Selecionar os dados;
- 5º Selecionar a opção Inserir – Gráficos;
- 6º Selecionar o gráfico de barras;
- 7º Carregar duas vezes seguidas no gráfico e editá-lo a gosto.

Atividade 10: Os animais

**Aplicação utilizada:** Microsoft Power Point

**Descrição da Atividade:** Foi pedido às utentes presentes que pesquisassem na internet sobre o tema “Animais” e que registassem todos os websites que consultaram para obter as informações solicitadas. Para que se conseguissem orientar, foi-lhes entregue uma lista com questões para responderem a partir dos conteúdos que pesquisaram. Posteriormente, apontaram os registos no Power Point, como se estivessem a fazer uma apresentação.

**Recursos materiais:** Computador e folhas com as instruções.

**Recursos humanos:** Estagária e utentes.

**Duração:** 50 minutos.

**Número de repetições:** 2

**Instruções:**

Questões a responder:

1. Que tipo de animais existem?
2. Qual o maior animal do mundo?
3. Qual o menor animal do mundo?
4. Qual/quais é/são o/os animal/animais que mais gosta? (Colocar uma imagem)

Passos a seguir:

- 1º Ler as questões;
- 2º Ir ao Google e pesquisar sobre as perguntas acima;
- 3º Abrir o PowerPoint;
- 4º Fazer uma apresentação sobre o tema dos animais, com a informação que encontraram na internet.

Atividade 11: Alimentação saudável

**Aplicação utilizada:** Microsoft Power Point

**Descrição da Atividade:** Foi pedido às utentes presentes para pesquisarem na internet quinze dicas para ter uma alimentação saudável e para registarem a informação no PowerPoint. Tinham de escrever cada dica individualmente e colocar uma imagem associada a essa informação.

**Recursos materiais:** Computador e folhas com as instruções.

**Recursos humanos:** Estagiária e utentes.

**Duração:** 50 minutos.

**Número de repetições:** 2

**Instruções:**

Passos a seguir:

- 1º Ir ao Google e escrever na barra de pesquisa “15 dicas para ter uma alimentação saudável”;
- 2º Abrir o PowerPoint;
- 3º Escrever uma dica em cada diapositivo e colocar uma imagem associada a essa dica;

Atividade 12: Desporto favorito

**Aplicação utilizada:** Microsoft Power Point

**Descrição da Atividade:** Foi pedido às utentes presentes para escolherem o desporto que mais gostassem e para pesquisarem na internet sobre ele. Depois da pesquisa, o que se pretendia é que abordassem o desporto numa apresentação do PowerPoint, consoante o que elas achavam necessário abordar.

**Recursos materiais:** Computador e folhas com as instruções.

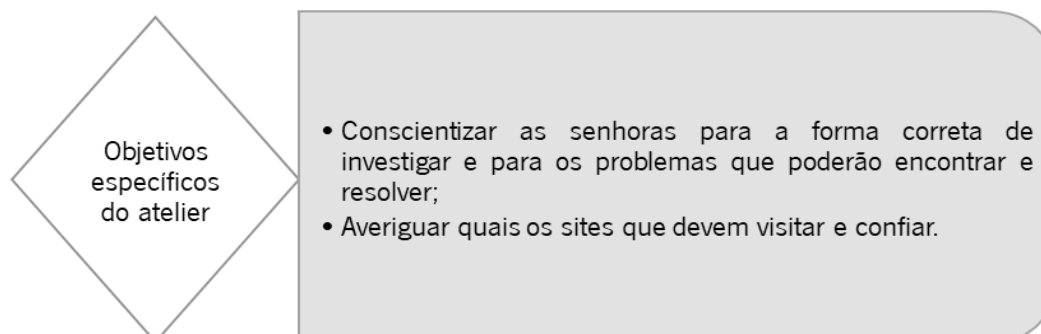
**Recursos humanos:** Estagiária e utentes.

**Duração:** 50 minutos.

**Número de repetições:** 2

## Atelier da Investigação

Este atelier, ao contrário dos outros, está mais focado na investigação, em vez de se centrar no tipo de registo de dados



Atividade 13: Perigos da Internet

**Aplicação utilizada:** Google Chrome

**Descrição da Atividade:** As pessoas assistidas tinham de aceder ao Google e pesquisar quais são os perigos que existem ao navegar na internet. Depois de encontrados, foram enumerados no Microsoft Word.

Recursos materiais: Computador

**Recursos humanos:** Estagiária e utentes.

**Duração:** 50 minutos.

**Número de repetições:** 2

Atividade 14: Greve Climática Estudantil

**Aplicação utilizada:** Google Chrome

**Descrição da Atividade:** Nesta atividade, as utentes pesquisaram o que é a greve climática estudantil e, posteriormente, realizaram um debate entre elas para darem a sua opinião sobre as informações que encontraram.

Recursos materiais: Computador

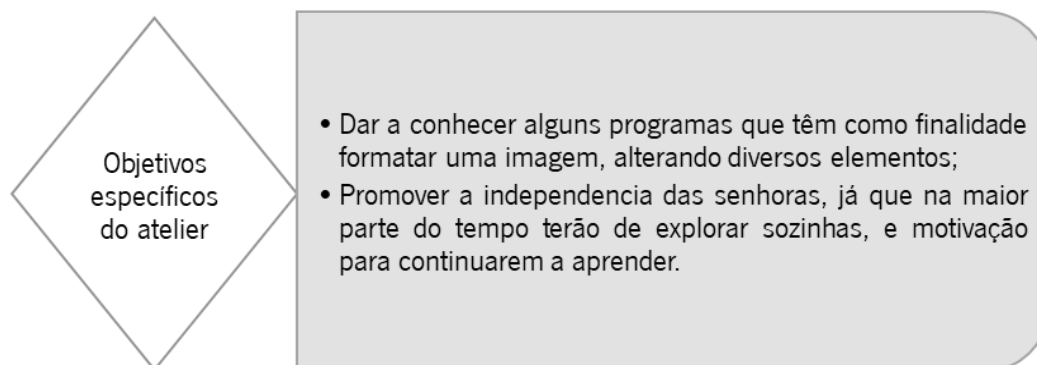
**Recursos humanos:** Estagiária e utentes

**Duração:** 50 minutos.

**Número de repetições:** 1



## Atelier “A imagem”



Atividade 16: Editar a imagem

**Aplicação utilizada:** Windows Photo Gallery

**Descrição da Atividade:** Inicialmente, foi pedido utentes para procurarem uma imagem no Google sobre o que quisessem. Depois de guardada a imagem no computador, abriram a imagem no programa selecionado e exploraram as funcionalidades do programa, de uma forma básica.

Recursos materiais: Computador

**Recursos humanos:** Estagiária e utentes.

**Duração:** 50 minutos.

**Número de repetições:** 2

Atividade 17: Transformar a imagem

**Aplicação utilizada:** Paint.net

**Descrição da Atividade:** Inicialmente, foi pedido utentes para procurarem uma imagem no Google sobre o que quisessem. Depois de guardada a imagem no computador, abriram a imagem no programa selecionado e exploraram as opções que o programa oferecia e procuraram, de forma autónoma, novas alterações para modificar a imagem totalmente.

Recursos materiais: Computador

**Recursos humanos:** Estagiária e utentes.

**Duração:** 50 minutos.

## **Número de repetições: 2**

### **✓ Resultados do atelier “Atualiza-te”, da investigação e da imagem**

Os resultados dos três ateliers mencionados acima vão ser apresentados em conjunto visto que o objetivo principal é comum a todos, que é dar a conhecer alguns programas e algumas ferramentas básicas necessárias para a autonomização das utentes, mas de diferentes formas e com diferentes aplicações.

Assim, a autonomia foi a palavra chave no desenvolvimento dos ateliers e, segundo a Organização Mundial de Saúde, a autonomia, a competência e a “auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa” (2002: 31-32) são elementos importantes que estão relacionados com a saúde mental, logo, realizar atividades que promovam a autonomia nas utentes é imprescindível para garantir que caminham em direção à saúde mental.

Um dos diferentes tipos de ocupações úteis a proporcionar utentes é a informática. Como já foi dito, a sociedade atual atravessa uma fase de enormes e excessivas mudanças que, infelizmente, não alcançam toda população, portanto, é necessário contornar esta situação e fazer com que os grupos vulneráveis, neste caso as pessoas com transtornos mentais, participem e estejam incluídos nas atividades que a sociedade propõe (Roberto, Fidalgo & Buckingham, 2015: 046).

Assim, o objetivo principal dos três ateliers é o que Levy descreve como educação ou literacia digital e implica não só “a utilização do computador, e respetivas aplicações, como também a aprendizagem de capacidades que permitam compreender e dominar a linguagem codificada e subjacente à cibercultura” (1999, *cit in* Roberto, Fidalgo & Buckingham, 2015: 046).

Ana Novais acrescenta, ainda, que a imagem com a qual os participantes ficam de si próprios também muda e estes ficam a sentir-se mais inteligentes, capazes e confiantes para as restantes atividades, abandonando o sentimento de incapacidade e exclusão (2018: 24).

A autoestima é, também, um fator importante a abordar como resultado destes ateliers. Na maioria das atividades as utentes chegavam com uma atitude de resistência e diziam que eram incapazes de fazer a atividade porque não sabiam fazer. Isto relaciona-se com o estigma que a sociedade tem para com as pessoas com doença mental e faz com que estes se sintam ainda piores e condicionem o seu bem-estar (Organização Mundial de Saúde, 2002: 59). Um exemplo desta realidade é a atividade “saúde vs doença”, incluída no atelier “atualiza-te!”, em

que as utentes tinham de escrever qual era a diferença, para elas, entre ter saúde mental e doença mental. A maioria das respostas dadas nesta atividade espelha, claramente, a exclusão que elas sentem e têm de lidar:

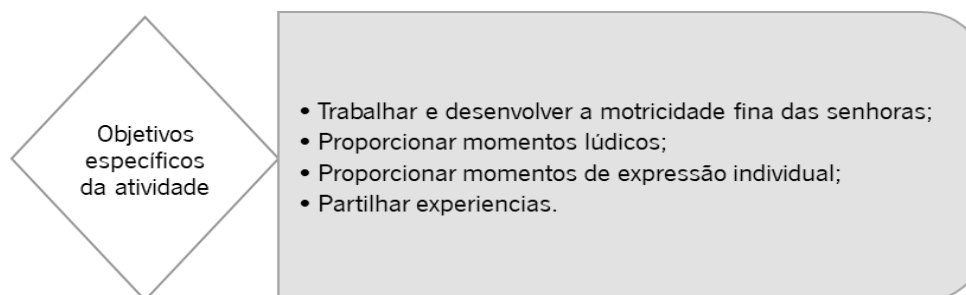
- “A sociedade hoje em dia não é bem-comportada em termos de respeito pois as pessoas com doença mental ao olhar deles somos malucos porque quem está doente é que sofre com comentários horríveis da sociedade e é simplesmente triste ao ponto onde chegamos é ridículo as pessoas julgarem alguém que não sabe o que essa passou por e mesmo assim julgam à força toda” (sic);
- “doença mental é uma inadaptação à sociedade. Uma pessoa que se isola, que pensa em suicídio, que se sente inferior, tem insónias, têm medos, mãos a tremer. Os utentes devem manter-se ocupados, realizando várias tarefas em vez de tomarem tantos medicamentos” (sic);
- “na nossa sociedade este tipo de indivíduos são muitas vezes vistos com alguma repugnação e indiferença...são catalogados como pessoas com desequilíbrios e que não têm capacidades para desenvolver determinadas tarefas como qualquer outro tipo de pessoa, por vezes isso pode acontecer, mas nem sempre...Para as pessoas com doença mental vão-se tornando cada vez mais frustradas levando-as muitas vezes ao suicídio. Cabe á sociedade muitas das vezes inserir este tipo de pessoas e não as colocar de parte. Pois vemos muitas vezes pessoas consideradas normais a terem atitudes e comportamentos completamente descabidos e considerados muitas vezes loucos e não são rotuladas com doença mental e vice-versa” (sic).

Depois de ler e analisar as respostas dadas por estas três utentes, é possível confirmar a baixa autoestima que têm e o pensamento autodestrutivo que comportam consigo. Frequentemente, os transtornos mentais são confundidos com comportamentos inadequados ou reações que são esperadas quando acontece algo grave (Organização Mundial de Saúde, 2002: 57) e as utentes mostraram-se revoltadas e frustradas quando esta situação ocorre, bem como noutras situações em que não recebem o apoio que necessitam e ainda são excluídas da sociedade por não serem consideradas “normais”.

Mariana Barreto, na sua dissertação de mestrado, apresenta um dos estereótipos que existe em relação às pessoas com doença mental: “estas pessoas conseguem sim viver sozinhas, e inclusivamente devem ser incitadas e encorajadas a fazê-lo. Na grande maioria dos casos, o que estas pessoas anseiam é a sua aceitação na comunidade bem como uma boa reintegração na mesma; obter uma casa, ter um emprego legal e remunerado e ainda uma vida social plena” (2014: 33) e esta citação vai de encontro às respostas dadas pelas utentes na atividade “saúde vs doença”, ou seja, se a sociedade mudar o pensamento que tem acerca das pessoas com doença mental, talvez seja possível estes conseguirem progredir e inserirem-se na comunidade.

Em suma, as atividades de informática são um tipo de atividades de lazer que devem ser inseridas no tratamento de alguém com transtornos mentais, uma vez que, como já foi explorado nos resultados do Grupo Violeta, as atividades de lazer, para além de manterem as utentes ocupadas, promovem o bem-estar e a qualidade de vida, ou seja, promovem a saúde mental (PONDÉ & CAROSO, 2003: 165-166).

## Atividade de desenho



**Aplicação utilizada:** Paint

**Descrição da Atividade:** As utentes desenharam, de acordo com a própria imaginação, um cenário que estava associado à Páscoa. Depois dos cenários desenhados, descreveram como costumam comemorar este evento.

Recursos materiais: Computador

**Recursos humanos:** Estagiária e utentes.

**Duração:** 50 minutos.

**Número de repetições:** 1

### ✓ **Resultados da atividade:**

A atividade de desenho foi realizada poucas vezes, consoante as necessidades e interesses das utentes que frequentavam as atividades naquele momento.

Esta atividade foi utilizada em momentos diferentes: como atividade principal, onde todas as utentes tinham de recorrer ao Paint para desenhar o cenário relacionado com a Páscoa ou nas atividades em que as necessidades das utentes eram opostas e não era possível fazer a mesma atividade com todas.

Posto isto, a atividade de desenho obteve diversos resultados. Inicialmente serviu como atividade de lazer, algo fora da rotina e que não conheciam, portanto, foi uma aprendizagem e acabou por ser uma atividade mais lúdica em que o objetivo era recorrer à imaginação e criatividade pois, como Ferraz afirma, a arte é uma forma das pessoas assistidas se expressarem e se sentirem confiantes com o que criam, sentindo-se, por sua vez, incluídas (1998, *cit in* Valladares, 2003: 6) e consegue mantê-las tranquilas e relaxadas ao desenhar, reduzindo, assim, a sua ansiedade e estabilizando o estado emocional (Valladares, 2003: 5).

Por outro lado, a atividade de desenho, como implica destreza e controlo da mão e dos dedos para manusear o rato, serviram, também, para trabalhar a motricidade fina das utentes e mostrar-lhes como se mexe com o rato e o teclado, por uma forma mais associada a um jogo e à brincadeira que, segundo ROCHA, são uma maneira de equilibrar as pessoas ao nível da sua emoção, afetividade e satisfação (2005, *cit in* Pacheco e Garcez, 2012: 90).

Concluindo, a atividade de desenho foi, para as utentes, uma atividade divertida e diferente das restantes pois conseguiram distrair-se um pouco.

## **5.2. Evidenciação de resultados obtidos (previsíveis e não previsíveis)**

O projeto apresentado foi desenvolvido durante nove meses e passou por diversas fases. A fase inicial, que corresponde à integração e exploração da instituição onde decorreu o estágio, a fase de desenvolvimento que representa a implementação do plano de atividades elaborado a partir do diagnóstico de necessidades feito na primeira fase e, finalmente, a fase final que corresponde à avaliação dos resultados obtidos ao longo do projeto.

Assim, os resultados obtidos, tanto previsíveis como não previsíveis, são uma parte fundamental de qualquer projeto de investigação.

No caso deste projeto, os resultados foram obtidos de diversas formas: através de conversas informais e debates realizados no fim de cada sessão e de cada atividade e através de um inquérito por questionário final, para ambos os grupos. Para além do questionário feito no fim de todas as atividades, a observação participante foi, também, uma forma de avaliação do progresso de cada senhora.

O inquérito por questionário (anexos 2 e 3) foi aplicado na última atividade de cada grupo. No Grupo Violeta, apenas quatro utentes responderam ao inquérito, pois as restantes duas estavam ausentes e no grupo de informática, o questionário foi aplicado a sete utentes, seis eram as que mais frequentaram as sessões e a outra senhora apenas fez uma atividade, mas fez questão de dar a sua opinião relativamente ao projeto.

Nos gráficos abaixo apresentados estão as respostas das pessoas assistidas, tanto do grupo de informática como o Grupo Violeta, relativamente ao projeto elaborado.

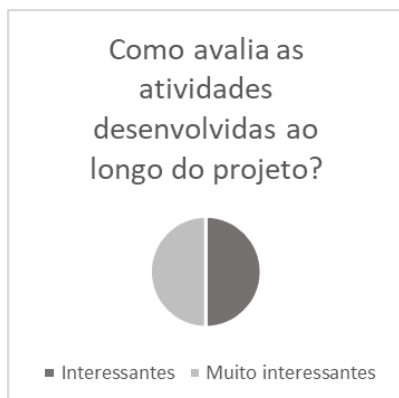


Gráfico 19: Avaliação das atividades pelo Grupo Violeta

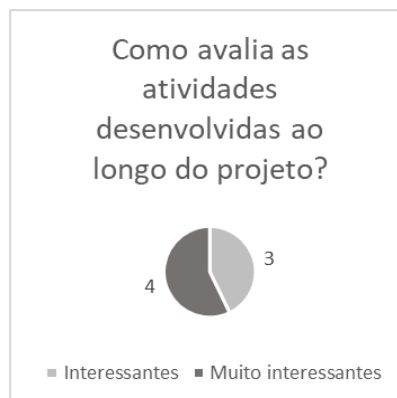


Gráfico 20: Avaliação das atividades pelo grupo de informática

No que toca à primeira questão “De modo geral, como avalia as atividades desenvolvidas ao longo do projeto?”, tal como se pode observar nos gráficos 1 e 2 ambos os grupos mostram ter uma reação positiva, visto que a maioria das utentes classificou as atividades como muito interessantes e interessantes.

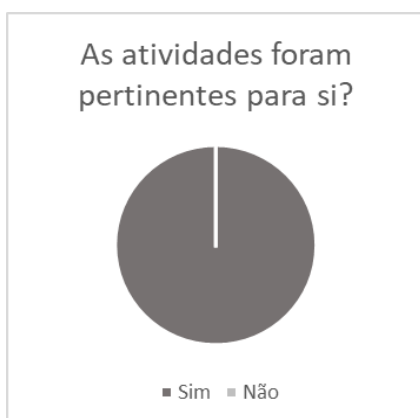


Gráfico 21: Pertinência das atividades pelo Grupo Violeta

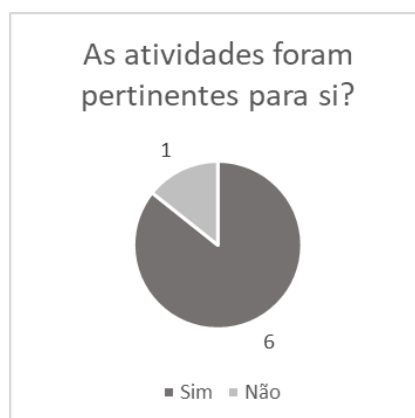


Gráfico 22: Pertinência das atividades pelo grupo de informática

Relativamente à pertinência das atividades do projeto, as respostas variam. Para o Grupo Violeta, todas as atividades elaboradas foram pertinentes, mas, para o grupo de informática, uma senhora respondeu que não. Depois de perguntar o motivo pelo qual respondeu não, a senhora justificou ao dizer que já tinha conhecimento ao nível informático, portanto os conteúdos desenvolvidos durante as sessões não a fizeram desenvolver competências, apenas serviram para ajudá-la a “não perder a prática e não cair em esquecimento” (sic).

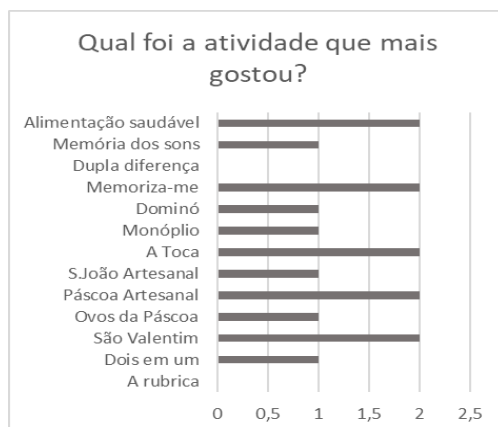


Gráfico 1: Atividade(s) favorita(s) do Grupo Violeta

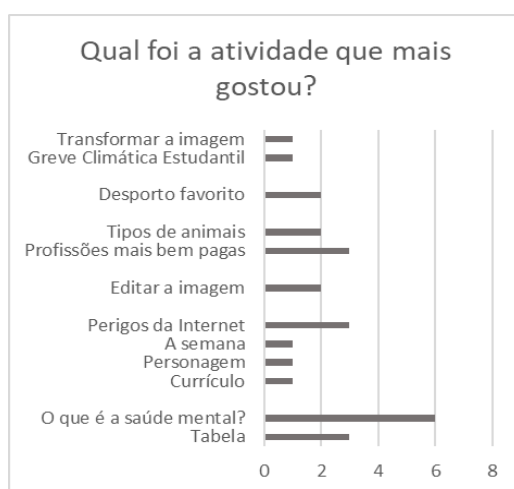


Gráfico 2: Atividade(s) favorita(s) do grupo de informática

Relativamente à(s) atividade(s) preferida(s) das pessoas assistidas, é possível constatar que foram várias.

Para o Grupo Violeta (gráfico 23), as atividades prediletas foram a “Alimentação saudável”, “Memoriza-me”, “A Toca”, “Páscoa Artesanal” e “São Valentim”, visto que todas foram selecionadas por mais do que uma senhora.

Por outro lado, o grupo de informática selecionou a atividade “O que é a saúde mental?” como preferida, com seis votações e as atividades “Profissões mais bem pagas”, “Perigos da Internet” e a “Tabela” como as que mais gostaram também, dado que foram distinguidas por três utentes, cada.



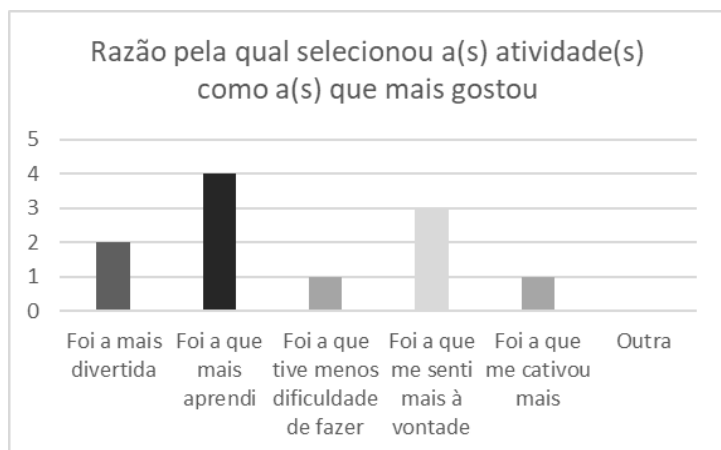


Gráfico 25: Razões do grupo Violeta para selecionarem as atividades como as que mais gostaram

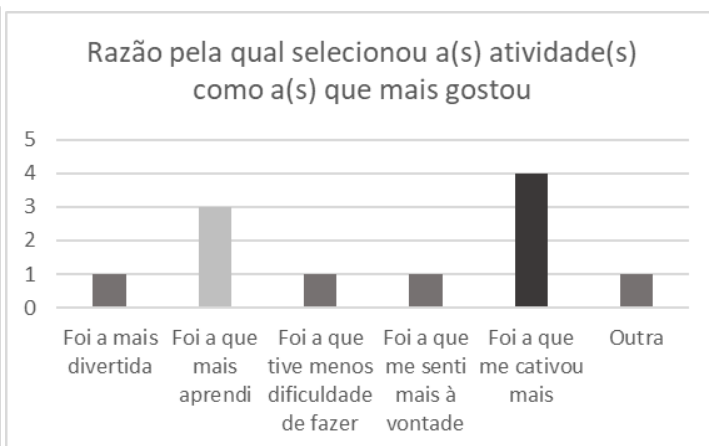


Gráfico 26: Razões do grupo de informática para selecionarem as atividades como as que mais gostaram

Quanto às razões que levaram as utentes a preferir algumas atividades a outras, verifica-se que também variam bastante.

Para o Grupo Violeta, as atividades prediletas foram selecionadas, maioritariamente, pelos conhecimentos adquiridos (quatro utentes) e pelo conforto que proporcionavam a executá-las (três utentes). Seguidamente, a razão apontada foi por serem as mais divertidas, selecionada por duas utentes e, finalmente, por serem as atividades com menos dificuldades na execução e por serem cativantes, foram motivos que apenas foram selecionados por uma senhora, cada um.

Em contrapartida, no grupo de informática, quatro utentes preferiram algumas atividades por serem mais cativantes e três pessoas com doença mental preferiram por serem as que mais aprenderam. Relativamente às outras razões, foram destacadas apenas por uma senhora, cada uma.

A doente que escolheu a opção “outra” justificou-se dizendo que foram “as actividades que me chamaram para presenciar e assistir” (sic).

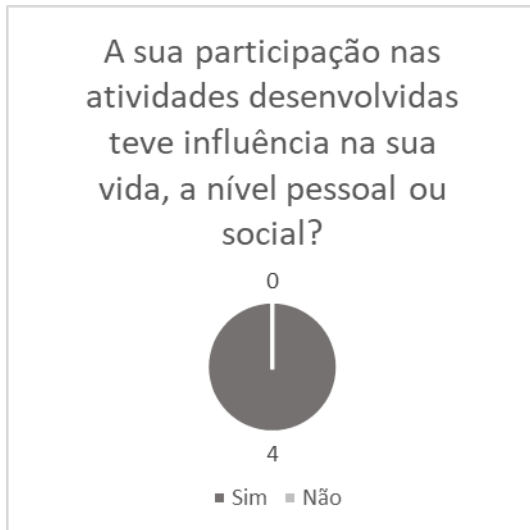


Gráfico 27: Influência da realização das atividades, a nível pessoal ou social, na vida das utentes do Grupo Violeta

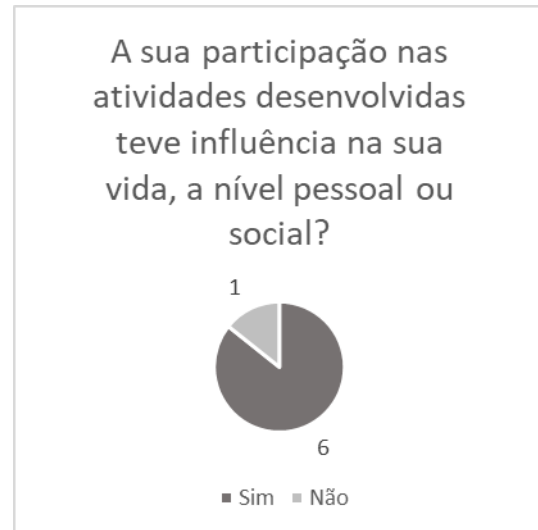


Gráfico 28: Influência da realização das atividades, a nível pessoal ou social, na vida das utentes do grupo de informática

Relativamente à influência da participação nas atividades na vida das utentes, os gráficos 27 e 28 mostram que a maioria declara que sim. Contudo, no grupo de informática (gráfico 28), uma senhora diz que não e explica dizendo que “Não teve grande influência uma vez que já sabia como fazer, isto é, já tinha conhecimento a nível informático, mas pelo menos serve e ajuda-nos a não perder a prática e não cair em esquecimento” (sic).

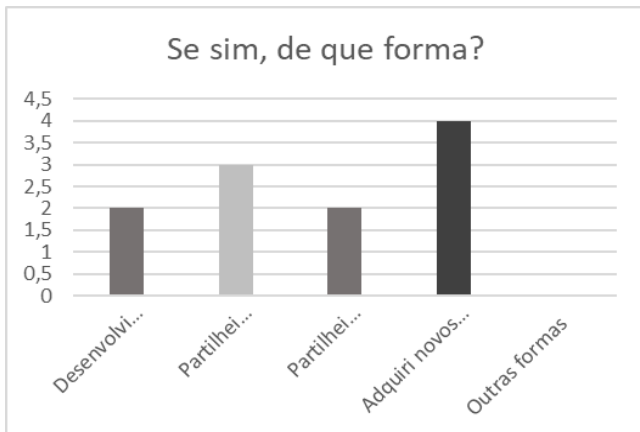


Gráfico 29: Forma a influência da realização das atividades, a nível pessoal ou social, na vida das utentes do Grupo Violeta

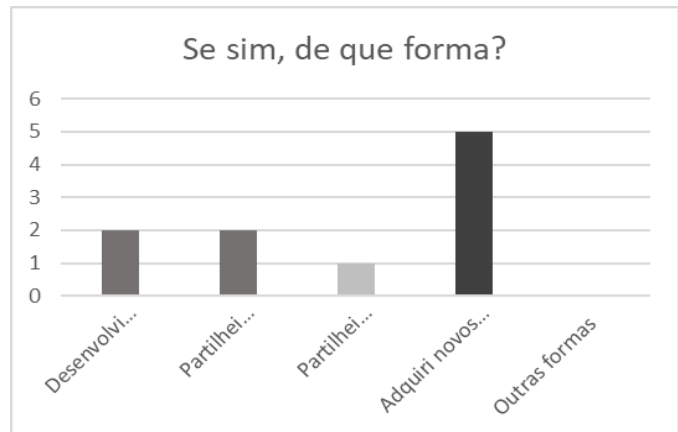


Gráfico 30: Forma da influência da realização das atividades, a nível pessoal ou social, na vida das utentes do grupo de informática

No seguimento da pergunta anterior, foi questionado utentes a forma pela qual o desenvolvimento das atividades tinha influenciado a vida pessoal ou social delas. Assim, no Grupo Violeta (gráfico 29) todas as utentes selecionaram a forma “adquiri novos conhecimentos” como a principal mudança, três pessoas com doença mental acrescentaram que também partilharam experiências e, ainda, as formas “desenvolvi competências” e “partilhei momentos de lazer” foram apontadas por duas pessoas assistidas, cada uma.

Em conversa com as pessoas assistidas e no momento de responder ao inquérito, foi-lhes questionado, pela estagiária, o motivo pelo qual selecionaram aquela opção e as respostas foram semelhantes: “fiz coisas que nunca tinha visto”, “aprendi a modelar e a mexer com as mãos”, “aprendi a “modelar” e “porque fiz coisas que nunca tinha feito” (sic).

No grupo de informática (gráfico 30), cinco utentes afirmaram que adquiriram novos conhecimentos, sendo, deste modo, a maior alteração na vida de cada uma delas, uma senhora indicou que partilhou momentos de lazer e, finalmente, as formas “desenvolvi competências” e “partilhei experiências” foram selecionadas por duas pessoas assistidas, cada uma.

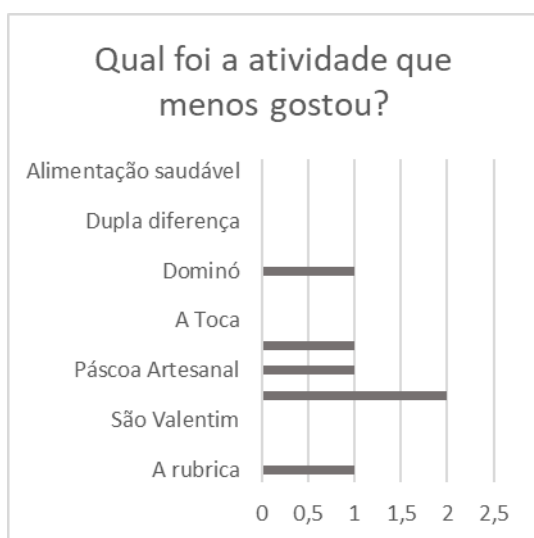


Gráfico 31: Atividade(s) que o Grupo Violeta menos gostou

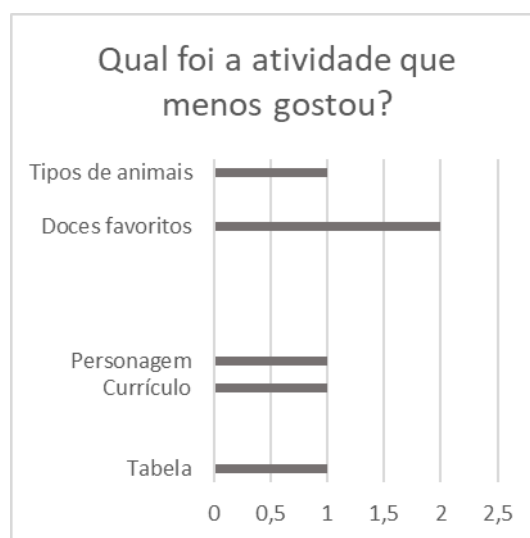


Gráfico 32: Atividade(s) que o grupo de informática menos gostou

Nos gráficos acima estão expostas as atividades que menos sucesso tiveram, na opinião das utentes, de cada grupo.

Posto isto, no Grupo Violeta (gráfico 31), as atividades “Ovos da Páscoa”, “dominó”, “S. João Artesanal”, “Páscoa Artesanal” e “a rubrica” foram as indicadas como as que menos gostaram. A doente que respondeu com a atividade “Páscoa artesanal” quis acrescentar que

apenas não gostou da segunda parte da atividade, a de pintura. Ainda neste grupo, uma senhora afirmou que gostou de todas as atividades, portanto não respondeu a esta questão.

Para o grupo de informática, as atividades com menos êxito foram “doces favoritos”, indicada por duas utentes, seguidamente “tipos de animais”, “personagem”, “currículo” e “tabela”, apontadas por uma doente, cada atividade. Uma doente, que apenas compareceu numa atividade, afirmou que não iria responder a esta pergunta, pois não tinha qualquer opinião sobre as outras atividades desenvolvidas, tendo em conta que não participou em mais nenhuma.

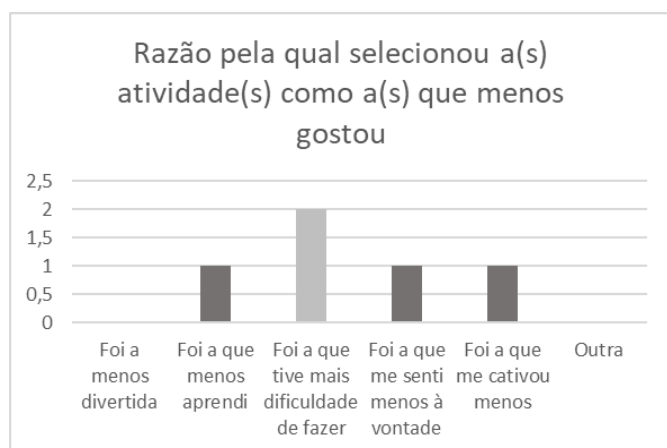


Gráfico 33: Razões do Grupo Violeta para selecionarem as atividades como as que menos gostaram

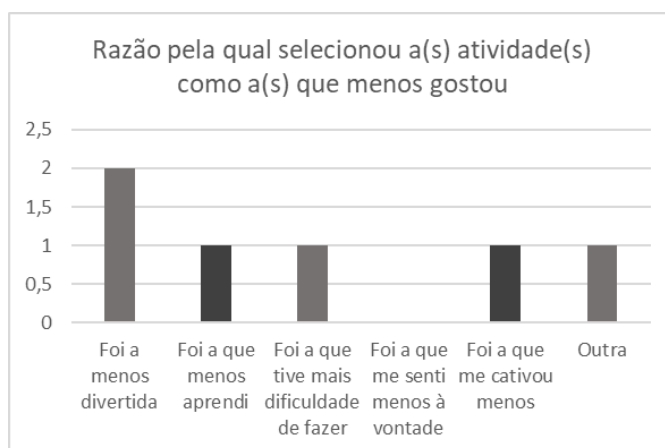


Gráfico 34: Razões do grupo de informática para selecionarem as atividades como as que menos gostaram

Os gráficos 33 e 34 demonstram os motivos pelos quais levaram as utentes a escolher as atividades da questão anterior como as que menos gostavam.

Assim, para o Grupo Violeta (gráfico 33), a dificuldade em realizar a atividade foi a razão mais escolhida visto que foi apontada por duas pessoas assistidas e, de seguida, as razões “foi a que menos aprendi”, “foi a que me senti menos à vontade” e “foi a que me cativou menos” foram as justificações dadas pelas utentes, uma em cada, para gostarem menos das atividades selecionadas.

Por outro lado, no grupo de informática (gráfico 34), duas utentes selecionaram a razão “foi menos divertida”, enquanto as razões “foi a que menos aprendi”, “foi a que tive mais dificuldades de fazer” e “foi a que me cativou menos” foram escolhidas por uma doente, cada razão. Para além destas, uma senhora selecionou a opção “outra” e acrescentou que “foram as atividades com menos interesse e algumas com menos ferramentas para a elaboração do tema. Como por exemplo a elaboração do currículo” (sic).

Finalmente, na última questão, ambos os grupos tinham de descrever o que aprenderam/melhoraram ao longo do decorrer do projeto e as respostas variaram bastante, de grupo para grupo.

No Grupo Violeta, as respostas basearam-se mais nas técnicas que aprenderam e nos diferentes jogos que fizeram, como é possível comprovar pelas respostas das utentes que foram:

- “Aprendi a pintar melhor, também a modelar a pasta de modelagem. As actividades fizeram-me pensar melhor. Aprendi a cozinhar”
- “Nunca tinha feito o jogo da toca.” “Pinturas” “As actividades ajudaram a passar o tempo” “As coisas que devemos comer” “As actividades fizeram puxar pela cabeça”
- “Aprendi a pintar melhor, a modelar. Diverti-me e gostei muito dos jogos.”
- “Gostei de tudo, fizemos muita coisa diferente” “Aprendi a alimentação”

No grupo de informática, as respostas centraram-se mais na utilidade do plano de actividades e no relembrar técnicas que já não se recordavam:

- “Gostei de aprender a escrever no computador e de pesquisar no Google” (sic);
- “Aprendi a abrir e fechar o word” (sic);
- “Aprendi que no dia-a-dia é importante desenvolver este tipo de actividades pois aprendemos a ser úteis para a sociedade, de um modo geral, é um projeto interessante” (sic);
- “Eu não sabia lidar bem com certos programas de computador e agora sei melhor lidar, foi muito útil aprender a lidar. Até para o nosso dia a dia vai e pode ser útil para nós e até para um dia quem sabe num emprego” (sic);
- “Foi um projeto impecável, gostei muito de tornar a aprender coisas que já não sabia. Fiquei muito contente e alegre” (sic);
- “No meu caso não teve grandes acréscimos, uma vez que sei trabalhar com todos os programas a nível informático, mas serviu para me manter ocupada numa área que eu gosto. Deixo aqui uma opinião que poderá ajudar algumas pessoas que estão na minha situação... fazer um alargamento a novos conteúdos a nível informático que poderão ser úteis a qualquer pessoa. E para além disso fazerem uma divisão (separação) de pessoas com mais conhecimento na área de informática, seria muito mais interessante.” (sic);

- “Aprendi a fazer tabelas e gráficos que era uma das coisas que não sabia fazer” (sic).

### **5.3. Considerações finais**

Depois de analisados os resultados dos ateliers e do inquérito por questionário, conclui-se que os objetivos inicialmente propostos, tanto de investigação como intervenção foram alcançados e que a realização deste projeto foi benéfico tanto para a instituição como para a investigadora.

Conhecer o dia a dia e a realidade em que vivem as pessoas com doença mental é importante e necessário, não só para conseguir apoiar e melhorar a qualidade de vida dos mesmos, mas também para conseguir passar a mensagem da urgência que é mudar o pensamento atual da sociedade de que as pessoas com doença mental são incompetentes e não têm utilidade na comunidade.

O desenvolvimento deste trabalho foi importante a vários níveis, dos quais:

A nível pessoal

O presente trabalho foi importante a nível pessoal na medida em que mudou a minha perspetiva relativamente à doença mental.

Efetivamente, a sociedade incute-nos com o pensamento de que as pessoas com doença mental estão incluídos num mundo à parte e que são diferentes das pessoas consideradas “normais”. No entanto, depois de conhecer diversas pessoas com diferentes perturbações mentais, foi possível concluir que nós temos tanto a aprender quanto elas. A forma como as utentes valorizam pequenos aspetos como o bem-estar de quem lhes é próximo é de louvar e para refletir.

A nível institucional

Esta investigação foi benéfica para a instituição onde decorreu o estágio, uma vez que o tipo de atividades elaboradas, para ambos os grupos, era necessário e uma novidade para as utentes.

É importante para a própria instituição ter estagiários de diferentes áreas que possam contribuir de variadas formas para o bom funcionamento da mesma e para garantir que os conhecimentos, habilidades e as técnicas utilizadas se mantêm atualizados e apropriados para as necessidades das pessoas assistidas.

A nível de conhecimento na área de especialização

Relativamente à área da Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, este projeto revelou ser benéfico para a consolidação de conhecimentos adquiridos, isto é, a teoria estudada anteriormente foi uma mais valia para a produção do projeto, bem como para a própria realidade vivenciada.

Contudo ocorreram situações inesperadas que exigiram autonomia e improvisação, fazendo com que fossem desenvolvidas competências importantes a utilizar futuramente.

Para além disto, a realização deste projeto foi mais uma prova de como a Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, juntamente com a animação sociocultural conseguem dar resposta aos mais variados problemas, bem como fornecer habilidades, competências e ferramentas imprescindíveis para promover a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas assistidas.

Em suma, pode-se afirmar que se destacaram algumas mudanças após a realização do projeto em questão. As utentes afirmam que adquiriram técnicas e aprenderam novas formas de trabalhar e de comunicar que não lhes tinham sido ensinadas anteriormente e que o tempo que passaram a executar as atividades foi animado e recreativo.

Os principais objetivos deste projeto eram proporcionar às pessoas assistidas bons momentos e inculir-lhes certos aspetos considerados importantes para construir a própria qualidade de vida, autonomamente.

Depois de concluído o projeto, é possível afirmar que foi um projeto positivo e vantajoso em todas as dimensões.

## 6. CALENDARIZAÇÃO/FASES DA INTERVENÇÃO/INVESTIGAÇÃO

Fases/ Meses	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
<b>Fase 1: Integração no contexto-Sensibilização</b>									
Reunião com o diretor e a terapeuta ocupacional									
Visita à instituição e primeiro contacto com as utentes									
Inquérito por questionário									
Conversas informais									
Observação participante									
<b>Fase 2: Implementação</b>									
Atelier “Atualiza-te!”									
Atelier da investigação									
Atelier da imagem									
Atividade de desenho									
Atelier da pintura									
Atelier da modelagem									
Jogos de mesa									
Atelier da memória									
Alimentação saudável									
<b>Fase 3: Avaliação</b>									
Avaliação do projeto									



## BIBLIOGRAFIA

### 7.1. Bibliografia consultada

- Alves, A. J. B. (2015). *Educação para a Saúde na Terceira idade: uma questão de hábitos*. Dissertação de mestrado, Universidade do Minho. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/45304/1/Alice%20Joaquina%20Barroso%20Alves.pdf>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Porto Alegre: Artmed. Disponível em: [http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM\\_V.pdf](http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf)
- Bento, M. F. S. (2014). *O Estigma da Doença Mental e os Meios de Comunicação Social*. Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/26881/1/Tese%20de%20Mestrado%20Mariana%20Bento-%20O%20Estigma%20da%20Doen%3a7a%20Mental%20e%20os%20Meios%20de%20Comunica%3a7%c3%a3o%20Social.pdf>
- Brasil, N. U. (10 de Outubro de 2016). *Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial*. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>
- Colvero, L. A., Ide, C. A. C., & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(2), 197-205. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000200011>
- Cotta, T. C. (1998). Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto. *Revista do Serviço Público*, 49(2), 103-124. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/35991/metodologias-de-avaliacao-de-programas-e-projetos-sociais-analise-de-resultados-e-de-impacto>
- Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. & Vieira, S. (2009). Investigação-ação: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 2 (XIII) , 455-479. Disponível em: [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10148/1/Investiga%3a7%c3%a3o\\_Ac%3a7%c3%a3o\\_Metodologias.PDF](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10148/1/Investiga%3a7%c3%a3o_Ac%3a7%c3%a3o_Metodologias.PDF)

- Coqueiro, F.N, Vieira, F. R. R. & Freitas, M. M. C. (2010). Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6), 859-862. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000600022&script=sci\\_abstract&tIng=pt/](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000600022&script=sci_abstract&tIng=pt/)
- Foucault, M. (1975). *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro Ltda. Disponível em: <http://escolanomade.org/wp-content/downloads/foucault-doenca-mental-e-psicologia.pdf>
- Funk, M., Drew, N. & Saraceno, B. (2005). *Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. Suíça: Organização Mundial de Saúde. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/policy/Livroderecursosrevisao\\_FINAL.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf)
- Godoy, A. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *RAE-Revista De Administração De Empresas*, 35(3), 20-29. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/38200/36944II>
- Lima, L. et al. (1994). *Educação de Adultos – Fórum I*. Braga: Universidade do Minho. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12204/1/Educa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Adultos%20-%20Forum%20I.pdf>
- Macedo, A. C. N. (2018). *O envelhecimento ativo para a sustentabilidade da qualidade de vida*. Dissertação de mestrado, Universidade do Minho. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/59597/1/Ana%20Catarina%20Novais%20Macedo.pdf>
- Murthy R. S., Bertolote, J. M., Epping-Jordan, J., Funk, M., Saraceno T. P. B. & Saxena, S. (2002). *Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES. Disponível em: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)
- Pacheco, F. P. & Garcez, E., M., S. (2012). O Jogo E O Brincar: Uma Ação Estratégica Na Promoção Da Saúde Mental. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat.* 5(1). Disponível em: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/119/148>
- Programa Nacional para a Saúde Mental. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-885309-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>

- Reinaldo, A. (2008). Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12 (1), 173-178. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452008000100027&script=sci\\_abstract&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452008000100027&script=sci_abstract&tIng=pt)
- Roberto, M. S., Fidalgo, A. & Buckingham, D. (2015). De que falamos quando falamos de infoexclusão e literacia digital? Perspetivas dos nativos digitais. *Observatorio (OBS\*) Journal* 9(1), 43-54. Consultado em julho, 2019. Disponível em: <http://obs.obercom.pt/index.php/obs/article/view/819/698>
- Rodriguez, M. (2008). Alfabetización digital: el pleno dominio del lapis e el ráton. *Revista Científica de Comunicación y Educación* 30(XV). 137-146. Disponível em: [https://www.revistacomunicar.com/numeros\\_anteriores/archivospdf/30/30-22-inves-moreno.pdf](https://www.revistacomunicar.com/numeros_anteriores/archivospdf/30/30-22-inves-moreno.pdf)
- Sá L. (2010). Saúde mental versus doença mental. In, Sequeira C. & Sá L., II Congresso Internacional da SPESM. *Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental*, 26-29 Outubro (pp. 15-18). Maia: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/4143>
- Sá-Silva, J.R., Almeida, C.D. & Guindane, J.F. (2009). pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6/pdf>
- Silva, N. C. B, Nunes, C. C., Betti, M. C. M, & Rios, K. S. A. (2008). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas em Psicologia*, 16(2), 215-229. Consultado em 18 de junho de 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2008000200006&lng=pt&tIng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2008000200006&lng=pt&tIng=pt).
- Tripp, David (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. In *Educação e Pesquisa* 31(3) (pp 443-466). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>
- Vasques, M. C. P. C. F. (2009). *A arteterapia como instrumento de promoção humana na saúde mental*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/98472>

- Xavier, S., Klut, C., Neto, A., Ponte, G. & Melo, J. C. (2013). O Estigma da doença mental: Que caminho percorremos? *Revista do serviço de psiquiatria do Hospital prof. Doutor Fernando Fonseca*, 11 (2), 10-21. Disponível em: [http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N2/Indice15\\_ficheiros/Estigma%20doenca%20mental.pdf](http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N2/Indice15_ficheiros/Estigma%20doenca%20mental.pdf)

## 7.2. Bibliografia referenciada

- Ander egg, E. (1971) *Introducción a las Técnicas de Investigación Social*. (3ªed). Buenos Aires: Lumen Humanitas
- Ander-Egg, E. (1990). Características y elementos constitutivos de la investigación-acción-participativa. In Ander-Egg, *Repensando la Investigación-Acción-Participativa* (pp 32-86). México: Aleteno.
- Ander-Egg, E. (1992). *La práctica de la animación sociocultural*. (2ªed). Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones
- Ander-egg, E. (2000). *Metodología y práctica de la animación sociocultural*. (15ªed). Madrid: Editorial CCS.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Birou, A. (1982). *Dicionário das ciências sociais*. (5ªed). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Canário, R (1999). *Educação de Adultos - Um Campo e uma Problemática* (1ªed). Lisboa: Educa.
- Canário, R. (2000). Complexidade e diversidade da educação de adultos (2ªed). In Canário, R., *Educação de Adultos - Um Campo e uma Problemática* (pp 11-22). Lisboa: Educa.
- Freitas, C. M. (2013). Investigação qualitativa: contributos para a sua melhor compreensão e condução. 2º *Congresso Luso-Brasileiro em Investigação Qualitativa* (pp.1080-1101). Aveiro: Revista Indagatio Didactica.
- Garcia, J & Sánchez, M. (1997). Desarrollo humano, participación y dinamización sociocultural. In Carrasco, J.G. (1997), *Educación de adultos* (pp 271-277). Barcelona: Editorial Ariel

- Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. (2011). Guia do Voluntário Hospitaleiro.
- Lakatos, E. M. ; Marconi, M. A. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. (5ªed). São Paulo: Atlas.
- Lima, L. (2016). Revisitação gelpiana da educação permanente: ambiguidades e erosão política de um conceito. *Investigar em educação, II Série, n° 5* (53-71).
- Ministério Da Saúde (1987). Conferência Nacional de Saúde Mental. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final (pp. 1-45). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (3ªed). Thousand Oaks, Londres: Sage Publications.
- Pilgrim, D. (2009). *Key Concepts in Mental Health* (2ªed). Londres: Sage Publications Ltd.
- PONDÉ, M. P.; CAROSO, C. (2003). Lazer como fator de proteção da saúde mental. *Revista de Ciências Médicas 12(2)*, 163-172.
- Qiviy, R. & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (1ªed). Lisboa: Gradiva.
- UNESCO. (1997). Educação de Adultos Declaração de Hamburgo Agenda para o futuro. *V Conferência Internacional de Educação de Adultos*, Hamburgo, Alemanha 14-18 de Julho de 1997. Brasil: UNESCO
- Valladares, L. (2007). Os dez mandamentos da observação participante. *Revista Brasileira de Ciências Sociais, 22(63)*, 153-155. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092007000100012>
- Valladares, A. C. A. & Fussi, F. E. C. (2003). A Arteterapia e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista Arteterapia: Imagens da Transformação 10(10)*. 5-13. Rio de Janeiro: Clínica Pomar.

## ANEXOS

### Anexo 1: Inquérito por questionário (Diagnóstico de necessidades)

#### Inquérito por Questionário



Universidade do Minho  
Instituto de Educação

#### 1. Apresentação

Caríssimas Utentes da Casa de Saúde do Bom Jesus

No âmbito do 2º ano do Mestrado em Educação – Especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, a realização deste inquérito por questionário destina-se à recolha de dados para a realização da avaliação de diagnóstico de necessidades, interesses e expectativas com o objetivo de realizar um projeto de intervenção. A confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos através das respostas a este inquérito serão assegurados.

#### 2. Dados Sociodemográficos

1. Idade \_\_\_\_\_
2. Estado Civil \_\_\_\_\_
3. Tem filhos?
  - 3.1. Sim 
    - 3.1.1. Se sim, quantos? \_\_\_\_\_
  - 3.2. Não
4. Tem algum problema de saúde?
  - 4.1. Sim 
    - 4.1.1. Se sim, qual? \_\_\_\_\_
  - 4.2. Não
5. Nível de escolaridade:
  - 5.1. Sabe ler e escrever sem qualquer grau de ensino
  - 5.2. Ensino básico (antiga 4.ª classe)
  - 5.3. Ensino básico (antiga 6.ª classe)
  - 5.4. Ensino básico (9.º ano)
  - 5.5. Ensino secundário (12.º ano)
  - 5.6. Bacharelato/Licenciatura
  - 5.7. Outro 
    - 5.7.1. Qual? \_\_\_\_\_

6. Qual a sua profissão?

---

### 3. Plano de Atividades

7. É do seu interesse participar nestas atividades?

7.1. Sim

7.2. Não

8. Que atividades gostaria de desenvolver neste projeto?

---

---

---

---

9. Que **temas** gostaria de clarificar neste projeto? (Por exemplo: natureza, desporto, alimentação, criatividade, entre outros)

---

---

---

---

Obrigada pela colaboração!!

Carolina Lima



**Anexo 2:** Inquérito por questionário (avaliação – Grupo Violeta)



Universidade do Minho  
Instituto de Educação

**Inquérito por Questionário (Avaliação)**

Caríssimas Utentes da Casa de Saúde do Bom Jesus

Este inquérito por questionário visa a recolha de dados e informações para a avaliação final do projeto através das vossas respostas às perguntas que serão feitas, comentários, críticas ou opiniões relativamente às atividades executadas no decorrer do mesmo.

As informações recolhidas a partir deste inquérito são apenas para fins académicos e o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos através das respostas serão asseguradas.

De modo geral, como avalia as atividades desenvolvidas ao longo do projeto?

Nada interessantes

Interessantes

Pouco interessantes

Muito interessantes

As atividades foram pertinentes para si?

Sim

Não

Qual foi a atividade que mais gostou?

A rubrica

Monopólio

Dois em um

Dominó

São Valentim

Memoriza-me

Ovos da Páscoa

Dupla diferença

Páscoa Artesanal

Memória dos sons

S. João Artesanal

Alimentação saudável

A Toca



3.1. Indique a razão pela qual selecionou a(s) atividade(s) como a(s) que mais gostou

- Foi a mais divertida Foi a que mais aprendi
- Foi a que tive menos dificuldade de fazer
- Foi a que me senti mais à vontade
- Foi a que me cativou mais
- Outra
- 
- 

A sua participação nas atividades desenvolvidas teve influência na sua vida, a nível pessoal ou social?

Sim

Não

Se sim, de que forma?

- Desenvolvi competências
- Partilhei experiências
- Partilhei momentos de lazer
- Adquiri novos conhecimentos
- Outras formas
- 
-

Qual foi a atividade que menos gostou?

- |                   |                          |                      |                          |
|-------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| A rubrica         | <input type="checkbox"/> | Monopólio            | <input type="checkbox"/> |
| Dois em um        | <input type="checkbox"/> | Dominó               | <input type="checkbox"/> |
| São Valentim      | <input type="checkbox"/> | Memoriza-me          | <input type="checkbox"/> |
| Ovos da Páscoa    | <input type="checkbox"/> | Dupla diferença      | <input type="checkbox"/> |
| Páscoa Artesanal  | <input type="checkbox"/> | Memória dos sons     | <input type="checkbox"/> |
| S. João Artesanal | <input type="checkbox"/> | Alimentação saudável | <input type="checkbox"/> |
| A Toca            | <input type="checkbox"/> |                      |                          |

5.1. Indique a razão pela qual selecionou a(s) atividade(s) como a(s) que menos gostou

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Foi a menos divertida                    | <input type="checkbox"/> |
| Foi a que menos aprendi                  | <input type="checkbox"/> |
| Foi a que tive mais dificuldade de fazer | <input type="checkbox"/> |
| Foi a que me senti menos à vontade       | <input type="checkbox"/> |
| Foi a que me cativou menos               | <input type="checkbox"/> |
| Outra                                    | <input type="checkbox"/> |
- 
-

De modo geral, descreva o que aprendeu ou melhorou ao longo do desenvolvimento do projeto.

---

---

---

Muito obrigada pela colaboração, não só neste questionário, mas ao longo de todo o projeto!

Carolina Lima



### Anexo 3: Inquérito por questionário (avaliação – Grupo de informática)



Universidade do Minho  
Instituto de Educação

#### **Inquérito por Questionário (Avaliação)**

Caríssimas Utentes da Casa de Saúde do Bom Jesus

Este inquérito por questionário visa a recolha de dados e informações para a avaliação final do projeto através das vossas respostas às perguntas que serão feitas, comentários, críticas ou opiniões relativamente às atividades executadas no decorrer do mesmo.

As informações recolhidas a partir deste inquérito são apenas para fins académicos e o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos através das respostas serão asseguradas.

De modo geral, como avalia as atividades desenvolvidas ao longo do projeto?

Nada interessantes

Interessantes

Pouco interessantes

Muito interessantes

As atividades foram pertinentes para si?

Sim

Não

Qual foi a atividade que mais gostou?

Tabela

Doces favoritos

O que é a saúde mental?

Profissões mais bem pagas

Saúde vs doença

Tipos de animais

Currículo

Alimentação saudável

Personagem

Desporto favorito

A semana

Santos Populares

Perigos da Internet

Greve climática estudantil

Páscoa

Transformar a imagem

Editar a imagem

3.1. Indique a razão pela qual selecionou a(s) atividade(s) como a(s) que mais gostou

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Foi a mais divertida                      | <input type="checkbox"/> |
| Foi a que mais aprendi                    | <input type="checkbox"/> |
| Foi a que tive menos dificuldade de fazer | <input type="checkbox"/> |
| Foi a que me senti mais à vontade         | <input type="checkbox"/> |
| Foi a que me cativou mais                 | <input type="checkbox"/> |
| Foi a mais útil                           | <input type="checkbox"/> |
| Outra                                     | <input type="checkbox"/> |
- 
- 

**1.** A participação nas atividades desenvolvidas teve influência na sua vida, a nível pessoal ou social?

- Sim
- Não

Se sim, de que forma?

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| Desenvolvi competências     | <input type="checkbox"/> |
| Partilhei experiências      | <input type="checkbox"/> |
| Partilhei momentos de lazer | <input type="checkbox"/> |
| Adquiri novos conhecimentos | <input type="checkbox"/> |
| Outras formas               | <input type="checkbox"/> |
- 
-

Qual foi a atividade que menos gostou?

- |                         |                          |                            |                          |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Tabela                  | <input type="checkbox"/> | Doces favoritos            | <input type="checkbox"/> |
| O que é a saúde mental? | <input type="checkbox"/> | Profissões mais bem pagas  | <input type="checkbox"/> |
| Saúde vs doença         | <input type="checkbox"/> | Tipos de animais           | <input type="checkbox"/> |
| Currículo               | <input type="checkbox"/> | Alimentação saudável       | <input type="checkbox"/> |
| Personagem              | <input type="checkbox"/> | Desporto favorito          | <input type="checkbox"/> |
| A semana                | <input type="checkbox"/> | Santos Populares           | <input type="checkbox"/> |
| Perigos da Internet     | <input type="checkbox"/> | Greve climática estudantil | <input type="checkbox"/> |
| Páscoa                  | <input type="checkbox"/> | Transformar a imagem       | <input type="checkbox"/> |
| Editar a imagem         | <input type="checkbox"/> |                            |                          |

Indique a razão pela qual selecionou a(s) atividade(s) como a(s) que menos gostou

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Foi a menos divertida                    | <input type="checkbox"/> |
| Foi a que menos aprendi                  | <input type="checkbox"/> |
| Foi a que tive mais dificuldade de fazer | <input type="checkbox"/> |
| Foi a que me senti menos à vontade       | <input type="checkbox"/> |
| Foi a que me cativou menos               | <input type="checkbox"/> |
| Foi a menos útil                         | <input type="checkbox"/> |
| Outra                                    | <input type="checkbox"/> |
- 
-

De modo geral, descreva o que aprendeu ou melhorou ao longo do desenvolvimento do projeto.

---

---

---

---

Muito obrigada pela colaboração,  
não só neste questionário, mas ao longo de todo o projeto!

Carolina Lima



**Anexo 4:**

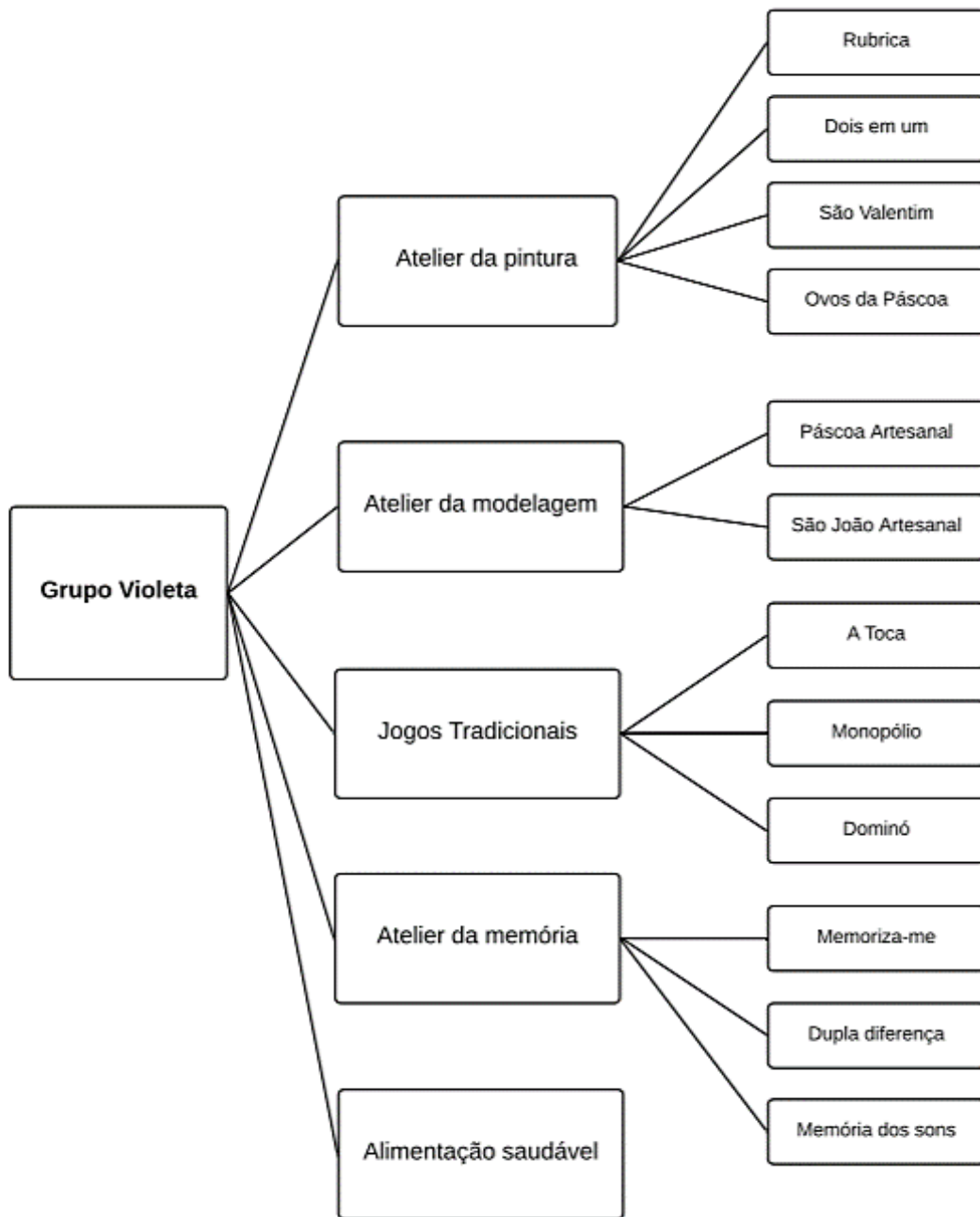


Figura 4: Quadro dos ateliers e atividades do Grupo Violeta



## Anexo 5:

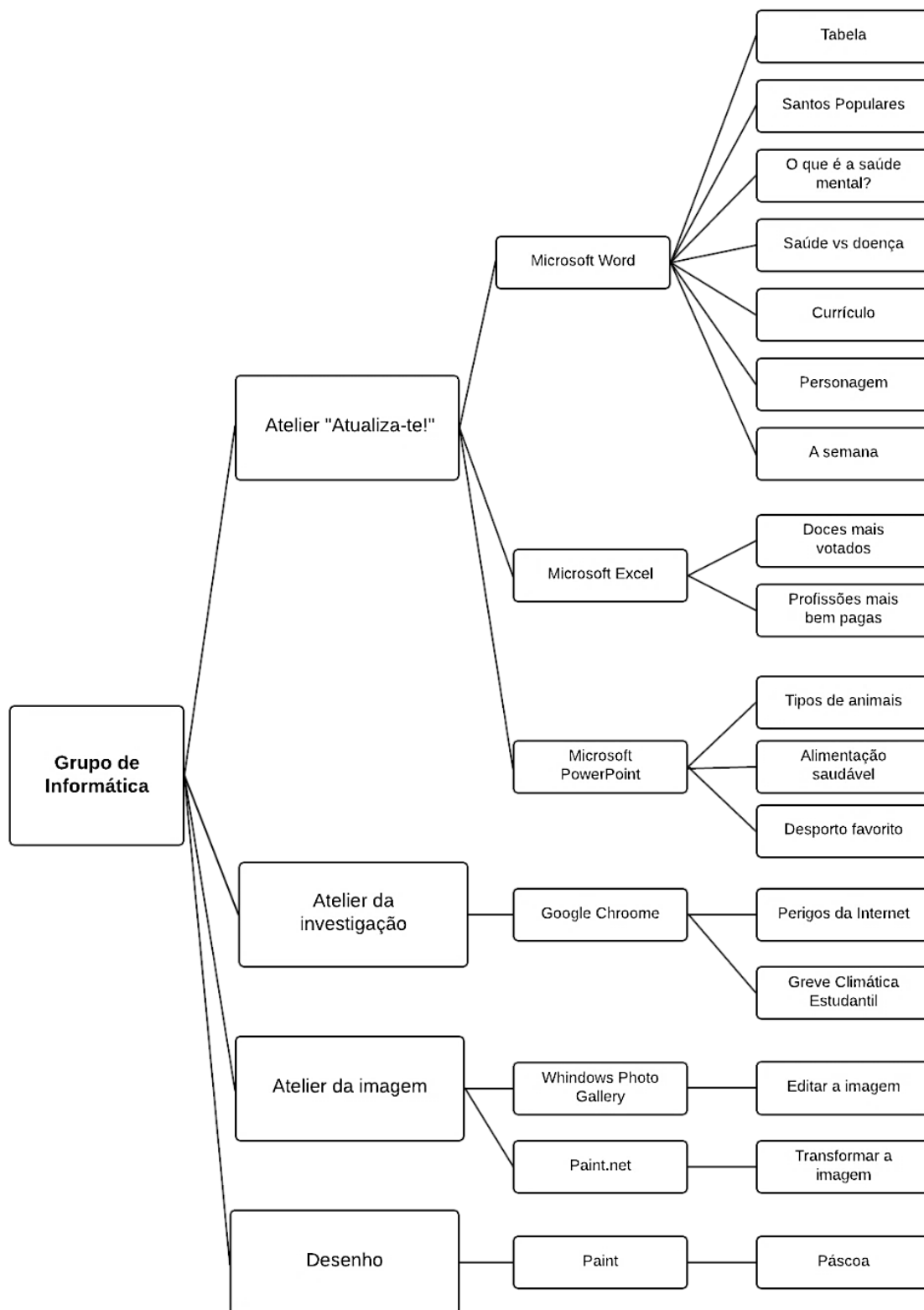


Figura 5: Quadro de ateliers do grupo de informática

## Anexo 6:



### Declaração

Para efeitos da redação da dissertação de mestrado em Educação, com a especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, da autoria de Carolina Gonçalves, autorizamos todas as menções do nome: Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus- Casa de Saúde do Bom Jesus, e suas abreviaturas: IIHSCJ-Casa de saúde do Bom Jesus; IIHSCJ-CSBJ, ao longo da dissertação.

Braga, 23 de Janeiro de 2020

Director Gerente

Pedro Meneses, Dr.

**I.I.H.S.C.J.**  
**Casa Saúde Bom Jesus**  
Rua Dr. António Alves Palha, nº 2  
Nogueiró - 4715-308 BRAGA  
Tel. 253 203 000 - Fax. 253 203 008  
Contribuinte 500 989 0

Figura 6: Declaração de Autorização