

INTRODUÇÃO

No Centro de Apoio de Deficientes Físicos (CADF), local onde trabalho, encontram-se amputados de guerra, homens que se sentem diminuídos, cheios de vícios, desmotivados para a vida. Esta realidade preocupa-nos. A necessidade de atuar para ajudar estes indivíduos a encontrar motivação para a vida e a reflexão feita ao longo deste mestrado sobre as leituras e aprendizagens ligadas à Supervisão foram motivos suficientes para decidir a escolha desta temática. Pensamos a supervisão como ajuda no desenvolvimento de aprendizagens e, segundo Alarcão e Tavares (2003), vemos o papel do supervisor, “como facilitador de aprendizagens ou como gestor de aprendizagens exercer uma influência directa sobre uns e indirecta sobre os outros” (p.6). Neste contexto, o trabalho colaborativo, com a sua vertente de partilha e interajuda, enquadra-se perfeitamente.

Tendo como objetivo construir e implementar um plano de intervenção em que os amputados de guerra consigam encontrar motivação para a vida que para eles perdeu o sentido, utilizando a supervisão como processo colaborativo, o nosso estudo desenvolve-se no CADF, onde um grupo de utentes e uma equipa de técnicos constituem a população que irá entrar connosco neste desafio. Neste contexto, uma equipa multidisciplinar, cuja atuação, através do trabalho colaborativo que, como refere Roldão (2007) se estrutura “essencialmente como um processo de trabalho articulado”(p.27), irá suportar o trabalho a desenvolver. Aqui, o investigador assume-se como supervisor, monitorizando todo o procedimento.

Iniciámos a sensibilização a este grupo, enfatizando o processo de supervisão no trabalho colaborativo entendido como uma prática formativa que possa efetivamente mudar o desempenho dos nossos militares amputados e desmotivados.

Partimos com a convicção de que o processo de supervisão ajudará a equipa multidisciplinar a desenvolver um trabalho colaborativo. Mas, será que, através da

nossa atuação conseguiremos motivar todos e cada um dos militares participantes no nosso estudo, integrá-los ativamente nas atividades sociais da unidade e utilizar o seu contributo para a sua vida social e cultural?

Nesta perspetiva, partimos da questão: “Tendo por base a supervisão como processo colaborativo, será que as estratégias utilizadas no plano de intervenção implementado conduzem a uma mudança no comportamento pessoal dos amputados de guerra participantes no nosso estudo?”

Para que possamos encontrar resposta, questões mais específicas se colocaram:

- Que problemas levaram à desmotivação dos amputados de guerra do CADF?
- Que temáticas a escolher para concretizarmos a mudança que queremos concretizar?
- Que estratégias utilizar?
- Como desenvolver as estratégias encontradas?

Neste âmbito, o nosso estudo será qualitativo porque iremos observar, descrever, interpretar e procurar o ponto da vista de intervenientes no processo, tendo em conta o meio e o problema tal como ele se apresenta.

A técnica de recolha de dados a utilizar é a entrevista, concretizada através de entrevistas não estruturadas a que chamamos conversas informais e entrevistas estruturadas. Esta técnica permite-nos, como refere Freixo (2012) “o relacionamento estreito entre entrevistador e entrevistado”(p.120). Na perspetiva de Marques e Carvalho (2013) as entrevistas são “processos fundamentais de comunicação e de interação humana” (p.191). Ainda sobre esta temática, Ribeiro (2015) fala da entrevista como “(...) Técnica de observação indirecta mais completa na investigação sobre práticas, porque permite aceder ao pensamento do entrevistado” (p.43).

As entrevistas não estruturadas, conversas informais, fizemo-las com o grupo selecionado de militares amputados, sem recurso a qualquer guião previamente elaborado. Já nas entrevistas estruturadas usámos um guião de entrevista com perguntas dirigidas a uma psicóloga e a um assistente social.

Os instrumentos a construir para a recolha de dados são o guião das entrevistas e grelhas de análise.

Este trabalho encontra-se estruturado em três partes. A PARTE I - o ENQUADRAMENTO TEÓRICO, compõe-se de quatro capítulos. No primeiro capítulo desenvolvemos o conceito de Supervisão, no segundo falamos de Trabalho Colaborativo, no terceiro está presente o conceito de Motivação e no quarto capítulo debruçamo-nos sobre ideias relacionados com os Amputados de Guerra. No conceito de Supervisão, além da supervisão como processo, especificamos a supervisão clínica, a função do supervisor, as características do supervisor clínico e ainda a supervisão no CADF. Ao falarmos do Trabalho Colaborativo damos ênfase à reflexão, partilha de saberes, interação e desenvolvimento de conhecimento que ele nos proporciona. Na motivação tentamos que estejam presentes os fenómenos emocionais, biológicos e sociais. No que se refere aos Amputados de Guerra falamos da reabilitação dos amputados, do processo cirúrgico, dos estados emocionais, da colocação de próteses, dos benefícios esperados, da relação do amputado com a profissão, dos aspetos psicológicos, como ansiedade e stress que surgem com a amputação e ainda da importância da família.

Na PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO, temos um capítulo dedicado à Caracterização da População do nosso estudo e outro capítulo em que nos debruçamos sobre a Metodologia. Neste último referenciamos o tipo de estudo, objetivo do nosso trabalho, as questões da investigação, as técnicas de recolha de dados utilizadas e os instrumentos construídos.

Na PARTE III – RESULTADOS, especificamos a recolha de dados, a análise das entrevistas e construímos e implementámos um plano de intervenção.

As Considerações Finais, as Referências Bibliográficas e os Anexos complementam o trabalho.

Referimo-nos ainda às limitações da investigação e deixamos sugestões para trabalhos futuros.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – SUPERVISÃO

1. Supervisão

O conceito de supervisão muitas vezes é confundido com o ato de fiscalizar, constituindo assim uma postura autoritária, dando poder ao supervisor. Porém este paradigma tem sido alterado e atualmente é compreendido como uma atividade de ajuda na organização, tendo como objetivo a estruturação do trabalho que considera as necessidades dos supervisionados, proporcionando melhor desempenho das ações e facilitando a prática profissional. Bizarro e Moreira (2010) referem-se à supervisão numa perspetiva menos hierárquica e mais colaborativa. A supervisão hoje ocupa vários campos de atividade e, como referem Alarcão e Canha (2013), existe uma variedade de conceitos que se associam ao termo supervisão (formação, avaliação, regulação, coordenação e orientação). Neste contexto, Alarcão e Canha (2013) afirmam que a supervisão

(...) apresenta cambiantes consoante o campo em que se exerce. Por exemplo, a componente de fiscalização é mais acentuada na supervisão de obras; a regulação, na supervisão dos mercados; a monitorização, na supervisão área de saúde; coaching, na supervisão desportiva; a ajuda, na supervisão clínica em contextos terapêuticos psicológicos e psiquiátricos (p.20).

Na visão de Couvaneiro e Reis (2007), a supervisão, ligada à avaliação, permite detetar, em cada processo, os pontos fortes e as oportunidades de melhoria. Neste âmbito, o objetivo será avaliar os processos, permitindo detetar as dificuldades, ultrapassá-las, com vista a um processo de melhoria, incluindo sempre uma ação educativa. O supervisor será um profissional experiente que acompanha as práticas dos colegas na

construção do saber profissional e cria condições que favoreçam o desenvolvimento das suas capacidades intelectuais e profissionais.

Alarcão e Canha (2013) complementam este conceito, referindo-se à supervisão (...) “como um processo de acompanhamento de uma atividade através de processos de regulação que são enquadrados por um referencial e operacionalizados em ações de monitorização em que a avaliação esta obviamente presente” (p.12).

Na mesma ordem de ideias Alarcão e Tavares (2003) afirmam que a supervisão

(...) implica uma visão de qualidade, inteligente, responsável, livre, experiencial, acolhedora, empática, serena e envolvente de quem vê o que se passou antes, o que se passa durante e o que se passará depois, ou seja, de quem entra no processo para o compreender por fora e por dentro (p.45).

No desenvolvimento do processo de supervisão o papel do supervisor torna-se indispensável. Assim, Alarcão e Tavares (2003) afirmam que o supervisor como “(...) facilitador de aprendizagens ou como gestor de aprendizagens exerce uma influência directa sobre uns e indirecta sobre os outros” (p.6), sendo o profissional mais experiente a formar, ajudar, orientar e monitorizar o trabalho dos profissionais menos experientes.

Sobre esta temática, Altet (1997) liga o conceito de supervisão a uma reflexão, tendo como objetivo facilitar a aprendizagem e a qualidade dos serviços. Também Peterson (2003) se refere ao supervisor como facilitador de aprendizagens e orientador de processos práticos e liga o seu trabalho à avaliação. Neste contexto Tilstone, Florian e Rose (2003), acrescentam ainda que “supervisão avaliação e revisão crítica consiste em melhorar os resultados dos presentes” (p.83).

Para que a reflexão necessária seja feita, o supervisor deve saber ouvir, ser comunicativo com capacidade de discutir os problemas da instituição, estimular, encorajar e tentar ajudar, facilitando a resolução dos problemas surgidos.

A supervisão é um processo que engloba várias áreas, tais como: supervisão pedagógica, clínica, formação, financeira, curricular e supervisão institucional e é desenvolvido em várias áreas profissionais.

Podemos considerar três estilos de supervisão: não-diretivo, de colaboração e diretivo. O supervisor de tipo não-diretivo é aquele que manifesta desejo e capacidade de acompanhar o mundo do seu supervisionado, de o escutar, de esperar que seja ele a tomar as iniciativas. Sabe encorajá-lo, ajudá-lo a clarificar as suas ideias e os seus sentimentos, pede-lhe informações complementares quando elas são necessárias. O supervisor colaborativo verbaliza muito o que o supervisionado lhe vai dizendo, faz sínteses das sugestões e dos problemas apresentados, ajuda a resolvê-los. O supervisor de tipo diretivo concentra as suas preocupações em dar orientações, em estabelecer critérios e condicionar as atitudes dos profissionais.

Para Alarcão e Tavares (2007), o supervisor “(...) deverá fazer desenvolver nos formandos um conjunto de capacidade e atitudes com vista a excelência e qualidade dos cuidados” (p.73) e é constituído por quatro fases: Encontro pré-observação; Observação propriamente dita; Análise dos dados; Encontros pós-observação. Porém, Abreu (2003) entende a Supervisão Clínica, como “um ciclo constituído por seis fases” (p.19) que são: Objetivo; Identificação do problema; Contextualização; Planeamento; Implementação; Avaliação.

Todos os modelos existentes permitem-nos fazer uma determinada leitura da realidade prática da supervisão, mas como Pires (2004) refere, “nenhum modelo é melhor do que o outro” (p.58) mas, para se desenvolver todo um processo de supervisão, é importante que o supervisor conheça os diferentes modelos e o contexto onde decorre o processo de supervisão.

O processo de supervisão recai sobre situações verdadeiras, sobre indivíduos que interagem e sobre dinâmicas colaborativas. A interação entre a teoria e a prática bem como os processos de autonomização fazem parte da supervisão. Alarcão e Canha (2013), “reafirmam a supervisão como ação de acompanhamento e monitorização das atividades” (p.83). Alarcão e Tavares (2013), acrescentam que o trabalho de supervisão envolve conteúdos aprendidos, mas com finalidade de melhorá-los, tendo por base sempre uma interação.

2. Supervisão clínica

Se nos debruçarmos sobre a supervisão clínica, verificamos que esta tem sido alvo das mais diferentes definições por parte de quem tem desenvolvido trabalhos nesta área. Embora diferentes, todas se complementam. Quando falamos em supervisão como uma estratégia que favorecerá o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros teremos que falar forçosamente, de ajuda, orientação e avaliação.

Neste contexto, Alarcão e Tavares (1987) definem supervisão clínica como um “(...) processo em que uma pessoa experiente e bem informada orienta o aluno no desenvolvimento humano. Educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática de prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação” (p.197). Aqui, a supervisão clínica é vista como um processo onde o supervisor, sempre um profissional, vem trazer o saber que falta à equipa para melhorar as suas práticas profissionais.

Alarcão e Tavares (2003) referem que a supervisão clínica “(...) não pode, de modo algum, ser reduzida a um mero processo de Fiscalização” (p.120) , reforçando a ideia de que o supervisor clínico não atua só como fiscal mais sim como orientador, avaliador, regulador e gestor dos serviços clínicos, a partir dos trabalhos realizados pelos profissionais. O supervisor clínico deve participar nas atividades realizadas e está inserido dentro do grupo de apoio. São inúmeras as definições de supervisão clínica. Embora diferentes, todas se complementam. O documento “A Vision for the Future”, (NHSME 1993), descreve a supervisão clínica como:

(...) um processo formal de sustentação da prática, uma aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver os conhecimentos, as competências e a consciência da responsabilidade da prática clínica, realçar a protecção do consumidor de cuidados e incrementar a segurança nas práticas em situações clínicas complexas. É central ao processo de aprendizagem e à expansão da

prática e deve ser vista como meio de incentivar a auto-avaliação e as competências analíticas e reflexivas.

A supervisão clínica, também pela sua especificidade, é um processo que deve ser revestido de princípios de prática reflexiva, promovendo uma atitude de confiança e de responsabilidade pela qualidade da aprendizagem. Segundo Bond e Holland (1998), a supervisão clínica exige que seja contemplado o tempo necessário para facilitar a reflexão detalhada sobre a prática clínica. No conceito de supervisão clínica proposto por Alarcão e Tavares (1987) o supervisor deverá ter uma “(...) atitude de monitorização sistemática da prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação” (p.197). Estes procedimentos devem permitir ao supervisionado conseguir, sustentar e desenvolver criativamente uma alta qualidade das práticas, através de meios de apoio e desenvolvimento acompanhado. Esta reflexão deve ser facilitada por uma pessoa mais experiente, com perícia e saber para o acompanhamento e através de sessões frequentes e contínuas, já que, como referem Couvaneiro e Reis (2007), “cada pessoa é, em simultâneo, actor e sujeito do seu próprio desenvolvimento e dos outros” (p.22).

Na supervisão clínica, os supervisores precisam conhecer o trabalho a supervisionar com relativa profundidade, sabendo enfrentar os problemas quotidianos e imediatos da sua área. Não só devem ser altamente experientes na área em questão, como também devem ter conhecimento suficiente para dirigir os restantes membros da equipa, pois a supervisão insere-se num esquema organizativo onde deve existir uma clara interação.

A supervisão clínica não é um instrumento estático e acabado. Está em intensa mutação através de constante debate e escuta atenta, por parte do supervisor. É um processo delicado que exige cuidado para que não se transforme nem na segurança excessiva do técnico supervisor, nem na evidência das faltas e fracassos dos supervisionados. Fora do domínio da técnica, de um saber-fazer, está também em jogo, na supervisão clínica, uma dimensão ética, traduzida na verdade do ato clínico e na capacidade responsável de assumir seus riscos, em que o supervisor responde como aquele que sabe e não como o que apenas interroga. Como refere Soller (1992) "Que o supervisor se faça causa da

junção-disjuntiva entre a elaboração do saber e a manutenção necessária da disciplina da ignorância" (p.39). Aqui, mais do que o saber de uns e a ignorância de outros, impõe-se um trabalho de equipa, com clara reflexão, colaboração e monitorização.

3. Função do Supervisor

A função do supervisor será orientada para metas e, segundo Jardim (2010), “(...) o facilitador cognitivo comportamental trabalha em conjunto com os participantes, afim de estabelecer os objectivos” (p.155). Assim a formação e a atividade profissional dos supervisionados serão apoiadas, ajudando a desenvolver o seu espírito crítico, mas tendo sempre em conta a prestação de cuidados de qualidade ao cliente. O seu papel é fundamental na promoção de uma prática com o máximo de qualidade. Alarcão e Tavares (2007), acrescentam que “o objetivo da supervisão não é apenas o desenvolvimento do conhecimento, visa também o desabrochar de capacidades e o repensar de atitudes” (p.119). Como os objetivos não se atingem todos de uma vez, uma das funções do supervisor será fazer desenvolver nos supervisionados um conjunto de capacidades e atitudes com vista à excelência e qualidade, acompanhando de perto todos os trabalhos.

4. Características de um Supervisor Clínico

A qualidade da supervisão clínica está diretamente ligada às características de um bom supervisor clínico. Essas características estarão presentes na monitorização dos serviços com os colegas de trabalho, na capacidade de ouvir e partilhar, na avaliação das práticas realizadas durante o turno, na competência de coordenar, ajudar, ensinar e orientar de modo a não prejudicar os serviços na gestão de medicamentos e equipamentos. A prática clínica é altamente reflexiva. Abreu (2002), refere-se ao reconhecimento da maturidade da profissão, afirmando que “(...) a enfermagem é uma profissão capaz de lançar um olhar crítico sobre si própria, dando assim um sinal de exigência e responsabilidade” (p.55). Ainda na perspetiva da tomada de decisão em enfermagem e

da melhoria nos cuidados prestados ao paciente através de uma prática reflexiva, Bishop (1994) salienta

(...) o apoio para profissionais; compensação para hierarquias profissionais niveladas e profissionais isolados no serviço; cuidados de qualidade em áreas com grande rotação de pacientes; conhecimentos e competências apropriadas em áreas de grande mudança tecnológica; disseminação de boas práticas; aprendizagem partilhada; apoio ao desenvolvimento pessoal (p.36).

É de extrema importância que o supervisor clínico seja aceite por aqueles que ele supervisiona. É desejável que todos os supervisores clínicos recebam formação específica em supervisão clínica no início da sua atividade, bem como formação contínua.

A empatia, o positivismo e a paciência são ainda características consideradas fundamentais no supervisor. Por sua vez, Alarcão e Tavares (2007) reconhecem ainda a existência de características menos gerais, mas também essenciais, tais como: a capacidade de prestar atenção e o saber escutar, a capacidade de compreender e de manifestar uma atitude de resposta adequada

5. Supervisão no Centro de Apoio aos Deficientes Físicos no 9º batalhão

O Centro de Apoio aos Deficientes Físicos é uma subunidade pertencendo à unidade CADAFA. Está constituída por quatro companhias onde se encontram 428 militares deficientes físicos com amputação de membros superiores e inferiores.

O funcionamento, no processo de supervisão começa com o sargento-ajudante que trabalha diretamente com os militares, a orientar, monitorizar, intermediar, recolher informações, e por sua vez passar todas informações às chefias intermédias que avaliam, coordenam, e monitorizam a gestão de matérias, com sua experiência e conhecimento do trabalho no melhoramento e desempenho das ações. A exequibilidade de todo este processo passa pela capacidade de mudança dos líderes. Para Bragança (2010) os “grandes líderes mudam de estilo para levantar a auto estima de suas equipas. Se as

peessoas acreditam nelas mesmas, é impressionante o que elas conseguem realizar” (p.71).

Essa mudança deve ser centrada em processos, o que nos leva a considerar a supervisão um processo que, como refere Ribeiro (2015) “ (...) se trata de um processo centrado na orientação do desenvolvimento humano e profissional” (p.58).

Para Alarcão e Tavares (2013), o trabalho de supervisão reafirma ou envolve conteúdos aprendidos, mas com finalidade de melhorá-los, tendo por base uma coesão de trabalho e melhor interação.

CAPÍTULO II – TRABALHO COLABORATIVO

1. Trabalho Colaborativo

O trabalho colaborativo pode ser descrito como um conjunto ou grupo de pessoas que se dedicam a realizar uma tarefa ou determinado trabalho, para resolver um problema. Alarcão e Canha (2013) referem-se ao trabalho colaborativo como um projeto “que permite perspetivar a adequação de tal noção a quaisquer situações em que grupos de pessoas se constituem com o intuito de colaborar, desenvolvendo-se nesse processo e gerando o desenvolvimento das áreas de atividade em que atuam”(p.50).

Podemos então perceber que o trabalho colaborativo possibilita a troca de conhecimento e flexibilidade no cumprimento de metas e objetivos compartilhados, uma vez que otimiza o tempo de cada pessoa e ainda contribui para conhecer outros indivíduos e aprender novas tarefas. Roldão (2007) refere que o trabalho colaborativo se estrutura “essencialmente como um processo de trabalho articulado e pensado em conjunto, que permite alcançar melhor os resultados visados, com base no enriquecimento trazido pela interacção dinâmica de vários saberes específicos e de vários processos cognitivos” (p. 27). O trabalho colaborativo será pois um processo através do qual os indivíduos, como motores de mudança, reveem, renovam e ampliam o conhecimento, as capacidades e a

compreensão, essenciais para uma reflexão, planificação e renovação de práticas profissionais seguras.

Florian e Tilstone (2003) referem que “um trabalho de grupo bem gerido proporciona também aos alunos oportunidades essenciais para desenvolverem, praticarem e generalizarem as suas capacidades sociais” (p.199). Na linha de ideias dos autores, o indivíduo aprende e desenvolve-se a partir das suas interações com o outro.

Fullan e Hargreaves (2000), ao falarem do trabalho conjunto referem que “a simples existência de colaboração não deve ser confundida com a consumação de uma cultura de colaboração” (p.71). Podemos entender que saber trabalhar em equipa é não pensar apenas na sua própria tarefa, mas sim no papel que desempenha para atingir o todo.

O Trabalho Colaborativo possibilita partilhar e ser-se solidário. Como argumenta Ferreira (2015), “juntamos trabalhos ao invés de trabalharmos juntos” (p.134). Segundo Ribeiro (2015) colaboração é um processo da formação colaborativa, que oferece também grandes possibilidades de crescimento pessoal e profissional ao próprio supervisor da instituição. Permite que todos, supervisores, estagiários e técnicos reflitam sobre toda a sua atividade e essa reflexão ajuda todos a planear e melhorar a qualidade do trabalho a desenvolver. Nesta perspetiva Alarcão e Canha (2013) definem trabalho colaborativo como: “(...) um grupo, mais ou menos alargado de pessoas que se reúne na expectativa de alcançar um determinado objetivo de desenvolvimento é sempre necessário planear e conduzir ações que concretizem esses propósitos”(p.46).

Também Soares (2010) define o trabalho colaborativo como “conjunto de teorias que visam o aumento do rendimento do trabalho” (p.229). Jardim (2008) salienta que, “Atualmente, constata-se uma generalizada e acentuada necessidade da competência da cooperação” (p.121).

Deste modo, o trabalho colaborativo implica a interação entre sujeitos. Esta interação passa pela partilha de interesses e de vivências ou acontecimentos, pela reflexão, pela procura de soluções para determinados problemas, procurando compreender as causas, as consequências, as estratégias e possíveis alternativas. Para Vygotsky, (1988) o

importante na aprendizagem é, não só a construção do conceito pelos próprios indivíduos, mas também a interação com o outro. Essa interação está presente no trabalho colaborativo, que envolve a troca de ideias de forma continuada e um feedback constante perante as situações apresentadas, o que não só na construção de conhecimento, mas também no desenvolvimento dos sujeitos que colaboram.

Alarcão e Canha (2013) definem que

Colaboração exige vontade de realizar com os outros. Implica, pois, confiança no outro, valorização dos seus saberes e experiências, acreditar que com ele é possível ir mais longe do que sozinho. E implica também humildade na valorização que fazemos do nosso próprio conhecimento e da nossa experiência (p.4).

Ainda na ideia dos autores podemos definir conceito de trabalho colaborativo como trabalho em equipa. A satisfação das necessidades do utente não pode ser abordada por um só profissional, mas sim por uma equipa de saúde, que aglutina profissionais de categorias e formações diferentes em torno do objetivo a que nos propomos. No nosso projeto, os profissionais têm de se complementar, refletir, articular e interagir uns com os outros. O conceito de equipa, segundo Figueiredo (1997) é

Um pequeno grupo, baseado na cooperação, e em contacto regular, contacto esse que não é à distância, mas face a face, que está envolvido numa acção coordenada e cujos membros contribuem de maneira empenhada, competente e responsável para a realização de acções concretas (p.19).

Em todo o processo que vamos desenvolver está bem presente o trabalho em equipa. Como defende Schermerhom, (1995), “a criação de um todo é maior do que a soma das partes” (p.286), sendo o trabalho em equipa o meio por excelência para atingir tal desígnio. Também Ribeiro (2015) define trabalho colaborativo como “partilha; interajuda; disponibilidade; sugestão; co-responsabilização” (p.69). Há que partilhar tarefas e responsabilidades, dando cada um o seu contributo com sugestões construtivas passíveis de serem transpostos para o plano prático de um modo satisfatório. A adoção de formas de trabalho conjunto entre os vários profissionais de saúde, tem assumido

uma crescente importância na organização dos serviços. Neste sentido, Schermerhorn (1995) quando fala de trabalho colaborativo, refere um “maior estímulo à produtividade, um aperfeiçoamento do processo decisório, um maior compromisso dos vários membros da equipe para com as tarefas, um aumento da motivação e disciplina dos membros” (p.286). A nível da saúde, cada vez mais é importante e produtivo equipas multidisciplinares trabalharem em conjunto. Como afirma Serra (2002), “A complexidade das situações apresentadas pelos clientes dos serviços de saúde e o desenvolvimento tecnológico, por um lado, e a explosão e fragmentação do conhecimento, por outro, dão origem a que nos nossos dias seja impossível trabalhar isoladamente” (p.24). Para proporcionar cuidados eficientes ao utente, a partilha entre os elementos da equipa torna-se indispensável. A assertividade dos membros da equipa permite que o plano de cuidados preconizado para determinado utente seja negociado no âmbito da equipa, considerando a colaboração como referem Gaiva e Scochi (2004) um “(...) projecto assistencial comum ao grupo de profissionais” (p.471). Sendo assim é importante, na criação de um projeto, constituir um grupo de profissionais com capacidades e conhecimentos sobre a temática a desenvolver, onde cada elemento do grupo disponibilize o seu contributo.

O objetivo do trabalho em equipa é, através da colaboração entre todos, empreender esforços conjuntos para atingir metas comuns e trazer resultados positivos para as instituições. O trabalho colaborativo possibilita a troca de conhecimento, a partilha de ideias, a reflexão conjunta perante as situações apresentadas, promovendo uma verdadeira construção de conceitos e o desenvolvimento dos sujeitos que colaboram.

Camargo e Cardoso (2005) referem trabalho colaborativo como

(...) conduta profissional, nessa forma de trabalho, passa a ser mais coletiva. Enfoca família e suas relações e não mais somente o indivíduo com seus problemas e resgata as múltiplas dimensões de saúde, o que exige o reformular da postura de intervenção do profissional, assim como a incorporação de outros saberes para compor a produção do cuidado com a saúde (p.3).

Diogo e Gaspar (2014) acrescentam que também existe trabalho colaborativo “ (...) quando duas pessoas ou dois sectores têm de, para o exercício das suas funções, partilhar os mesmos recursos”(p.53). Porém, Fortuna (2005) considera o trabalho colaborativo como “uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais” (p.264). Já Martins (2002) refere a trabalho colaborativo como “um espaço para reflexão, planeamento e transformação de sua prática educacional em atividades humanizadoras para si mesmo ” (p.233). Também Barrio (1995), numa perspetiva mais linear afirma que, no trabalho colaborativo se representa “(...) o modo como se estrutura a convivência e a cooperação humanas. A divisão de funções e a regulação das relações entre as pessoas são a essência de qualquer organização” (p.12). Para Roldão (2007) “O trabalho colaborativo estrutura-se essencialmente como um processo de trabalho articulado e pensado em conjunto, que permite alcançar melhor os resultados visados” (p.27).

Assim, partilhando da convicção de vários autores podemos dizer que trabalho colaborativo envolve colaboração, partilha, ajuda, definição de conceitos e até de contextos. Nesta perspetiva, o trabalho colaborativo também ajuda na monitorização dos serviços com os colegas de trabalho com capacidade de ouvir e partilhar, tendo como objetivo a qualidade do serviço prestado. Na saúde, a monitorização das práticas realizadas durante os turnos permite identificar as melhorias a realizar e orientá-las, ensinando, de modo a melhorar os serviços de toda a instituição. Porém, o bom funcionamento de uma cooperação vai depender da personalidade de cada elemento da equipa e do relacionamento entre todos. Esta cooperação é de extrema importância, quer a nível social, quer a nível profissional, já que, como referem Gaspar e Diogo (2014) “ O Homem, enquanto ser social, não pode ser estudado como uma entidade isolada” (p.135) e, na saúde, em termos profissionais, é desejável e até essencial que se pratique o trabalho em conjunto onde são integrados vários elementos com conhecimentos diversificados e com dinâmicas próprias das características do próprio processo de trabalho em saúde, considerando, como refere Barrio (1995) o trabalho colaborativo

uma estrutura de convivência em comum no sentido de cooperação dos profissionais para um determinado objetivo.

Podemos assim considerar o trabalho colaborativo como grupo de dois ou mais elementos com partilha dos mesmos espaços de trabalho, em colaboração com o grupo, sem esquecer que cada um tem o seu papel dentro da equipa e dá o seu contributo no grupo para que juntos melhorem e alcancem os objetivos comuns.

Nas equipas de enfermagem, a passagem de turno é por excelência, um momento de comunicação entre os enfermeiros e um espaço de muitas das decisões e reflexões acerca dos cuidados de enfermagem e ainda um valioso contributo para a formação dos elementos da equipe. Como afirma Leitão (2006), “o esforço de cada membro do grupo é indispensável e fundamental ao sucesso do grupo. Assim, a interdependência positiva é pilar fundamental da aprendizagem cooperativa”(p.52).

O trabalho em equipa e colaborativo é essencial no contexto hospitalar. Freitas e Freitas, (2002) consideram o trabalho colaborativo como “um corpo de conhecimento que constitui o fundamento da aprendizagem cooperativa. Tratou-se de alterar a ideia de usar esporadicamente grupos para fins precisos, limitado no tempo, para uma outra que considerava a aprendizagem cooperativa como um conjunto de técnicas a utilizar consistentemente” (p.13).

Na saúde, o trabalho colaborativo requer uma dinâmica de funcionamento partilhada, com base no acerto de hábitos e rotinas próprias de cada grupo e de cada elemento, permitindo a prestação de cuidados em tempo útil e adequado, para que o utente tire o máximo proveito dos cuidados que lhe são prestados.

CAPÍTULO III – MOTIVAÇÃO

1. Motivação

A motivação envolve fenómenos emocionais, biológicos e sociais, podendo ser considerada como um processo, e algumas vezes até por um impulso, responsável por iniciar, orientar e manter comportamentos relacionados com o cumprimento de objetivos. Ao longo do tempo, como refere Bergemini, (2008), a motivação “ (...) adquiriu diferentes interpretações, sem que nenhuma delas possa ser considerada como errada, ou destrua os argumentos da outra” (p.42), mas fazendo com que os indivíduos deem o melhor de si para poderem conquistar o que desejam.

Bergamini (2008), ao falar de motivação, começa por dizer que

(...) a primeira causa dos problemas motivacionais do presente tem sido denominar de motivação aquilo que nada tem a ver com ela. Usou-se, por muito tempo, considerar qualquer problema humano no trabalho como sendo causado pela falta de motivação dos empregados (p.2).

Como refere Bzuneck (2009) “a motivação tem sido entendida ora como um fator psicológico, ou conjunto de fatores, ora como um processo” (p. 47). O conceito de motivação tem sido muito estudado em Psicologia, para saber o que faz com que as pessoas se comportem da maneira que o fazem, de onde sai a motivação, e o que ocorre quando as pessoas não são motivadas. Em estudos psicológicos, quando se quer avaliar a disposição real que um indivíduo tem para iniciar um tratamento, é muito evidente a procura da presença ou não da motivação, já que sem motivação é muito mais difícil cumprir tarefas. É muito importante ter motivação para estudar, para fazer exercício físico, para trabalhar, etc. Podemos dizer que a motivação é um elemento essencial para o desenvolvimento do ser humano.

Bragança (2010) quando fala de colaboradores motivados numa organização, refere que “(...) cada um sente que ele ou ela faz a diferença para o sucesso da organização.

Quando isso acontece, as pessoas sentem-se centradas e isso dá sentido ao seu trabalho” (p. 99). Também, para Diogo e Gaspar (2014) motivar é “ (...) incentivar as pessoas para que não esmoreçam e aumentem o seu empenho na execução das tarefas previstas no plano”(p.45).

No nosso entender, só há desenvolvimento das atividades se o indivíduo estiver motivado para o trabalho porque é com incentivo de encorajamento, força, ajuda, e respeito que o indivíduo dentro das suas capacidades e competências transmite o seu conhecimento para o desenvolvimento e crescimento da instituição. Considerando que a motivação é o resultado da interação entre o indivíduo e o ambiente em que vive, não podemos esquecer, como refere Bragança (2010) que a “ (...) análise das necessidades humanas, é um tópico crucial para melhor entender o fenómeno motivação e encontrar os melhores caminhos para incrementá-la” (p.99).

Podemos então observar a existência de motivação intrínseca e extrínseca. Apesar da motivação intrínseca partir do interior do indivíduo e a extrínseca vir do exterior, os dois tipos de motivação podem aparecer ao mesmo tempo. Nesta perspetiva, Boruchovitch e Bzunerck (2001) definem motivação como algo “que move uma pessoa e a põe em ação ou a faz mudar o curso” (p.9), sendo por isso dinâmica, já que, como salienta Fiorelli (2004), “o homem logo que satisfaz um desejo, logo surge outro, sucessivamente” (p.123). Para Maximiano (1995) a motivação tem como motivos internos

(...) as necessidades, aptidões, interesses e habilidades do indivíduo, que o fazem capaz de realizar certas tarefas e não outras; que o fazem sentir-se atraído por certas coisas e evitar outras; que o fazem valorizar certos comportamentos e menosprezar outros (p. 318).

Maximiano (1995), quando se refere aos motivos externos, divide-os em duas categorias principais - o trabalho e as condições de trabalho, identificando-os como sendo “(...) os estímulos ou incentivos que o ambiente oferece ou objetivos que a pessoa persegue porque satisfazem uma necessidade, despertam um sentimento de interesse porque representam a recompensa a ser alcançada (p.318). Segundo Röhrich (2014) “a

motivação intrínseca vem da pessoa (por exemplo, o sentido que alguém atribui a uma ação), por seu turno, a motivação extrínseca advém de fatores externos (por exemplo, o salário) ” (p.4).

Podemos então constatar que a motivação, de acordo com diversos fatores, refere-se tanto aos impulsos que faz com que as pessoas busquem a satisfação de suas necessidades, como ao desejo que faz com que ajam para atingir os seus objetivos. Robbins (2002) define fatores de motivação fisiológicos, afetivos, de estima e autorrealização. Para Robbins (2002),

(...) os fisiológicos: incluem fome, sede, abrigo sexo e outras necessidades corporais. Segurança: inclui segurança e proteção contra danos físicos e emocionais. Sociais: incluem afeição, aceitação, amizade e sensação de pertencer a um grupo. Estima: inclui fatores internos de estima, como respeito próprio, realização e autonomia; e fatores externos de estima, como status, reconhecimento e atenção. Auto realização: a intenção de tornar-se tudo aquilo que a pessoa é capaz de ser; inclui crescimento, auto desenvolvimento e alcance do próprio potencial (p.249).

No nosso estudo, os fatores externos de estima aliados à autorrealização podem potencializar a motivação para o trabalho como terapia ocupacional. Segundo Doron e Parot (2001) “o estudo da motivação para o trabalho focaliza as condições responsáveis pelos seus objetivos, pela qualidade e pela intensidade do comportamento nesta atividade” (p.514). Um trabalho só pode ser bem desempenhado se aquele que o executa tiver motivação para alcançar a satisfação. Bergamini (1978) explica que a utilização da motivação “(...) evidencia que esse assunto não caracteriza mais uma pura curiosidade intelectual do cientista do comportamento, mas sim uma problemática objetivamente manipulada no dia a dia de trabalho, fora ou dentro do contexto empresarial “(p.11).

O trabalho em equipa é menos solitário que o trabalho individual. Contudo, é sempre importante “avaliar” o trabalho de cada membro de uma equipa desde que o feedback faça parte do processo e, através dele, se evidenciem os pontos fortes e se identifiquem as questões que precisam ser melhoradas. Neste contexto, a ajuda, a formação e a

monitorização inerentes ao processo podem incentivar a motivação de cada um e da equipa envolvida em todo o processo. No entender de Souza (2001), o estudo da motivação humana representa como que um esforço de compreender o que realmente move e direciona as pessoas para determinados paradigmas de comportamento ou, como afirma Bergamini (1997), uma tentativa de “conhecer como o comportamento é iniciado, persiste e termina” (p.19).

Quanto à maneira como a motivação se processa no indivíduo, Araújo (2006), refere que a maior parte dos autores concorda que é por meio de um processo interno, mas que pode sofrer influência de fatores externos. Contudo, esse mesmo autor acredita que os gestores devem possibilitar condições que satisfaçam ao mesmo tempo necessidades, objetivos e perspetivas das pessoas e da instituição, conseguido encontrar estratégias que motivem todos os colaboradores, para que todos se considerem úteis no funcionamento adequado da instituição. Uma dessas estratégias de motivação pode ser colocar funcionários de vários níveis hierárquicos trabalhando num mesmo ambiente, outra poderá ser motivar os funcionários a conquistar o próprio sucesso.

Sobre a temática da motivação, Archer (1989) defende que ela “(...) nasce somente das necessidades humanas e não daquelas coisas que satisfazem essas necessidades” (p.25). Porém, Certo (2003) refere que a “motivação é um conjunto psicológico (estado interno) de motivos e causas que faz com que o individuo se porte de modo que assegure a realização de alguma meta” (p.345). A motivação de equipas é uma estratégia muito eficiente de integração das pessoas com vista à melhoria do ambiente de trabalho, e será tanto mais integradora quanto maior for o conhecimento que o chefe tiver dos membros da sua equipa. A motivação de equipas passa pelo desenvolvimento e crescimento dos colaboradores e da instituição, pelo reconhecimento dos melhores trabalhos e pela exemplaridade, valorizando o trabalho de cada um e o trabalho em conjunto. Como defende Teixeira (2002), “Uma das habilidades interpessoais mais requeridas no moderno administrador é a capacidade de motivar pessoas e equipas para o alcance de metas” (p.73).

A reflexão que fizemos sobre toda esta temática, levou-nos a criar, planificar e colocar no terreno todo um trabalho de motivação com os nossos militares amputados de guerra do centro de deficientes físicos. Em nossa reflexão podemos entender que o caminho para a sua motivação é evidenciar a importância que o trabalho de cada um pode ter para os militares ou para a sociedade. De acordo com Bessant (2009) a motivação não é apenas estimular a criatividade e a inovação, é preciso agir no terreno. O processo será centrado em metodologia e estratégias necessárias em encontrar um caminho com soluções e resultados. Também para Teixeira (2002) motivar “ (...) significa proporcionar um motivo a uma pessoa ou a um grupo para que ela se comporte de forma considerada ideal para o exercício de uma tarefa ou função” (p.73).

Na nossa unidade, a desmotivação dos militares deficientes conduz a que se refugiem no álcool, no tabagismo e em outras substâncias psicoativas. Maximiano (2005) refere que “motivação não significa entusiasmo ou disposição elevada; significa apenas que todo o comportamento sempre tem uma causa” (p. 258). Nesta perspectiva, teremos que encontrar as causas dos comportamentos identificados e encontrar pistas que nos conduzam a soluções.

CAPÍTULO IV – AMPUTADOS DE GUERRA

1. Amputados de Guerra

A guerra de Angola causou mais de cinquenta mil portadores de deficiência. Angola teve uma guerra de longa duração, com 14 anos de Luta de Libertação Nacional e 27 anos de Conflito Armado Interno, o que perfaz 41 anos de guerra que causou um número muito elevado de deficientes. “Sabemos que temos 30 mil deficientes sob o controlo do Ministério dos Antigos Combatentes e Veteranos da Pátria e mais de 20 mil ainda sob o controlo das Forças Armadas. Segundo Júnior e Difuíla (2015) as forças armadas

Desprovidas de ajudas externas, com o seu expoente máximo do supremo Comando Militar em parte incerta e fora do território angolano, contavam

apenas com o apoio das populações mobilizadas nas zonas de influência para manter uma luta armada de âmbito nacional (p.240).

Durante a guerra civil, todos esses camaradas deram suas vidas para assegurar a segurança nacional - são heróis. Mas não se vive só de heroísmo e muitos heróis hoje são esquecidos. Assim são os muitos dos nossos amputados de guerra, esquecidos por cidadãos e governantes. Muitos amputados sentem-se esquecidos, sem meios de subsistência, sem futuro, desconhecidos, sem pátria e sem governo.

Segundo Carvalho (2013), amputação é a retirada accidental de parte do corpo, que pode ser um dedo, um braço ou uma perna. A amputação pode representar a única possibilidade de a pessoa voltar a andar, de reassumir suas atividades e de levar vida absolutamente normal, apesar de existirem várias complicações decorrentes deste estado, entre elas choque, sangramento, infecções e complicações psicológicas. Porém, presentemente, os amputados podem, a longo prazo, recuperar-se significativamente, mediante novos modelos de próteses, técnicas reparadoras e avanços nos cuidados de emergência.

Paré (2004), um eminente cirurgião militar francês, resgatou a técnica da ligadura de vasos, o que permitiu alcançar melhores resultados e maior possibilidade de sobrevivência nas cirurgias de amputação. Atribui-se a Paré, por exemplo, o primeiro sucesso na amputação acima do joelho que é feita através de grandes massas musculares e numa região onde existem vasos e artérias calibrosas.

Na época de guerra não se conhecia antissepsia nem se imaginava que bactérias poderiam existir. Houve tempos, por exemplo, em que para evitar a dor, a amputação era feita através dos tecidos não saudáveis, dos tecidos necrosados, sem vitalidade. Quando se abandonou essa técnica e se passou a fazer a amputação através do tecido sangrante, cortando o osso e as partes moles, que voltavam a revestir o osso, a sobrevivência dos pacientes aumentou muito. O tempo de cirurgia era fundamental, porque a dor prolongada representava um sofrimento tão grande que o paciente podia entrar em choque e morrer. Para evitar que isso acontecesse, as cirurgias tinham de ser muito

rápidos. As coisas só começaram a evoluir quando se tornaram conhecidas as técnicas de assepsia e antissepsia.

2. Reabilitação dos amputados e local da amputação

O primeiro passo é prevenir a hemorragia, retirar os músculos e finalmente serrar o osso. A pele e os músculos da região amputada são então rearranjados, ocasionalmente com a inserção de elementos que facilitam a colocação da prótese. Segundo Zagonel (1999) as amputações, além de serem acompanhadas de aspetos emocionais (desorientação, stress, irritabilidade, ansiedade, depressão), podem ser acompanhadas de desconforto físico.

Antes de uma cirurgia de amputação, deve ser realizada uma avaliação cognitiva, na tentativa de se identificar a habilidade do paciente em aprender, se adaptar e usar a prótese, assim como a capacidade do mesmo para alcançar um nível ótimo de autonomia e independência com o uso do equipamento. Esta avaliação deve ser conduzida por um profissional devidamente habilitado, que saiba ponderar situações como estresse pós-traumático, negação, ansiedade e desorientação típica de longas internações hospitalares, que podem influenciar os resultados.

Do ponto de vista funcional, podemos contar com vários recursos para a reposição da extremidade amputada. Deverá ser um trabalho realizado por profissionais de próteses e ortopedistas. Infelizmente, em Angola, trata-se de profissões quase virtuais o que torna o assunto muito importante para ser debatido. Segundo Pirtinho (2015), um amputado deveria ser alvo de uma abordagem que implicasse a “cooperação nas áreas de ensino académico e a formação” (p.61). Porém, não existe formação regulamentada para esses profissionais. Será pois indispensável que seja feita uma reflexão sobre a formação destes profissionais para que adquiram conhecimentos sobre anatomia, função da marcha e criação e gestão de estruturas com a equipe.

A proteção dos direitos dos deficientes de guerra tem natureza jurídica e visa garantir as condições sociais e a salvaguarda dos valores patrióticos. Em 2 de Setembro de 1992 foi fundada a Associação de Militares Mutilados de Guerra de Angola. É uma associação livre, independente, apartidária e sem fins lucrativos, que visa contribuir com ações

concretas para defender os direitos deste grupo, bem como a sua reintegração sócio económica na sociedade. Hoje estão identificados a nível nacional, 159.075 beneficiários do regime de proteção especial do Estado, dos quais 44% são antigos combatentes, 16% deficientes de guerra.

3. O processo cirúrgico e os estados emocionais

Todo o paciente amputado deve ser orientado nas suas transferências de postura e deslocação. Grande parte dos pacientes amputados utiliza a cadeira de rodas como meio de deslocação. É importante que este equipamento seja adequado e ajustado à anatomia do paciente.

Inicialmente, é importante o paciente habituar-se à nova anatomia e ao seu centro de gravidade, realizando exercícios de transferência de peso no membro não amputado. Pacientes com bom condicionamento físico e sem alterações cognitivas podem iniciar o treino de marcha nesta fase. Esse treino pode progredir, utilizando barras paralelas, andador, muletas tipo axilar. Devem ser ainda utilizados obstáculos, rampas, escadas e terrenos irregulares para esse treino.

Considerando que, como refere Serra (2015), “Estar doente é um facto social e não simplesmente biológico” (p.36), a participação do psicólogo pode ocorrer antes, durante e depois da cirurgia; sendo a última dividida em pós-operatório imediato e tardio, e que cada um destes momentos possui particularidades. As possibilidades de intervenção psicológica variam de acordo com o contexto, assente, entre outras coisas, na especificidade do paciente e de sua família, da doença, da equipe médica, da estrutura hospitalar, dos equipamentos e medicações disponíveis. Em comum precisam ser considerados na prática psicológica: o tipo da doença, a possibilidade cirúrgica, os riscos relativos a esta, a dimensão do órgão ou membro atingido, a escolha de próteses, a idade do paciente, a existência de outras patologias, a experiência de cirurgias anteriores, adoecimentos e perdas. Neste contexto familiar, social e pessoal, a atuação da psicologia na equipe interdisciplinar é considerada importante visando a minimização de todo e qualquer sofrimento, proporcionando desenvolvimento da autonomia e corresponsabilização no processo de tratamento. Cada pessoa percebe o

mundo de uma forma particular e obtém prazer nas mais variadas situações. João Paulo II (2004) diz-nos que

o ser humano independentemente das condições em que se desenrola sua vida e das capacidades que pode expressar, possui uma dignidade única e um valor singular desde o princípio da sua existência até ao momento da morte natural. A pessoa com deficiência, com todos os limites e sofrimentos pelos quais está marcada, obriga-nos a interrogar-nos, com respeito e sabedoria, acerca do mistério do Homem (p.1)

Na sua abordagem ao doente, os profissionais de saúde necessitam manter certo distanciamento crítico. Os técnicos como prestadores de cuidados, têm que ter em conta que as emoções que deixam transparecer, podem influenciar a maneira de estar e reagir aos tratamentos.

Porém, naturalmente, temos o stress presente, que, como refere Petronilho (2007), se manifesta como uma “resposta não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação” (p.34). Contudo, a disposição para gerir o stress pode desafiar os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida, tais como a auto proteção e a auto estima positiva e o sentimento de controlo, aumentando assim o conforto psicológico. Petronilho (2007) refere-se à amputação como “processo de coping com as características específicas: disposição para gerir novas situações e desafios”(p.36). Neste contexto, tendo como exemplo os membros inferiores, a amputação pode ocorrer em diferentes níveis: dedos, acima ou abaixo do joelho, nível da perna. O nível é determinado pela avaliação do potencial de cicatrização do membro associado ao potencial funcional para o paciente. Geralmente preserva-se o máximo possível para a posterior reabilitação do paciente, com o uso de próteses.

Para prevenção de deformidades, devemos ter conta o correto posicionamento: manter as articulações de quadril e joelho neutras, não fornecendo apoios em regiões que possam posicionar o membro em flexão. Além disso, os pacientes são orientados a não posicionar o coto para fora do leito e são fornecidos apoio para coto.

4. Colocação de Próteses – fases

4.1. Fase Pré-protética (metas)

Segundo Carvalho (2013) a reparação do coto para colocação de prótese tem como objetivo melhorar a capacidade física geral do paciente, habilitando-o a realizar todas as atividades. Tratamos o coto do paciente até à cicatrização, insensibilização, arredondamento, utilizando faixas elásticas compressivas. Esta técnica traz benefícios como: melhoria da circulação, diminuição do edema (inchaço) na ponta do coto, além de mantê-lo protegido em forma (globoso ou cônico), para receber a prótese.

4.2. Fase protética

Nessa fase, orientamos o paciente a fazer o uso correto da prótese. No caso do membro inferior, como realizar a transferência de peso para o membro alvo da prótese, como subir e descer escadas e rampas, como sentar e levantar, como desviar de obstáculos e como funcionar em terrenos irregulares. Já para as próteses de membros superiores, é importante treinar o paciente a realizar a pressão, adaptar-se ao peso dos objetos e à nova sensibilidade. Em ambos os tipos de próteses, é essencial o treino das atividades de vida diária. O apoio psicológico nos pacientes e familiares é tarefa necessária e com verdadeira importância.

Para que tudo isto seja real e como defendem Bastos et al. (2005), os técnicos devem possuir conhecimento sobre as transições e suas fases, trabalhar em colaboração com os pacientes e seus familiares, ensinar sobre a patologia e suas implicações, informar sobre como dar resposta às suas necessidades e garantir que os cuidados, como refere Petronilho (2007), tenham suporte social e emocional para que o indivíduo se adapte à sua nova condição.

5. Benefícios esperados

Espera-se que o cuidado total com a saúde da pessoa amputada tenha como resultado final não só a manutenção da sua saúde física e mental, mas também o desenvolvimento da sua autonomia e inclusão social.

Para Zagonel (1999) a maior sensibilização, conscientização e humanização terá “(...) a finalidade de facilitar esses eventos em direção a uma transição saudável, emergindo, assim, o cuidado transicional” (p.27). Neste contexto, o nosso objetivo, enquanto técnicos, será acompanhar o paciente em todas as transições, ao longo do seu ciclo vital, para que mantenham satisfeitas as suas necessidades humanas básicas.

6. A relação do amputado com a profissão

Nesta perspectiva, Meleis (2000) refere que “Uma das características das transições é a criação de novos significados e percepções. (...)” (p.25), após a chegada de más-notícias. Como refere Lima (2003), más-notícias são aquelas que alteram violenta e negativamente a perspectiva dos militares amputados em relação ao seu futuro. Assim, todo o nosso estudo assenta em serviço multiprofissional, em equipa, em que a supervisão, através do trabalho colaborativo e da monitorização consiga a inserção dos profissionais amputados. Na nossa atuação com os militares amputados, a comunicação é fundamental. Neste contexto, porque tratar de aspetos emocionais nos parece indispensável, procuramos que façam auto reflexão para mudar a forma de pensar em si, na vida, rever paradigmas, apostar em futuro promissor, reconhecer e valorizar o seu potencial, através das atividades em grupo e de palestras sobre diversas temáticas, tentando motivá-los e conseguir alguma inserção profissional e social.

O stress pós traumático aparece com frequência neste grupo de sujeitos. É importante identificar sinais sintomáticos e perceber que, como refere Ventura (2003), “(...) os sintomas mais frequentes das síndromes de resposta de stress são ideias e sentimentos intrusivos que têm tendência para repetir aspectos da experiência do acontecimento estimulador e as reacções a ele” (p.150), para que possamos oferecer ao amputado a sensação de controle e estimular a participação ativa em todo o processo.

7. Aspetos psicológicos e a amputação de membros

Os aspetos psicológicos, como ansiedade e stress, antes da amputação podem ser preditivos de dores posteriores a que Flor (2002) chama de “dores fantasmas”. A dor fantasma pode ser prevenida se os pacientes forem encorajados a expressar os sentimentos de perda e sofrimento. Contudo, como afirmam Wald e Alvaro (2004), a

dor fantasma e a dor no coto podem tornar-se dores crônicas, encadeadas por um ciclo vicioso de stress e sofrimento psicológicos, falta de condição física, limitação de atividades, comportamentos disfuncionais, dependência de medicações e serviços de saúde. Ambas as dores podem interferir no processo de reabilitação, no uso de próteses, aumento das atividades e retorno ao trabalho.

Os sintomas depressivos (tristeza, pesar, episódios de choro, isolamento social, perda de apetite, dificuldade em dormir e outros...), são referidos como frequentes em militares com amputação. A depressão logo após a perda do membro pode ser considerada uma reação natural. Fitzpatrick (1999) destaca que neste período inicial é difícil determinar se o diagnóstico é de depressão maior ou se é uma resposta de adaptação ao processo de amputação.

O conhecimento de um diagnóstico com implicações limitadoras como é o caso da deficiência física por amputação, constitui um processo de consciencialização demorado em que estão presentes a ambivalência, a negação, desconhecimento, incerteza e insegurança, que obriga à percepção e à criação de novos significados na vida do doente e dos seus familiares.

8. A importância da Família

A qualidade de vida dos militares amputados é preocupante no seio familiar, muitos apresentam doenças crônicas como tuberculose pulmonar, hipertensão, impotência sexual, gastrites, etc. O aparecimento de vícios: álcool, tabagismo e outras drogas que aparecem ligados a este processo necessitam de cuidados pessoais e de saúde, afetando inevitavelmente a vida familiar. Como nos dizem Wilcox et al. citado por Cabete (2005) a doença crónica numa pessoa traz

(...) repercussões na sua família, nomeadamente na gestão de tempo, na prossecução das actividades regularmente desenvolvidas, no tempo que os outros membros da família passam juntos e na sobrecarga física e psicológica, variável para cada um dos membros da família (p.25).

Neste sentido, a fase de internamento e ausência do membro em casa e a fase em que este retoma o lar, com uma nova condição de saúde que pode ou não permitir que este desempenhe as suas funções, são as etapas mais frequentes.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO V- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

1. Caracterização do Meio

A República de Angola é um país africano localizado na costa ocidental da África e banhado pelo oceano Atlântico. O País ocupa uma área de 1.246,700 km² onde vivem cerca de 25,02 milhões de habitantes, esse território tem 18 Províncias e como capital a cidade de Luanda. Angola possui o Português como língua oficial. Em Luanda encontramos o município de Cacuaco e distrito da Funda, onde está situada a unidade do Centro de Apoio aos Deficientes Físicos. (CADF.)

O Município de Cacuaco encontra-se situado a Norte da Província de Luanda e tem os seguintes dados geográficos:

- População: Aproximada de 882.398 habitantes
- Superfície: 335 km².
- Município limítrofe a Norte: Dande ao longo do rio Bengo
- Municípios limítrofes a Este: Icolo e Bengo
- Município limítrofe a Sul: Viana
- A Oeste: Oceano Atlântico e os Municípios de Luanda e Cazenga

O Município de Cacuaco possui 3 distritos urbanos (Comuna Sede, Kicolo e Funda) e 52 Bairros. É uma região que integra a Província de Luanda, cuja Sede Municipal se encontra a cerca de 15 km da cidade capital Luanda, e fica no trajeto de Luanda para o Norte do país.

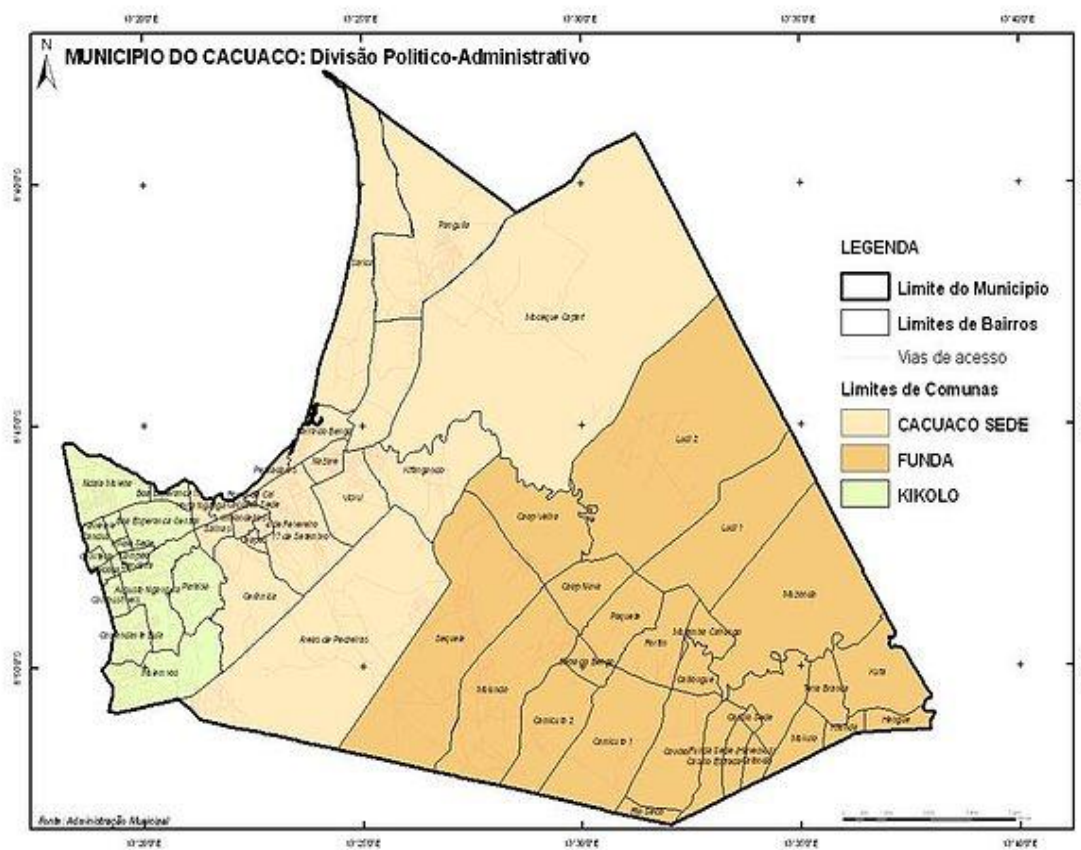


Figura nº1 – Mapa do Município de Cacuaço

2. Caracterização do 9º Batalhão do CADF (local onde foi realizada a investigação)

O nosso trabalho de campo foi realizado numa das onze subunidades duma unidade militar, o 9º batalhão.

O 9º batalhão tem cerca de 410 efetivos dos quais 35 oficiais, 108 sargentos, 130 cabos, 137 soldados. A estrutura física deste batalhão é constituída por 4 naves, área administrativa, sala de atividades, área da logística, refeitório interno e externo, escola académica, e posto médico. O posto médico é constituído por um banco de urgência, consultório médico, sala de tratamento, laboratório, sala de observação, e uma sala de espera com um número de oito efetivos. Foi nesta estrutura física que se desenvolveu o nosso trabalho.

Como procedimentos gerais da concretização da investigação, podemos indicar a seleção de um grupo de 40 militares amputados. Num primeiro encontro fez-se auscultação dos mesmos a que chamámos conversa informal. De seguida foram criados subgrupos de trabalho, cada um com dez elementos e um chefe de equipe que tinha a missão de supervisionar as várias atividades a desenvolver.

Criámos uma equipa multidisciplinar que trabalhou ativamente no estudo, constituída por uma psicóloga, um assistente social e a investigadora que iniciou o trabalho com este grupo de 40 militares amputados.

CAPÍTULO VI - METODOLOGIA

1. Tipo de estudo

O nosso estudo é do tipo qualitativo concretizado numa investigação-ação.

É um estudo qualitativo porque a pesquisa que fizemos procurou o ponto da vista dos intervenientes, observámos, descrevemos, interpretámos, tivemos em conta o meio e o problema tal como ele se apresenta. Como refere Freixo (2012) “ (...) O objetivo desta abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar, mais do que avaliar” (p.146). Também para Wilson (1977), através desta metodologia “os acontecimentos só podem compreender-se se compreendermos a perceção e a interpretação feitas pelas pessoas que nelas participam” (p. 265). O mesmo autor afirma que no estudo qualitativo “Os acontecimentos devem estudar-se em situações naturais, ou seja, integrados no terreno” (p.245) , o que se verificou ao longo do trabalho desenvolvido. Também Ludke e André (2007) asseguram que a abordagem qualitativa “ (...) supõe o contacto directo e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está a ser investigada” (p.11). No nosso caso, este contacto é autêntico, pois o investigador trabalha no local onde se desenvolve o estudo.

É uma investigação-ação já que identificámos os problemas, procurámos estudá-los e encontrar algumas soluções. Sobre a temática da investigação-ação, Serrano (2005)

defende que não nos limitamos a detetar o problema, procuramos encontrar soluções para os mesmos. Ainda segundo este autor, o contacto informal, além de ser natural entre os participantes, também facilita a compreensão da realidade e a reflexão sobre as práticas que, no momento, estão a ser utilizadas. A investigação-ação desenvolve-se nos contextos em que o problema é identificado, o que aconteceu ao longo de todo o nosso trabalho. Também, sobre esta temática, Guerra (2010, p.49) afirma que a investigação-ação tem como “ (...) preocupação central propor alternativas de acção (...)” (p.49). O nosso trabalho desenvolve-se no contexto em que o problema é identificado, tentamos claramente propor alternativas de ação e os participantes continuam a refletir sobre as práticas utilizadas.

2. Objetivo do Estudo

O objetivo do nosso estudo foi construir e implementar um plano de intervenção em que os amputados de guerra consigam encontrar motivação para a vida que para eles perdeu o sentido, utilizando a supervisão como processo colaborativo.

3. Questões da Investigação

Para alcançar este objetivo, partimos de uma questão de partida e recorremos a outras questões a que chamámos de operacionais.

3.1 - Questão de partida

Tendo por base a supervisão como processo colaborativo, será que as estratégias utilizadas no plano de intervenção implementado conduziram a uma mudança no comportamento pessoal dos amputados de guerra participantes no nosso estudo?

3.2 - Questões operacionais

Para que possamos encontrar resposta para esta questão, precisamos de desmultiplicá-la em questões operacionais:

- Que problemas levaram à desmotivação dos amputados de guerra do CADF?
- Que temáticas a escolher para concretizarmos a mudança que queremos concretizar?
- Que estratégias utilizar?
- Como desenvolver as estratégias encontradas? (Monitorização)

4. Técnicas de Recolha de dados

A técnica de recolha de dados que utilizámos foi a entrevista concretizada através de entrevistas não estruturadas a que chamamos conversas informais e entrevistas estruturadas.

4.1 - Entrevista

Quando falamos de entrevista, referimo-nos a uma conversa entre duas uma ou mais pessoas com um fim determinado, em que existe comunicação e interação com os participantes e o entrevistador. Como refere Freixo (2012) a entrevista é “uma técnica que permite o relacionamento estreito entre entrevistador e entrevistado”(p.120). Sobre esta temática Marques e Carvalho (2013) referem-se à entrevista como “processos fundamentais de comunicação e de interação humana. Correctamente valorizados, estes processos permitem ao investigador retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados”(p.191-192). Porém Ribeiro (2015) fala da entrevista como “(...) Técnica de observação indirecta mais completa na investigação sobre práticas, porque permite aceder ao pensamento do entrevistado” (p.43).

Existem vários tipos de entrevistas, tais como as estruturadas, não estruturadas, focalizadas e clínicas. Estruturadas quando as questões são formuladas por um guião de perguntas. As não estruturadas quando a entrevista é livre sem estruturação de um guião elaborado. Focalizada quando existe recurso a um roteiro de tópicos relativos ao problema que se vai estudar, podendo o entrevistador incluir as questões que considerar

oportunas. Na entrevista clínica, formulam-se perguntas específicas relacionadas com a saúde.

No nosso estudo utilizámos entrevistas não estruturadas e entrevistas estruturadas. As não estruturadas, conversas informais, fizemo-las com o grupo de militares amputados selecionado, sem recurso a qualquer guião previamente elaborado. Já nas entrevistas estruturadas usámos um guião de entrevista com perguntas dirigidas a uma psicóloga e a um assistente social.

5. Instrumentos construídos

No nosso estudo, os instrumentos construídos que utilizámos para recolha e análise de dados foram o Guião das entrevistas e as Grelhas de análise das entrevistas.

5.1 – Guião das primeiras entrevistas (Psicóloga Clínica e Assistente Social)

GUIÃO DAS PRIMEIRAS ENTREVISTAS
Objetivo: Recolher dados que nos permitam identificar a participação ativa na intervenção
Questões
O que pensa da sua intervenção a desenvolver neste grupo de trabalho, tendo por base os seguintes pontos: 1- O conhecimento que tem dos utentes 2- As necessidades que detetou nos utentes. 3- Os campos em que pode desenvolver a sua participação.

Quadro nº 1 – Guião da entrevista ao Assistente Social e à Psicóloga

5.2 – Grelha de análise das entrevistas

Grelha de análise das entrevistas.		
Objetivo da entrevista	Auscultar os elementos da equipa multidisciplinar (psicóloga e assistente social) sobre as necessidades dos utentes e os campos onde atuar.	
Unidade de contexto	Toda a entrevista	
Unidade de registo	Cada uma das respostas às questões da entrevista	
Categorias	Objetivos	Dados Complementares
Análise		

Quadro nº2 – Grelha de análise das entrevistas

PARTE III– RESULTADOS

CAPÍTULO VII – RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

1. Conversa Informal com os Militares Amputados

AUSCULTAÇÃO AOS MILITARES		
Conversas Informais com os Militares Amputados de Guerra do 9º Batalhão do Centro de Apoio dos Deficientes Físicos		
Psicóloga	Assistente social	Investigadora
No grupo de 40 militares, entre eles sargentos, cabos e soldados, com amputações a vários níveis de membros superiores e inferiores na conversa com os mesmos com relação sua condição física, psicológica e social. Eles falaram mais sobre algumas patologias clínicas que	No grupo de 40 militares, entre eles sargentos, cabos e soldados, amputados a nível dos membros superiores e inferiores na conversa com os mesmos com relação sua condição física, psicológica e social. Eles falaram sobre seu estado físico, reclamava que as próteses já estavam	No grupo de 40 militares amputados, entre eles sargentos, cabos e soldados amputados na conversa com os mesmos, também foram dizendo que o grande problema é com relação as próteses que já não estavam em bom estado para o uso umas partidas e outras antigas. Alguns

os incomodavam, e também a insatisfação com relação o estado físico que se encontram. No aspecto de algumas drogas usadas pelos mesmos, como álcool, tabaco, e substâncias psico ativas, não muito sinceros, na maioria diziam não fazer uso. Dos quarenta trinta são alfabetizados e dez são analfabetos. Segundo José Jamba cabo de 43 anos, a 23 anos na tropa com desmotivação por falta de promoção, ate hoje continua com a patente de cabo. e esta com prótese desde 2000 já estão danificada, carecem de assistência médica e esperam de apoio social por parte do governo.	danificadas e que os dificultava a se deslocar – se na realização das suas atividades diárias. Na abordagem de algumas drogas usadas, como álcool, tabaco, e substâncias psico ativas, com muita sinceridade na maioria diziam fazer uso das mesmas. Dos quarenta trinta e cinco são alfabetizados, cinco ainda analfabetos dos trinta e cinco alfabetizados dez com sexta classe, quinze com sétima classe e dez com nona classe. Alguns soldados relatavam que já estavam muitos anos que não tinha contacto com a família ou se quer ver os familiares. E também diziam carecer de apoio psicológico, médico e social.	com esperança de apoio social do governo com relação a situação a qual se encontram. Com relação o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, foram menos sinceros diziam não fazer uso destas drogas. Dos quarenta trinta são alfabetizados e dez analfabeto os mesmos relataram ter muitas dificuldades para se deslocar a escola por falta de meios de locomoção, cadeira de roda, próteses e canadianas. Desmotivação por falta de patenteamento e apoio social, psicológico, psiquiátrico, médico e medicamentoso.
---	---	---

Quadro nº3 - Relatos das Conversas Informais com os Militares Amputados

2 - Dados das conversas informais

DADOS DAS CONVERSAS INFORMAIS						
(Utentes, Psicóloga, Assistente Social, Investigadora - 5 de Fevereiro de 2017)						
Perceções dos intervenientes		Utilizam álcool	Utilizam tabaco	Utilizam substâncias psicoativas	Alfabetiza dos	
					Sim	Não
O que os utentes dizem	- Apoio social e psicológico - Apoio Médico e medicamentoso - Apoio Psiquiátrico - Necessidade de próteses novas - Meios físicos - Promoção de patentes	Sim	Sim	Não	30	10
A percepção da psicóloga	São Militares Amputados com comportamentos negativos, são agressivos, inconformados com seu estado físico. Descontente for falta de promoção de patente.	Já estão viciados no álcool e vendem tudo o que têm por álcool	Na sua maioria viciados	Alguns são usuários dependentes	30	10
O que o assistente social sente	São alcoólatras e apresentam muitos problemas de Saúde, resultante da forma como consomem álcool e outras substâncias psicotrópicas. Têm problemas físicos e com grandes dificuldades de socialização. São pessoas que vivem desmotivadas.	Estão alcoolizados	Viciados na maioria	Alguns fazem uso de substâncias psicotrópicas	35	5
O que a Investigadora sente	- São Militares Amputados e na sua maioria, com a amputação do Membro Inferior. Alguns usam Muletas e outros Próteses. - Psicologicamente abalados, frustrados por se encontrarem nesta condição física. - Têm carência de atenção, meios físicos como próteses, canadianas, cadeiras de rodas,	Álcool e outras Substâncias Psicotrópicas	São viciados de tabaco	Alguns são dependentes de substâncias psicoativas	30	10

Quadro nº4 - Dados das Conversas Informais

3. Análise das Entrevistas

Procedimentos:

Na análise de conteúdo das entrevistas, tivemos em atenção as seguintes fases:

- Identificação da Unidade de Contexto;
- Identificação da Unidade de Registo;
- Categorização (agrupar as respostas por Categorias (temas):
- Análise final

3.1 Análise da entrevista à Psicóloga

Análise da entrevista à Psicóloga		
Objetivo da entrevista	Auscultar os elementos da equipa multidisciplinar (psicóloga e assistente social) sobre as necessidades dos utentes e os campos onde atuar.	
Unidade de contexto	Toda a entrevista	
Unidade de registo	Cada uma das respostas às questões da entrevista	
Categorias	Objetivos	Dados Complementares
Perfil dos utentes	Identificar características dos utentes	Pessoas desmotivadas para a vida e psicologicamente abaladas. Militares amputados.
Necessidades detetadas	Identificar necessidades	Apoio social. Apoio psicológico e psiquiátrico. Apoio médico . Recursos de instrumentos de apoio (próteses, canadianas, cadeiras de rodas...)
Campos em que se pode atuar.	Ajudar a adotar comportamentos socialmente aceites. Evitar contágios. Melhorar o nível de escolaridade.	Assistência Psicossocial. Acompanhamento escolar. Alfabetização. Saúde preventiva. Formação a vários níveis Lazer.
Análise	Segundo a Psicóloga, os utentes do nosso estudo são militares amputados, desmotivados para a vida e psicologicamente frágeis. Todos têm necessidade de apoio psicológico, psiquiátrico e médico. Foram também detetados falta de instrumentos de apoio real, tais como: próteses, canadianas, cadeiras de rodas... Esta profissional indica como possíveis campos de intervenção a saúde preventiva, a assistência psicossocial, a alfabetização, o acompanhamento escolar e a formação a vários níveis.	

Quadro nº5 – Análise da entrevista à Psicóloga

3.2 Análise da entrevista ao Assistente Social

Análise da entrevista ao Assistente Social		
Objetivo da entrevista	Auscultar os elementos da equipa multidisciplinar (psicóloga e assistente social) sobre as necessidades dos utentes e os campos onde atuar.	
Unidade de contexto	Toda a entrevista	
Unidade de registo	Cada uma das respostas às questões da entrevista	
Categorias	Objetivos	Dados Complementares
Perfil dos utentes	Identificar características dos utentes, a partir da observação e contacto direto.	Militares amputados. Consumidores de álcool e/ou substâncias psicotrópicas. Dificuldades de socialização. Auto-descreminação.
Necessidades detetadas	Identificas necessidades	Falta de vestuário e de próteses. Nível de escolaridade muito baixa. Aprender uma profissão
Campos em que se pode atuar.	Criar comportamentos socialmente aceites. Evitar contágios. Melhorar o nível de escolaridade.	Assistência Psicossocial. Melhorar a educação - acompanhamento escolar. Saúde preventiva. Formação teórica e prática.
Análise	Na opinião do Assistente Social, os utentes do nosso estudo são militares amputados, consumidores de álcool e/ou substâncias psicotrópicas, dificuldades de socialização e auto-descreminação. Todos têm necessidade de apoio social, psicológico, psiquiátrico e médico. Foram também detetados falta de instrumentos de apoio real e aprender uma profissão. Este profissional indica como possíveis campos de intervenção a saúde preventiva, a assistência psicossocial, o acompanhamento escolar e a formação teórica e prática.	

Quadro nº6 – Análise da entrevista ao Assistente Social

4. Construção e implementação do Plano de Intervenção

4.1 Plano de Intervenção

Com base em todos os dados recolhidos, construímos um Plano de Intervenção.

Os utentes foram divididos em grupos pequenos e, sempre que necessário, em subgrupos.

Cada grupo irá desenvolver atividades específicas e que terão rotatividade mensalmente.

Procurou-se que os grupos fossem heterogéneos, compostos por oficiais, sargentos e soldados.

PLANO DE INTERVENÇÃO				
Atividades	Objetivo	Equipa responsável	Utentes - grupos	Resultado esperado
1ºGrupo 1 - Trabalhar nos cuidados de higiene corporal e oral; Praticar economia durante o mês.	*Prevenção da saúde pessoal e coletiva. * Criar hábitos de higiene oral várias vezes ao dia. * Estimular o hábito de fazer economia	Psicóloga clínica Assistente social Investigadora	Dez elementos do grupo, entre eles oficiais, sargentos e soldados	Manter o bom estado de saúde físico e mental do militar e prevenir caries dentárias e outras doenças por falta de higiene oral; Fazerem economias durante o mês para necessidades básicas, como compra de medicamentos, recarga da parabólica...

2ºGrupo Trabalharemos: - No tratamento do jardim; - Na limpeza das casernas - Trabalhar na limpeza geral da unidade	*Incentivar os militares e orientá-los a tratar e cuidar das plantas. * Proporcionar um meio ambiente limpo e saudável dentro das casernas Assegurar a limpeza da unidade.	Psicóloga clínica Assistente social Investigadora	Dez elementos do grupo entre eles oficiais, sargentos e soldados	Melhorar o conhecimento sobre jardinagem. Manter um ambiente limpo e saudável nas casernas; Manter a unidade limpa, para que haja um ambiente saudável e para prevenir futuras doenças. Melhorar o trabalho dentro dos grupos. .
3ºGrupo - Palestras sobre: * Vícios * Formação académica e profissional - Desenvolver dinâmicas de leitura e escrita.	Dar a conhecer informação correta sobre as temáticas indicadas *Fazerem trabalhos de leitura e escrita.	Psicóloga clínica Assistente social Investigadora	Todos os intervenientes de todos os grupos.	Que todos os intervenientes fiquem mais esclarecidos sobre as temáticas abordadas. Fazer o diagnóstico do estado de cada um sobre a leitura e escrita.

.Quadro nº7 - Plano de Intervenção

4.2 Implementação do Plano

A - Procedimentos seguidos no trabalho desenvolvido pelos grupos:

1º Grupo

Atividades e estratégias utilizadas:

A estratégia a utilizar foi organizar conversas formativas:

1 - Formação sobre higiene pessoal – corporal e oral.

- a) Escolheu-se um ambiente confortável e à vontade, debaixo de uma árvore.
- b) Foram escolhidos livros ilustrados e informativos sobre a temática da higiene pessoal.
- c) Fizeram-se leituras, explicaram-se gravuras

2 – Formação sobre como economizar durante o mês

- a) Foi explicado em sala como poderiam fazer as economias mensais visto que eles tinham algumas necessidades básicas. Começaram a colocar algumas economias numa caixa a que eles chamaram de mágica.

3 – Avaliação/Reflexão das atividades realizadas:

- Os utentes militares foram participativos, perguntavam sobre algumas doenças específicas da falta de higiene.
- Quanto às abordagens sobre economia, o interesse também foi notório e começaram a perceber os ganhos de aprenderem como economizar e ficaram felizes quando conseguiram comprar alguns medicamentos para os que mais precisavam.
- Os chefes já sentiam algumas mudanças nas tropas: havia alguns que não gostavam de tomar banho, apresentavam-se com roupas sujas e com mau cheiro e começaram a aparecer mais cuidados.

O Comandante da tropa que muito apoia este projeto, está feliz com o nosso trabalho na unidade.

2º Grupo

Atividades e estratégias utilizadas:

A estratégia encontrada foi utilizar o trabalho colaborativo no tratamento do jardim e na limpeza das casernas.

a) Como planearam fazer

Foi planeado fazer em grupos de dez integrantes. Como estratégia utilizámos conversas gerais em saúde ambiental na unidade, em que os mesmos adquiriam conhecimento da importância das plantas para a saúde do homem e como cuidá-las. Na prática fez-se jardinagem, tratando diretamente das plantas.

Na limpeza das cadernas tiveram formação para o efeito, utilizando a prática no desenvolvimento do “como fazer”.

b) Avaliação/Reflexão das atividades realizadas

O grupo de dez elementos começou a trabalhar com o tratamento do jardim na sua plantação, rega, corte, manutenção. Assim foi dado um aspeto melhor, lindo e mais saudável à unidade.

Ficaram a saber que as plantas permitem a existência de grande parte dos seres vivos, incluindo nós, libertando oxigénio, servindo de filtros de muitos poluentes, reduzem ondas de calor e fazem sombra.

Outro grupo fez parte do processo de limpeza das casernas, tendo aulas teóricas com suporte em pequenos vídeos e aulas práticas, fazendo a limpeza.

3º Grupo - Todos os utentes

As estratégias a utilizar para os grupos em conjunto foram duas palestras: uma sobre alguns vícios e outra sobre o desenvolvimento profissional.

1 - Palestras sobre alcoolismo, tabagismo e drogas consumidas.

a) Como planearam fazer

As palestras foram realizadas por especialistas sobre as temáticas a desenvolver, evidenciando as consequências da utilização das substâncias tóxicas, do álcool e do tabaco. Começamos por citar algumas doenças causadas pelo álcool, tabaco e drogas.

Todos os utentes assistiram em conjunto, com direito a intervenções para tirar dúvidas.

b) Avaliação/Reflexão das atividades realizadas

Os militares estavam muito animados e participativos com relação aos temas e faziam perguntas sobre as doenças. Alguns foram falando sobre suas doenças, sintomas que aparentavam ter como Impotência Sexual, Tuberculose Pulmonar, Cirrose Hepática, Gastrite, Tremores, Hipertensão Arterial.

Os temas abordados e a personificação deles levou-nos à organização dos intervenientes em grupos mais pequenos para poderem partilhar as suas vivências. Esta abertura foi considerada positiva por todos, já que começaram abertamente a falar dos problemas que os afetam sem medos.

Estas conversas permitiram identificar alguns casos que precisavam de apoio psiquiátrico, e foram encaminhados clinicamente.

2- Palestra sobre a importância da formação académica e profissional

a) Como planearam fazer

Incentivámos os elementos do grupo a se formarem ou seja a concluir o ensino médio e superior e para aqueles que não sabem ler e escrever a se alfabetizarem. Fizeram-se atividades sobre dinâmicas de leitura e escrita. E foi também explicado que podiam fazer alguns cursos profissionais.

b) Avaliação/Reflexão

Numa abordagem aberta em relação ao tema, percebeu-se que dos militares inscritos, só cinco tinham terminado o ano letivo. Também aqui o diálogo surgiu com algum interesse. Muitos nos seus comentários diziam gostar do trabalho que estava a ser feito e que aprendiam muito.

Consideraram que todas as áreas do saber são importantes e que todos têm capacidade de se formar em diversas áreas do saber. Um dos sargentos comentou que tinha feito os seus estudos na escola da unidade até à nona classe após o que teve de ir estudar fora e que o seu objetivo era fazer curso de enfermagem já que havia um centro médico dentro da unidade. Deixando uma fábula que dizia “o inteligente é aquele que tem orelha para ouvir”.

No final de tudo conseguimos fazer com que 35 militares do grupo fossem inscritos na escola da unidade.

B – Reflexão/Avaliação do trabalho desenvolvido pelos grupos

REFLEXÃO SOBRE O TRABALHO DESENVOLVIDO DURANTE TRÊS MESES		
GRUPOS (ESTRATÉGIAS)	REFLEXÃO	RESULTADO ESPERADO
1º Grupo - Higiene pessoal - Como economizar	Os participantes no estudo mostraram-se: • Interessados - atentos, participativos – fazendo perguntas. • Notou-se mudança de comportamentos – começaram a parecer mais limpos e cuidados. • Notavam-se mais felizes, por conseguirem alcançar determinadas coisas.	- Mudança no comportamento a nível de higiene pessoal; - Que aprendam a economizar para conseguirem fazer face a algumas necessidades.

	Os chefes começaram a notar, sobretudo na higiene. O Comandante da tropa que muito apoia este projeto, está feliz com o trabalho desenvolvido na unidade e incentiva a sua continuação.	
2º Grupo <u>Trabalho colaborativo:</u> - Tratamento do jardim; - Limpeza das casernas.	Mostraram interessados – começaram a aplicar os conhecimentos adquiridos. Mostraram-se felizes- por a unidade ficar com aspeto mais saudável e mais bonito com o tratamento do jardim. Mudança de comportamentos – começaram a ter iniciativa de tornarem os jardins mais tratados. O outro subgrupo, interessou-se por aprender regras sobre higiene das casernas através de vídeos. Mostraram interesse em aplicar na prática a teoria e passaram à prática – limpeza das casernas. Mudança de comportamentos- dividiam tarefas, ajudavam-se uns aos outros para conseguirem ter as casernas mais limpas e funcionais.	Mudança de comportamento a nível de: - Higiene das casernas. - Tratamento dos jardins. - Interajuda. - Partilha de saberes.
3º Grupo 1 - Palestra sobre alcoolismo, tabagismo e drogas consumidas. 2- Palestra sobre formação académica e profissional	Notou-se entusiasmo e motivação geral 1- Nas palestras sobre alcoolismo, tabagismo e drogas consumidas: Estiveram interessados nas temáticas. Mostraram-se participativos, fazendo perguntas sobre as doenças em geral (Impotência Sexual, Tuberculose ,Cirrose Hepática, Gastrite, Tremores, Hipertensão)e alguns falaram sobre as suas, especificando sintomas. Esta postura, considerada muito positiva, levou-nos à organização dos intervenientes em grupos mais pequenos para poderem partilhar as suas vivências. Começaram a comunicar sem medos. Este processo permitiu-nos identificar casos que precisavam apoio psiquiátrico. 2 - Nas palestras sobre a importância da formação académica e profissional: Aqui o diálogo aberto surgiu com algum interesse, só alguns tinham terminado o ano letivo. O entusiasmo alargou-se a todo o grupo, partilharam experiências	Mudança de comportamento a nível: - Participação; -Comunicação; - Partilha de experiências vividas (Combater vícios). Mudança de comportamentos a nível de: - Interesse pela formação; - Interesse pela escola

	vividas; perceberam que todos podem desenvolver os seus conhecimentos. No final de tudo conseguimos fazer com que 35 militares do grupo se inscrevessem na escola da unidade.	da unidade.
--	---	-------------

Quadro nº 8 – Reflexão/Avaliação do Plano implementado

Após alguns meses de trabalho (implementação do plano de intervenção), todos os militares melhoraram o seu desempenho na limpeza das casernas em grupos, higiene pessoal, jardinagem. Muitos diminuíram o uso de bebidas alcoólicas e o tabaco. Alguns também fazem bem as suas poupanças. De uma maneira geral estão mais conscientes de si mesmo, mais animados e já se preocupam com o seu estado de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Centro de Apoio de Deficientes Físicos (CADF), local onde se desenvolveu todo este processo, encontram-se amputados de guerra, homens que se sentem diminuídos, cheios de vícios, completamente desmotivados. Os utentes do nosso estudo são militares amputados que apresentam muitos problemas em função da desmotivação. Consumidores de álcool e/ou substâncias psicotrópicas, agressivos, frustrados, desmotivados e também com dificuldades de socialização e auto-descreminação, a ponto de não realizarem nem as suas atividades diárias de higiene pessoal, nem a participação nas tarefas da unidade, tais como trabalho de guarnição, limpeza das casernas e da unidade. Os problemas que levaram à desmotivação dos amputados de guerra do CADF estão diretamente relacionados com a sua condição física, social e económica.

Esta realidade preocupou-nos. Sentimos necessidade de atuar para ajudar estes indivíduos a encontrar motivação para a vida. A reflexão feita ao longo deste mestrado sobre as leituras e aprendizagens ligadas à Supervisão foram motivos suficientes para decidirmos a escolha da estratégia a utilizar em todo o processo que envolveu esta investigação. Vimos a supervisão, seguindo Alarcão e Canha (2013), como “(...) um processo de acompanhamento de uma atividade através de processos de regulação (...)” (p. 83) e, de acordo com Alarcão e Tavares (2003), facilitando e gerindo aprendizagens, através de intervenção umas vezes direta, outras vezes indireta.

Tivemos como objetivo construir e implementar um plano de intervenção em que os amputados de guerra conseguissem encontrar motivação para a vida que para eles perdeu o sentido, considerando que, como referem Diogo e Gaspar (2014), motivar é incentivar as pessoas a não desistirem de executar as tarefas planeadas.

Neste contexto, o trabalho colaborativo, com a sua vertente de partilha e interajuda, enquadra-se inteiramente. Em todo o processo, vimos, tal como Alarcão e Canha (2013), o trabalho colaborativo como um grupo de pessoas que se juntam para alcançar um determinado objetivo, planeando, conduzindo, partilhando e concretizando ações.

Assim, foi constituída uma equipa multidisciplinar (psicóloga, assistente social e supervisora - enfermeira), cuja atuação, através do trabalho colaborativo que, como refere Roldão (2007) se estrutura “essencialmente como um processo de trabalho articulado”(p.27), suportou o trabalho a desenvolver. Aqui, o investigador assumiu-se como supervisor, monitorizando todo o procedimento.

Toda a investigação teve como suporte teórico, além do desenvolvimento de conceitos como Supervisão, Trabalho Colaborativo e Motivação, uma atenção especial sobre a temática “Amputados de Guerra”, especificando a reabilitação dos amputados, o processo cirúrgico e estados emocionais, a colocação de próteses, a relação do amputado com a profissão, os aspetos psicológicos e ainda a importância da família.

Na intervenção que fizemos, demos ênfase ao trabalho colaborativo quer a nível da equipa de técnicos, quer nas atividades desenvolvidas pelos militares amputados de guerra que integraram o nosso estudo.

Depois de recolhidos alguns dados junto de todos os intervenientes, construímos um plano de intervenção, utilizando estratégias de proximidade aos seus problemas, tais como palestras gerais em saúde ambiental na unidade, alcoolismo, tabagismo e formação pessoal. Trabalhámos em grupos pequenos. Neste âmbito, realizámos um estudo qualitativo porque observamos, descrevemos, interpretámos e procurámos o ponto de vista de intervenientes no processo, tendo em conta o meio e o problema tal como ele se apresentava. Não nos limitámos a detetar o problema, tentámos encontrar soluções. Como técnica de recolha de dados utilizámos entrevistas não estruturadas a que chamamos conversas informais e entrevistas estruturadas. Esta técnica permitiu-nos, como refere Freixo (2012) “o relacionamento estreito entre entrevistador e entrevistado”(p.120), sabendo que as entrevistas, no entender de Marques e Carvalho (2013), são procedimentos indispensáveis de comunicação. As entrevistas não

estruturadas, conversas informais, foram feitas sem recurso a qualquer guião previamente elaborado. Já nas entrevistas estruturadas usámos um guião de entrevista com perguntas dirigidas aos elementos da equipa multidisciplinar. Os instrumentos construídos para a recolha de dados foram o guião das entrevistas e grelhas de análise.

Após alguns meses de trabalho (implementação do plano de intervenção), os dados recolhidos e analisados ao longo de todo o processo permitem-nos inferir que, através da nossa atuação, motivámos todos e cada um dos militares participantes no nosso estudo, quer quando conseguimos captar a sua atenção e participação nas palestras, quer quando iniciaram uma comunicação ativa através das questões que colocaram sobre algumas doenças específicas da falta de higiene, sobre o alcoolismo e tabagismo. Integrámo-los ativamente nas atividades sociais da unidade incluindo o seu contributo para a sua vida social e cultural. Esta integração foi clara quando iniciaram a limpeza das casernas, se empenharam a cuidar do jardim ou ainda quando começaram a partilhar as suas experiências e a fazer economias para alcançarem objetivos (comprarem medicamentos, carregarem a parabólica), aplicando na prática conhecimentos adquiridos na formação que iam tendo. Os utentes militares foram participativos e evidenciaram uma maior socialização entre os grupos de trabalho.

A formação relacionada com o incentivo à continuação dos estudos também deu os seus frutos. Nas conversas partilhadas que começaram a ter, consideraram que todas as áreas do saber são necessárias e que todos têm alcance de se formar em diversas áreas do conhecimento. Sobre esta temática, um dos sargentos comentou que tinha feito os seus estudos na escola da unidade até à nona classe após o que teve de ir estudar fora e que o seu objetivo era fazer curso de enfermagem já que havia um centro médico dentro da unidade, referenciando até um ditado popular que dizia “o inteligente é aquele que tem orelha para ouvir”.

Os chefes e os demais colegas já sentem algumas mudanças nos tropas: havia alguns que não gostavam de tomar banho, apresentavam-se com roupas sujas e com mau cheiro e começaram a aparecer mais cuidados.

O Comandante da unidade que muito apoia este projeto, está feliz com o trabalho desenvolvido na unidade e deseja que continuemos com o projeto.

Perante este cenário, podemos constatar que as estratégias utilizadas no plano de intervenção conduziram a uma mudança no comportamento pessoal dos intervenientes neste trabalho que será para continuar.

No campo pessoal e em jeito de conclusão não posso deixar de referir que sou hoje uma pessoa mais rica do que era antes de ter iniciado esta etapa académica. Com a concretização do Mestrado em Ciências da Educação, na especialização de Supervisão Pedagógica e Avaliação, desenvolvi uma extensa aprendizagem e adquiri um profundo enriquecimento profissional e pessoal, graças à excelente orientadora, com que tive o privilégio de trabalhar. O meu muito Obrigada. Bem Haja!

Como continuação do trabalho, deixamos como sugestões uma reflexão alargada sobre as seguintes questões:

Quais as estratégias que melhor resultaram?

Que melhorias podem ser feitas?

A quem e como alargar este estudo?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Abreu, W.C. (2002). *Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as Práticas, Gerir a Formação e Promover a Qualidade*. Sinais Vitais.

Abreu, W. C. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a Excelência em Saúde*. Coimbra: Formasau.

Alarcão, I. & Tavares, J. (2013). *Supervisão da prática pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coleção de ciências da educação e pedagogia 2ª edição. Coimbra: Edições Almedina S.A.

Alarcão, I. & Canha, B. (2013) *Supervisão de colaboração. Uma relação para o Desenvolvimento*. Porto: Porto Editora.

Alarcão, I. & Tavares, J. (2007) *Supervisão da prática pedagógica – Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. 2ª Edição. Coimbra: Almedina

Alarcão, I & Tavares, S (1987) *Supervisão da Prática Pedagógica – Uma Perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.

Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem* (2ªed.). Coimbra: Almedina.

Altet M. (1997) *As Pedagogias da Aprendizagem*. Lisboa: Instituto Piaget.

Araújo L. (2006) *Gestão de Pessoas*. São Paulo: Atlas.

Archer E. R. (1989) *O mito da motivação*. 2ª. Edição. São Paulo: Atlas,

Bastos A. (2005) *Áreas de Intervenção dos Enfermeiros, na Adaptação da Pessoa à Situação de Doença*. Sinais Vitais, nº 60. ISSN: 0872-8844.

Barrio, O. S. (1995). *Organizacion Escolar. Una Perspectiva Ecológica*. Alcoy: Editorial Marfil, Lda.

Bergamini C. W. (1978) *A motivação nas organizações*. 4ª. Edição. São Paulo: Atlas.

Bergamini, C. W. (2008) *Motivação nas Organizações*. 5ª. Edição. São Paulo: Atlas

- Bessant, J., T. (2009) *Inovação e empreendedorismo*. S/L: Bookman.
- Bishop, V. (1994) *Clinical Supervision for an accountable profession*. Nursing Times. Vol. 90.
- Bizarro, R & Moreira, M. A. (2010) *Supervisão pedagógica e Educação em Línguas*. Mangualde: Edições Pedagogo.
- Bond, M. & Holland, S. (1998). *Skills of Clinical Supervision for Nurses*. Buckingham: Open University Press.
- Boruchovitch, E. & Bzuneck, J. A. (2001). *A motivação do aluno: contribuições da psicologia contemporânea*. Petrópolis: Voze
- Bragança A. C. M. (2010). *Os segredos da liderança na família, no trabalho e nos negócios*: JP. – Eventus, Lda.
- Bzuneck, J. A. (Org.). (2009) *Motivação do aluno: contribuições da psicologia contemporânea*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Campos, G. S. W. (1999) *Equipes de referencia e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde*. Ciência e Saúde Coletiva 4 (2): 393-403.
- Carvalho J. (2013) *Amputações de membros inferiores: em busca da plena reabilitação*. São Paulo: Manole.
- Certo, S. C. (2003) *Administração moderna*. São Paulo: Prentice Hall.
- Couvaneiro S. C. & Reis D. A. M. (2007) *avaliar, refletir, melhorar*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Diogo F. & Gaspar P. (2014) *Sociologia da Educação e Administração Escolar*. Porto: Plural Editores.
- Doron, R. & Parot, F. (2001) *Dicionário de Psicologia*. São Paulo: Ática.
- Ferreira, N. S. C. (2015) *Poderemos trabalhar juntos na sociedade mundializada*.
- Figueiredo, M. C. A. (1997). *Trabalho em equipa, o contributo dos enfermeiros*.”Revista Sinais Vitais”. Nº10, p. 19-22.

- Fiorelli, J. O. (2004) *Psicologia para administradores*. São Paulo: Atlas.
- Fitzpatrick M. (1999). *The psychologic assessment and psychosocial recovery of the patient with an amputation. Clinical Orthopaedics and Related Research*, 361, 98-107.
- Flor H. (2002). *Phanton-limb pain: characteristics, causes, and treatment. Lancet Neurology*, 1, 182-189.
- Florian, R. & Tilstone C. (2003) *Promover A Educação Inclusiva*, Lisboa: Instituto Piaget.
- Fonseca, M. J. L. (2006). *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem. Perspectiva do Docente*. Coimbra: Formasau.
- Fortuna, C. M. (2005) *O trabalho de equipa no Programa de Saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rer.Latinoam.Enfermagem*, 13(2): 262-268, 2005.
- Freitas, L. & Freitas, C. (2002). *Aprendizagem cooperativa*. Porto: Edições ASA.
- Freixo, M. J. (2012). *Metodologia Científica*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gaiva, M. A. M.; Scochi, C. G. da S. (2004) - *Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal*. “Revista Latino-Americana Enfermagem” Nº3, disponível na Web em www.scielo.br a 12/10/2004
- Jardim J. (2008) *Programa de Desenvolvimento de Competências Sociais e Pessoais*, Lisboa: Instituto Piaget.
- Jardim J. (2010) *Programa de Desenvolvimento de Competências Sociais e Pessoais*, Lisboa: Instituto Piaget.
- João P. II (2004) Mensagem do Papa João Paulo II aos participantes no Congresso Internacional sobre dignidade e direitos da pessoa com deficiência. Disponível em: http://www.vatican.va/holy_father_john_paul_ii/speeches/2004/january/documents/hf_jpii_spe_20040108_handicap-mentale_po.html.
- Junior M. & Difuiia M. M. (2015) *Historia Militar de Angola – Luanda/Angola*: Editora Damer graficas, SA.

- Leitão, F. (2006). *Aprendizagem cooperativa e inclusão*. Editor: Ramos Leitão.
- Lima, A. E. (2003) *Como comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento?* *Revista Argentina de Cardiología*, 71(3), 217-220.
- Ludke, M. & André, M. (2007) *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*, EPU, S.Paulo
- Marques, J. & Carvalho, M. (2013). *Manual de Investigação Em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações, S. A.
- Martins, S. T. F. (2002) *Educação científica e atividade grupal na perspectiva sócio-histórica*. *Ciência & Educação*, Bauru, v. 8, n. 2, p. 227-235.
- Maximiano, C. A. (1995) *Introdução à administração*. 4ª. Edição. – São Paulo: Atlas.
- Maximiano, C. A. (2005) *Teoria Geral da Administração: Da revolução urbana à revolução digital*. 5ª. Edição. São Paulo: Atlas.
- Meleis A. I. (2000) *Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory*. nº 1 vol. 23. London: Aspen Publishers.
- Paré, A. (2004) *Écriture et pratique de la science à la Renaissance, Actes réunis par É. Berriot-Salvadore*, Paris, Champion.
- Peterson, D. P. (2003) *O Professor do Ensino Básico*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Petronilho F. A. S. (2007) *Preparação do regresso a casa: evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados entre o momento da alta e um mês após no domicílio*. Coimbra: Formasau. ISBN
- Pires, M. (2004) *As Novas Competências Profissionais*: *Revista Formar*. Fev/Mar/Abr nº 10, pp. 4-19.
- Pirtinho Z. (2015) *Angola no Processo de reforma das forças de Defesa e segurança da Guine- Bissau*. Luanda/Angola: Mayama Editora

- Ribeiro D. (2015). *Práticas pedagógicas*. Porto: Porto Editora.
- Robbins, P. (2002). *Comportamento organizacional*. São Paulo: Prentice Hall.
- Röhrich, O. (2014). *Os 11 Elementos da Motivação*. 2.^a Edição. São Paulo: Lidel.
- Roldão, M. C. (2007). *Colaborar é preciso. Questões de qualidade e eficácia no trabalho dos professores*. Noesis n.º 71, 24-29. Lisboa: Ministério da Educação – DGIDC.
- Schermerhorn, J. K. (1995) *Administração*. 5.^a edição. Rio de Janeiro: CTC.
- Serra M. N. (2015) *Aprender a ser doente: Processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Serra, A. S. (2002) *Interdisciplinaridade, valores e autonomia* (I parte). “Revista Nursing” Nº169 Setembro.
- Soares C. J. (2010) *Dicionário de Economia*, Lisboa: Plátano Editora.
- Soller, C. (1992) *Que controle? IN: Beneti (org) A questão da Supervisão*. Belo Horizonte: Tahi.
- Sousa B. A. (2003) *Programa e Avaliação Desenvolvi mental*, Lisboa: Instituto Piaget
- Teixeira, E. A. (2002) *Teoria Geral da Administração e Prática*: 1.^a. Edição. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Tilstone, Florian & Rose (2003) *Promoting. Inlusive practice*, Lisboa: Instituto Piaget.
- Ventura M. (2003) *O Stress Tramaumatico e suas sequelas nos Adolescentes do Sul de Angola* – Lisboa/Portugal: Editora caminho, SA.
- Vygotsky, L. S. (1988). *Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar*. São Paulo: Icone editora.
- Wald J. & Álvaro R. (2004). *Psychological factors in work-related amputation: considerations for rehabilitation counselors*. Journal of Rehabilitation.

Wilson, S. (1977) The use of Ethnographic techniques in Educational Research. Review of Educational Research.

Zagonel I. (1999) *O cuidado humano transacional na trajetória de enfermagem. Rev.latino-am. Enfermagem em linha* vol. 7, nº 3. Ribeirão Preto.

DOCUMENTOS A ANEXAR

APÊNDICE I – ENTREVISTAS (Assistente Social e Psicóloga)

Objetivo: Recolher dados que nos permitam identificar a participação ativa na intervenção a realizar

A – ENTREVISTA AO ASSISTENTE SOCIAL

1 - Que conhecimento tem dos utentes?

Os utentes são todos Militares do Exercito Angolano. Na sua maioria Deficientes Físicos, amputados. Uns do braço e outros da perna. Mas a maioria é amputado de Membros Inferiores. Alguns usam Muletas e outros Prótese. São alcoólatras e apresentam muitos problemas de Saúde, resultante da forma como consomem o Álcool e outras Substancias Psicotrópicas problemas físicos e com grandes dificuldades de socialização. São pessoas que vivem praticamente desmotivadas. Eles auto descriminam-se. Cheguei a esta conclusão, a partir da observação que faço no modo deles de pensar e agir. Fruto do contexto a que estiveram envolvidos, deixou muitos destes utentes em situação de vulnerabilidade.

2 – Que necessidades detetou?

Quanto as necessidades dos utentes. Diria que são várias. Começando com necessidades de vestuário, reabilitação das Próteses, Falta de Muletas, uns têm

necessidade de alfabetização e alguns precisam de elevar o grau de escolaridade. Têm também a necessidade de aprenderem uma profissão.

3 – Em que campos pode desenvolver a sua participação?

Penso que de forma geral, os campos que se pode atuar quanto a minha participação, são:

Assistência Psicossocial, por formas a ajuda-los a adotarem comportamentos socialmente aceitáveis, quer fora e dentro da unidade;

Alfabetização; acompanhamento escolar; no campo da Saúde Preventiva. Isto é desenvolvendo acções que os levem a adoptar comportamentos que não facilitem o contágio de doenças. Em geral e de forma simplificada os campos são: Saúde, Educação, formação Técnico Profissional e Lazer.

Luanda, ao 14 de Dezembro de 2016.

B – ENTREVISTA À PSICÓLOGA CLÍNICA

1 - Que conhecimento tem dos utentes?

Este trabalho colaborativo vem de alguma maneira ajudar na motivação dos tropas a pensar de forma diferente, a ter auto estima e serem menos agressivos, e aceitarem bem as suas condições de vida, adaptarem-se de acordo a sua realidade de vida e que também são uteis na sociedade que podem estar inseridos em várias áreas de trabalho. É de suma importância este trabalho para os militares amputados e não só a eles também para nós como técnicos a trabalhar com eles diretamente criamos afetos porque estamos mais tempo com eles.

2 – Que necessidades detetou?

O conhecimento que tenho dos utentes são militares amputados com comportamentos negativos, agressivos, frustrados, usuários de álcool cigarros e outras drogas psicoativo. Porque acham que são prestados pouca atenção pelas suas diferencias, são indivíduos psicologicamente abalados, frustrado, fazem confusão até mesmo quando a situação esta favorável a eles. Com relação as suas necessidades que os utentes têm carência de apoio social, psicológico, psiquiátrico, médico e medicamentoso, recursos com próteses, canadianas, cadeira de roda, etc.

3 – Em que campos pode desenvolver a sua participação?

O campo de atuação em geral é: Assistência Psicossocial, por formas a ajuda-los a adotarem comportamentos socialmente aceitáveis, quer fora e dentro da unidade; Alfabetização; acompanhamento escolar, Saúde Preventiva. Isto é

desenvolvendo ações que os levem a adotar comportamentos que não facilitem o contágio de doenças. Em geral e de forma simplificada os campos são: Saúde, Educação, formação Profissional e Lazer.

Luanda ao 14 de Dezembro de 2016