



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

PASSO A PASSO...NO RUMO CERTO

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

Ana Maria Baptista Alves Pedrosa

Leiria, Maio 2014



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

PASSO A PASSO...NO RUMO CERTO
RELATÓRIO DE ESTÁGIO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Ana Maria Baptista Alves Pedrosa nº5120018

Unidade curricular: Relatório de Estágio

Professor Orientador: Doutor José Carlos Rodrigues Gomes

Professor Coorientador: Doutora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino

Leiria, Maio 2014

O Júri

Presidente **Doutor/a** _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

AGRADECIMENTOS

*Ao meu Orientador Prof^o Doutor José Carlos Rodrigues Gomes e à
minha Coorientadora Prof^a. Doutora Helena da Conceição Borges
Pereira Catarino pelo precioso apoio, encorajamento e
disponibilidade...*

Aos meus colegas pela força dada...

Aos meus pais pelo grande incentivo facultado...

*Aos meus filhos Catarina e Pedro pela paciência e acreditarem no
meu trabalho...*

*Aos dirigentes que fizeram parte deste trabalho que colaboraram
comigo e revelaram a sua saúde mental...*

*A todos os meus amigos pela paciência e pela confiança que
depositaram em mim...*

*À minha equipa da proteção civil pela motivação e carinho que me
dedicaram ao longo deste processo...*

*Ao meu amiguinho (Deus) pela fé que nunca deixou
morrer em mim...*

*Disse a flor para o pequeno príncipe:
é preciso que eu suporte duas ou três larvas
se quiser conhecer as borboletas.*

Antoine de Saint-Exupéry

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

%- Frequência relativa

ACES- Agrupamentos de Centros de Saúde

ANA- *American Nurses Association*

CDP- Centro de Diagnóstico Pneumológico

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNE- Corpo Nacional de Escutas

CS- Centros de Saúde

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DP- Desvio Padrão

EASPL- Escala de Avaliação da Saúde Pessoal do Líder

EESM- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

M- Média aritmética

MDP- Modelo de Desenvolvimento Profissional

N- Amostra

Nº- Frequências absolutas

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIECE-Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem

UIDEPP- Unidade de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria

USF- Unidade de Saúde Familiar

X_{máx}- Valor máximo

X_{min}- Valor mínimo

Z- Teste não paramétrico de *Wilcoxon*

RESUMO

O presente relatório da prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria foi desenvolvido no âmbito do 2º Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, reportando-se aos ensinamentos clínicos decorridos no Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, Leiria e no Centro Hospitalar de Leiria-Hospital Santo André, entre o dia 4 de Março a 12 de Julho de 2013.

Foram definidos como objetivos centrais para este trabalho: Refletir e analisar criticamente as atividades desenvolvidas na prática profissional em ensino clínico, no âmbito da aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental; adquirir competências na área de análise e divulgação de resultados obtidos a partir da prática especializada fundamentada na evidência científica.

De forma a facilitar a compreensão, do contexto onde se realizou os ensinamentos clínicos, foi feita uma breve caracterização dos serviços onde estes se realizaram. De seguida realizou-se uma apresentação e análise reflexiva/crítica sobre as atividades desenvolvidas para aquisição das competências comuns e específicas inerentes à especialidade em enfermagem de saúde mental, de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros.

Foi igualmente desenvolvido um estudo de investigação-ação para dar resposta à prática especializada baseada na evidência, com o título “Saúde Pessoal do Líder”, cujo objetivo principal foi avaliar o impacto de um programa de intervenções psicoeducativas na saúde pessoal de um grupo de dirigentes escutistas da Região de Leiria. O estudo evidenciou que o programa foi eficaz, tendo tido um impacto positivo na saúde pessoal dos dirigentes escutistas.

Palavras-chave: Saúde mental, Enfermagem, Liderança, *Sensitivity Training Groups*.

ABSTRACT

This report is about the practice in mental health and psychiatry nursing and it was developed within the framework of the 2nd Degree of Mental Health and Psychiatry at the *Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria*, stating to clinical teaching within *Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, Leiria* and *Centro Hospitalar de Leiria- Hospital Santo André* between day 4 from March to July 12, 2013.

For this work as fundamental objectives were defined: Reflect and analyze critically the activities developed in professional practice in clinical education, within the framework of the acquisition of expertise in Mental Health Nursing; acquire skills in the area of analysis and dissemination of results obtained from the specialized practice based on scientific evidence.

In order to facilitate understanding the context where clinical teachings took place, it was made a brief description of the services where they took place. Then there was a presentation with a reflective/critical analysis about the activities developed for the acquisition of common and specific skills inherent in the specialty in mental health nursing, in accordance with the guidelines of the Order of Nurses.

It has also developed a research-action study to respond to the specialized evidence-based practice, with the title "Personal Health of the Leader", whose main objective was to evaluate the impact of an intervention psycho-educational program in personal health of a group of scout leaders in the region of Leiria. The study showed that the program was effective, having a positive impact on personal health scout leaders.

Key Words: Mental health, Nursing, Leadership, Sensitivity Training Groups.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 12

1. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA EM CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA E O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS 15

1.1. ESTRUTURA E ORGÂNICA DO CENTRO DE SAÚDE DR. ARNALDO SAMPAIO 16

1.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 18

2. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA EM CONTEXTO HOSPITALAR E O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS 41

2.1. ESTRUTURA E ORGÂNICA DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA HOMENS DO CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA 42

2.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 45

3. A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA “SAÚDE PESSOAL DO LÍDER” 57

3.1. QUADRO TEÓRICO 58

3.2. METODOLOGIA 61

3.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 67

3.4. CONCLUSÕES 70

4. CONCLUSÃO 71

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 73

ANEXOS

ANEXO I- Artigo de investigação para publicação

ANEXO II- Avaliação da Saúde Pessoal do Líder

ANEXO III- Programa de Intervenções psicoeducativas

ANEXO IV- Consentimento informado

INDÍCE DE QUADROS

QUADRO 1- Desenho do estudo 65

QUADRO 2- Resultados da aplicação do Testes de Normalidade 67

QUADRO 3- Caracterização sociodemográfica da amostra 67

QUADRO 4- Comparação do nível de Saúde Pessoal do Líder antes e após o programa de intervenções 68

QUADRO 5- Distribuição da amostra segundo o nível de Saúde Pessoal do Líder antes e após o programa de intervenções 69

QUADRO 6- Resultados da aplicação do Teste de *Wilcoxon* para o nível de Saúde Pessoal do Líder 69

INTRODUÇÃO

A enfermagem como profissão baseia a sua atividade em valores, conhecimento e competências que visam a satisfação das necessidades da população em matéria de saúde.

Ao exercer a sua atividade, o enfermeiro deve proporcionar benefícios efetivos na saúde da população, facilitando acesso aos cuidados de saúde que se pretendem eficazes, integrados e coordenados.

A formação especializada em Enfermagem visa assegurar a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais numa área específica de enfermagem. O enfermeiro especialista, de acordo com o estatuto da Ordem dos Enfermeiros no Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e aos problemas de saúde, adota uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do utente e objetiva a aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais na área da especialização através de uma intervenção concertada na área da enfermagem.

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, considerados competências comuns, aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Estas envolvem as dimensões da educação dos utentes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (OE, 2010).

Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, aquando do processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (EESM) desenvolver um juízo clínico singular, compreendendo e

intervindo eficazmente na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial, conferindo-lhe uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade. O EESM, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (OE, 2010)

O presente relatório da prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, enquadra-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde de Mental e Psiquiátrica 2º Curso da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Resulta da análise crítico-reflexiva das atividades realizadas em contexto da prática clínica.

Os ensinamentos clínicos do curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria têm por finalidade possibilitar a concretização, através da prática clínica de enfermagem, de competências especializadas definidas pela OMS, Comissão Europeia e, em particular, pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 122/2011, de 18 de Fevereiro e Regulamento nº 129/2011, de 18 de Fevereiro).

Os ensinamentos clínicos I e III (Enfermagem de Saúde Mental) realizaram-se no Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio e o ensinamento clínico II (Enfermagem Psiquiátrica) no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Leiria entre os dias 4 de Março de 2013 a 12 de Julho de 2013.

Esta formação possibilitou o desenvolvimento de competências em meio clínico envolvendo a prestação de cuidados de enfermagem especializados, ao indivíduo/família/comunidade, empregando uma prática reflexiva.

O objetivo deste documento é apresentar e relacionar as múltiplas atividades desenvolvidas ao longo destas várias vivências clínicas e refletir sobre as mesmas, contextualizando-as nas competências esperadas e preconizadas para o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Este trabalho encontra-se estruturado em três capítulos, o primeiro alude ao desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e

psiquiatria em contexto de saúde comunitária, o segundo refere-se ao desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria em contexto hospitalar. Ambos os capítulos são subdivididos em dois subcapítulos nos quais se faz referência à estrutura e orgânica das instituições assim como à descrição e análise reflexiva das atividades desenvolvidas. No terceiro capítulo expõe-se a prática baseada na evidência reportando-se a um estudo desenvolvido durante o período de ensino clínico em enfermagem de saúde mental comunitária.

1. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA EM CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA E O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE,1996), o Enfermeiro Especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem, com competência científica, técnica e humana para prestar, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

Cepêda, Brito, & Heitor, (2005) afirmam que promover Saúde Mental potencia o estado de equilíbrio que permite ao sujeito compreender, interpretar e adaptar-se ao meio que o cerca, estabelecer relação significativa com os outros e ser um membro criativo e produtivo da sociedade.

Os cuidados de saúde mental prestados nos serviços de cuidados primários são o primeiro nível de cuidados dentro do sistema de saúde formal. Os cuidados de saúde essenciais incluem a identificação precoce de perturbações mentais, o tratamento de perturbações mentais comuns, a gestão de pacientes psiquiátricos estabilizados, a referência para outros níveis quando necessário, a atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas físicos, e a promoção e prevenção de saúde mental. Em países desenvolvidos, os cuidados de saúde primários são prestados principalmente por médicos, enquanto em países de baixo e médio rendimento, os enfermeiros prestam a maior parte destes cuidados. Os cuidados primários são geralmente os mais acessíveis, e baratos para as comunidades. Quando os cuidados de saúde mental estão integrados nestes serviços, o acesso é melhorado, é mais provável que as perturbações mentais sejam identificadas e tratadas, e os problemas de comorbilidade física e mental sejam geridos de uma maneira contínua (OMS, 2008).

É neste contexto que se faz uma breve caracterização do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, local onde se realizou o ensino clínico em saúde comunitária e se apresenta a análise crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas.

1.1. ESTRUTURA E ORGÂNICA DO CENTRO DE SAÚDE DR. ARNALDO SAMPAIO

O Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio é uma das unidades de saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) Pinhal Litoral II (Portaria n.º 274/2009, de 18 de março). Segundo o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, os ACES são serviços públicos, com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que reúnem um ou mais centros de saúde (CS), e que têm por missão garantir a prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) à população de determinada área geográfica.

O ACES Pinhal Litoral II está inserido na Administração Regional de Saúde – Centro, e abrange 15 freguesias do Concelho de Leiria com 16 extensões num total de 68.567 utentes (Relatório de atividades da Sub-Região de Saúde de Leiria, 2008).

A Sede deste ACES esta localizada nos Marrazes, Leiria, onde se encontra todo o corpo diretivo. É um edifício novo que data de 2007 e é constituído por dois andares, o piso 0 e o piso -1.

No piso 0 funcionam a Unidade de Saúde Familiar (USF) – Santiago, o Módulo C que integra as Consultas Personalizadas de Enfermagem, Saúde da Mulher, Saúde Infantil e Juvenil e a Consulta de Nutrição e o Módulo D que abrange a Consulta Aberta, Consulta Personalizada de Enfermagem, Saúde da Mulher, Saúde Infantil e Juvenil, Fisioterapia, Cantinho da Amamentação, Unidade de Saúde Pública e o Bar do Pessoal.

No piso -1 funcionam os Serviços administrativos, a Biblioteca, o Serviço Social /Gabinete do Cidadão, a Equipa Coordenadora Local da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a Central Telefónica, a Esterilização, os Armazéns de Medicamentos, o Arquivo e a Garagem.

O Centro de Saúde desenvolve vários programas de saúde: Saúde do Adulto com consultas de medicina geral e familiar, consultas de diabetes e de hipertensão arterial; Saúde da Mulher através de vigilância da saúde da mulher e casal nas diferentes etapas do ciclo reprodutivo (adolescentes, planeamento familiar, saúde materna, rastreio do cancro do colo do útero e mama, menopausa); Saúde Infanto-Juvenil com vigilância e promoção da saúde da criança e jovem nas diferentes etapas de desenvolvimento,

consultas médicas e de enfermagem de acordo com o cronograma preconizado pela Direção Geral de Saúde, e as necessidades da criança/mãe/família; Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco articulando com centros de saúde, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Centro Hospitalar de Leiria, Segurança Social, Projeto Viver Melhor (projeto centrado na família), Juntas de Freguesia; Vacinação; Saúde Escolar seguindo as recomendações do Plano Nacional de Saúde escolar; Visitação Domiciliária promovida pelos enfermeiros como estratégia básica de intervenção a nível preventivo, curativo e de promoção da saúde na comunidade; Consulta de Hipocoagulação realizada a utentes hipocoagulados com antagonistas da vitamina K.

A unidade de Saúde Pública presta serviços tais como: Juntas médicas e atestados de incapacidade; Saúde Ambiental, avaliação da qualidade alimentar em escolas, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), estabelecimento de utilização coletiva e colheitas de água para análise tanto do mar como de fontanários, poços, água termal, piscinas, rede pública de abastecimento...); Registo e controlo de doenças de declaração obrigatória; Consulta do Viajante; Renovação de cartas de condução a idosos e pessoas com incapacidades.

A Consulta Aberta tem um atendimento de Segunda a Sexta-feira das 8-20h e Sábados, Domingos e feriados das 9-13h.

As reuniões de enfermagem são realizadas periodicamente e orientada pela Sra. Enfermeira Chefe. Nelas participam todos os enfermeiros da sede e das Extensões de Saúde de forma a debater assuntos relacionados com a Enfermagem também integram uma componente de formação.

No que respeita a recursos humanos, o Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio conta atualmente com uma equipa de 25 Enfermeiros, 30 médicos, 25 assistentes técnicos, 16 assistentes operacionais e 9 outros técnicos. Para além da prestação de cuidados de saúde primários, assegura as consultas de ambulatório, que não podem ser efetuadas pelos respetivos médicos de família atempadamente, através de uma consulta aberta. Também faculta consultas específicas de atendimento a jovens e adolescentes. O apoio de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, dado aos utentes que dele necessitam, está numa fase inicial. Os utentes são referenciados pelos clínicos ou outros profissionais de saúde do centro de saúde. O agendamento é feito consoante a

disponibilidade das duas únicas enfermeiras especialistas de saúde mental e psiquiatria que conjugam a prestação de cuidados primários com as intervenções em saúde mental.

Este Centro de Saúde também tem uma dependência, o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), localizado no centro de Leiria, faculta consultas de diagnóstico e tratamento de doenças respiratórias, consultas de cessação tabágica (2^a e 6^a) e de alcoologia (3^a e 5^a) com o apoio do enfermeiro de saúde mental e psiquiatria.

1.2.DESCRICÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Para facilitar a sua compreensão, este subcapítulo foi subdividido em dois: atividades desenvolvidas no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista e atividades desenvolvidas no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

A OE (2003, p.16) define competência como “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar.”

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o Modelo de Desenvolvimento Profissional (2009, p. 10) menciona que:

“As competências comuns são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

Refere ainda que estas são “ (...) competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”

Foi a partir deste referencial que se efetuou uma análise crítica e reflexiva acerca das atividades desenvolvidas no âmbito das competências nele expressas, demonstrando como as mesmas foram concretizadas.

Atividades desenvolvidas no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista

Eixo A- Competências desenvolvidas do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo Fernandes (2010), o enfermeiro é detentor de conhecimento de enfermagem, completado com conhecimento de outros domínios complementares, que suportam o exercício das suas competências profissionais. Relativamente à decisão ética, o enfermeiro é igualmente detentor de competências específicas, adquiridas na licenciatura e desenvolvidas ao longo do seu percurso profissional. Este desenvolvimento da competência profissional, que é ao mesmo tempo capacidade de juízo e de ação, é fundamental para a contínua necessidade de resolver os problemas éticos e legais que vão surgindo. Assim, sendo um profissional autónomo e com as necessárias competências para a tomada de decisão ética, o enfermeiro, sujeito capaz e livre, assume a responsabilidade profissional e age segundo critérios do agir profissional, que decorrem da ética e deontologia de enfermagem. Os seus atos e decisões devem obedecer aos deveres e as normas jurídicas da sua conduta profissional.

A Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro que regulariza o Código Deontológico do Enfermeiro estabelece como valores universais na relação profissional a igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional. Acrescenta que os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros referem-se à responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, ao respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes, à excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.

Neste domínio de competências, a OE (2009) define como competências do enfermeiro o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e a

promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Na prática desenvolvida em contexto de saúde comunitária esteve sempre presente esta preocupação em todos os momentos tanto a nível do atendimento ao utente como nas relações com a equipa multidisciplinar. Foi mantida a confidencialidade e a segurança da informação recolhida, a privacidade do utente e respeito pela sua pessoa assim como o reconhecimento dos seus valores e dos seus direitos. Este foi um dos aspetos mais importantes nas consultas de enfermagem de tabagismo e alcoologia realizadas no CDP em que esta postura foi essencial nas entrevistas para alcançar e manter uma relação terapêutica e de ajuda.

Esta conduta também esteve patente na relação mantida com a utente que participou do estudo de caso, tendo sido pedida a sua autorização para desenvolver as intervenções e criar uma relação terapêutica de confiança, houve um compromisso em manter a confidencialidade, promoveu-se uma relação de ajuda e não se construíram juízos de valor em torno do caso, influenciando de forma positiva a sua mudança em termos de saúde mental.

No que diz respeito às intervenções psicoeducativas de grupo, com vista à realização de um estudo investigação-ação, na abordagem dos participantes, também estiveram sempre presente as dimensões éticas e deontológicas. No início das sessões psicoeducativas, foi solicitado o consentimento, a cada participante, sendo previamente conhecidos os objetivos das sessões, a forma de participação no estudo, o preenchimento dos questionários e a confidencialidade dos dados recolhidos. A Entidade Reguladora da Saúde (2009) refere que o consentimento informado para tratamentos médicos, participação de doentes em ensaios clínicos e projetos de investigação e participação de doentes em ações de formação pré-graduada e pós-graduada é um requisito ético e jurídico fundamental.

Eixo B- Competências do domínio da melhoria da qualidade

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001), a necessidade de implementar sistemas de qualidade é hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como por exemplo a Organização Mundial de Saúde ou o Conselho Internacional de

Enfermeiros, quer a nível nacional, como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. A qualidade em saúde é uma tarefa multidisciplinar na qual o papel do enfermeiro é preponderante, pois o enfermeiro, na prestação dos cuidados “Persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, na procura permanente da excelência.” (OE, 2001, p. 11).

No domínio da melhoria da qualidade, a OE (2009) define como competências do enfermeiro o seu desempenho como dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, o seu papel na conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e na criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro.

Define como descritores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros os seguintes aspetos: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado, diz ainda que “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e a pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade)” (OE, 2001, p. 8).

Na prática dos cuidados, os profissionais de enfermagem necessitam de focalizar a sua intervenção na interdependência pessoa/ambiente e devem criar e manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão de risco. Neste âmbito destacou-se a manutenção de um ambiente acolhedor e adequado aos cuidados realizados, correta administração de terapêutica, correta triagem de resíduos, assim como o bom ambiente de trabalho.

No que se refere à melhoria contínua da qualidade, nomeadamente a qualidade dos cuidados de enfermagem, programou-se e implementou-se uma ação de formação na qual estiveram presentes dez enfermeiras, subordinada ao tema “Digo o que penso ou penso o que digo?”. O propósito foi melhorar a comunicação na equipe de enfermagem alertando para a importância da linguagem corporal, identificando gestos e emoções que facilitam ou dificultam a mesma e a estabelecer relações interpessoais satisfatórias. Iniciou-se a sessão com um quebra-gelo ao qual se seguiu a apresentação do tema, troca de opiniões, finalizando com uma dinâmica de interação entre os participantes, promovendo a sua capacidade de improviso e socialização, dinamismo, paciência e liderança dentro do grupo. A avaliação foi efetuada através de um instrumento

elaborado para o efeito. A análise dos resultados, permite concluir que a ação foi de encontro às expectativas e teve um efeito positivo ao nível da relação entre as profissionais de saúde.

Pease e Pease (2006) declaram que a chave para a leitura da linguagem corporal reside na compreensão do estado emocional de uma pessoa enquanto se escuta o que ela diz e se observa as circunstâncias em que o diz. A maior parte dos sinais básicos de comunicação são os mesmos por todo o mundo.

As emoções são definidas a partir de três características universais visíveis no corpo (Turchet, 2012): (1) são traduzidas por estados que vão da hipotonia à hipertonia; (2) são geradas pelo prazer ou pelo desagrado e (3) destinam-se a ser guardadas para si ou dirigidas ao outro.

Os gestos têm como função concretizar o pensamento, descrevendo situações (figurativo), especificando emoções (projetivo), caracterizando o estado de uma relação (simbólico) e fluidificando a palavra (de engrama) e podem ser utilizados conjuntamente numa mesma sequência de comunicação. O património gestual é universal. A quase totalidade das atitudes do corpo é compreendida por todos os humanos. Em contrapartida, a dinâmica corporal é própria a cada um e é dependente dos nossos dados genéticos e culturais assim como dos individuais. A universalidade da linguagem do corpo está integrada no património corporal de cada um e a história pessoal é igualmente legível pois os critérios de leitura são universais.

Com vista a promover a adesão à saúde e segurança ocupacional implementaram-se três sessões de relaxamento, direcionadas para os profissionais de saúde do Centro de Saúde. Participaram, enfermeiros e técnicos num total de 8. Cada sessão teve a duração de, 1h, tendo sido realizadas no período da tarde, na sala de reuniões do centro de saúde. Para além de treinar a técnica de relaxamento (respiração e imagética), permitiu-se a exteriorização de sentimentos de bem-estar através duma pequena conversa e sensibilização para a necessidade de uma boa saúde mental e dos ganhos em saúde. Os profissionais mencionaram a necessidade da realização deste tipo de iniciativas, diariamente, no início de cada jornada de trabalho.

Stakes (2008) refere que dependendo das circunstâncias, o trabalho pode prejudicar ou promover a saúde mental dos trabalhadores. A criação de um local de trabalho mentalmente saudável é essencialmente uma responsabilidade das empresas e das entidades patronais, e também dos trabalhadores e seus representantes. Programas de promoção da saúde mental exequíveis, devem ser implementados em todos os locais de trabalho. O trabalho, quando inadequadamente organizado, pode ser uma fonte de distúrbios mentais e de comportamento. Para o autor supra citado, as consequências de viver sob um trabalho em condições stressantes são múltiplas e podem também alargar-se à família e a toda a sociedade. Uma fonte de stress pode ser assédio moral no trabalho, quer com origem nos superiores, quer nos colegas de trabalho. A ansiedade, a depressão, o *burnout*, a insónia, o abuso de substâncias e a discórdia conjugal são alguns exemplos das consequências negativas destes contextos.

Payne (2003) afirma que o recurso a imagens mentais tem um efeito terapêutico proporcionando: Autodesenvolvimento e mudança psicológica; Relaxamento; Distração desviando a mente de pensamentos inoportunos ou enfraquecendo o poder dos pensamentos geradores de stress.

O Plano Nacional de Saúde Mental (2007/2016), por sua vez, faz menção ao desenvolvimento de estratégias de promoção através de políticas de promoção de saúde mental nos locais de trabalho.

Eixo C- Competências do domínio da gestão dos cuidados

A preocupação com a qualidade, pelos enfermeiros, em Portugal, tem acompanhado as mudanças na sociedade. Donabedian, citado por Silva, Varanda e Nóbrega (2004) refere que o conceito de qualidade em saúde é considerado como a qualidade da gestão dos episódios individualizados da doença (domínio técnico e interpessoal). Menciona que é necessário considerar na avaliação dos cuidados a estrutura (características do recursos humanos e técnicos), processo (ação para transformar inputs em outputs) e resultado dos cuidados prestados aos utentes.

Na área da gestão o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) define a responsabilidade dos enfermeiros da seguinte forma: “Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência,

formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (REPE, 2012, p. 19).

A carreira de enfermagem, publicada no Decreto-lei nº 247/2009 de 22 de Setembro, faz referência ao conteúdo funcional da categoria de enfermeiro, focando também a sua responsabilidade na área da gestão. O Artigo 9º menciona que cabe ao enfermeiro:

a) Identificar, planear e avaliar os cuidados de enfermagem e efetuar os respetivos registos, bem como participar nas atividades de planeamento e programação do trabalho de equipa a executar na respetiva organização interna; (...) d) Participar e promover ações que visem articular as diferentes redes e níveis de cuidados de saúde; e) Assessorar as instituições, serviços e unidades, nos termos da respetiva organização interna; f) Desenvolver métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios, promovendo a circulação de informação, bem como a qualidade e a eficiência; (...) l) Planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização; m) Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar;”

Neste domínio de competências, a OE (2009) define como competências específicas do enfermeiro a gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermeiros e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; e a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. Neste âmbito o desenvolvimento destas competências foi concretizado durante as consultas de enfermagem de alcoologia e tabagismo no CDP. Foi realizado um trabalho de assessoria juntamente com a tutora, enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria e o médico colaborando na tomada de decisões. Durante as entrevistas, aos utentes, recolheram-se dados de informação, pertinentes, com vista à realização de um plano de cuidados adequado a cada situação, melhorando assim a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos e as soluções eficazes à prestação dos cuidados de saúde. Os utentes também foram orientados ao nível da tomada de decisão terapêutica e referenciados, quando considerado necessário, para outros profissionais de saúde. Realizaram-se, ainda, algumas reuniões da equipa multidisciplinar, motivando todos os profissionais a colaborar na melhoria da qualidade

dos cuidados prestados, recorrendo à associação de recursos pessoais para promover a adesão ao tratamento dos utentes considerados mais problemáticos.

Eixo D- Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio de competências, a OE (2009) define como competências para o enfermeiro o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade; e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Neste âmbito, e atendendo à formação de mestrado em cuidados paliativos de que é detentora, houve oportunidade de realizar um Curso Básico de Cuidados Paliativos, para profissionais de saúde (enfermeiros e assistentes sociais), ministrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Nesta formação procurou-se interligar os conhecimentos adquiridos tanto a nível da especialidade em saúde mental e psiquiatria como do mestrado em cuidados paliativos.

Tendo observado algumas dificuldades a nível da comunicação interpessoal, optou-se, através desta formação, contribuir para a divulgação de novos conhecimentos, favorecendo e desenvolvendo habilidades e competências úteis no contexto da prática clínica. Foi apresentado o tema “Princípios básicos da comunicação com o doente e família”, abordaram-se os seguintes temas: as principais dificuldades de comunicação em saúde, as tarefas essenciais de comunicação em saúde, as competências básicas (escuta ativa, compreensão empática, feedback), os cuidados a ter na comunicação, a comunicação não-verbal, a linguagem corporal, os tipos de interação, comunicação de más notícias com a apresentação do protocolo de Buckman.

Segundo Gask (2000) citado por Querido, Salazar e Neto (2006), comunicar eficazmente no contexto de cuidados paliativos é simultaneamente importante e difícil, implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre técnico de saúde, a pessoa doente e família. A comunicação adequada é uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento associado à doença avançada e terminal. O treino das competências de comunicação induz mudanças eficazes e duradouras na atuação do profissional, aumentando a satisfação dos doentes e a sua adesão ao tratamento (Fallowfield et al., 2002 citados por Querido, Salazar & Neto,

2006). O valor da comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender todas as dimensões da pessoa doente (Querido, Salazar & Neto, 2006).

Ainda neste domínio, e com o objetivo de divulgar os resultados de um trabalho de investigação e desta forma contribuir para a disseminação do conhecimento e o desenvolvimento da investigação em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, apresentou-se, nas Jornadas do Centro Hospitalar de Leiria, em 09 e 10 de Maio de 2013, um estudo de investigação-ação intitulado “Um líder motivado é um líder feliz e promove um sentimento positivo no grupo”. Este trabalho surgiu no âmbito do ensino clínico em contexto de saúde mental comunitária, em que foi desenvolvido um programa de intervenções psicoeducativas a um grupo de dirigentes escutistas e avaliado o seu impacto pela aplicação da escala de avaliação da saúde pessoal do líder (Jardim & Pereira, 2006).

Em 2006, a OE afirmou que

“...a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspetos da saúde que são de interesse para a Enfermagem. Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena. O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.”

Por sua vez Martins (2008) refere que a investigação é importante para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática.

Também neste domínio, durante o desenvolvimento de um estudo de caso, aplicaram-se sólidos e válidos padrões de conhecimentos adquiridos através do aprofundamento

teórico das alterações de saúde mental identificadas. Elaborou-se e desenvolveu-se um plano de cuidados adequado à situação utilizando a Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE). Exigiu a atualização de conhecimentos, a execução de intervenções e elaboração de um relatório reflexivo sobre o impacto das mesmas, avaliando a sua eficácia e os sentimentos produzidos na relação estabelecida. Desenvolvendo-se assim um processo de autoanálise crítica e reflexiva contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Atividades desenvolvidas no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental (Eixo F)

1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

O que distingue a prática da enfermagem de saúde mental das restantes especialidades são as competências de âmbito psicoterapêutico que possibilitam ao enfermeiro especialista em saúde mental o desenvolvimento de um juízo clínico único. De acordo com Taylor (1992), os enfermeiros possuem uma ferramenta singular que pode influenciar o comportamento do utente de forma que nenhum outro tratamento ou medicação consegue: o uso de si mesmo como instrumento terapêutico.

No âmbito desta competência, foram postas em prática intervenções psicoterapêuticas durante as consultas de tabagismo e alcoologia realizadas no CDP, promovendo-se o diálogo com os utentes utilizando diversas técnicas de comunicação verbal e não-verbal, alcançando um ambiente facilitador da relação terapêutica. Geriram-se os fenómenos de transferência e contratransferência, resistências, e o impacto de si próprio nas relações terapêuticas, tendo em conta os limites da relação profissional para um bom desenvolvimento do processo terapêutico. Com os utentes da consulta de alcoologia verificou-se uma maior dificuldade ao nível da comunicação, pois, a maioria nega o seu problema de alcoolismo ou desvaloriza-o. A abordagem deve promover a sua motivação sobretudo para a continuidade das consultas, valorizando a sua autoestima destacando-os como principais intervenientes na sua recuperação. No final de cada consulta

efetuou-se uma avaliação dos assuntos abordados, das técnicas utilizadas, das dificuldades encontradas e das estratégias a adotar em consultas posteriores. Este método obrigou a reflexão sobre a atuação como enfermeira especialista em saúde mental e a esquematizar, de forma mais rigorosa, todo o processo desenvolvido.

Schön (1992) considera prática reflexiva como um processo de transformar o pensamento da prática numa potencial situação de aprendizagem a qual pode ajudar a alterar e modificar as abordagens nessa mesma prática. Considera, ainda que, é um meio estruturado de identificar o conhecimento relevante na prática, passá-lo em revista e percebê-lo. O praticante que reflete cultiva e melhora a sua capacidade e conhecimentos profissionais, estando menos exposto à rotinização, rituais ou teorias estabelecidas.

Nos dois ensinamentos clínicos aplicou-se a reflexão crítica garantindo uma melhor prestação de cuidados especializados, indo ao encontro do que refere Santos (2009), os processos de conscientização enquanto expressão de conhecimento reflexivo incluem a consciência de si enquanto profissional na ação, enquanto profissional em desenvolvimento e enquanto profissional reflexivo. A consciência de si enquanto profissional na ação é expressa pelos estudantes nos domínios da consciência de desenvolvimento de competências, consciência da necessidade de mobilizar conhecimentos, consciência de aprendizagem, consciência de ter agido bem, consciências das ações realizadas, consciência das dificuldades, consciência de que procurará agir do mesmo modo em situações semelhantes, consciência de comunicação ajustada, consciência de princípios bioéticos, consciência de ter criado juízos de valor e da consciência dos erros cometidos (Santos, 2009).

2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

Neste âmbito foi realizada uma atividade “Importância do exercício físico para uma vida saudável” tendo em conta a qualidade do atendimento, rentabilização do tempo de espera da consulta médica promovendo um espaço de promoção da saúde e prevenção da doença.

O procedimento inseriu-se no âmbito das comemorações do dia mundial da saúde e foi desenvolvido, em colaboração com duas estudantes do curso de licenciatura em

dietética, durante o período da manhã. Num primeiro contacto os utentes foram abordados, individualmente e em grupo sobre a sua disponibilidade para participar na atividade em que seriam tratados temas como alimentação saudável e importância do exercício físico para uma vida saudável. A ação englobava ainda uma sessão de exercício físico, visando a promoção dos seus benefícios e motivando a sua reprodução em casa ou no local de trabalho.

Segundo Payne (2003), o exercício físico está estreitamente ligado com a saúde mental. A avaliação psicológica sugere que uma sensação de bem-estar advém do exercício físico regular, sendo que os intervenientes registam menos tensão, fadiga, agressividade, depressão e insónia. Os benefícios psicológicos do exercício incluem a distração em relação às preocupações, a libertação de frustrações, um sentimento de realização, uma sensação de melhoria da aparência física e o desfrutar da companhia de outros indivíduos no ambiente agradável. Menciona ainda que as técnicas respiratórias são fáceis de aprender e podem ser realizadas em qualquer local, o que as torna disponíveis em situações de stress.

A atividade física para além de trazer benefícios fisiológicos também tem efeitos a nível psicológico e social; melhora o autoconceito, autoestima, imagem corporal, funções cognitivas (perceção, aprendizagem, memória, atenção, vigilância, raciocínio) e diminui o stress, ansiedade e consumo de medicamentos (Matsudo, Matsudo & Neto, 2000).

No âmbito desta competência, em contexto da Saúde Escolar, também se desenvolveu uma intervenção na Escola Básica 2,3 D.Dinis, em Leiria, dirigida a alunos de uma turma do 8º ano de escolaridade. Os jovens foram referenciados pela Diretora de turma como irrequietos e com dificuldades de atenção e concentração em sala de aula.

Implementou-se e desenvolveu-se uma atividade onde a técnica terapêutica utilizada se enquadra no psicodrama e treino de relaxamento progressivo com os seguintes objetivos: Permitir a exteriorização de sentimentos, incentivar a interação e o trabalho em equipa, realçar o trabalho de um líder, consciencializar para a aplicação dos conhecimentos adquiridos durante as dinâmicas para o ambiente de aulas e treinar técnica de relaxamento progressivo.

As duas primeiras dinâmicas desenrolaram-se no exterior do edifício no local de recreio e o treino de relaxamento teve lugar na biblioteca da escola.

A atividade começou com a concentração dos jovens na biblioteca, onde foram feitas a apresentação da dinamizadora. Foi explicado o desenvolvimento e o objetivo da atividade aos alunos. Posteriormente foram para o exterior onde foi explanada a dinâmica do 1º jogo. O jogo consistiu na confecção ultrarrápida de pizzas. Cada membro era um ingrediente da pizza. O objetivo era atender pedidos feitos ao telefone, elaborando esses pratos com a maior rapidez possível. Os jovens distribuíram-se por duas equipes e a animadora entregou um menu da pizzaria por equipe, contendo o nome das pizzas e os respectivos ingredientes. Cada grupo escolheu um colega para fazer o papel de cozinheiro. Distribuíram-se letreiros aos participantes, com os nomes dos ingredientes da pizza, podendo haver vários repetidos. A cada membro da equipe coube o papel de um ingrediente. Os letreiros foram colocados num local visível (no peito).

A animadora ficou encarregue de atender o telefone (imaginário) para receber os pedidos, indicando os mesmos ao grupo. Por exemplo “Uma pizza 4 estações!” Nesse momento, o cozinheiro tinha de meter mãos à obra, reunindo os ingredientes de acordo com o menu que lhe foi entregue e procura os jovens, que correspondiam ao ingrediente pretendido, para levar à cozinha para fazer a pizza. Os ingredientes não se podiam mexer, devendo ser o cozinheiro a levá-los de um lado para o outro. Quando os tinha todos reunidos, amarrava-os entre si e levava-os “ao forno”, junto ao animador, acabando a tarefa até haver novo pedido.

A participação foi muito positiva e ressaltou logo um maior trabalho de equipe de um dos grupos do que do outro. Notou-se que alguns alunos, mais afastados, no início, acabaram por perceber que trabalhando em equipe contribuía para ganhar o jogo. Este jogo desenvolveu-se durante aproximadamente 20m. No final, discutiu-se o sentido prático do jogo, transpondo essa interação para o dia-a-dia dos jovens.

O 2º Jogo consistiu na escolha de um papel, dobrado, no qual estava escrito uma palavra/expressão absurda tal como: “raios partam”, “vai tu”, “fala-barato”, “fatela”, “calhau”, “manda vir”, “bate no ceguinho”, “saco de pulgas”, “tótó”, “cum catano”, “cai fora”, “vamos nessa”, etc.... Cada aluno, após ler a sua palavra tinha que a gritar bem alto a um colega. De 3 em 3 m trocavam de parceiro e continuavam a gritar. Esta dinâmica levou a uma grande exteriorização de energia e a algum constrangimento inicial. No final, discutiu-se a dinâmica, os jovens aperceberam-se que não é tão fácil

fazer algo, que é contra “as regras sociais”, de uma forma espontânea por opção e por solicitação.

Para Drummond e Souza (2008), o psicodrama ajuda a perceber as atitudes e ações que orientam as inter-relações e busca amenizar e gerir os conflitos para estabelecer uma rede relacional mais saudável. Jacob Levy Moreno, médico romeno fundador do psicodrama, denomina a espontaneidade como a semente de transformação das relações com o mundo que nos rodeia, tendo como uma das suas funções a criatividade (Drummond & Souza, 2008).

Leal (2005) explica que na origem do psicodrama está presente o teatro da espontaneidade de Moreno, o desempenho de papéis podia servir como mediador de mudanças comportamentais, fora do espaço cénico ao qual ele designou de catarse de integração. A espontaneidade é considerada como a capacidade que o indivíduo possui de dar respostas adequadas a novas situações e ainda de poder dar também respostas novas e adequadas a situações antigas. A ideia principal do psicodrama é a utilização do jogo dramático espontâneo como técnica terapêutica e meio de enriquecimento pessoal.

A 3ª dinâmica, o treino de relaxamento progressivo desenrolou-se na biblioteca num ambiente mais calmo e resguardado da luz direta. Também aqui foi explicado o sentido do relaxamento e como deviam comportar-se para conseguir fazê-lo. Após as duas primeiras atividades não foi difícil os jovens acalmarem. Colocou-se uma música que reproduziu as ondas do mar e procedeu-se à leitura do guião de “Relaxamento para crianças e jovens” com os alunos sentados confortavelmente. Os jovens estiveram atentos e acataram as indicações facilmente acabando, alguns, por adormecer.

Com estas três dinâmicas conseguiu-se claramente gerir a energia dos jovens, desenvolver relações de interação e permitir diminuição da sua ansiedade.

Payne (2003), refere que o treino de relaxamento progressivo é uma abordagem de Bernstein e Borkovec, que consiste em relaxar grupos específicos de músculos e, simultaneamente, prestar atenção às sensações associadas aos estados de tensão e de relaxamento. Os objetivos são atingir um estado de relaxamento profundo em períodos mais curtos e controlar o excesso de tensão perante agentes stressores. O praticante trabalha numa sequência de 16 grupos musculares que podem ser reduzidos a 7 ou 4 consoante os estádios em que se encontra.

No contexto da psicopatologia, este método é utilizado no confronto dos distúrbios ansiolíticos em geral e em específico, o stress, a ansiedade ou pânico. Também é utilizado em psicologia pediátrica, em contextos educacionais, sobretudo escolas, sendo aplicado no controlo da agressividade. Como acontece com outros métodos de relaxamento, este método tem sido combinado com outros procedimentos, para potenciar os respetivos efeitos clínicos (Joyce-Moniz, 2010).

Outra atividade desenvolvida neste domínio de competência, foi realizada, no Auditório da Escola Secundária Afonso Lopes Vieira na Gandara dos Olivais – Leiria com três turmas, selecionadas pela instituição, de alunos do 12º ano de escolaridade e de um curso profissional de auxiliares de saúde, num total de 47 alunos. A ação de sensibilização foi subordinada ao tema “*Suicídio- fatores de risco, sinais de alerta e de proteção na adolescência*”. Teve como objetivos consciencializar os jovens sobre a problemática do suicídio dando a conhecer os fatores de risco e sinais de alerta.

A sessão iniciou-se com o visionamento de um vídeo clip “James Blunt - You're Beautiful” seguido de uma dinâmica de debate subordinado aos “Mitos e Factos sobre o suicídio”. Procedeu-se ainda à entrega de um folheto informativo e a apresentação de um cartaz, onde foi reforçada a frase chave “Suicídio é uma solução permanente para um problema temporário”.

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008), baseado no documento da Rede Europeia para a Promoção da Saúde Mental e a Prevenção das Perturbações Mentais, uma das estratégias privilegiadas para a prevenção e promoção da saúde mental é a prevenção do suicídio nos jovens.

O suicídio é um fenómeno complexo (Santos et al., 2012) e resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais (OMS, 2006).

Este fenómeno necessita da intervenção de uma equipa multidisciplinar e multiprofissional, no qual o saber do enfermeiro especialista de Saúde Mental tem um contributo muito relevante. A relação terapêutica assume-se hoje como fulcral no domínio da atuação autónoma dos enfermeiros, tendo vindo a tornar-se num meio poderoso de intervenção e num elemento decisivo e inquestionável no cuidar em Enfermagem. Os enfermeiros, ao valorizarem a perceção e comportamento do indivíduo, avaliando a existência de risco de comportamento suicidário, têm obrigação

de intervir. Uma estratégia fundamental da prevenção do suicídio passa por estabelecer com a pessoa em risco uma relação de confiança e empatia que permita a verbalização e exteriorização do sofrimento psicológico, para posteriormente promover uma intervenção especializada e eficaz. (Santos et al., 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002) citada por Werlang, Borges e Fensterseifer (2005) só ocasionalmente na adolescência surgem ideias suicidárias. Isto faz parte do processo de desenvolvimento de estratégias para lidar com os problemas existenciais, tais como compreender o sentido da vida e da morte. Porém esta questão torna-se preocupante quando o jovem encara o suicídio como a única alternativa para resolver os seus problemas, pelo que os comportamentos suicidários são um problema de Saúde Pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2009) citada por Santos et al. (2012), anualmente, suicidam-se cerca de 1.000.000 pessoas. Em Portugal, cerca de 1.000 pessoas suicidam-se por ano, sendo que este número tem vindo a aumentar desde 2000. A maior incidência dos comportamentos para-suicidários é protagonizada por jovens adolescentes e com uma distribuição uniforme a nível nacional.

Sabendo que geralmente as pessoas que morrem por suicídio expressam pensamentos suicidas e/ou manifestam sinais de alerta junto de familiares ou profissionais de saúde (Santos et al., 2012), referem que para a prevenção do suicídio é necessário desenvolver atividades, tais como: uma boa educação nas crianças, aconselhamento familiar, tratamento das perturbações mentais, controlo ambiental dos fatores de risco e educação da comunidade (OMS, 2006).

É de realçar que a intervenção primária, nomeadamente, os programas de educação na escola são cruciais. Estes ajudam os professores a identificar estudantes potencialmente suicidas, assim como treinar os jovens para a consciencialização de como podem intervir junto dos colegas com problemas (OMS, 2006). Esta organização refere ainda que as linhas telefónicas de emergência para o suicídio são pontos fundamentais na prevenção do suicídio em muitas comunidades.

O que distingue um jovem saudável de um jovem que se encontra à margem de um suicídio é a intensidade desse pensamento suicida, a sua profundidade e duração, e o contexto em que surge (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005).

Como nos encontramos a desenvolver ensino clínico no âmbito dos cuidados de saúde primária, considerámos pertinente desenvolver uma atividade de educação da comunidade dirigida aos estudantes do 12º ano de escolaridade, com o objetivo de os

consciencializar acerca da importância da problemática do suicídio, reconhecerem os fatores de risco e sinais de alerta, e como agir perante um comportamento suicidário.

3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada conteúdo

As intervenções do EESM, no que respeita ao tratamento das pessoas com doença mental, visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão terapêutica, autocuidado, ocupação útil, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família (OE, 2011).

A realização de um estudo de caso, possibilitou a oportunidade de planear, desenvolver e negociar um plano de cuidados com uma utente, de forma a promover e proteger a saúde mental, minimizar o desenvolvimento de complicações e promover a qualidade de vida da mesma. Utilizou-se a CIPE como sistema de taxonomia standardizado para formulação dos diagnósticos, como é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros.

O caso aludiu à perda provocada por várias situações de luto, desencadeando processos de elevada ansiedade e depressão. Durante as entrevistas, num total de 5, promoveu-se a relação de ajuda, encorajando a comunicação expressiva de emoções, estimulando a escuta ativa sem fazer juízos de valor. Também se utilizou o relaxamento de visualização como método para promover bem-estar e diminuir a ansiedade. Durante as sessões conseguiu-se estabelecer uma relação empática e de confiança melhorando os desconfortos iniciais da utente. O luto é referido por Barbosa (2010) como algo que é extremamente complexo e que envolve múltiplas dimensões: emocional e psicológica, física, intelectual, social e espiritual.

O trabalho realizado foi desenvolvido tendo subjacente a teoria de Hildegard Peplau (Belcher & Fish, 2000) que enfatiza o processo interpessoal, de tal forma que considera a enfermagem como um processo interpessoal significativo, terapêutico, definindo-a como um relacionamento humano entre um indivíduo enfermo, ou necessitando de serviços de saúde, e uma enfermeira especialmente instruída para reconhecer e

responder à necessidade de ajuda. Peplau identifica 4 fases sequenciais nos relacionamentos interpessoais: Orientação; Identificação. Exploração e Resolução. Na fase de Orientação o paciente ou família têm uma “necessidade percebida” procurando a assistência profissional. No entanto, essa necessidade pode não ser prontamente identificada ou compreendida pelos indivíduos envolvidos. Ao esclarecer e definir o problema nesta fase, o paciente pode direcionar a energia acumulada da sua ansiedade para necessidades não preenchidas. Estabelece-se um vínculo entre a enfermeira e o paciente que se fortalece ao longo da intervenção e promove um ambiente de ajuda. Na fase seguinte, de identificação, o paciente começa a ter a sensação de ser capaz de lidar com o problema diminuindo os sentimentos de desamparo e de desesperança, criando uma atitude otimista da qual deriva uma força interna. Na fase de exploração o paciente começa a sentir-se parte integrante do ambiente de auxílio e dá início ao controle da situação aproveitando a ajuda dos serviços oferecidos. A enfermeira deve encorajar o paciente a reconhecer e explorar os seus sentimentos, pensamentos, emoções e comportamentos, proporcionando uma atmosfera sem críticas e um clima emocional terapêutico. Através da autodeterminação, o paciente desenvolve a responsabilidade por si mesmo, a crença nas suas potencialidades e a adaptação dirigida à auto competência e à independência desenvolvendo uma força interior que lhe permite encarar novos desafios. Na última fase, resolução, as necessidades do paciente já foram resolvidas e termina o relacionamento terapêutico. Tanto o paciente como a enfermeira tornam-se indivíduos mais fortes e amadurecidos (Belcher & Fish, 2000).

Além de ter conseguido o objetivo, como EESM, utilizando as habilidades apreendidas, também senti um desenvolvimento a nível pessoal que estimulou o meu processo de aprendizagem.

4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde

Segundo Leal (2005, p.269), as psicoterapias de grupo são as mais usuais nas intervenções psicoterapêuticas. A mesma autora diz ainda que “um grupo é uma entidade única, nascida da interação de vários indivíduos, sobre a qual se foi

descobrimo que tinha, em si mesma, virtualidades utilizáveis em contextos terapêuticos e psicoterapêuticos.”

Existem vários tipos de grupos dos quais podemos destacar os T-Grupo (*Training-Groups*) traduzidos por grupos de laboratório em geral e laboratórios temáticos quando se debruçam sobre um tema específico. Procuram normalmente um crescimento pessoal e a aquisição de competências relacionais ou têm como objetivo aprofundar determinada temática inserida no âmbito pedagógico e/ou educacional como treinar competências de comunicação e liderança (Guerra & Lima, 2005).

Nestes grupos, o líder pode recorrer ao uso de técnicas de dinamização para melhorar o desempenho dos elementos e do grupo em si. As técnicas usadas são chamadas exercícios de sensibilização e são atividades estruturadas e propostas de forma direta, tentando de forma explícita estimular os relacionamentos interpessoais e os sentimentos ou as ações dos seus membros conduzindo ao auto e heteroconhecimento.

Nesta perspetiva, motivou-se um grupo de dirigentes escutistas para a importância da participação nas atividades de promoção, proteção de saúde mental e prevenção da doença mental, tendo desenvolvido um programa de intervenção composto por 6 sessões de relaxamento e psicoterapias de grupo.

Ao motivar os dirigentes escutistas para a promoção da sua saúde mental, também se promoveu indiretamente a dos elementos que estão sob a sua responsabilidade nos agrupamentos.

Estes chefes formam jovens com idades compreendidas entre os 6 e 22 anos, embora a faixa mais relevante seja dos adolescentes. Existem evidências científicas de que a promoção da saúde mental e física dos adolescentes melhora a capacidade de aprendizagem, o sentido e capacidade de responsabilidade e o sentimento de se tornar um elemento útil e produtivo na sociedade.

Com o objetivo de avaliar a saúde pessoal do líder, neste caso dos líderes de jovens escuteiros, aplicou-se um questionário que integrou a Escala de Avaliação da Saúde Pessoal do Líder- EASPL, (Jardim & Pereira, 2006) no início e no final do programa de intervenção. Os temas abordados nestas sessões psicoeducativas foram: saúde mental; lidar com o stress; autoestima; assertividade; liderança e motivação. Os resultados

demonstraram que houve uma melhoria da saúde pessoal, tendo-se constatado que antes de iniciar o programa de intervenção, 36,4% apresentava um nível de saúde médio e 63,6% um nível elevado. No final do programa, 81,8% apresentava um nível de saúde pessoal elevado.

No que concerne aos comportamentos aditivos, as intervenções psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, são cruciais para promover e recuperar a saúde. Nas consultas realizadas no CDP verificou-se que tanto o consumo de tabaco como de álcool interferem não só na vida do indivíduo, mas também de todos os que o rodeiam (família, amigos, colegas e comunidade).

Em relação ao consumo de álcool a OMS (1982) citada por Mello, Barrias e Breda (2001) refere que problemas ligados ao álcool, ou simplesmente problemas de álcool, é uma expressão imprecisa, mas cada vez mais usada nestes últimos anos para designar as consequências nocivas do consumo de álcool. Estas consequências atingem não só o bebedor, mas também a família e a coletividade em geral. As perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais e resultam de episódios agudos, de um consumo excessivo ou inoportuno, ou de um consumo prolongado.

O diagnóstico da situação do doente alcoólico tem, em geral, lugar na consulta que o doente procura por queixas diretas ou indiretas relacionadas com o consumo, podendo vir acompanhado ou muitas vezes “trazido” por um familiar, um colega de trabalho, um alcoólico tratado ou referenciado por técnicos de outros serviços de saúde, ou entidades ligadas a família, trabalho, polícia, justiça, etc. ...

Durante a consulta são recolhidos dados sobre hábitos de ingestão de bebidas alcoólicas, início dos mesmos, sua evolução, curva de consumo, qualidade e quantidade diárias de ingestão, ritmo e circunstâncias do seu uso, consumos em jejum, preocupação constante de aquisição de bebidas alcoólicas, irritabilidade e nervosismo e outros sintomas associados à falta ou diminuição de consumo.

Uma entrevista orientada, assenta na relação terapêutica, na valorização de todo e qualquer sintoma incipiente ou queixa isolada (sensação de “formigueiros” e

“adormecimento” das extremidades, cansaço muscular e caibras, queixas de vômitos matinais, sono agitado e com sonhos, dificuldade de concentração, lapsos de memória, baixa de rendimento no trabalho do utente. Segundo Mello, Barrias e Breda (2001), este processo, nem sempre fácil, é ainda dificultado pelas inúmeras defesas de um indivíduo altamente culpabilizado, que minimiza ou racionaliza as suas queixas, nega sintomas e oculta a todo o custo os seus hábitos excessivos de bebida, sem a qual já não pode passar. Só em clima de compreensão, de aceitação do doente e de ajuda, despido de qualquer “crítica” e julgamento, será possível criar uma relação terapêutica, condição essencial de um tratamento favorável.

No âmbito do tratamento do alcoolismo crónico, as intervenções psicoterapêuticas são fundamentais para:

- Estabelecer relação empática e avaliação da motivação para deixar de beber bebidas alcoólicas
- Encorajar a diminuição e o abandono do consumo de álcool (colocar o dinheiro num mealheiro)
- Ensinar sobre as complicações e os efeitos secundários do abuso do uso do álcool
- Facilitar o apoio da família e outras pessoas significativas
- Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde (exercício físico, caminhadas, alimentação saudável)
- Orientar a utente para serviços médicos

Segundo Mello, Barrias e Breda (2001), o tratamento do alcoólico, iniciado em ambulatório, não tem grande êxito, embora existam exemplos de sucesso. A multiplicidade dos quadros clínicos do alcoolismo crónico e das suas vastas repercussões e determinantes etiopatogénicas exige uma intervenção terapêutica multidisciplinar, em múltiplas direções. O seu resultado vai depender sempre de numerosos fatores de que sobressaem a «motivação» e o envolvimento do seu ambiente próximo no tratamento e reintegração sociofamiliar, laboral e comunitária. As características do alcoólico crónico em Portugal, as circunstâncias e ambiente

sociocultural, o grau geralmente avançado da sua impregnação crónica são, entre outros, aspetos que tornam difícil um tratamento exclusivamente ambulatorio do doente.

Quanto aos utentes que recorrem pela primeira vez às consultas de cessação tabágica, são inquiridos no sentido de avaliar o nível de dependência, a sua motivação para deixar de fumar, o seu grau de ansiedade e depressão, bem como os mitos e crenças acerca do tabaco.

Segundo Lennox (1992) referido por Afonso e Pereira (2011), o tabagismo caracteriza-se, enquanto comportamento, como um tipo de estratégia específica de coping para lidar com estados de humor em determinadas situações, como por exemplo o stress. Os mesmos autores dizem que as motivações dos fumadores que pretendem deixar de fumar são variadas: problemas de saúde, sociais ou familiares e que na mudança de comportamento tabágico, as estratégias de coping são estruturadas no sentido de substituir o comportamento de fumar. A alimentação saudável, prática regular de exercício físico, boa higiene de sono juntamente e um comportamento de não fumar, tornam-se aliados e promotores de uma boa saúde (Ogden, 1999 citado por Afonso & Pereira, 2011).

As intervenções realizadas aos utentes no âmbito da consulta antitabágica foram as seguintes:

- Aplicar os questionários utilizados pela instituição para avaliação-diagnóstico
- Estabelecer relação empática e avaliação da motivação para deixar de fumar
- Encorajar a diminuição e o abandono do consumo de tabaco
- Ensinar sobre complicações do uso de tabaco
- Planear a diminuição do consumo de tabaco
- Promover o apoio da família e outras pessoas significativas
- Informar sobre estratégias de coping (exercício físico, caminhadas, alimentação saudável, mascar pastilhas elásticas, técnicas de distração, colocar o dinheiro num mealheiro)

Segundo relato da enfermeira especialista em saúde mental e do clínico responsável, verifica-se que as consultas antitabágicas têm maior sucesso do que as consultas de alcoologia. Segundo Afonso e Pereira (2011), mais de 70% dos fumadores desejam deixar de fumar mas, grande parte deles, não o consegue fazer sozinho. Os profissionais de saúde desempenham assim, um papel fundamental no reforço da motivação e na ajuda necessária para o fumador ficar abstinente.

2.O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA EM CONTEXTO HOSPITALAR E O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS

O Regulamento nº 129/2011 de 18 de Fevereiro estabelece as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, focando-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadequadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou de doença mental.

Para algumas pessoas com perturbações mentais graves, a hospitalização pode ser necessária em alguns períodos das suas vidas. Os hospitais gerais oferecem uma localização acessível e aceitável para os cuidados médicos e a supervisão de pessoas com um agravamento agudo de perturbações mentais 24 horas por dia. Idealmente, estes hospitais gerais distritais devem ter unidades dedicadas ao tratamento de perturbações mentais e estas unidades devem ter uma organização de espaços que facilite uma boa observação e cuidados adequados, minimizando desta maneira o risco de negligência e suicídio. Para minimizar o risco de violações de direitos humanos, as instituições devem aderir a políticas e diretrizes claras que apoiam o tratamento e gestão de perturbações mentais dentro de uma estrutura que promove a dignidade e os direitos humanos, e que usa práticas clínicas baseadas em evidência científica (OMS, 2008).

Segundo Almeida (2006), a prática clínica deve ser desenvolvida em diferentes locais de forma a fornecer ao aluno a possibilidade de desenvolver as suas competências em situações reais e diversificadas que atravessem todo o ciclo vital do homem.

Neste sentido, a prática clínica em contexto hospitalar, deste Mestrado, foi desenvolvida na unidade de internamento de psiquiatria do Centro Hospitalar de Leiria.

2.1. ESTRUTURA E ORGÂNICA DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA HOMENS DO CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA

A especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Leiria (Hospital Santo André-Leiria, Hospital Distrital de Pombal, Hospital Bernardino Lopes de Oliveira -Alcobaça), a funcionar no Hospital Santo André, em Leiria, está estruturada em Internamento de Psiquiatria (doentes agudos), Consulta Externa de Psiquiatria, apoio domiciliário de enfermagem e serviço social, serviço de urgência e Unidade de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria (UIDEPP).

No que diz respeito à sua área de influência, esta abrange as populações residentes nos Concelhos de Pombal, Leiria, Marinha Grande, Batalha, Porto de Mós, Nazaré e Alcobaça (exceto as freguesias de Alfeizerão, São Martinho do Porto e Benedita).

A UIDEPP instalada nos Andrinos, freguesia de Pousos a cerca de 3 Km do Centro Hospitalar de Leiria, instalada em dois edifícios, ambos de rés-do-chão e 1º andar. Dotada para 50 doentes portadores de patologia psiquiátrica crónica, predominando as psicoses esquizofrénicas, esquizofrenia, oligofrenia, esquizofrenia paranóide e alcoolismo, na sua maioria carenciados de apoio sociofamiliar. A equipe de saúde desta unidade é constituída por 10 assistentes operacionais, 13 enfermeiros, 1 técnica de serviço social a tempo parcial, 1 médico psiquiatra, 2 seguranças e 1 administrador.

As intervenções de enfermagem em saúde mental e psiquiatria desenvolvidas nesta instituição assentam nas entrevistas individuais e familiares, gestão de conflitos, treino de competências, psicoeducação individual, em grupo e familiar, terapias ocupacionais, jogos lúdicos (cartas, dominó, damas, matrecos), exercício físico: passeios pedestres pela quinta, jogos de ping-pong, jogos com bolas para treinarem a coordenação motora, exercícios respiratórios, atividades lúdicas: passeio á feira de Maio em Leiria, sardinhada – nos Santos Populares, passeio á praia, magusto e festa de Natal.

Os clínicos do serviço de internamento de psiquiatria e saúde mental, também dão apoio ao Serviço de Urgência de Segunda-feira a Sábado, entre as 8:00 e as 20:00 horas.

Na Consulta Externa de Psiquiatria instalada no Piso 02, para além de consultas de Psiquiatria geral, que funcionam diariamente nos períodos da manhã e de tarde, também existem consultas de Alcoologia e de Psiquiatria geriátrica. Existem ainda consultas de

Psicologia clínica e gabinete para apoio do serviço social. Em contexto de ambulatório são acompanhados regularmente doentes com patologia mental, com o apoio de uma equipa de enfermagem e assistente social, para administração de decanoatos e avaliação da situação social e clínica de cada utente.

O Serviço também funciona em articulação com tribunais da área, no âmbito da Psiquiatria Forense, para dar parecer sobre as capacidades mentais de arguidos que evidenciam alterações psicopatológicas.

O Internamento de Psiquiatria localiza-se no 4º piso da torre poente. Tem uma capacidade total de 43 camas para doentes com patologia psiquiátrica aguda e é constituído por duas alas: ala feminina e ala masculina.

Neste serviço recebem tratamento doentes com patologias mentais em fase de descompensação clínica e a necessitar de estabilização, primeiros episódios de doença mental que requerem um estudo diagnóstico e introdução de psicofármacos em ambiente hospitalar ou ainda com o objetivo de desintoxicação em doentes com quadros de dependências várias e com motivação para seguimento ambulatório posterior.

Em relação à dotação, a ala masculina do Internamento de Psiquiatria possui 22 camas: duas em unidades de isolamento, e as restantes distribuídas por 6 quartos (um de 6 camas e os restantes de 3). Para além dos quartos, o serviço dispõe de um refeitório, uma sala de estar com televisão e alguns jogos, várias casas de banho dispostas ao longo do serviço e de fácil acesso, uma sala de visitas, uma sala para preparação de terapêutica, uma sala de enfermagem, um gabinete médico, um gabinete de serviço social e várias salas de arrumos de material de consumo.

Na zona de entrada do serviço, comum às duas alas, existe também uma sala para apoio dos serviços administrativos, uma sala para o segurança e instalações para os profissionais de saúde (vestiários, casas de banho, copa, sala de pausa, gabinete do enfermeiro chefe, sala de reuniões e biblioteca).

No que diz respeito a equipa multidisciplinar do serviço de internamento -Homens, esta é constituída por 14 enfermeiros e um enfermeiro chefe, 6 médicos psiquiatras, assistentes operacionais, 1 administrativo, 1 assistente social e 1 segurança. Para além

destes profissionais, todos os utentes têm acesso aos cuidados de saúde inerentes às várias especialidades disponíveis no hospital, caso seja necessário).

A distribuição dos recursos humanos do serviço, constituintes da equipa multidisciplinar, decorre da seguinte forma:

- 3 Enfermeiros no turno das 8h às 16h (durante a semana – ao fim de semana na maioria dos casos estão só dois enfermeiros), dois no turno das 16h às 24h e um no turno das 00h às 8h;
- Duas assistentes operacionais no turno das 8h às 16h (durante a semana – ao fim de semana na maioria dos casos está só uma assistente operacional), uma das 16h às 24h e uma das 00h às 8h;
- A assistente social encontra-se no serviço em dias úteis no turno da manhã;
- Os médicos passam visita no serviço durante o turno da manhã em dias úteis (estando um de segunda a sábado no serviço de urgência das 8h às 20h);
- O administrativo encontra-se no serviço de segunda a sexta das 8h30 às 17h30;
- O segurança está todos os dias no serviço, das 20h às 8h (sendo que no restante horário, caso seja necessário, terá de ser solicitado o seu apoio).

O serviço de internamento tem como missão, satisfazer as necessidades do utente com doença mental, promovendo a recuperação da sua saúde mental, prevenindo complicações e readaptando funcionalmente a pessoa, tendo sempre presente o papel central da família/cuidadores no processo terapêutico do utente.

A equipa de enfermagem do serviço desenvolve diversas atividades dirigidas aos utentes e familiares, no âmbito das intervenções psicoterapêuticas individuais e em grupo, socioterapêuticas, psicossociais, psicoeducativas nomeadamente no apoio da gestão do regime terapêutico, situações de emergência psiquiátrica, terapia ocupacional, musicoterapia, jogos lúdicos (ping-pong, cartas, damas, xadrez), fornecimento de livros e jornais.

2.2.DESCRICÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DSENVOLVIDAS

Tal como na descrição para as atividades realizadas em contexto de saúde mental comunitário, também este capítulo se subdividiu em dois: atividades desenvolvidas no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista e atividades desenvolvidas no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

Procurou-se assim demonstrar que ao concretizar as competências clínicas especializadas, se assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção tal como recomenda a OE (2009).

Atividades desenvolvidas no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista

Eixo A- Competências desenvolvidas do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio de competências, a OE (2009) define como competências do enfermeiro o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Os enfermeiros declararam o seu compromisso de cuidar das pessoas, ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promover a qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados. Este é o domínio genérico do agir profissional, onde se juntam a ética da promessa e o compromisso de cuidado. Num sentido amplo, cada enfermeiro assume um compromisso de cuidado, ao tornar-se profissional e é responsável pelo Outro, que se lhe entrega e se confia ao seu cuidado, e que pode ser uma pessoa uma família, um grupo ou uma comunidade, enquanto durar o pacto de cuidado concreto que assumiu (Nunes, 2008).

O Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Este documento menciona, no seu Artigo 8.º, que “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (REPE, p17-18).

As intervenções de enfermagem realizadas no contexto da prática clínica no serviço de psiquiatria respeitaram estes princípios desde a entrada no serviço até à alta. Esteve patente aquando da entrada através de uma entrevista ao utente e familiar utilizando a folha própria da instituição para a colheita de dados de enfermagem e exame mental. Antes da execução de qualquer intervenção tanto individual como em grupo (psicoterapia, reuniões comunitárias, sessão de relaxamento, exercício físico) foi sempre assegurada a sua explicação e o seu consentimento. Também manteve uma conduta profissional e ética no estudo de caso realizado a um utente com diagnóstico de ideação suicida promovendo a confidencialidade e a privacidade.

Pessoas com transtornos mentais têm o direito de confidencialidade das informações sobre si mesmas e suas enfermidades e tratamento; tais informações não devem ser reveladas a terceiros sem seu consentimento. As práticas clínicas dos profissionais de saúde mental e psiquiatria são pautadas por códigos profissionais de conduta que geralmente incluem regras para a confidencialidade. Todos os profissionais envolvidos na atenção a pessoas com transtornos mentais têm o dever de prevenir qualquer violação de confidencialidade. É importante que todos os membros da equipe de saúde mental estejam cientes das regras que os obrigam a manter a confidencialidade. Autoridades responsáveis por estabelecimentos de saúde mental também devem certificar-se de que existam processos adequados para salvaguardar a confidencialidade das pessoas com transtornos mentais. Isto significa ter um sistema efetivo em operação para que somente indivíduos autorizados tenham acesso a anotações clínicas de pacientes ou outros mecanismos de registro de dados, como os bancos de dados eletrônicos (OMS, 2005).

Eixo B- Competências do domínio da melhoria da qualidade

Neste domínio de competências, a OE (2009) define como competências do enfermeiro o desempenho do papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, a conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e a criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro.

Segundo Paul e Reeves (2000) citando os *Standards of Nursing Practice da American Nurses Association (ANA) (1973)* a colheita de dados permite uma visão holística do doente contemplando as esferas biológica, psicológica, social, cultural e espiritual. Para além disso serve como meio de comunicar a informação ao resto da equipe de saúde. Muitas das informações necessárias para a realização de um correto exame mental são recolhidas na avaliação de enfermagem (Stuart & Laraia, 2001).

No serviço de psiquiatria, os enfermeiros realizam o exame mental de enfermagem como instrumento de avaliação, a todos os utentes internados, promovendo um meio de comunicação entre profissionais de saúde e contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados diminuindo o risco de erro. Neste âmbito Trzepacz e Baker (2001, p.22) referem que “Ao documentar o exame mental possibilita-se a sua leitura, compreensão, transmissão e uniformização da informação”. Os mesmos autores mencionam que o exame mental é a componente da avaliação psiquiátrica que inclui a observação do comportamento do doente e a sua descrição de forma objetiva e sem juízos de valor. O examinador ouve atentamente o que é ou não dito e orienta a entrevista de modo a explorar as múltiplas áreas potencialmente alteradas e a aprofundar os sintomas e sinais evidentes. O exame mental, juntamente com outras informações relevantes provenientes da história, exame físico e exames complementares, fornece o fundamento para as decisões diagnósticas e prognósticas.

Ainda com o objetivo de melhoria da qualidade dos cuidados, julgou-se de grande relevância uma ação de formação no serviço onde desempenha funções (Cirurgia1), abordando o tema da saúde mental e estigma. Esta ação veio desmistificar as ideias pré-concebidas relacionadas com o doente de foro psiquiátrico revelando interesse e uma maior abertura da equipa face à temática.

Importa ainda referir que todos os cuidados prestados aos utentes respeitaram as normas em vigor no serviço sobre manutenção de um ambiente terapêutico seguro, nomeadamente administração segura de medicação e prevenção de infeção hospitalar.

Eixo C- Competências do domínio da gestão dos cuidados

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2001, p.11) mencionam que: “Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se ser vantajoso o assumir de um papel de pivot no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem da forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.”

A OE (2009) define como competências específicas do enfermeiro a gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermeiros e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; e a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. Assim com a participação nas reuniões de serviço, todas as Quartas-feiras, disponibilizou-se assessoria aos enfermeiros, colaborando na tomada de decisão da equipa e intervindo no sentido da melhoria da informação para o processo de cuidar, nos diagnósticos, na sugestão de ações a realizar e na avaliação do processo de cuidar.

De forma a uma melhor gestão dos cuidados delegaram-se algumas tarefas nas assistentes operacionais, sempre que as situações o permitiam com a devida supervisão, nomeadamente, no auxílio ao utente na higiene pessoal e na alimentação. De acordo com o REPE (OE, 2012, p.20), “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de Enfermagem.” Define ainda, através do Decreto-lei nº 161/96, de 4 de Setembro, que “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem (...)”.

Também se contribuiu para uma melhor gestão dos cuidados aquando da realização do exame mental e dos registos de enfermagem, avaliando as perturbações emocionais, comportamentais ou cognitivas dos utentes, melhorando a informação, os diagnósticos, as soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar, indo ao encontro das necessidades de cada doente.

Eixo D- Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio de competências, a OE (2009) define como competências do enfermeiro, o desenvolvimento do autoconhecimento a assertividade e baseio da sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Segundo Lethinen (2008) a saúde mental, como um componente indissociável da saúde geral, reflete o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente. É influenciada por fatores biológicos e psicológicos individuais, interações sociais, estruturas e recursos sociais, e valores culturais.

A doença mental inclui perturbações e desequilíbrios mentais, disfuncionamentos associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, por exemplo, a esquizofrenia e a depressão.

A promoção da saúde mental e a prevenção de doença mental abrangem as determinantes individuais, familiares, comunitárias e sociais da saúde mental, ao reforçarem os fatores protetores (por exemplo, resiliência) e ao diminuírem os fatores de risco. As escolas e os locais de trabalho, onde as pessoas passam muito do seu tempo, são terrenos privilegiados de ação (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

Além do sofrimento óbvio devido aos transtornos mentais, existe uma carga oculta de estigma e discriminação enfrentada pelos portadores de transtornos mentais. A estigmatização de pessoas com transtornos mentais tem persistido ao longo da história, manifestada por estereotipia, medo, assédio, raiva e rejeição ou evitação. Violações de direitos humanos e liberdades básicas e negação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais aos que sofrem de transtornos mentais são uma ocorrência comum em todo o mundo, tanto dentro de instituições como na comunidade (OMS, 2005).

Como já mencionado anteriormente, realizou-se uma formação, no serviço de Cirurgia 1, sobre saúde mental (doença mental, promoção da saúde mental, prevenção da doença mental e estigma do doente mental), como forma de contribuir para a desmistificação de ideias erróneas face ao doente mental. Este tema foi identificado como necessidade formativa neste serviço e a sua abordagem foi bastante participativa a nível da equipa de enfermagem, contribuindo para a aquisição e atualização de conhecimentos para uma melhor prestação de cuidados. O processo de elaboração desta formação, também, foi de grande enriquecimento tanto a nível pessoal como profissional.

No âmbito deste domínio, salienta-se ainda a participação, enquanto formanda, no 5º Encontro do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental 'Interfaces em Psiquiatria' organizado pelo serviço de psiquiatria e saúde mental do Centro Hospitalar de Leiria. Foram abordados vários temas de grande interesse, entre os quais dois de destaque para a enfermagem: *a intervenção do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria na Psicoeducação do utente/família* e *Desafios e dificuldades em Reabilitação Psiquiátrica*. Os enfermeiros-chefes das unidades de internamento de doentes agudos e de doentes crónicos, respetivamente, realçaram o imperativo do doente em Psiquiatria, salientando a importância de trabalhar para o doente, que pode ser, qualquer um de nós, por isso estamos, efetivamente, a trabalhar para todos nós. Também foi referida a enorme lacuna nacional que existe em termos de Cuidados Continuados na Saúde Mental.

Atividades desenvolvidas no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

Segundo Townsend (2011), o uso terapêutico de si mesmo é fundamental e requer que o enfermeiro tenha uma grande autoconsciência e autoconhecimento, atingido uma crença filosófica sobre a vida, a morte e a condição humana em geral. O autoconhecimento requer que o indivíduo reconheça e aceite o que valoriza e aprenda a aceitar a

singularidade e diferença nos outros, o que aumenta a capacidade de formar relações interpessoais satisfatórias.

Stuart e Laraia (2001) referem que os profissionais que ajudam outros seres humanos exercem uma poderosa influência sobre aqueles a quem assistem. No caso dos enfermeiros, estes funcionam como modelos seguidos pelos seus utentes. Os mesmos autores afirmam ainda, que embora possa existir a tendência de se mencionar que tem que existir uma separação entre a vida privada e a vida profissional, nem sempre é possível, especificamente em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, uma vez que esta área envolve o uso terapêutico do próprio profissional de enfermagem.

No desenvolvimento desta competência teve grande relevo o ensino clínico realizado na UIDEPP. Este teve a duração de um único dia, mas possibilitou uma visão do trabalho aí desenvolvido face ao trabalho realizado no internamento com utentes em fase aguda da doença. A experiência vivida foi única e intensa. A visão da degradação, tanto a nível físico como mental, de grande parte dos utentes representou um grande choque emocional. Embora os utentes tenham ótimas condições logísticas, estando em constante contacto com a natureza, a gravidade da situação, de alguns, teve um grande impacto emocional. O abandono por parte das famílias e o isolamento do resto da sociedade é marcante. A gestão das emoções foi primordial para um bom relacionamento com os utentes e para a manutenção da qualidade do cuidado e bem-estar e equilíbrio do profissional. Fez-se uma análise das emoções desenvolvidas com partilha das mesmas ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria com o objetivo de compreenderem as reações dos utentes e dos profissionais, atenuando positivamente as experiências experimentadas, não se deixando afetar pelas situações presenciadas, desviando o foco de atenção e recorrendo à descentração para prover os cuidados necessários aos utentes. Segundo Diogo e Rodrigues (2012) citando Van Sant (2003), os enfermeiros devem usar estratégias que garantam a proximidade e a empatia emocional, mas que evitem deixá-los emocionalmente exaustos. Referem, ainda, que os enfermeiros procuram reconhecer as suas próprias emoções e sentimentos, identificar as situações emotivas nos cuidados e desenvolver estratégias de gestão do seu mundo interno. Mobilizam estratégias transformadoras das experiências emocionais perturbadoras, procurando gerir positivamente as suas próprias emoções e manter o envolvimento emocional com os clientes.

2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

A prática contemporânea da enfermagem psiquiátrica é um processo interpessoal que promove e mantém um comportamento no cliente, contribuindo para o seu funcionamento integrado, tal como refere Stuart e Laraia (2001). De acordo com os mesmos autores o cliente pode ser um indivíduo, uma família, um grupo, uma organização ou uma comunidade.

No serviço de Psiquiatria realizaram-se duas sessões, uma de exercício físico com os objetivos de promover bem-estar, reduzir a tensão e ansiedade assim como promover interação entre os utentes e outra de relaxamento, utilizando o método de Jacobson, com os objetivos de promover relaxamento e bem-estar procurando ganhos em saúde mental.

A primeira revelou uma colaboração e entreaajuda entre os 12 indivíduos presentes. Foi colocada música ritmada e distribuídos vários balões. Os utentes encheram-nos e os que não conseguiam foram ajudados pelos colegas. Andaram aleatoriamente, ao ritmo da música, atirando os balões ao ar e posteriormente entre eles, realizando alguns alongamentos sempre ao ritmo da música. Os balões passaram para os pés tornando-se um jogo de futebol mas levando ao rebentamento da maioria, com grande contentamento dos participantes. Devido à interação entre todos, a comunicação foi bastante desenvolvida nesta tarefa. No final da ação, comentou-se a eficácia da atividade e, cada um expôs a forma de ocupação do tempo livre em casa.

Macedo, Garavello, Oku, Miyagusuku, Agnoll e Nocetti (2003) referem que a qualidade de vida relaciona-se com o bem-estar físico, social e emocional, sendo que os meios para o seu desenvolvimento é o exercício físico. Os exercícios físicos são benéficos para a saúde, proporcionando melhoria da eficácia do metabolismo, melhora do autoconceito, da autoestima e da imagem corporal, diminuição do stress, da ansiedade, da depressão, da tensão muscular e da insónia, melhora no humor, aumento da disposição física e mental, diminuição do consumo de medicamentos, melhora das funções cognitivas e da socialização e também, melhora o funcionamento orgânico em geral proporcionando aptidão física para uma boa qualidade de vida.

A sessão de relaxamento teve a participação de 13 utentes dos quais 8, com maior duração de tempo de internamento, conseguiram colaborar mais do que os recém-chegados. Alguns adormeceram embora outros estivessem demasiado ansiosos para descontraírem.

Payne (2003) refere que a utilização do sistema respiratório como meio para alcançar o relaxamento é uma abordagem claramente aceite. A respiração está diretamente relacionada com o sistema nervoso autónomo que controla a vigília fisiológica. As técnicas respiratórias são fáceis de aprender e podem ser realizadas em qualquer local, o que as torna disponíveis em situações de stress.

O relaxamento de Jacobson é um método, que utiliza um plano sistemático abrangendo os principais grupos musculares do corpo humano. A alternância entre contração e distensão da musculatura resulta em profundo relaxamento (Sousa Filho, 2009).

Todos estes aspetos foram tidos em conta em ambas as sessões obtendo resultados satisfatórios tendo discutido com os utentes as implicações destes exercícios e aferindo a sua apreciação face aos mesmos.

3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada conteúdo

Tive a oportunidade, através do estudo de caso sobre um indivíduo com ideação suicida (planeamento de enforcamento) e depressão moderada, delinear um plano de cuidados de forma a apoiar o utente com perturbação mental, promover uma relação terapêutica, identificar fatores de risco e minimizar recaídas dando ênfase aos fatores de proteção para o suicídio. Já Galdeano, Rossi e Zago (2003) referem que o estudo de caso fundamenta as ações de enfermagem, proporcionando uma assistência individual e personalizada, na qual o utente é visto como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas, proporciona um elo entre os diferentes técnicos de saúde que contactam com o utente, contribui na formação de um corpo concreto de conhecimento de enfermagem, pois os registos e arquivos dos estudos de casos podem ser utilizados como referência futura e contribui para melhorar o desempenho da equipe de enfermagem.

Segundo a OE (2012), a relação terapêutica assume-se hoje como fulcral no domínio da atuação autónoma dos enfermeiros, tendo vindo a tornar-se num meio poderoso de intervenção e num elemento decisivo e inquestionável no cuidar em Enfermagem. Os enfermeiros, ao valorizarem a perceção e comportamento do indivíduo, avaliando a existência de risco de comportamento suicidário, têm obrigação de intervir. Uma estratégia fundamental da prevenção do suicídio passa por estabelecer com a pessoa em risco uma relação de confiança e empatia que permita a verbalização e exteriorização do sofrimento psicológico, para posteriormente promover uma intervenção especializada e eficaz.

A Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009) identifica fatores protetores e de risco para o suicídio. Relativamente aos Fatores de Risco, estes são tipificados em *Psicopatológicos*: Depressão endógena, esquizofrenia, alcoolismo, toxicod dependência e distúrbios de personalidade; Modelos suicidários: familiares, pares sociais, histórias de ficção e / ou notícias veiculadas pelos media; Comportamentos suicidários prévios; Ameaça ou ideação suicida com plano elaborado; Distúrbios alimentares (bulimia). *Psicológicos*: Ausência de projetos de vida; Desesperança contínua e acentuada; Culpabilidade elevada por atos praticados ou experiências passadas; Perdas precoces de figuras significantes (pais, irmãos, cónjuge, filhos); Ausência de crenças religiosas. *Pessoais*: Ter entre 15 e 24 anos ou mais de 45; Pertencer ao sexo masculino e raça branca; Morte do cónjuge ou de amigos íntimos; Escolaridade elevada; Presença de doenças de prognóstico reservado (HIV, cancro, etc.); Hospitalizações frequentes, psiquiátricas ou não; Família atual desagregada: por separação, divórcio ou viuvez. *Sociais*: Habitar em meio urbano; Residir em meio rural a sul do Tejo; Desemprego; Mudança de residência; Emigração; Falta de apoio familiar e / ou social; Reforma; Acesso fácil a agentes letais, tais como arma de fogo ou pesticidas; Estar preso.

Quanto aos Fatores protetores, na perspetiva da OMS (2000), entre os fatores de proteção para o suicídio encontram-se: o bom relacionamento familiar, os cuidados parentais preservados, o apoio familiar, relações de confiança (fatores familiares); boas habilidades sociais, iniciativa no pedido de ajuda e conselhos, noção de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizagens, estratégias comunicacionais desenvolvidas, recetividade à ajuda de terceiros, noção e empenho em projetos de vida (estilo cognitivo e personalidade); valores culturais, lazer, prática de atividade física,

pertença a uma religião, boas relações com amigos e colegas, boas relações com professores e outros adultos, apoio de pessoas relevantes e amigos que não apresentem comportamentos aditivos (fatores culturais e sociodemográficos); uma dieta saudável e boa qualidade do sono (fatores ambientais). Uma percepção mais otimista da vida, com razões para se continuar a viver, opondo-se ao sentimento de desesperança, protege contra o suicídio. Por exemplo, o apego aos filhos pequenos e o sentimento de importância na vida de outras pessoas.

Ainda no âmbito desta competência, realizaram-se 3 sessões psicoeducativas para os familiares dos utentes internados, subordinadas aos seguintes temas: Doença mental (estigma e mitos), Adesão terapêutica (papel da família) e Saúde mental do cuidador (estratégias de coping). A participação em todas as sessões foi de 6 a 7 elementos. A interação entre os familiares e a enfermeira dinamizadora foi muito intensa, com demonstração de grande interesse e preocupação pelas temáticas, por parte da maioria dos presentes, chegando a existir um grande período de esclarecimentos. Estes debates revestem-se de grande importância pois através deles é possível aos familiares expressarem emoções e normalizarem sentimentos. A intervenção familiar psicoeducativa têm por objetivo melhorar as competências desta para lidar com o doente, ajudá-la na gestão da medicação, nos processos de coping afectivo e instrumental, fornecer-lhe suporte social mas também encoraja-la a mudar os estilos de relacionamento disfuncionais com o doente, assim como ajudá-la a adotar atitudes mais adequadas e facilitadoras da comunicação no seio da família (Reis, sd).

4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde

No contexto, da prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, foram realizadas três reuniões comunitárias, na sala de estar do serviço, onde estiveram presentes os utentes. As mesmas tiveram como objetivos debater as normas de funcionamento do serviço, conhecer as expectativas dos

utentes sobre o serviço, conhecer a sua opinião acerca das regras de funcionamento do mesmo e discutir propostas de melhoria. Tiveram um papel importante na participação e envolvimento dos doentes, estabelecendo-se parcerias com os utentes na gestão do funcionamento do serviço. A relação terapêutica desenvolvida motivou uma maior confiança com os cuidadores.

A reunião comunitária pode ser entendida como uma intervenção socioterapêutica ou uma terapia psicossocial, dependendo da ênfase que o enfermeiro terapeuta dá às temáticas abordadas, podendo mesmo ser considerada uma intervenção socioterapêutica para uns e simultaneamente uma terapia psicossocial para outros. Se entendermos que um utente participa na reunião comunitária, onde tem um papel ativo no seu ambiente social podemos considerar uma terapia psicossocial. Se por outro lado entendermos que na reunião comunitária estamos a trabalhar o ambiente social e as relações sociais, então estaremos a realizar uma intervenção socioterapêutica.

Este tipo de reunião permite que os utentes, de uma forma geral, percebam o normal funcionamento do serviço, ajuda-os a construir um bom ambiente terapêutico. A reunião comunitária é um espaço em que os utentes sentem o serviço como seu, onde têm a oportunidade de emitir uma opinião válida sobre o serviço e onde podem construir ou melhorar características do serviço.

Para Novakovic (2011), as reuniões comunitárias são uma excelente oportunidade para profissionais e utentes trabalharem conjuntamente em várias tarefas. A reunião comunitária permite ao terapeuta observar o comportamento de cada utente durante a mesma permitindo apurar um melhor conhecimento dos doentes. Esse conhecimento mais aprofundado permite encontrar formas de terapias mais indicadas a cada utente observado.

A reunião comunitária é o lugar indicado para discutir comportamentos desajustados ou rompimento de normas. Ao lado do seu puro valor informativo, a reunião também fornece oportunidades para avaliar a importância dinâmica dos eventos comunitários e corrigir perceções distorcidas (Carneiro, 2000).

Nestas reuniões comunitárias conseguiu-se estabelecer, acima de tudo um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo e com o enfermeiro/terapeuta. Os utentes foram incentivados a dar e a receber feedback, como referem Guerra e Lima (2005), contribuindo para a promoção das relações interpessoais.

3.A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA “SAÚDE PESSOAL DO LÍDER”

O Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro, que regulariza as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria refere que o avanço no conhecimento requer que o enfermeiro especialista na referida área incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

De acordo com Fortin (2000), o objeto da investigação em ciências de enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem conduzindo à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina. Assim, a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática de cuidados. O processo de investigação comporta então três fases: a fase conceptual, a fase metodológica e a fase empírica.

Nesse sentido surge este trabalho de investigação intitulado “Saúde Pessoal do Líder”. A escolha do tema prendeu-se com a grande paixão que é o escutismo e com a constatação de algumas necessidades na área da promoção da saúde e prevenção da doença nos seus dirigentes escutistas.

A apresentação deste trabalho divide-se em quatro subcapítulos. No primeiro é feita uma abordagem do enquadramento teórico do estudo, no segundo apresenta-se a sua metodologia, já no terceiro são expostos os resultados obtidos e a sua discussão e por último, são resumidas as suas conclusões. De modo a dar visibilidade ao trabalho de investigação realizado, foi elaborado um artigo científico (ANEXO I) referente ao mesmo.

3.1. QUADRO TEÓRICO

São muitos os aspetos organizacionais que afetam o bem-estar e a saúde física e mental das pessoas. O tipo de trabalho, as relações interpessoais, os papéis que se desempenham, os sistemas de promoção e o estilo de liderança são elementos determinantes do bem-estar, da saúde, da qualidade de vida e da satisfação do trabalho. Além disso, têm também repercussões sobre a organização (absentismo, rotação, erros de desempenho, diminuição da qualidade e quantidade de serviços, etc.) e sobre a sociedade em geral (Martins, 2004).

Fachada (2012, p.444) define liderança como “um fenómeno de influência interpessoal exercida em determinada situação através do processo de comunicação humana, com vista à comunicação de determinados objetivos”. O comportamento de liderar envolve múltiplas funções como planificar, informar, avaliar, controlar, motivar, recuperar, punir entre outras. A autora menciona ainda que liderar é essencialmente, orientar o grupo, as pessoas em direção a determinados objetivos ou metas. Sendo a liderança um processo de influência, o líder irá modificar intencionalmente o comportamento de outras pessoas, o que é possível através do modo como utiliza o seu poder e a sua autoridade.

De acordo com Boyatzis (2005), um líder deve ser forte em pelo menos uma das quatro áreas fundamentais da inteligência emocional, uma vez que entende que 85% a 90% das habilidades que diferenciam o líder dos demais reside na inteligência emocional. As áreas a que faz alusão são: consciência de si mesmo (entender as próprias emoções e assumir tanto as forças quanto as limitações), autocontrole (manter impulsos e emoções sob controle), consciência social (ter empatia saber observar tendências) e destreza social (desenvolver habilidades nos outros manter rede de relações e orientar com visão clara).

São escassos os estudos na literatura sobre a saúde mental de um líder e as intervenções psicoeducativas de grupo a esse nível. Os artigos, na maioria, reportam-se à saúde mental dos gestores ou dos professores/educadores e, as intervenções psicoeducativas, em geral, reportam-se a grupos de familiares ou doentes.

Souza e Araújo (2010) citando Baum e Andersen (2001) e o *National Cancer Institute* (2008), referem que as intervenções psicoeducacionais costumam incluir técnicas cognitivo-comportamentais, comportamentais, treino em habilidades de enfrentamento, treino em resolução de problemas, treino em relaxamento, uso de material educativo, manejo de sintomas, suporte emocional, informação/educação em saúde e intervenção suportivo-expressiva.

Considerando que um chefe escoteiro ou dirigente dos escoteiros é um educador e um líder, e que foi implementado neste estudo um programa de intervenções psicoeducativas, o constructo teórico deste trabalho centra-se nestes estudos.

Segundo Jordão (2003), os educadores devem ser bons líderes. O Profissional Educador de Pessoas precisa agir de acordo com seu discurso, uma vez que ele deve servir de exemplo aos alunos que o seguem. A principal ferramenta do profissional educador de pessoas é o ensino contínuo, que direciona o professor líder para o ensino educacional, ou seja, é preciso que ele desenvolva a capacidade de promover educação/desenvolvimento com um serviço de alta qualidade e dar abertura para a transmissão de informações, de maneira a permitir a participação dos alunos nas tomadas de decisões, atuando, sempre, como educador, incentivador e coordenador.

No âmbito das intervenções psicoeducacionais, destaca-se o trabalho desenvolvido por Costa (2006), que avaliou a eficácia relativa a duas intervenções psicoeducativas dirigidas à prevenção da SIDA e promoção da saúde em mulheres com risco para o VIH. Concluiu que as intervenções que têm como alvo a prevenção da SIDA na população feminina podem produzir mudanças significativas, quando abordam um conjunto de variáveis sociais e cognitivas de teorias psicológicas com base empírica, essenciais para o comportamento sexual seguro.

Souza e Araújo (2010) demonstraram num estudo de intervenção psicoeducacional, em doentes oncológicas em início de quimioterapia, que no final das 6 sessões, as doentes apresentavam aumento de estratégias focalizadas no problema, busca de suporte social e qualidade de vida, bem como redução de ansiedade e depressão.

Coelho (2012) com uma amostra de 6 professores num estudo do tipo préteste pós-teste, que envolveu um processo de educação de professores (intervenção psicoeducativa

orientada para capacitar professores face à competência emocional) revelou que após a intervenção psicoeducativa, os professores apresentavam melhores valores médios ao nível da saúde mental.

No contexto do escutismo, o chefe/dirigente deve ser detentor de um conjunto de qualidades que lhe permitam estimular a criatividade, de tal forma que os jovens desenvolvam a sua própria educação. Ele deve ser, antes de mais, um bom gestor de estímulos, tanto individuais como coletivos, na perspetiva de uma educação personalizada. Este adulto deve ser ainda um autêntico líder, capaz de unir os jovens na defesa dos anseios comuns, tendo em vista os nobres ideais do Escutismo, da Religião e da Vida em Sociedade. Deve ser possuidor de competências de animação, ser aceite pelos próprios jovens como seu grande amigo e que, na hora de trabalho, é mais um. Segundo o Projeto Educativo do Corpo Nacional de Escutas (2010), o dirigente do Corpo Nacional de Escutas (CNE) é um adulto que assumiu um compromisso pessoal e voluntário de trabalhar na implementação e desenvolvimento do mesmo enquanto educador. Ao assumir este compromisso, assume-se uma missão de serviço com as devidas implicações (responsabilidades e deveres) daí resultantes.

O dirigente tem que formar os elementos, criar oportunidades educativas, cumprir normas de segurança, excluir comportamentos de risco, estar atento ao bem-estar físico psicológico e anímico.

Por experiência própria, em algumas situações, é manifesto que os chefes de escuteiros referem algumas necessidades na área da promoção da saúde e prevenção da doença tais como desânimo, baixa autoestima, baixa autoconfiança, baixa motivação e dificuldade de liderança. Sendo pessoas dedicadas a uma causa e em regime de voluntariado, enfrentam algumas dificuldades em conciliar profissão/família e escutismo, mas a correta formação dos jovens é uma preocupação constante e, para que ela aconteça de forma saudável, deve existir bem-estar físico e psíquico a nível dos dirigentes que os formam.

Assim, torna-se pertinente promover a saúde mental destes líderes com base na aquisição de competências pessoais tais como autoestima, capacidade de liderança, motivação e assertividade.

Para Lehtinen (2008, p. 40):

“O desenvolvimento de competências pessoais, tais como o autoconhecimento, a melhoria da autoestima, um sentimento de controlo e de autoeficácia, as relações interpessoais e competências comunicacionais, a resolução de problemas e estilos de coping tem demonstrado promover a saúde mental e ajudar as pessoas a exercer mais controlo sobre a sua vida e sobre o ambiente em que vivem”.

Estes pressupostos levaram às seguintes questões de investigação:

- Qual é o nível de saúde pessoal dos líderes, dirigentes escutistas da Região de Leiria?
- Qual o impacto da implementação do Programa de Intervenções psicoeducativas “Saúde Pessoal do Líder” na saúde pessoal destes dirigentes escutistas?

Face às questões em estudo, delinearam-se os seguintes objetivos:

- Avaliar a saúde pessoal dos líderes, dirigentes escutistas da Região de Leiria antes e após implementação de um programa de intervenção psicoeducativa realizado por um EESMP
- Avaliar o impacto de um programa de intervenção psicoeducativa realizado por um EESMP nos dirigentes escutistas da Região de Leiria.

3.2. METODOLOGIA

De acordo com Fortin (2000), a metodologia consiste no conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, pelo que neste capítulo se descrevem os procedimentos e os meios utilizados com vista ao alcance dos objetivos traçados para este estudo.

Face à problemática em estudo e tendo em conta os objetivos do mesmo, optou-se por realizar um estudo quantitativo, de carácter quase experimental, do tipo pré-teste/pós-teste sem grupo de controlo.

Segundo Coutinho et al. (2009) referindo-se a Dick (1999), a investigação-ação pode ser descrita como uma família de metodologias de investigação que incluem ação (ou mudança) e investigação (ou compreensão) ao mesmo tempo, utilizando um processo que alterna entre ação e reflexão crítica.

Por sua vez, Fernandes (2004, p.3) citando Kemmis e McTaggart, (1988) menciona que

“A investigação-ação constitui uma forma de questionamento reflexivo e coletivo de situações sociais, realizado pelos participantes, com vista a melhorar a racionalidade e a justiça das suas próprias práticas sociais ou educacionais bem como a compreensão dessas práticas e as situações nas quais aquelas práticas são desenvolvidas; trata-se de uma investigação-ação quando a investigação é colaborativa, por isso é importante reconhecer que a investigação-ação é desenvolvida através da ação (analisada criticamente) dos membros do grupo.”

Decorrente do desenho do estudo, formulou-se a seguinte hipótese:

H1- Há diferenças estatisticamente significativas entre o nível de saúde pessoal dos líderes dirigentes escutistas da Região de Leiria, antes e após a implementação do programa das intervenções psicoeducativas.

População e amostra

Ao conjunto de “casos” sobre os quais se pretende retirar conclusões dá-se o nome de população. Mas, se a população for demasiado extensa, torna-se impossível ou muito dispendioso incluir todos os casos no estudo, pelo que se seleciona uma parte desta que se designa por amostra (Hill & Hill, 2002).

Para este estudo foi definida como população alvo todos os dirigentes escutistas da Região de Leiria (464). A seleção dos sujeitos que integraram a amostra (11) foi obtida recorrendo ao método de amostragem não probabilística intencional. O critério de seleção teve como base pertencer a um Agrupamento escutista da Região de Leiria, estar no ativo numa das secções e participarem voluntariamente no programa de intervenções psicoeducativas.

Instrumento de colheita de dados

Tendo em conta o tipo de estudo, optou-se pela utilização de um questionário composto por um conjunto de questões sociodemográficas e a Escala de “Avaliação da Saúde Pessoal do Líder” de Jardim e Pereira (2006) (ANEXO II).

Esta escala é composta por 17 itens que são cotados de 1 a 5 no sentido do “Nunca”(1) para o “ Quase sempre”(5) que contribuem para a obtenção de pontuação final em que uma Saúde Pessoal Baixa corresponde um score entre 17 e 39, uma Saúde Pessoal Média corresponde um score entre 40 e 60 e uma Saúde Pessoal Elevada corresponde um score entre 61 e 85.

A caracterização da amostra do ponto de vista dos dados sociodemográficos foi efetuada através de quatro questões de resposta aberta e fechada, englobando as seguintes variáveis: Idade, Sexo, Habilitações académicas e Tempo de exercício como dirigente investido.

Desenho do estudo

A operacionalização do presente estudo obedeceu a três fases (QUADRO 1) que se desenrolaram ao longo de 6 semanas. A primeira diz respeito à aplicação do instrumento de colheita de dados. Os questionários foram aplicados na 1ª sessão aos dirigentes escutistas num total de 11. Na segunda fase, foi implementado o Programa de Intervenções psicoeducativas “Saúde Pessoal do Líder”. Este teve por base 6 sessões com os seguintes temas: saúde mental, lidar com o stress, autoestima, assertividade, liderança e motivação (ANEXO III). A terceira fase diz respeito à aplicação do questionário no final da última sessão.

Segundo Leal (2005), as psicoterapias de grupo são as mais usuais nas intervenções psicoterapêuticas. A mesma autora diz ainda que “um grupo é uma entidade única, nascida da interação de vários indivíduos, sobre a qual se foi descobrindo que tinha, em si mesma, virtualidades utilizáveis em contextos terapêuticos e psicoterapêuticos.”

Existem vários tipos de grupos, grupos de sensibilização, de desenvolvimento, de encontro, de animação, formação de equipas, de laboratório, conceitos utilizados na linguagem comum como equivalentes. No entanto os grupos são utilizados em contexto

pedagógico, terapêutico, de formação, de animação sociocultural, de tarefas (trabalho) com especificidades diferentes e com liderança profissional nuns casos e sem ela noutros.

Neste contexto podemos destacar os T-Grupo (*Training-Groups*) traduzidos por grupos de laboratório em geral e laboratórios temáticos quando se debruçam sobre um tema específico. Procuram normalmente um crescimento pessoal e a aquisição de competências relacionais ou têm como objetivo desenvolver o aprofundamento de determinada temática inserida no âmbito pedagógico e/ou educacional como treinar competências de comunicação e liderança. Nestes grupos, o líder pode recorrer ao uso de técnicas de dinamização para melhorar o desempenho dos elementos e do grupo em si. As técnicas usadas são chamadas exercícios de sensibilização e são atividades estruturadas e propostas de forma direta, tentando de forma explícita estimular os relacionamentos interpessoais e os sentimentos ou as ações dos seus membros conduzindo ao auto e heteroconhecimento (Guerra & Lima, 2005).

QUADRO 1- Desenho do estudo

  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Programa de Intervenções psicoeducativas “Saúde Pessoal do Líder” </div> 			
Antes da intervenção	1ª Sessão Saúde Mental 1h30mn	-Desenvolver jogo de quebra gelo -Definir e explicar o conceito de Saúde Mental -Explorar sentimentos, atitudes e pensamentos face à temática -Desenvolver técnica de relaxamento -Aplicação da Escala de Avaliação da Saúde Pessoal do Líder, Consentimento Informado e Contrato Terapêutico	Após intervenção
	2ª sessão Lidar com o Stress 1h30mn	-Definir o conceito de stress -Descrever os sinais e sintomas de stress -Identificar as causas de stress -Especificar modos de prevenção de stress -Automassagem e jogo metáfora da vida	
Aplicação do instrumento de colheita de dados	3ª Sessão Autoestima 1h30mn	-Definir o conceito de autoestima -Especificar alguns componentes essenciais da autoestima -Identificar estratégias para desenvolver a autoestima -Elaboração do brasão pessoal	Aplicação do instrumento de colheita de dados
	4ª Sessão Assertividade 1h30mn	-Entender o conceito de assertividade -Conhecer e identificar os tipos de comportamentos nas relações interpessoais -Consciencializar para a assertividade como forma de tornar as relações sociais gratificantes -Aprender Verbalizações assertivas -Desenvolver técnica de relaxamento	
	5ª Sessão Liderança 1h30mn	-Entender o conceito de liderança -Conhecer e identificar os tipos de liderança nas relações interpessoais -Saber o comportamento de uma Liderança eficaz -Desenvolver técnica de relaxamento	
	6ª Sessão Motivação 1h30mn	-Entender o conceito de motivação -Conhecer o ciclo motivacional -Identificar as respostas à frustração e os mitos da motivação -Conhecer a teoria motivacional de Maslow -Jogo da roda emaranhada e aplicação da Escala de Avaliação da Saúde Pessoal do Líder	

Procedimentos formais e éticos

Neste estudo foram tidos em atenção os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal como recomenda Fortin (2000).

Previamente foi solicitada a autorização e o consentimento informado (ANEXO IV), a cada participante, dando conhecimento do objetivo das sessões, da participação no preenchimento dos questionários e confidencialidade dos dados recolhidos. Utilizou-se o número de identificação nacional do CNE como código de emparelhamento da amostra. Também foi feito um contrato terapêutico com a marcação das sessões, em dia e hora previamente acordados.

Tratamento dos dados

Neste subcapítulo, faz-se referência aos procedimentos que permitiram efetuar a análise e interpretação dos dados colhidos.

Os dados foram tratados com recurso ao programa informático de tratamento estatístico SPSS, versão 22.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, utilizamos técnicas de estatística descritiva: frequências absolutas (N°) e relativas (%), medidas de tendência central com a média aritmética (M), medidas de variabilidade como o desvio padrão (DP) e valores máximos ($X_{\text{máx}}$) e mínimos (X_{min}).

Nas variáveis a estudar procedeu-se à verificação da normalidade através do teste Shapiro-Wilk (QUADRO 2) tendo-se verificado que a distribuição não era normal (valor de significância $\leq 0,05$) pelo que se utilizou o teste não paramétrico de Wilcoxon (Z) para o teste de hipótese, que também se aplica, como referem Pestana e Gageiro (2008), para analisar diferenças entre duas condições no mesmo grupo de sujeitos.

QUADRO 2- Resultados da aplicação do Testes de Normalidade

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Significância
SPL (M1)	0,973	9	0,918
SPL (M2)	0,977	9	0,945

3.3.ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se apresentar e analisar os resultados, discutindo-os à luz dos estudos referidos no enquadramento teórico.

Podemos observar no QUADRO 3, que a amostra dos dirigentes em estudo (N=11) é constituída por 5 homens e 6 mulheres, com média de idades de 39 anos (DP=4,5), variando a idade entre os 27 e os 46 anos. Do ponto de vista académico, 4 são detentores de uma licenciatura, 5 possuem o 3º ciclo do ensino básico e 2, o 2º ciclo do ensino básico. Em média, o tempo de exercício como dirigente investido foi de 10,9 anos (DP=8,1), variando entre os 2 e os 25 anos.

QUADRO 3- Caracterização sociodemográfica da amostra (N=11)

Atributos		Nº	%	Xmín	Xmax	M	DP
Sexo	Masculino	5	45,5	-	-	-	-
	Feminino	6	54,5	-	-	-	-
Habilitações literárias	2º ciclo do ensino básico	2	18,1	-	-	-	-
	3º ciclo do ensino básico	5	45,5	-	-	-	-
	Licenciatura	4	36,3	-	-	-	-
Idade (em anos)		-	-	27	46	39	4,5
Tempo de exercício como dirigente investido (em anos)		-	-	2	25	10,9	8,1

Face ao nível de Saúde Pessoal do Líder (QUADRO 4), os chefes (N=11) antes do programa de intervenções, apresentavam uma média de 63,1 (DP=4,5), representando um valor indicativo duma saúde pessoal elevada, verificando-se um valor mínimo de 56 e um valor máximo de 70. Após o programa de intervenções, os chefes (N=9) apresentavam uma média de 67 (DP=2,8) mantendo valores indicativos de uma saúde pessoal elevada, contudo o valor mínimo aumentou para 63, assim como valor máximo para 72.

QUADRO 4- Comparação do nível de Saúde Pessoal do Líder antes e após o programa de intervenções

	N	Xmín	Xmax	M	Md	DP
Saúde Pessoal do Líder (M1)	11	56	70	63,1	63,0	4,5
Saúde Pessoal do Líder (M2)	9	63	72	67,0	67,0	2,8

Na análise mais detalhada aos resultados do nível de Saúde Pessoal do Líder, podemos observar, no QUADRO 5, que o grau de saúde pessoal, antes do programa de intervenções (N=11), variou entre uma saúde pessoal média, manifestada por 4 (36,4%) chefes e uma saúde pessoal elevada, referida por 7 (63,6%). Após a implementação do programa de intervenções psicoterapêuticas, verificamos que todos os chefes (9) apresentam um nível de saúde pessoal elevado (100%).

Não foram encontrados estudos realizados em amostras com características similares ao deste estudo. No entanto os resultados revelam, tal como nos estudos de Costa (2006), Souza e Araújo (2010) e Coelho (2012), que após a implementação de programas de intervenções psicoeducativas, os níveis de saúde mental dos inquiridos aumentam.

QUADRO 5- Distribuição da amostra segundo o nível de Saúde Pessoal do Líder antes e após o programa de intervenções

Saúde Pessoal do Líder	M1 (N=11)		M2 (N=9)	
	Nº	%	Nº	%
Baixa	0	0	0	0
Média	4	36,4	0	0
Elevada	7	63,6	9	100,0

H1- Há diferenças estatisticamente significativas entre o nível de saúde pessoal dos líderes dirigentes escutistas da Região de Leiria, antes e após a implementação do programa das intervenções psicoeducativas.

Para verificação da hipótese foi realizado o teste estatístico de Wilcoxon para amostras emparelhadas (QUADRO 6). Relativamente ao nível de saúde pessoal do líder, os resultados sugerem que há uma diferença estatisticamente significativa após o programa de intervenções ($Z=-2,533$; $p\leq 0,05$), permitindo concluir que o programa de intervenções psicoterapêuticas foi eficaz, tendo tido impacto positivo na saúde pessoal dos dirigentes escutistas.

QUADRO 6- Resultados da aplicação do Teste de Wilcoxon para o nível de Saúde Pessoal do Líder

Saúde Pessoal do Líder	N		Média de ordens	Z	p
Saúde Pessoal do Líder após programa	Ordens Negativas	0	4,5	-2,533	0,011
Saúde Pessoal do Líder antes programa	Ordens Positiva	8			
	Empates	1			

3.4.CONCLUSÕES DO ESTUDO

No que diz respeito aos resultados obtidos, pode-se concluir que o programa de intervenções psicoterapêuticas “Saúde Pessoal do Líder”, teve um impacto positivo e que os níveis de saúde pessoal dos dirigentes escutistas aumentaram. Perante o referido, pode-se afirmar que os objetivos traçados, para o trabalho, foram atingidos com sucesso.

O presente trabalho tem como fragilidade a inexistência de estudos comparativos utilizando a mesma metodologia, nomeadamente a mesma escala de “Avaliação da Saúde Pessoal do Líder” de Jardim e Pereira (2006). É de referir, também, a falta de bibliografia a nível de investigação, na área do escutismo.

A metodologia seguida neste estudo, investigação-ação com base em intervenções psicoeducacionais, revelou-se uma boa estratégia de ação, tendo promovido ganhos em saúde nos dirigentes escutistas, capacitando-os a nível das suas competências pessoais para desenvolverem as suas atividades com os jovens que estão a seu encargo. Deste modo sugere-se a replicação do estudo envolvendo a mesma metodologia numa amostra maior. No entanto, torna-se pertinente a reformulação do programa de intervenções com vista ao aumento do número de sessões para capacitar os dirigentes e assim atingir um nível de saúde mental superior.

4.CONCLUSÃO

A enfermagem de saúde mental e psiquiatria foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alterações ou doença mental.

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria desenvolve, na prática clínica, competências específicas desta área, mobilizando saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos, pois entende-se, que uma competência é um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar.

A prática clínica em enfermagem de saúde mental é distinta das outras áreas, o utente, família e comunidade são o objeto do seu cuidar existindo uma mobilização do próprio enfermeiro como ferramenta/instrumento terapêutico no desenvolvimento e realização de intervenções de psicoterapias, socioterapias, psicossociais e psicoeducacionais.

É de salientar a importância que assume a investigação na prática desta área, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria contribui, através dela, para a incrementação do conhecimento científico e para a obtenção de respostas a questões ou problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades.

A elaboração deste relatório refletiu as atividades desenvolvidas nos ensinamentos clínicos como forma de atingir as competências especializadas definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Foi feita uma reflexão crítica ao nível de cada competência permitindo aferir o contributo e a importância para a prática especializada, recorrendo à evidência científica para a sua fundamentação.

Também foi realizado um estudo de investigação-ação como forma de desenvolver uma prática especializada fundamentada na evidência científica e aumentar os ganhos em saúde de um grupo populacional.

A maior dificuldade sentida na elaboração deste trabalho foi a gestão entre família, profissão e prática clínica. No entanto, o empenho e a persistência foram fundamentais para ultrapassar as dificuldades, atingir os objetivos traçados e alcançar o desenvolvimento pessoal e profissional. A prática clínica foi o início para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem especializada. Desde então foram várias as solicitações nesta área demonstrando a necessidade crescente e urgente da população em termos de saúde mental. Considera-se pois, que a aprendizagem e aquisição de competências desenrolaram-se com sucesso conduzindo à capacidade de prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiatria de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, F. & Pereira, M.G. (2011). Promoção da saúde psicossocial na desabilitação tabágica. In M.G. Pereira, *Promoção da saúde psicossocial na doença: Aspectos teóricos e intervenções* (pp.115-159). Viseu:PsicoSoma.
- Almeida, T.M.R.T. (2006). *Contributos da Supervisão na Gestão do Stress dos alunos em Ensino Clínico*. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Barbosa, A., Neto, I. (2010) Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Bechelli, L.P.C & Santos, M,A. (2002). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(3), 383-91.
- Belcher.J.R. & Fish, L.J.B. (2000). *Hildegard E. Peplau*. In George, J.B. Teorias de enfermagem. Os fundamentos à prática profissional (pp.45-58) 4ª Ed. Porto Alegre: Artemed Editora.
- Boyatzis, R.(2005). A música da inteligência emocional. In *Expo Management Madrid*, Espanha.
- Carneiro, F. D. M. (2000). Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação. Virtual books acedido em 10 de Fevereiro de 2014 em <http://pt.scribd.com/doc7026124/18/a>
- Cepêda,T., Brito, I.& Heitor, M.J. (2005). Promoção da Saúde Mental na gravidez e primeira infância, Manual de Orientação para profissionais de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde.
- Coelho, L. V. M. (2012). Competência emocional em professores – contributos da psicoeducação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (8), 16-24.

- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde- Melhorar a saúde mental rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas.
- Corpo Nacional de Escutas (2010). Projeto Educativo- Manual do Dirigente. CNE, Escutismo Católico Português.
- Costa, E.C.V. (2006). *Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para oVIH*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho. Instituto de educação e psicologia.
- Coutinho, C.P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M.J. & Vieira, S. (2009). Investigação-ação: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Psicologia educação e cultura*. 13(2), 455-479.
- Decreto-Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República, I série. N.º 180 (09-09-16), 6547
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República I Série. N.º 205 (4-9-1996), 2959-2962.
- Diogo, P. & Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar enfermagem*, 16 (1),62-71.
- Drummond, J., Souza, A.C. (2008). Sociodrama nas organizações. São Paulo Ágora.
- Entidade Reguladora Da Saúde (2009). Consentimento informado- relatório final. Porto.
- Fachada, M.O. (2012). Psicologia das relações interpessoais. Lisboa: Edições Silabo.
- Faria, J.H. & Meneghetti, F.K., (2011). Liderança e organizações. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, 2(2), 93-119.
- Fernandes, A.M. (2004) Projeto SER MAIS – Educação para a Sexualidade Online. Acedido em 20 de Fevereiro de 2014 em

http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_Armenio/TESE_Armenio/_vti_cnf/TESE_Armenio_web/cap3.pdf

- Fernandes, S.J.D. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para agir*. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de ciências da saúde. Lisboa.
- Fortin, M. F. (2000). *O Processo de Investigação – da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Galdeano, L.E., Rossi, L.A. & Zago, M.M.F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev Latino-am Enfermagem*. 11(3), 371-375.
- Guerra, M. P. & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. 1ª edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hill, M. M. & Hill A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia prático para a mudança positiva*. Porto: ASA editores.
- Jordão, G. (2003). Professor, um líder na arte de educar. *Acta Scientiarum: human and social sciences*. 25(1), 087-093
- Joyce-Moniz, L.(2010). *Hipnose, meditação, relaxamento, dramatização. Técnicas de sugestão e auto-sugestão*. Porto: Porto Editora
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Lethinen, Ville (Coord.) (2008)- *Building up good mental health*. Integrado no MMHE Project, cofinanciado pela União Europeia. Finland: STAKES.
- Macedo, C.S.G., Garavello, J.J., Oku, E.C., Miyagusuku, F.H., Agnoll, P.D.& Nocetti, P.M. (2003). *Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida*. 8(2), 19-27.

- Mariano, M.S.S. & Muniz, H.P. (2006). Trabalho docente e saúde: o caso dos professores da segunda fase do ensino fundamental. *Estudos e pesquisas em psicologia, uerj, rj*, 6 (1), 76-88
- Martins, E.M., Simões, M.A. & Brito, I. (2012). Investigação-ação participativa em saúde: revisão sistemática da literatura em língua portuguesa. In PEER IV. Escola de Verão em Educação pelos Pares & Investigação Ação Participativa em Saúde. Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Martins, J.C.A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66
- Martins, M.C.A. (2004). Fatores de risco psicossociais para a saúde mental. *Revista Millenium*. 29, 255-268.
- Matsudo, S., Matsudo, V. & Neto, T. (2000). Benefícios da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Revista brasileira Atividade física e saúde*, 5(2), 60-76
- Mello, M.L.M, Barrias, J.C. & Breda, J.J. (2001). Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental..
- Novakovic, A. (2011). Community Meetings on Acute Psychiatric Wards, Rationale for Group Specialist Input for Staff Teams in the Acute Care Services. Group Analysis. Acedido em 10 de Fevereiro de 2014 em <http://gaq.sagepub.com/content/44/1/52.short>
- Nunes, L. (2008). Responsabilidade Profissional VIII Seminário de Ética. Ordem dos Enfermeiros, 29, 72-80
- Oliveira, L.H., Cardoso, M..M.V.N. & Campos, J.C.L (2004). Saúde mental e o professor de ensino público fundamental: uma relação possível?. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 8(2) 217-223

- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2006) – Investigação em enfermagem: tomada de posição. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2009). MDP-Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem. Conselho de enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2012). REPE e estatuto da ordem dos enfermeiros. Lisboa: OE
- Organização Mundial de Saúde & Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca). (2008). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspetiva global. Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Organização Mundial de Saúde (2006). Prevenção do Suicídio – Um Recurso para Conselheiros. Genebra: Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias - Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso.
- Organização Mundial de Saúde. (2000) – Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em Atenção Primária. Genebra: Departamento de Saúde Mental. OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). Livro de recursos da OMS sobre saúde Mental, direitos humanos e legislação. Cuidar, sim - Excluir, não.
- Paul, C. & Reeves, J.S. (2000). Visão geral do processo de enfermagem. In George, J.B. & al, *Teorias de enfermagem- Os fundamentos à prática profissional* (pp.21-32) 4ª Ed. Porto Alegre: Artemed Editora.
- Payne, R. (2003). Técnicas de relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde. Loures: Lusociência.

- Pease, A.& Pease, B. (2006) – Linguagem Corporal. Sp: Bizâncio.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2006). Comunicação. In A. Barbosa & I. Neto (Ed.). Manual de cuidados paliativos. Lisboa; Gráfica Maiadouro; 1ª edição.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamenta as competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República II Série. Nº 35 (18-02-2011),p.8648-8669.
- Regulamento nº 129/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamenta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Diário da República II Série. Nº 35 (18-02-2011),p.8669-8673.
- Reis, F. (sd). Intervenção Psicoeducativa nas Famílias de Esquizofrénicos. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. Acedido em 12 de Março de 2014 em http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N1/Indice1_ficheiros/Reis.pdf
- Santana, A.F.O. (2011). Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares. Acedido em 2 de Abril de 2014 e disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0252.pdf>
- Santos, E.M.M. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro. Departamento de Didática e Tecnologia Educativa
- Santos, J. C. P., Façanha, J. D. N., Gonçalves, M. A. B., Erse, M. P. Q. A., Cordeiro, R. A. C., & Façanha, R. M. P. S. (2012). Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção e Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária. Ordem dos Enfermeiros.
- Schön, D. (1992). La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la aprendizaje en las profissões, Barcelona: Centro de publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia y Ediciones Paidós Ibérica.

- Silva, A., Varanda, J., Nóbrega, S. (2004) Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais Cascais, Principia.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009). O para-suicídio. Consultado em 10 de Julho de 2013 e Disponível em http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&catid=36&id=61&Itemid=59.
- Sousa Filho, P.G. (2009). Introdução aos métodos de relaxamento. In: Encontro Paranaense, congresso brasileiro de psicoterapias corporais, XIV. Acedido em 20 de Abril de 2013 e disponível em [http:// www. Centroreichiano.com.br/artigos](http://www.Centroreichiano.com.br/artigos)
- Souza, J.R. & Araújo, T.C.C.F. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estudos de Psicologia*, 27(2) 187-196
- Stakes (2008). Building Up Good Mental Health: Guidelines based on existing Knowledge. Finland
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem psiquiátrica. Princípios e prática*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora
- Sub-região de Saúde de Leiria. Relatório de Atividades de 2008. Leiria, 2008. Acessível no Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio.
- Taylor, C.M. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. (13ª ed.). (D. Batista, trad.). Porto alegre: Artes Médicas.
- Townsend. M.C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ªed). Lisboa: Lusociência.
- Trzepacz, P.T. & Baker, R.W. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Turchet, P. (2012). *A Linguagem do Corpo – Aprenda a ler as emoções dos outros*. Lisboa: Livros Horizonte.

Werlang, B. S. G., Borges, V. R. & Fensterseifer (2005). Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia* 39 (2), 259-266.

ANEXOS

ANEXO I

Artigo de investigação para publicação

TITULO: Saúde Pessoal do Líder: contributo de um programa de intervenções psicoeducativas.

AUTOR: Ana Maria Baptista Alves Pedrosa, Enfermeira Especialista em Saúde Mental, Centro Hospitalar de Leiria, anapedrosa@sapo.pt

RESUMO

No presente trabalho avaliou-se o impacto de um programa de intervenções psicoeducativas na saúde pessoal de um grupo de dirigentes escutistas. Trata-se de um estudo quantitativo, de carácter quase experimental, do tipo pré-teste/pós-teste sem grupo de controlo. A população alvo foi uma amostra não probabilística, intencional de 11 dirigentes escutistas da Região de Leiria. Aplicou-se a Escala de "Avaliação da Saúde Pessoal do Líder", antes e após um programa de intervenções psicoterapêutica. O programa teve por base 6 sessões com os temas: saúde mental, lidar com o stress, autoestima, assertividade, liderança e motivação. Após implementação do programa de intervenções psicoeducativas, verificou-se que o mesmo foi eficaz, tendo tido impacto positivo na saúde pessoal dos dirigentes escutistas.

Palavras-chave: Saúde mental; Enfermagem; Liderança; *Sensitivity Training Groups*..

ABSTRACT

In the present study measured the impact of a psycho-educational intervention program in personal health of a group of scout leaders a. It is a quantitative study, almost experimental in nature, the pre-test/post-test type without control group. It was used a non-probability sampling for the target population, intentional of eleven scout leaders of Leiria's area. It was applied the scale from "Personal Health Assessment of the Leader", before and after a program of psychotherapeutic interventions. The program was based on 6 sessions with the following subjects: mental health, dealing with stress, self-esteem, assertiveness, leadership and motivation. After the implementation of psycho-educational intervention program, it was found that it was effective, having a positive impact on personal health of scout leaders.

Key Words: Mental health, Nursing, Leadership, Sensitivity Training Groups.

INTRODUÇÃO

São muitos os aspetos organizacionais que afetam o bem-estar e a saúde física e mental das pessoas. O tipo de trabalho, as relações interpessoais, os papéis que se desempenham, os sistemas de promoção e o estilo de liderança são elementos determinantes do bem-estar, da saúde, da qualidade de vida e da satisfação do trabalho. Além disso, têm também repercussões sobre a organização (absentismo, rotação, erros de desempenho, diminuição da qualidade e quantidade de serviços, etc.) e sobre a sociedade em geral (Martins, 2004).

Fachada (2012, p.444) define liderança como "um fenómeno de influência interpessoal exercida em determinada situação através do processo de comunicação humana, com vista à comunicação de determinados objetivos". O comportamento de liderar envolve múltiplas funções como planificar, informar, avaliar, controlar, motivar, recuperar, punir

entre outras. A autora menciona ainda que liderar é essencialmente, orientar o grupo, as pessoas em direção a determinados objetivos ou metas. Sendo a liderança um processo de influência, o líder irá modificar intencionalmente o comportamento de outras pessoas, o que é possível através do modo como utiliza o seu poder e a sua autoridade.

De acordo com Boyatzis (2005), um líder deve ser forte em pelo menos uma das quatro áreas fundamentais da inteligência emocional, uma vez que entende que 85% a 90% das habilidades que diferenciam o líder dos demais reside na inteligência emocional. As áreas a que faz alusão são: consciência de si mesmo (entender as próprias emoções e assumir tanto as forças quanto as limitações), autocontrole (manter impulsos e emoções sob controle), consciência social (ter empatia saber observar tendências) e destreza social (desenvolver habilidades nos outros manter rede de relações e orientar com visão clara).

São escassos os estudos na literatura sobre a saúde mental de um líder e as intervenções psicoeducativas de grupo a esse nível. Os artigos, na maioria, reportam-se à saúde mental dos gestores ou dos professores/educadores e, as intervenções psicoeducativas, em geral, reportam-se a grupos de familiares ou doentes.

Souza e Araújo (2010) citando Baum e Andersen (2001) e o *National Cancer Institute* (2008), referem que as intervenções psicoeducacionais costumam incluir técnicas cognitivo-comportamentais, comportamentais, treino em habilidades de enfrentamento, treino em resolução de problemas, treino em relaxamento, uso de material educativo, manejo de sintomas, suporte emocional, informação/educação em saúde e intervenção suportivo-expressiva.

Considerando que um chefe escuteiro ou dirigente dos escuteiros é um educador e um líder, e que foi implementado neste estudo um programa de intervenções psicoeducativas, o constructo teórico deste trabalho centra-se nestes estudos.

Segundo Jordão (2003), os educadores devem ser bons líderes. O Profissional Educador de Pessoas precisa agir de acordo com seu discurso, uma vez que ele deve servir de exemplo aos alunos que o seguem. A principal ferramenta do profissional educador de pessoas é o ensino contínuo, que direciona o professor líder para o ensino educacional, ou seja, é preciso que ele desenvolva a capacidade de promover educação/desenvolvimento com um serviço de alta qualidade e dar abertura para a transmissão de informações, de maneira a permitir a participação dos alunos nas tomadas de decisões, atuando, sempre, como educador, incentivador e coordenador.

No âmbito das intervenções psicoeducacionais, destaca-se o trabalho desenvolvido por Costa (2006), que avaliou a eficácia relativa a duas intervenções psicoeducativas dirigidas à prevenção da SIDA e promoção da saúde em mulheres com risco para o VIH. Concluiu que as intervenções que têm como alvo a prevenção da SIDA na população feminina podem produzir mudanças significativas, quando abordam um conjunto de variáveis sociais e cognitivas de teorias psicológicas com base empírica, essenciais para o comportamento sexual seguro.

Souza e Araújo (2010) demonstraram num estudo de intervenção psicoeducacional, em doentes oncológicas em início de quimioterapia, que no final das 6 sessões, as

doentes apresentavam aumento de estratégias focalizadas no problema, busca de suporte social e qualidade de vida, bem como redução de ansiedade e depressão.

Coelho (2012) com uma amostra de 6 professores num estudo do tipo préteste pós-teste, que envolveu um processo de educação de professores (intervenção psicoeducativa orientada para capacitar professores face à competência emocional) revelou que após a intervenção psicoeducativa, os professores apresentavam melhores valores médios ao nível da saúde mental.

No contexto do escutismo, o chefe/dirigente deve ser detentor de um conjunto de qualidades que lhe permitam estimular a criatividade, de tal forma que os jovens desenvolvam a sua própria educação. Ele deve ser, antes de mais, um bom gestor de estímulos, tanto individuais como coletivos, na perspetiva de uma educação personalizada. Este adulto deve ser ainda um autêntico líder, capaz de unir os jovens na defesa dos anseios comuns, tendo em vista os nobres ideais do Escutismo, da Religião e da Vida em Sociedade. Deve ser possuidor de competências de animação, ser aceite pelos próprios jovens como seu grande amigo e que, na hora de trabalho, é mais um. Segundo o Projeto Educativo do Corpo Nacional de Escutas (2010), o dirigente do Corpo Nacional de Escutas (CNE) é um adulto que assumiu um compromisso pessoal e voluntário de trabalhar na implementação e desenvolvimento do mesmo enquanto educador. Ao assumir este compromisso, assume-se uma missão de serviço com as devidas implicações (responsabilidades e deveres) daí resultantes.

O dirigente tem que formar os elementos, criar oportunidades educativas, cumprir normas de segurança, excluir comportamentos de risco, estar atento ao bem-estar físico psicológico e anímico.

Por experiência própria, em algumas situações, é manifesto que os chefes de escuteiros referem algumas necessidades na área da promoção da saúde e prevenção da doença tais como desânimo, baixa autoestima, baixa autoconfiança, baixa motivação e dificuldade de liderança. Sendo pessoas dedicadas a uma causa e em regime de voluntariado, enfrentam algumas dificuldades em conciliar profissão/família e escutismo, mas a correta formação dos jovens é uma preocupação constante e, para que ela aconteça de forma saudável, deve existir bem-estar físico e psíquico a nível dos dirigentes que os formam.

Assim, torna-se pertinente promover a saúde mental destes líderes com base na aquisição de competências pessoais tais como autoestima, capacidade de liderança, motivação e assertividade.

Para Lehtinen (2008, p. 40):

“O desenvolvimento de competências pessoais, tais como o autoconhecimento, a melhoria da autoestima, um sentimento de controlo e de autoeficácia, as relações interpessoais e competências comunicacionais, a resolução de problemas e estilos de coping tem demonstrado promover a saúde mental e ajudar as pessoas a exercer mais controlo sobre a sua vida e sobre o ambiente em que vivem”.

METODOLOGIA

Face à problemática em estudo e tendo em conta os objetivos do mesmo, optou-se por realizar um estudo quantitativo, de carácter quase experimental, do tipo pré-teste/pós-teste sem grupo de controlo.

Segundo Coutinho et al. (2009) referindo-se a Dick (1999), a investigação-ação pode ser descrita como uma família de metodologias de investigação que incluem ação (ou mudança) e investigação (ou compreensão) ao mesmo tempo, utilizando um processo que alterna entre ação e reflexão crítica.

Decorrente do desenho do estudo, formulou-se a seguinte hipótese:

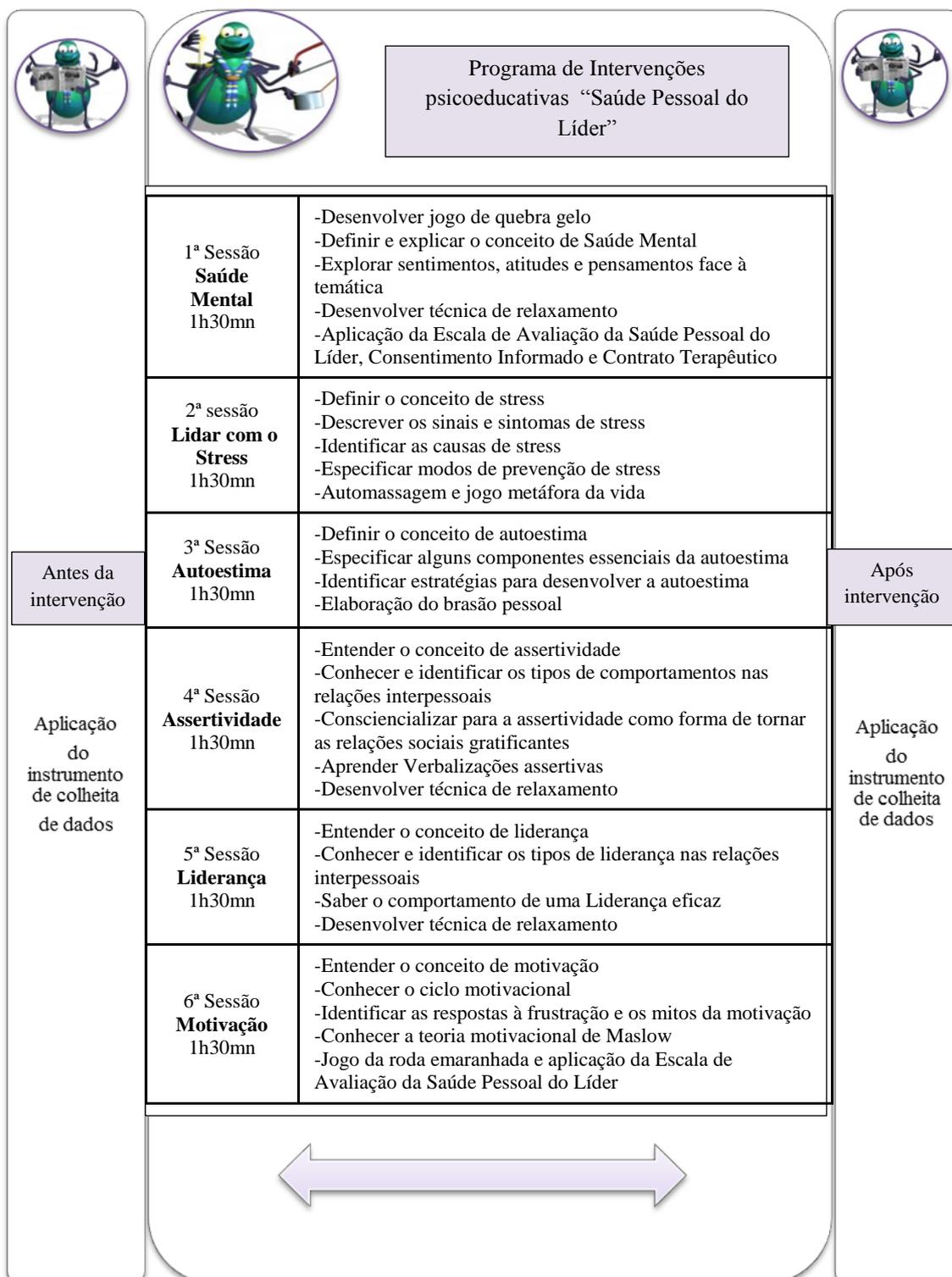
H1- Há diferenças estatisticamente significativas entre o nível de saúde pessoal dos líderes dirigentes escutistas da Região de Leiria, antes e após a implementação do programa das intervenções psicoeducativas.

Foi definida como população alvo todos os dirigentes escutistas da Região de Leiria (464). A seleção dos sujeitos que integraram a amostra (11) foi obtida recorrendo ao método de amostragem não probabilística intencional. O critério de seleção teve como base pertencer a um Agrupamento escutista da Região de Leiria, estar no ativo numa das secções e participarem voluntariamente no programa de intervenções psicoeducativas.

Optou-se pela utilização de um questionário composto por um conjunto de questões sociodemográficas e a Escala de “Avaliação da Saúde Pessoal do Líder” de Jardim e Pereira (2006). Esta escala é composta por 17 itens que são cotados de 1 a 5 no sentido do “Nunca”(1) para o “ Quase sempre”(5) que contribuem para a obtenção de pontuação final em que uma Saúde Pessoal Baixa corresponde um score entre 17 e 39, uma Saúde Pessoal Média corresponde um score entre 40 e 60 e uma Saúde Pessoal Elevada corresponde um score entre 61 e 85.

A operacionalização do presente estudo obedeceu a três fases (QUADRO 1) que se desenrolaram ao longo de 6 semanas. A primeira diz respeito à aplicação do instrumento de colheita de dados. Os questionários foram aplicados na 1ª sessão aos dirigentes escutistas num total de 11. Na segunda fase, foi implementado o Programa de Intervenções psicoeducativas “Saúde Pessoal do Líder”. Este teve por base 6 sessões com os seguintes temas: saúde mental, lidar com o stress, autoestima, assertividade, liderança e motivação. A terceira fase diz respeito à aplicação do questionário no final da última sessão.

QUADRO 1- Desenho do estudo



Previamente foi solicitada a autorização e o consentimento informado, a cada participante, dando conhecimento do objetivo das sessões, da participação no preenchimento dos questionários e confidencialidade dos dados recolhidos. Utilizou-se o número de identificação nacional do CNE como código de emparelhamento da amostra. Também foi feito um contrato terapêutico com a marcação das sessões, em dia e hora previamente acordados.

Os dados foram tratados com recurso ao programa informático de tratamento estatístico SPSS, versão 22. Nas variáveis a estudar procedeu-se à verificação da normalidade através do teste Shapiro-Wilk (QUADRO 2) tendo-se verificado que a distribuição não era normal (valor de significância $\leq 0,05$) pelo que se utilizou o teste não paramétrico de Wilcoxon (Z) para o teste de hipótese, que também se aplica, como referem Pestana e Gageiro (2008), para analisar diferenças entre duas condições no mesmo grupo de sujeitos.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Podemos observar no QUADRO 2, que a amostra dos dirigentes em estudo (N=11) é constituída por 5 homens e 6 mulheres, com média de idades de 39 anos (DP=4,5), variando a idade entre os 27 e os 46 anos. Do ponto de vista académico, 4 são detentores de uma licenciatura, 5 possuem o 3º ciclo do ensino básico e 2, o 2º ciclo do ensino básico. Em média, o tempo de exercício como dirigente investido foi de 10,9 anos (DP=8,1), variando entre os 2 e os 25 anos.

QUADRO 2- Caracterização sociodemográfica da amostra (N=11)

Atributos		Nº	%	Xmín	Xmax	M	DP
Sexo	Masculino	5	45,5	-	-	-	-
	Feminino	6	54,5	-	-	-	-
Habilitações literárias	2º ciclo do ensino básico	2	18,1	-	-	-	-
	3º ciclo do ensino básico	5	45,5	-	-	-	-
	Licenciatura	4	36,3	-	-	-	-
Idade (em anos)		-	-	27	46	39	4,5
Tempo de exercício como dirigente investido (em anos)		-	-	2	25	10,9	8,1

Face ao nível de Saúde Pessoal do Líder (QUADRO 3), os chefes (N=11) antes do programa de intervenções, apresentavam uma média de 63,1 (DP=4,5), representando um valor indicativo duma saúde pessoal elevada, verificando-se um valor mínimo de 56 e um valor máximo de 70. Após o programa de intervenções, os chefes (N=9) apresentavam uma média de 67 (DP=2,8) mantendo valores indicativos de uma saúde pessoal elevada, contudo o valor mínimo aumentou para 63, assim como valor máximo para 72.

QUADRO 3- Comparação do nível de Saúde Pessoal do Líder antes e após o programa de intervenções

	N	Xmín	Xmax	M	Md	DP
Saúde Pessoal do Líder (M1)	11	56	70	63,1	63,0	4,5
Saúde Pessoal do Líder (M2)	9	63	72	67,0	67,0	2,8

Na análise mais detalhada aos resultados do nível de Saúde Pessoal do Líder, podemos observar, no QUADRO 4, que o grau de saúde pessoal, antes do programa de intervenções (N=11), variou entre uma saúde pessoal média, manifestada por 4 (36,4%) chefes e uma saúde pessoal elevada, referida por 7 (63,6%). Após a implementação do programa de intervenções psicoterapêuticas, verificamos que todos os chefes (9) apresentam um nível de saúde pessoal elevado (100%).

Não foram encontrados estudos realizados em amostras com características similares ao deste estudo. No entanto os resultados revelam, tal como nos estudos de Costa (2006), Souza e Araújo (2010) e Coelho (2012), que após a implementação de programas de intervenções psicoeducativas, os níveis de saúde mental dos inquiridos aumentam.

QUADRO 4- Distribuição da amostra segundo o nível de Saúde Pessoal do Líder antes e após o programa de intervenções

Saúde Pessoal do Líder	M1 (N=11)		M2 (N=9)	
	Nº	%	Nº	%
Baixa	0	0	0	0
Média	4	36,4	0	0
Elevada	7	63,6	9	100,0

Para verificação da hipótese foi realizado o teste estatístico de Wilcoxon para amostras emparelhadas (QUADRO 5). Relativamente ao nível de saúde pessoal do líder, os resultados sugerem que há uma diferença estatisticamente significativa após o programa de intervenções ($Z=-2,533$; $p\leq 0,05$), permitindo concluir que o programa de intervenções psicoterapêuticas foi eficaz, tendo tido impacto positivo na saúde pessoal dos dirigentes escutistas.

QUADRO 5- Resultados da aplicação do Teste de Wilcoxon para o nível de Saúde Pessoal do Líder

Saúde Pessoal do Líder	N		Média de ordens	Z	p
Saúde Pessoal do Líder após programa	Ordens Negativas	0	0	-2,533	0,011
Saúde Pessoal do Líder antes programa	Ordens Positiva	8	4,5		
	Empates	1			

CONCLUSÕES

No que diz respeito aos resultados obtidos, pode-se concluir que o programa de intervenções psicoterapêuticas “Saúde Pessoal do Líder”, teve um impacto positivo e que os níveis de saúde pessoal dos dirigentes escutistas aumentaram. Perante o referido, pode-se afirmar que os objetivos traçados, para o trabalho, foram atingidos com sucesso.

O presente trabalho tem como fragilidade a inexistência de estudos comparativos utilizando a mesma metodologia, nomeadamente a mesma escala de “Avaliação da Saúde Pessoal do Líder” de Jardim e Pereira (2006). É de referir, também, a falta de bibliografia a nível de investigação, na área do escutismo.

A metodologia seguida neste estudo, investigação-ação com base em intervenções psicoeducacionais, revelou-se uma boa estratégia de ação, tendo promovido ganhos em saúde nos dirigentes escutistas, capacitando-os a nível das suas competências pessoais para desenvolverem as suas atividades com os jovens que estão a seu encargo. Deste modo sugere-se a replicação do estudo envolvendo a mesma metodologia numa amostra maior. No entanto, torna-se pertinente a reformulação do programa de intervenções com vista ao aumento do número de sessões para capacitar os dirigentes e assim atingir um nível de saúde mental superior.

BIBLIOGRAFIA

Boyatzis, R. (2005). A música da inteligência emocional. In *Expo Management Madrid*, Espanha

Coelho, L. V. M. (2012). Competência emocional em professores – contributos da psicoeducação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (8), 16-24.

Costa, E.C.V. (2006). *Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para oVIH*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho. Instituto de educação e psicologia.

Coutinho, C.P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M.J. & Vieira, S. (2009). Investigação-ação: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Psicologia educação e cultura*. 13(2), 455-479.

Fachada, M.O. (2012). *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Sílabo.

Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia prático para a mudança positiva*. Porto: ASA editores.

Jordão, G. (2003). Professor, um líder na arte de educar. *Acta Scientiarum: human and social sciences*. 25(1), 087-093

Lethinen, Ville (Coord.) (2008)- Building up good mental health. Integrado no MMHE Project, cofinanciado pela União Europeia. Finland: STAKES.

Martins, M.C.A. (2004). Fatores de risco psicossociais para a saúde mental. *Revista Millenium*. 29, 255-268

Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (5ª ed)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Souza, J.R. & Araújo, T.C.C.F. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estudos de Psicologia*, 27(2) 187-196

ANEXO II

Escala de Avaliação da Saúde Pessoal do Líder

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE PESSOAL DO LÍDER (Jardim & Pereira, 2006)

1- Nunca 2- Raramente 3- Algumas vezes 4- Frequentemente 5- Quase sempre

1- Possuo um sentido estável da minha identidade, isto é, tenho um claro sentido de quem sou.	1	2	3	4	5
2- Assumo a responsabilidade das minhas ações, em vez de culpar os outros e de tentar lançar sobre eles as minhas contrariedades.	1	2	3	4	5
3- Acredito que posso controlar os eventos que afetam a minha vida.	1	2	3	4	5
4- Tenho uma percepção saudável da imagem e do funcionamento do meu corpo.	1	2	3	4	5
5- Não enveredo por atividades autodestrutivas.	1	2	3	4	5
6- Sou apaixonado pelo que faço.	1	2	3	4	5
7- Sei como gerir a ansiedade.	1	2	3	4	5
8- Não perco facilmente o controlo.	1	2	3	4	5
9- Tenho a capacidade de estabelecer e cultivar relações interpessoais.	1	2	3	4	5
10- Tenho um sentido de pertença, isto é, vejo-me a mim próprio como parte integrante de um grupo.	1	2	3	4	5
11- Sei lidar com problemas de dependência e de separação e tenho grande capacidade para conviver com a perda.	1	2	3	4	5
12- Sou criativo e tenho espirito jovial.	1	2	3	4	5
13- Tenho capacidade para reenquadrar as experiências negativas de um modo positivo.	1	2	3	4	5
14- Tenho esperança no meu futuro.	1	2	3	4	5
15- Estou altamente motivado para fazer uma autorreflexão.	1	2	3	4	5
16- Satisfaço a minha necessidade de afiliação, uma vez que sinto que pertença efetivamente a uma determinada coletividade, para além da entidade onde trabalho.	1	2	3	4	5
17- Sinto que a minha vida tem um sentido e um significado.	1	2	3	4	5

ANEXO III

Programa de Intervenções psicoeducativas

Plano de Sessão 1:

Saúde Mental

DATA: 01-04-2013

HORA: 21h30

População Alvo: Grupo de Dirigentes do CNE

Duração: 1h30mn

Enfermeiro dinamizador:

Enfermeira Ana Maria Pedrosa

Com colaboração da Enf^a Lúcia Grácio (tutora)

Fundamentação:

Saúde Mental

Sem saúde mental não há saúde. É a saúde mental que abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade. É ela que contribui para a prosperidade, solidariedade e justiça social das nossas sociedades. Em contrapartida, a doença mental impõe múltiplos custos, perdas e sobrecargas aos cidadãos e aos sistemas sociais (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

A Organização Mundial da Saúde define Saúde como: "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade". A mesma Organização define saúde mental como "um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias capacidades, consegue enfrentar o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar um contributo para a sua comunidade "

A saúde mental, como um componente indissociável da saúde geral, reflete o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente.

É influenciada por: Fatores biológicos e psicológicos individuais; Interações sociais; Estruturas e recursos sociais, e Valores culturais (Lethinen,2008).

A saúde mental tem duas dimensões:

1) Saúde mental positiva que pode ser conceptualizada como um valor em si mesmo (sentir-se bem), ou como uma capacidade de perceber, compreender e interpretar o ambiente que nos rodeia, adaptar-se a ele e alterá-lo se necessário, ainda como uma capacidade para pensar e comunicar com os outros;

2) Saúde mental negativa (ou distúrbios mentais e de comportamento) que está relacionada com os transtornos mentais, os sintomas e os problemas de saúde mental.

A saúde mental positiva inclui: Um sentimento positivo de bem-estar; Recursos individuais incluindo a autoestima, o otimismo, e um sentimento de domínio e de coerência; A capacidade de iniciar, desenvolver e manter relações interpessoais mutuamente satisfatórias; A capacidade de lidar com as adversidades (resiliência).

Estes irão reforçar a capacidade da pessoa para contribuir para a família e para outras redes sociais, para as comunidades locais e para a sociedade. (Lethinen,2008).

A doença mental inclui perturbações e desequilíbrios mentais, disfuncionamentos associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, por exemplo, a esquizofrenia e a depressão.

A promoção da saúde mental e a prevenção de doença mental abrangem as determinantes individuais, familiares, comunitárias e sociais da saúde mental, ao reforçarem os fatores protetores (por exemplo, resiliência) e ao diminuírem os fatores de risco. As escolas e os locais de trabalho, onde as pessoas passam muito do seu tempo, são terrenos privilegiados de ação (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

Promover a saúde mental da população

-Saúde mental na infância e na adolescência

Uma vez os primeiros anos de vida são determinantes para a saúde mental, promover a saúde mental junto das crianças e dos adolescentes é investir no futuro. Fomentar as competências parentais contribui para um melhor desenvolvimento infantil. Uma abordagem escolar holística contribui para aumentar as competências sociais, melhorar a resiliência e reduzir o assédio, a ansiedade e os sintomas depressivos.

-Promoção da saúde mental junto da população ativa

Enquanto uma boa saúde mental estimula a capacidade de trabalho e a produtividade, as más condições de trabalho, incluindo a intimidação por colegas, conduzem a desequilíbrios psíquico, a baixas por doença e ao aumento dos custos. A percentagem de trabalhadores por conta de outrem na Europa que afirma sofrer de stress no trabalho chega a atingir 28%. As iniciativas destinadas a melhorar a capacidade individual e a diminuir os fatores de stress no trabalho melhoram a saúde e promovem o desenvolvimento económico.

-Promoção da saúde mental das pessoas idosas

As consequências do envelhecimento da população europeia em matéria de saúde mental exigem medidas eficazes. O envelhecimento traz consigo muitos fatores de stress suscetíveis de aumentar a doença mental tais como a diminuição das capacidades funcionais e o isolamento social. As depressões e as condições neuropsiquiátricas associadas ao envelhecimento, como, por exemplo, a demência, são fatores de agravamento das doenças mentais. As intervenções de apoio revelaram-se adequadas para melhorar a saúde mental dos idosos.

Iniciativas destinadas a grupos vulneráveis:

A precariedade social e económica aumenta a vulnerabilidade à doença mental. A perda do emprego e o estar desempregado podem reduzir a autoestima e levar à depressão. O risco de doença mental é maior para os migrantes e outros grupos marginalizados. As iniciativas com vista a reintegrar os desempregados no mercado de trabalho podem ser rentáveis. O apoio a grupos vulneráveis pode melhorar a saúde mental, reforçar a coesão social e evitar sobrecargas sociais e económicas.

Prevenir a doença mental

-Prevenir a depressão:

As iniciativas escolares que visem nomeadamente as competências para a vida e a prevenção do assédio, as destinadas a reduzir o stress no local de trabalho e a promoção da atividade física dos idosos contribuem, no seu conjunto, para reduzir os sintomas depressivos. A sensibilização a opinião pública para o fenómeno da depressão pode incentivar a procura de ajuda e reduzir a estigmatização e a discriminação.

-Reduzir os desequilíbrios decorrentes do consumo de substâncias psicoativas

Álcool, drogas e demais substâncias psicoativas constituem amiúde um fator de risco, podendo também ser consequência de problemas de saúde mental. As drogas e o álcool são prioridades claras da política da saúde a nível comunitário.

-Prevenir o suicídio

Estão a ser desenvolvidas estratégias de prevenção do suicídio em todos os Estados-Membros. Pistas para a prevenção do suicídio: limitar o acesso a métodos de suicídio, formar os prestadores de cuidados de saúde e estabelecer a colaboração entre os cuidados secundários e o acompanhamento após as tentativas de suicídio (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

Técnicas de relaxamento

As técnicas de relaxamento, apresentam-se como um conjunto de procedimentos de intervenção muito utilizados em saúde mental. O relaxamento terapêutico é uma possibilidade terapêutica que pode ser utilizada como terapia principal ou como terapia adjuvante em diferentes situações clínicas. (Filho, 2009)

O relaxamento pode ser muito útil no controlo e prevenção de situações de stress, pode proporcionar momentos de prazer e alegria podendo muitas vezes diminuir o impacto psicológico de situações adversas. O momento do relaxe deve ser respeitado e em muitas situações está indicado como indutor do sono pelo que deve ser utilizado antes de ir dormir. (Junqueira, 2006)

O treino autogénico de Schultz, destina-se a induzir um aumento da ação ou do controlo do sistema nervoso parassimpático, para ter como efeito a modificação ou regulação das funções hormonais, digestivas, respiratórias, da tensão arterial, da temperatura corporal, etc..., com os benefícios consequentes, psicológicos (diminuição da ansiedade) e somatoformes (modificação da somatização da dor, da hipertensão). O treino autogénico tanto pode ser incluído no grupo metodológico da hipnose como no da meditação ou no do relaxamento. No entanto é mais conhecido como treino de relaxamento. No treino autogénico a atenção tanto é dirigida para imagens mentais como para sensações somáticas, visando-se tanto um estado de relaxamento como uma melhor consciência de uma ideia ou de conhecimento do corpo, de sentimentos e emoções, etc... (Joyce-Moniz, 2010).

Objetivos Gerais:

Desmistificar ideias erróneas sobre saúde mental
Promover sensação de Bem-estar

Objetivos Específicos:

Definir e explicar o conceito de Saúde Mental; Explorar sentimentos, atitudes e pensamentos face à temática; Desenvolver jogo de quebra gelo e técnica de relaxamento.

Recursos:

- 😊 Computador e projetor
- 😊 Colchões, mantas
- 😊 Vela de cheiro

Número de participantes:

14

Bibliografia:

- 📖 Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde- Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas.
- 📖 Costa, E. (2006). *Técnicas de dinâmica facilitando o trabalho com grupos*. Rio de Janeiro:WAK Editora.
- 📖 Filho, P (2009). Introdução aos métodos de relaxamento - Encontro paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais. Anais, Curitiba. Disponível em <http://www.centroreichiano.com.br/artigos> acedido a 21 de Março de 2013
- 📖 Joyce-Moniz, L.(2010). *Hipnose, meditação, relaxamento, dramatização. Técnicas de sugestão e auto-sugestão*. Porto: Porto Editora

- 📖 Junqueira, M. (2006). A viagem do relaxamento: Técnicas de relaxamento e dinâmicas (1ª Edição). Goiânia: Ed da UCG
- 📖 Lethinen, Ville (Coord.) (2008)- Building up good mental health. Integrado no MMHE Project, cofinanciado pela União Europeia. Finland: STAKES.
- 📖 Payne, R. (2003). Técnicas de relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde. Loures: Lusociência.

Plano de Sessão 2:

Lidar com o stress

DATA: 10-04-2013

População Alvo: Grupo de Dirigentes do CNE

HORA: 21h30

Duração: 1h30mn

Enfermeiro dinamizador:

Enfermeira Ana Maria Pedrosa

Com colaboração da Enfª Lúcia Grácio

Fundamentação:

Stress

Sacadura-Leite e Uva (SD) expõem que a palavra stress provém de duas expressões latinas: "stringere" que significa esticar ou deformar e de "strictus" que corresponde às palavras portuguesas "esticado", "tenso" ou "apertado". Relatam que Stranks (2005) enuncia diversas formas de definir o stress, destacando-se entre outras :

- a resposta a um "ataque";
- uma resposta psicológica que se segue à incapacidade de "lidar" com problemas;
- a resposta frequente a alterações do ambiente.

Payne (2003) citando Selye (1956), afirma que o stress ligado a um organismo vivo ocorre quando este se depara com um estímulo perturbador. Identifica três fases a que dá o nome de Síndrome de adaptação geral: alarme, resistência e exaustão. Na fase de alarme, a exposição ao estímulo origina a libertação de hormonas e substâncias químicas que se traduzem por alterações fisiológicas adequadas. Se a exposição ao elemento stressor persistir, o organismo adapta-se desenvolvendo resistência. Contudo a resistência utiliza os recursos do organismo e estes à medida que vão sendo esgotados causam a exaustão.

Sacadura-Leite e Uva (SD) citando Scheuch (1996) "*considera o stress como uma resposta psicofisiológica do indivíduo quando este se tenta adaptar às mudanças do meio interno ou do meio externo, sendo portanto reativo a uma alteração da homeostasia de funções orgânicas, funções psicológicas ou da interação entre o ser humano e o seu ambiente social. De acordo com o mesmo autor, a adaptação segue os princípios da economia de funções, da minimização de esforços e do bem-estar, ocorrendo stress quando esses princípios não são respeitados.*"

Jardim e Pereira (2006) referem que Selye nos anos 50 definiu o conceito de stress como uma

resposta não específica do organismo a qualquer tentativa de alteração do seu equilíbrio. O mesmo autor descreve o stress como uma experiência quer positiva (eustress), quer negativa (distress) e explica que é impossível o indivíduo viver liberto totalmente de stress fazendo parte do dia à dia para reagir às diversas situações com que se depara.

Também Serra (1999) alega que os conceitos de respostas mal adaptativas e adaptativas correspondem, basicamente, às situações de "distress" e de "eustress", sendo as primeiras desgastantes e com consequências potencialmente negativas para a saúde do indivíduo e as últimas dinamizadoras, constituindo mesmo uma oportunidade de desenvolvimento pessoal em que o indivíduo aumenta as suas capacidades, ao superar uma dificuldade.

O stress está associado a sintomas fisiológicos que estão relacionados com a resposta de luta ou fuga e a sintomas psicológicos, tanto subjetivos (como uma pessoa se sente) como comportamentais (como uma pessoa age). Os sintomas variam de indivíduo para indivíduo devido às diferentes sensibilidades de cada pessoa ao experienciar uma situação stressora.

Algumas estratégias de lidar com o stress visam o problema tentando alterá-lo de alguma forma, de maneira a torná-lo menos ameaçador, outras a emoção que provoca, procurando reduzir a resposta emocional ao problema (Payne, 2003).

Automassagem: benefícios para o corpo e para a mente

O ato de massagear a si mesmo é uma ação de conforto pessoal. Ou seja, trata-se de uma ação que fazemos quase sem perceber: quando tiramos do pé um sapato apertado, quando terminamos uma prova, quando saímos cansados de uma reunião, invariavelmente apalpamos uma musculatura tensa na esperança de que o corpo retorne ao estado normal. Isso significa que o corpo físico sente e sofre as consequências dos nossos problemas psicológicos. Mas o inverso também é verdadeiro: quando temos algum problema físico, o nosso lado psicológico também sofre. E a automassagem apresenta benefícios tanto físicos quanto emocionais para o praticante, tais como: ativação da circulação sanguínea, diminuição das dores musculares, alívio das tensões emocionais, etc..

Uma sugestão prática para a automassagem é que os pontos mais importantes a serem tratados doem quando pressionados (Rondinelli, SD).

Objetivos Gerais:

Ajudar o grupo a identificar os acontecimentos e alterações na vida diária de cada um que os fazem sentir sob tensão.

Apoiar os elementos do grupo na identificação e na prática de estratégias para prevenir algumas fontes de stress ou de tensão.

Auxiliar na identificação e na prática de estratégias de adaptação para reduzir os efeitos do stress.

Promover sensação de Bem-estar

Objetivos Específicos:

Definir o conceito de stress; Descrever os sinais e sintomas de stress; Identificar as causas de stress; Especificar modos de prevenção de stress.

Recursos:

- 😊 Computador e projetor
- 😊 Cadeiras
- 😊 Bolas anti stress



Frasco de vidro, bolas de ping pong, fósforos, arroz e café

Número de participantes:

9

Bibliografia:

- Feliz Mente, educação e sensibilização para a saúde mental 2012*. Acedido em 1 de Abril de 2013 em <http://felizmente.esenfc.pt/felizmente/?id=11450&p=11446>
- Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais*. Guia prático para a mudança positiva. Porto: ASA editores.
- Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi editores
- Ministério da saúde (2010). "Proform" Programa de formação em saúde mental comunitária, Cir - cuidados integrados e recuperação. Porto: coordenação nacional para a saúde mental.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento*. Um guia prático para profissionais de saúde. Loures: Lusociência.
- Rondinelli, (SD). *Automassagem: benefícios para o corpo e para a mente*. Acedido em 1 de Abril de 2013 em <http://www.brasilecola.com/educacao-fisica/automassagem-beneficios-para-corpo-para-mente.htm>
- Sacadura-Leite, E.& Uva, A.(SD). *Stress relacionado com o trabalho*. Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. Acedido em 3 de Abril de 2013 em http://www.ensp.unl.pt/.../stress_relacionado_com_o_trabalho_st-6.pdf
- Silva, J.(2012) . *Saúde sexual*. Acedido em 3 de Abril de 2013 em <http://www.josepereiradasilva.com/pt/suplementos/lidar-com-o-stress>
- Karin Fromm. *Passo-a-passo para uma automassagem*. Acedido em 3 de Abril de 2013 em <http://entretenimento.br.msn.com/astrologia/passo-a-passo-para-uma-automassagem?page=0>

Anexos:

Anexo 1

A próxima lista vai ajuda-lo a avaliar quais são os problemas diários com os quais lida diariamente.

Lista de Problemas do Dia-a-dia (Ministério da saúde, 2010)

Sinalize os problemas que teve na última semana:

- Não ter dinheiro suficiente para as despesas básicas
- Não ter dinheiro para gastar em distrações
- Ambientes com muita gente ou multidões
- Transportes públicos cheios
- Engarrafamentos de trânsito
- Sentir-se sobrecarregado em casa
- Sentir-se sobrecarregado no trabalho
- Discussões em casa
- Discussões no trabalho

- Lidar com pessoas desagradáveis
- Gritarias em casa,
- Gritarias no trabalho
- Não ter privacidade em casa
- Problemas de saúde ligeiros
- Desordem ou desarrumação em casa
- Desordem ou desarrumação no trabalho
- Tarefas domésticas desagradáveis
- Tarefas laborais desagradáveis
- Viver num bairro problemático ou perigoso
- Outros: _____

_____ Total de acontecimentos desagradáveis

Stress moderado = 1 ou 2 problemas diários

Stress elevado = 3-6 problemas diários

Stress muito elevado = mais de 6

Anexo 2

Para ver quantos acontecimentos de vida você viveu o ano passado, preencha a lista de verificação:

Lista de Acontecimentos de Vida (Ministério da saúde, 2010)

Sinalize acontecimentos vividos o ano passado:

- Mudanças
- Casamento
- Novo filho
- Divorcio ou separação
- Ferimento
- Doença
- Novo emprego
- Desemprego
- Receber uma herança ou ganhar dinheiro
- Problemas financeiros
- Ferimento ou doença de pessoa próxima ou querida
- Morte de pessoa próxima ou querida
- Vitima de um crime
- Problemas com a justiça
- Novo namorado(a)
- Rutura com namorado(a)
- Deixar de fumar
- Iniciar dieta
- Novas responsabilidades no trabalho
- Novas responsabilidades em casa
- Não ter casa

___ Hospitalização
___ Problemas causados pelo uso de álcool ou drogas
___ Outros: _____

___ _____ Numero total de acontecimentos

Stress moderado =1 Stress elevado =2-3 Stress muito elevado = mais de 3

Anexo 3

METÁFORA DA VIDA

Um professor, diante da sua turma de filosofia, sem dizer uma palavra pegou num frasco grande e vazio de maionese e começou a enchê-lo com bolas de golfe. A seguir perguntou aos estudantes se o frasco estava cheio.

Todos estiveram de acordo em dizer que "sim".

O professor tomou então uma caixa de fósforos e esvaziou-a dentro do frasco de maionese. Os fósforos preencheram os espaços vazios entre as bolas de golfe. O professor voltou a perguntar aos alunos se o frasco estava cheio, e eles voltaram a responder que "Sim".

Logo, o professor pegou uma caixa de areia e a vazou dentro do frasco. Obviamente que a areia encheu todos os espaços vazios e o prof. questionou novamente se o frasco estava cheio. Os alunos responderam-lhe com um "Sim" retumbante.

O professor em seguida adicionou duas chávenas de café ao conteúdo do frasco e preencheu todos os espaços vazios entre a areia. Os estudantes riram-se nesta ocasião. Quando os risos terminaram, o professor comentou:

- "Quero que percebam que este frasco é a vida. As bolas de golfe são as coisas importantes: a família, os filhos, a saúde, a alegria, os amigos, as coisas que vos apaixonam. São coisas que mesmo que perdêssemos tudo o resto, a nossa vida ainda estaria cheia.

Os fósforos são outras coisas importantes, como: o trabalho, a casa, o carro etc. A areia é tudo o resto, as pequenas coisas.

Se primeiro colocarmos a areia no frasco, não haverá espaço para os fósforos, nem para as bolas de golfe. O mesmo ocorre com a vida. Se gastamos todo o nosso tempo e energia nas coisas pequenas, nunca teremos lugar para as coisas, que realmente são importantes. Presta atenção às coisas que realmente importam. Estabelece as tuas prioridades, e o resto é só areia."

Um dos estudantes levantou a mão e perguntou:

- "Então e o que representa o café?"

O professor sorriu e disse:

- " Ainda bem que perguntas! Isso é só para lhes mostrar, que por mais ocupada que a vossa vida possa parecer, sempre há lugar para tomar um café com um amigo".

Plano de Sessão 3:

Autoestima

DATA: 15-04-2013

HORA: 21h30

População Alvo: Grupo de Dirigentes do CNE

Duração: 1h30mn

Local: Junta Regional de Leiria CNE

Enfermeiro dinamizador:

Enfermeira Ana Maria Pedrosa

Com colaboração da Enf^a Lúcia Grácio

Fundamentação:

Autoestima

Segundo Priotto (2012), "autoestima é a capacidade que uma pessoa tem de confiar em si próprio, de sentir-se capaz, de poder enfrentar os desafios da vida, saber procurar, acreditar, é valorizar-se, é o sentimento que cada pessoa tem por si mesma e pelo seu interior, é gostar de si".

Pereira (2011) define autoestima como o conjunto de perceções, pensamentos, avaliações, sentimentos em relação a si próprio, à sua maneira de ser e de estar, em relação ao seu corpo e à sua personalidade. Inclui os talentos, as habilidades, as qualidades corporais, mentais e espirituais mas também as incapacidades e fraquezas.

Idealmente, todas as pessoas deveriam desfrutar um alto nível de autoestima, vivenciando tanto a autoconfiança intelectual como a forte sensação de que a felicidade é adequada. No entanto, muitas são as que não se sentem assim, sofrendo de sentimentos de inadequação, insegurança, dúvida, culpa e medo de uma participação plena na vida - um sentimento vago de "eu não sou suficiente". Esses sentimentos nem sempre são reconhecidos e confirmados de imediato, mas eles existem (Branden, 2008).

Jardim e Pereira (2006) afirmam que a autoestima é um processo dinâmico ao longo da vida da pessoa. Durante a infância, a criança desenvolve competências como consequência das influências daqueles com quem convive e de acordo com a sua situação de desenvolvimento biológico e cognitivo. Na idade adulta, a pessoa também sofre as influências do ambiente que a rodeia, no entanto, pode refletir sobre as mesmas e decidir, parcialmente, sobre o grau de interferência que o exterior pode ter sobre a sua perceção.

Os mesmos autores identificaram 4 áreas de intervenção para promover a autoestima de um adulto:

- Viver com coerência os valores pessoais/sociais e superar os problemas com habilidade;
- Desenvolver relações interpessoais mutuamente satisfatórias e responder adequadamente à perda de tais relações;
- Adquirir competências comportamentais para desempenhar convenientemente uma determinada profissão e para assumir as responsabilidades da vida em geral;
- Saber lidar com os fracassos na vida profissional, as dificuldades económicas e o vivenciar uma experiência prolongada de desemprego.

Estas 4 Áreas estão ligadas às mudanças a operacionalizar no modo como a pessoa se relaciona consigo mesma, com os outros e com as suas ações, o que coloca várias instâncias:

- É necessário que a pessoa altere a opinião que tem sobre si mesma aprendendo a conhecer-se, tomando consciência dos seus limites, necessidades e capacidades, aceitando os seus defeitos, sem aspirar à perfeição total.
- Necessita de aprender a afirmar-se a si mesma, desenvolvendo a capacidade de exprimir o que pensa, quer, sente, mesmo correndo o risco de não agradar aos outros, respeitando o que os outros pensam, querem ou sentem, o que pressupõe o domínio das competências da empatia e da assertividade.
- É necessário mostrar a si mesma que está a realizar progressos, mesmo que pequenos, sendo a expressão de um melhoramento gradual que aumenta o nível da satisfação.

Treino autogénico

Ensina o corpo e a mente a relaxar e baseia-se em 4 requisitos:

- Estímulos externos reduzidos
- Atitude de concentração passiva
- Repetição de frases indutoras de relaxamento que se baseiam em 6 temas (peso nos braços e pernas, calor nos braços e pernas, batimento cardíaco calmo e regular, respiração calma, plexo solar aquecido e testa fresca)
- Contacto mental com a parte do corpo a que a frase se refere (Payne, 2003)

Objetivos Gerais:

Aumentar a consciência da autoestima e do seu papel na vida diária.
Melhorar a autoestima do grupo e dos seus elementos.
Fortalecer o merecimento
Promover sensação de Bem-estar

Objetivos Específicos:

Definir o conceito de autoestima. Especificar alguns componentes essenciais da autoestima.
Identificar estratégias para desenvolver a autoestima.

Recursos:

- 😊 Computador e projetor
- 😊 Colchonete
- 😊 Almofada
- 😊 Manta
- 😊 Lápis de cor
- 😊 Ficha "Brasão pessoal"

Número de participantes:

9

Bibliografia:

- 📖 Branden, N. (2008). *AUTO-ESTIMA: Como aprender a gostar de si mesmo*. Acedido em 6 de Abril de 2013 em <http://www.slideshare.net/benpardal/auto-estima-como-aprender-a-gostar-de-si-mesmo-nathaniel-branden-presentation>
- 📖 Instituto de apoio à criança (2011). *Guia do animador- ideias e práticas para criar e inovar*.

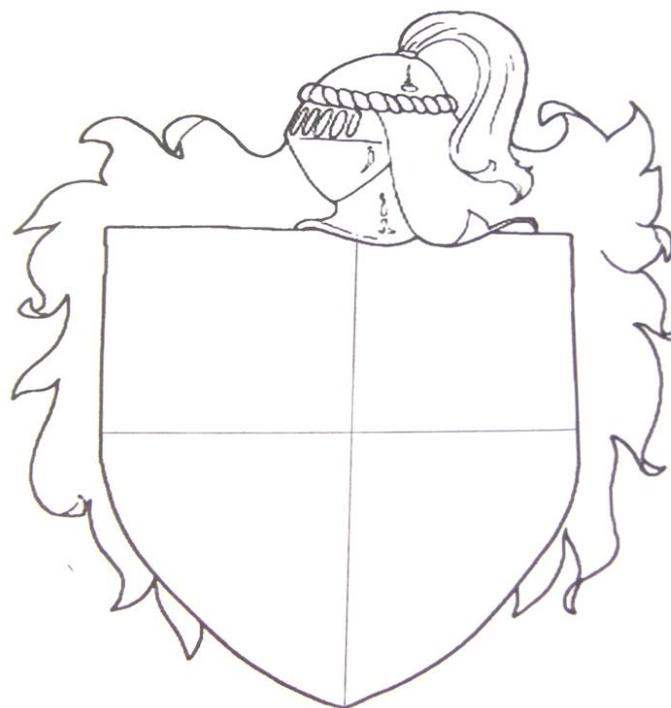
Lisboa: Edições Silabo.

- 📖 Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia prático para a mudança positiva*. Porto: ASA editores.
- 📖 Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século
- 📖 Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. Loures: Lusociência.
- 📖 Pereira, M.G. (2011). *Promoção da saúde psicossocial na doença- Aspectos teóricos e intervenção*. Viseu: PsicoSoma.
- 📖 Priotto, E. (2012). *Dinâmicas de grupo para adolescentes*. Petrópolis: Editora vozes.
- 📖 *Reflexiones-y-Ejercicios-de-Autoestima*. Acedido em 12 de Abril de 2013 em <http://pt.scribd.com/doc/7042786/Reflexiones-y-Ejercicios-de-Autoestima>

Anexos:

Anexo 1

O meu brasão pessoal





Anexo 2

Guião para relaxamento: Ilha Deserta

Sente-se confortável ou então, deite-se de costas. Feche os olhos e concentre-se na respiração por breves instantes. Imagine que, diante dos seus olhos se abre um enorme écran... totalmente branco. Pouco a pouco, você entra nesse écran e começa a participar no filme. Passou para dentro da própria história...

O sol brilhava no céu e eu sentia-me quente...muito quente...

Estava numa ilha deserta, e o sol queimava o meu corpo...

E eu sentia-me cansado, muito cansado...

Sentia o meu braço direito quente... muito quente...

Quente e pesado, muito pesado...

O sol brilhava com mais intensidade ... reparei que o meu braço esquerdo ficou mais quente...

Muito quente e cansado, muito cansado...

A minha perna direita estava quente, muito quente e pesada, muito quente...

E eu estava só, cada vez mais só... naquela ilha deserta onde o sol está cada vez mais quente...

Foi então que resolvi correr pela praia, eu estava só, muito só...

As minhas pernas começaram a ficar cansadas de tanto correr... muito cansadas...

Caí na areia ... as pernas estavam pesadas e os meus braços também...

Pesadas e quentes e eu estava cansado, muito cansado...

A brisa do mar, fresca e húmida, começava finalmente a refrescar o meu corpo...

Sentia um ar fresco que percorria as minhas pernas e a parte superior do meu corpo...

Sentia-me cansado, muito cansado e o corpo pesado...

As ondas do mar vinham enrolar-se na areia, calmamente, muito calmamente...

Num tom azul, muito transparente...

As gaivotas podiam ouvir-se ao longe...

E em grupo, ouvia-se o seu cantar... ao longe...

As palmeiras ondulavam lentamente ao sabor da brisa do mar...

Eu estava muito cansado e ouvia ao longe o roçar das folhas umas nas outras...

E o meu corpo ficava ainda mais cansado e mais pesado...

Tão pesado que adormeci...

Fiquei adormecido durante algum tempo...

Quando acordei, quente e descansado, o corpo ainda entorpecido...

Era ainda dia e o sol sobrepunha ao mar...

Estava uma brisa fresca de fim de tarde...

Espreguicei-me...

Estiquei as pernas...

E dei por mim em casa, saindo lentamente do meu sonho...

...

Agora vou pedir-vos que tragam a vossa atenção para a sala onde estamos a repousar. Vou contar de 1 a 5 e, à medida que conto comecem a sentir-se mais despertos, mais frescos, com a cabeça mais desanuviada. Quando eu chegar ao 5, gostaria que abrissem os olhos ... 1, comecem a sentir-se alerta ... 2 ... 3, ainda mais alerta ... 4... 5... abram os olhos e, suavemente estiquem os braços e as pernas.

Plano de Sessão 4:

Assertividade

DATA: 30-04-2013

HORA: 21h30

População Alvo: Grupo de Dirigentes do CNE

Duração: 1h30mn

Local: Junta Regional de Leiria CNE

Enfermeiro dinamizador:

Enfermeira Ana Maria Pedrosa

Com colaboração da Enf^a Lúcia Grácio

Fundamentação:

Assertividade

Segundo Grilo (2012), as competências sociais são muito importantes no desenvolvimento sadio de relações interpessoais. Uma pessoa socialmente competente é aquela que alcança efetivamente os seus objetivos.

Os jovens atravessam constantemente etapas relacionais que implicam adaptação, ou seja, um relacionamento positivo com os pares, professores, família e comunidade sendo fundamental para uma juventude feliz. A aquisição de competências sociais é uma importante tarefa do processo educacional e uma necessidade para um crescimento saudável dos jovens.

A assertividade é um comportamento multifacetado, não é inata, nem é um traço de personalidade, constrói-se, aprende-se e adapta-se às mais diversas situações. Assim, não só não somos todos

igualmente assertivos, como a mesma pessoa pode ser assertiva numa determinada circunstância e não o ser noutra.

A assertividade é a capacidade para comunicar diretamente sentimentos, opiniões e vontades, sem ofender o outro. Ser assertivo ajuda as pessoas a estarem mais confiantes na relação com os outros. As pessoas com comportamentos não assertivos experimentam com grande frequência, sentimentos de fúria, vivem ressentidos, são mais ansiosas consigo próprias e com os outros. Apesar disto, nem sempre se reforçam os comportamentos assertivos, tanto em casa como na escola são privilegiados comportamentos passivos e de obediência com os outros. As crianças e jovens são muitas vezes castigados por terem expressado uma ideia ou sentimento contrário aos pais ou professores. A assertividade parece estar relacionada positivamente com a inteligência e com comportamentos saudáveis. Uma criança ou jovem assertivo constrói planos, traça objetivos e procura alcançá-los. Jovens assertivos e adultos assertivos tendem a ser mais felizes, mais honestos e mais saudáveis. Sentem-se bem consigo próprios (Matos, 1998).

Fachada (2012) refere que existem 4 tipos de comportamentos: Agressivo, passivo, manipulador e assertivo. Pode-se considerar que existem estilos de comunicação, que não são mais do que formas diferentes de abordar a situação interpessoal.

1- Agressivo

A pessoa predominantemente agressiva tende a agir como uma pessoa reivindicativa face aos outros. Age como se fosse intocável e não tivesse falhas nem cometesse erros. Tem uma grande necessidade de se mostrar superior aos outros e, por isso, é excessivamente crítico. Desprezam frequentemente os direitos e os sentimentos dos outros. O objetivo principal do agressivo é ganhar sobre os outros, de dominar e forçar os outros a perder. As pessoas que adotam este estilo não conseguem estabelecer relações íntimas e de segurança.

2- Passivo

O passivo é, quase sempre, um explorado e uma vítima. Raramente está em desacordo e fala como se nada pudesse fazer por si próprio e pelos outros. Tende a ignorar os seus direitos e os seus sentimentos e evita conflitos a todo o custo. Dificilmente diz não, quando lhe pedem alguma coisa, porque pretende agradar a todos. No entanto, não agrada a ninguém porque, como é frequentemente solicitado, não pode fazer tudo o que diz que quer fazer, de forma correta. Não afirma as suas necessidades porque é muito sensível às opiniões dos outros.

3- Manipulador

O comportamento manipulador justifica-se quando se afirma: "os que têm sucesso são aqueles que sabem enganar e iludir os outros". A tática do manipulador consiste muitas vezes em culpabilizar alguém para obter aquilo que não se atreve a pedir francamente.

Dificilmente aceita a informação direta, preferindo fazer interpretações pessoais. Apresenta-se, quase sempre, como um útil intermediário e considera-se indispensável. Agindo por interpostas pessoas, tira partido delas para atingir os seus próprios objetivos.

4- Assertivo

Trata-se de uma pessoa que se pronuncia de forma serena e construtiva. Desenvolve a sua capacidade de se relacionar com o mundo e privilegia a responsabilidade individual. É verdadeiro consigo mesmo e com os outros, não dissimulando os seus sentimentos. Estabelece com os outros uma relação fundada na confiança e não na dominância nem no calculismo. Abstém-se de fazer juízos de valor sobre os outros. Facilita a expressão de sentimentos dos outros e não os bloqueia.

Relaxamento de Jacobson

É um método criado pelo médico fisiologista da universidade de Havard, Dr. Edmund Jacobson, que por meio de um plano sistemático abrange os principais grupos musculares do corpo humano. A

alternância entre contração e distensão da musculatura resulta em profundo relaxamento. O método de Jacobson mostra uma orientação mais fisiológica que psicológica onde o paciente aprende a avaliar e realizar sistematicamente suas tensões nos diversos grupos musculares, para depois relaxá-las (Sousa Filho, 2009)

Objetivos Gerais:

- Consciencializar para a assertividade como forma de tornar as relações sociais gratificantes
- Melhorar a competência da assertividade
- Promover sensação de Bem-estar

Objetivos Específicos:

- Entender o conceito de assertividade
- Conhecer e identificar os tipos de comportamentos nas relações interpessoais
- Aprender Verbalizações assertivas

Recursos:

- 😊 Computador e projetor
- 😊 Colchonete
- 😊 Almofada
- 😊 Manta

Número de participantes:

8

Bibliografia:

- 📖 Fachada, M.O. (2012). *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Silabo.
- 📖 Grilo, A. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, saúde & doenças*, 13 (2), 283 - 297
- 📖 Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia prático para a mudança positiva*. Porto: ASA editores.
- 📖 Matos, M.G. (1998). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Lisboa: FMH edições.
- 📖 Morais, A.R. (2006). *Assertividade, resiliência e intervenções comportamentais nos jovens*. Tese de mestrado. Instituto superior de psicologia aplicada, Lisboa.
- 📖 Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. Loures: Lusociência.
- 📖 Sousa Filho, P.G. Introdução aos métodos de relaxamento. In: Encontro Paranaense, congresso brasileiro de psicoterapias corporais, XIV 2009. Acedido em 20 de Abril de 2013 em [http:// www. Centroeichiano.com.br/artigos](http://www.Centroeichiano.com.br/artigos)

Anexo 1

Atividade 1 Exercício de autodiagnóstico



Responda espontaneamente, colocando uma cruz na coluna correspondente à sua resposta.

A maior parte das vezes, VERDADE – se pensa ou atua dessa maneira, a maior parte das vezes/situações.

A maior parte das vezes, FALSO – se só raramente atua da maneira descrita.

	A maior parte das vezes...	
	Verdade	Falso
1. Digo muitas vezes SIM, quando, no fundo, quero dizer NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Defendo os meus direitos sem atentar contra os direitos dos outros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando não conheço bem uma pessoa, prefiro dissimular aquilo que penso ou sinto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou, a maior parte das vezes, autoritário e decidido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Geralmente, é mais fácil e mais engenhoso atuar por interposta pessoa, do que diretamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Não receio criticar os outros e dizer-lhes aquilo que penso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Não ousa recusar certas tarefas que não fazem parte das minhas atribuições.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Não tenho receio de manifestar a minha opinião, mesmo perante interlocutores hostis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quando há debate, prefiro retrair-me e «ver o que é que a coisa dá».....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Várias vezes me censuram, por ter espírito de contradição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho dificuldade em escutar os outros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Faço tudo o que posso para ficar «no segredo dos deuses» e tenho-me dado bem com isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Consideram-me, em geral, bastante «manhoso» e hábil nas relações com os outros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mantenho com os outros relações mais fundadas sobre a confiança do que sobre a dominação ou o calculismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Prefiro nunca pedir ajuda a um colega. Ele poderá pensar que eu não sou competente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sou tímido e tenho grandes bloqueios quando tenho que realizar uma ação pouco habitual.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Chamam-me «sopinhas de leite», fico enervado e isso faz rir os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sinto-me bastante «à vontade» nas relações face a face.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Faço «fitas» muitas vezes; é a melhor maneira de conseguir o que quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sou um «fala-barato» e corto a palavra aos outros sem dar conta disso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sou ambicioso e estou pronto a fazer o que for necessário para realizar os meus objetivos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Em geral, sei o que é preciso fazer; isso é importante para ser bem sucedido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Em caso de desacordo, procuro compromissos realistas, assentes na base dos interesses mútuos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Prefiro «pôr as cartas na mesa»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Tenho tendência para deixar para mais tarde as coisas que tenho para fazer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Deixo, muitas vezes, um trabalho a meio sem o acabar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Em geral, mostro aquilo que sou, sem dissimular os meus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. É preciso muita coisa para me intimidarem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Meter medo aos outros pode ser um bom meio para garantir o poder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Quando «me levam à certa» uma vez, vingo-me na próxima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Quando se critica alguém, é muito eficaz censurar-lhe o facto de ele não seguir os seus próprios princípios. Forçamo-lo, assim, a estar de acordo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sei tirar partido do «sistema»; sou «desenrascado».....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sou capaz de ser eu próprio, continuando a ser aceite socialmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Quando não estou de acordo, sei dizê-lo desapaixonadamente e com clareza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

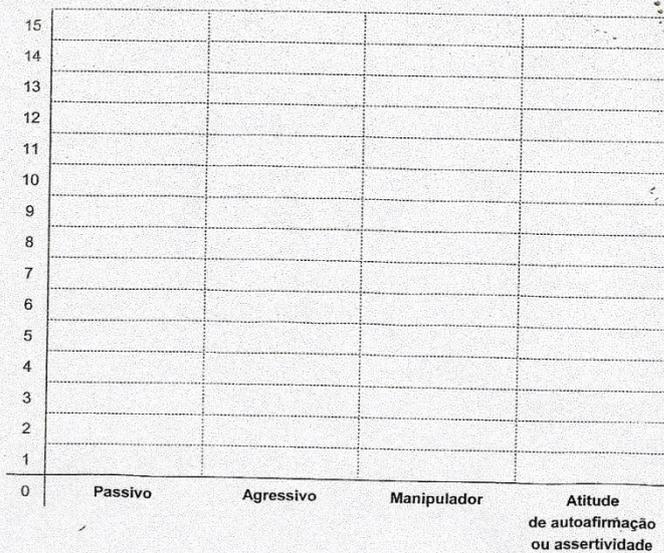
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 35. Tenho a preocupação de não incomodar os outros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Tenho sérias dificuldades em fazer opções..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Não gosto de ser a última pessoa dentro de um grupo a pensar de determinada maneira. Nesse caso, prefiro retirar-me | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Não tenho receio de falar em público | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. A vida «é uma selva» | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Não tenho receio de enfrentar os desafios perigosos e arriscados..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Criar conflitos pode ser mais eficaz do que reduzir as tensões..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. A franqueza é a melhor maneira de ganharmos confiança nas nossas relações com os outros..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Sei escutar e não corto a palavra aos outros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Levo até ao fim aquilo que eu decidi fazer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Não tenho medo de exprimir os meus sentimentos, tal qual como os sinto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Tenho jeito «para levar as pessoas» e fazer impor as minhas ideias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. O elogio ainda é um bom meio de se obter o que se pretende..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Tenho dificuldade em controlar o tempo quando estou no uso da palavra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Sei manejar bem a ironia mordaz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Sou servil e tenho uma vida simples: às vezes até me deixo explorar um pouco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Gosto mais de observar do que de participar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Gosto mais de estar na «geral» do que na primeira fila | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Não penso que a manipulação seja uma solução eficaz..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. Não é necessário anunciar depressa demais as nossas intenções; isso pode causar-nos dissabores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. Choco muitas vezes as pessoas com as minhas atitudes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 56. Prefiro ser lobo a ser cordeiro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. A manipulação dos outros é muitas vezes a única maneira prática para obtermos o que queremos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. Sei, em geral, protestar com eficácia, sem agressividade excessiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59. Penso que os problemas não podem ser realmente resolvidos sem procurarmos as suas causas profundas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. Não gosto de ser mal visto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

■ **CORRECÇÃO DO EXERCÍCIO DE AUTODIAGNÓSTICO**

Cada frase corresponde a comportamentos de fuga passiva, de ataque agressivo, de manipulação ou de comportamento com base na autoafirmação. As frases indicadas com um número, foram classificadas em quatro colunas, correspondentes aos quatro estilos de comportamentos. Deverá colocar 1 ponto se responder VERDADE. O total dos pontos indica o grau da sua tendência a utilizar o comportamento indicado.

Comportamentos de Fuga PASSIVA	Comportamentos de Ataque AGRESSIVO	Comportamentos de MANIPULAÇÃO	Comportamentos de AUTOAFIRMAÇÃO
1	4	3	2
7	6	5	8
15	10	9	14
16	11	12	18
17	20	13	23
25	21	19	24
26	28	22	27
35	29	31	33
36	30	32	34
37	39	41	38
50	40	42	43
51	48	46	44
52	49	47	45
59	55	54	53
60	56	57	58
Total:	Total:	Total:	Total:

■ **GRÁFICO DE ESTILOS COMPORTAMENTAIS**



CHALVIN, DOMINIQUE, *L'affirmation de soi* (5ª ed.), Les Editions E.S.F., Paris, 1989, pp. 4-7.

Anexo 2

GUIÃO DE RELAXAMENTO DE JACOBSON RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO – ADAPTADO

A técnica de relaxamento que vou utilizar hoje chama-se relaxamento muscular progressivo e consiste basicamente na aprendizagem da contração e descontração sequencial de músculos do seu corpo. Ao mesmo tempo que o vou ensinar a relaxar, também o vou encorajar a reconhecer e a assinalar a tensão e o relaxamento nos diferentes músculos. O objetivo do treino de relaxamento muscular progressivo é ajudá-lo a aprender a reduzir a tensão muscular do seu corpo, sempre que lhe apeteça fazê-lo, em qualquer circunstância do seu dia-a-dia. Para conseguir isto, eu posso pedir, por exemplo, que foque a sua atenção nos músculos das mãos, que os force, contraia, com força... depois, e quando eu disser, simplesmente deixe-os relaxar, voltar ao estado de descontração, sintam-se leves. Uma outra vantagem importante deste tipo de relaxamento é que vai permitir que se foque nas diferentes partes do seu corpo, que tome consciência delas. Então pedia agora que fechasse os olhos e se colocasse numa posição confortável. Lembrem-se de respirar calmamente e relaxar.

1. Mãos

"Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos das mãos.

Feche as mãos, aperte-as com força, contraia as suas mãos. Sinta toda a tensão acumulada nas suas mãos.

Agora relaxe já as mãos, descontraia todos os músculos das mãos. Sinta as suas mãos muito leves. Focalize as sensações nos músculos das mãos à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados. Perceba agora a diferença entre a tensão e a descontração das suas mãos."

2. Braços

"Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos dos braços.

Assente os seus cotovelos com força no colchão e puxe-os para si. Insista na força dos cotovelos contra o colchão. Contraia os seus braços. Repare como é a tensão nesses músculos, quando são puxados e ficam duros. Sinta toda a tensão acumulada nos seus braços.

Agora relaxe já os braços. Baixe-os e coloque-os ao longo do corpo. Descontraia todos os

músculos dos braços. Sinta os seus braços muito leves. Focalize as sensações nos músculos dos braços à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados. Perceba agora a diferença entre a tensão e a descontração dos seus braços."

Não mexa mais, nem as mãos nem os braços. Sinta os membros superiores leves.

3. Face

"Vamos passar agora para os músculos do rosto. Sem abrir os olhos, levante as sobrancelhas com força, puxe-as para cima tanto quanto puder. Sinta a tensão subir através da testa até ao crânio. Insista.

Agora deixe toda a tensão sair, descontraia as sobrancelhas. Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais relaxados.

Agora faça um grande sorriso forçado, estique todos os músculos das maçãs do rosto, puxando os cantos da boca para traz. Insista, com força. Repare na sensação que é os músculos tornarem-se tensos.

Agora descontraia esses músculos. Aprecie as sensações agradáveis associadas ao relaxamento da face. Liberte a tensão nesta zona do corpo e aperceba-se de como é bom os músculos se tornarem descontraídos e relaxados cada vez mais profundamente."

4. Pescoço e garganta

"Passemos para o pescoço e garganta. Puxe o queixo para o peito mas sem o deixar tocar no peito. Sinta a tensão nos músculos que está a forçar. Mantenha essa tensão.

Agora relaxe. Volte à posição inicial. Todos os músculos desta zona vão ficando cada vez mais e mais relaxados. Sinta apenas as sensações de profundo e completo relaxamento fluindo por esses músculos. Tente rodar, muito lentamente, a sua cabeça para um e outro lado. Rode muito devagar a cabeça e aperceba-se da descontração dos músculos do pescoço. Pare. Reconheça a diferença entre o pescoço estar contraído e descontraído."

5. Peito e ombros

"Focalize-se agora nos músculos do peito e ombros. Inspire bem fundo e sustenha a respiração. Puxe os ombros para traz. Mantenha mais um pouco.

Agora expire. Respire normalmente. Descontraia-se. Repare como estão estes músculos agora. Bem mais agradável é esta posição de relaxamento."

6. Abdómen

"Sem mexer o resto do corpo faça força na barriga. Muita força. Contraia toda a zona do abdómen. Com força.

Agora solte. Respire normalmente. Deixe a tensão na zona da barriga sair. Relaxe.

7. Pernas

"Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos das pernas.

Dobre as pernas e assente os pés no colchão. Apenas com os calcanhares insista na força dos pés contra o colchão. Contraia as suas pernas. Repare como é a tensão nesses músculos, quando são puxados e ficam duros. Sinta toda a tensão acumulada nas suas pernas.

Agora relaxe já as pernas. Baixe-as e estique-as de novo. Descontraia todos os músculos das pernas. Sinta as suas pernas muito leves. Focalize as sensações nos músculos das pernas à medida que elas vão ficando mais e mais relaxadas. Perceba agora a diferença entre a tensão e a descontração das suas pernas."

8. Pés

"Vamos passar para os músculos dos pés. Estique os pés e vire-os para dentro. Dobre os dedos dos pés para dentro. Faça força e sinta os músculos dos pés muito contraídos. Aprecie a sensação de tensão nos pés.

Agora relaxe os pés. Descontraia-se. Repare como agora eles estão relaxados. Compare esta sensação com a anterior e veja a diferença entre tensão e descontração."

Já relaxou os músculos das mãos, dos braços. Deixe que eles continuem a relaxar. Relaxou os músculos da face e do pescoço. Continue a permitir que eles se mantenham profundamente relaxados. Permita que os músculos do peito, ombros e abdómen se tornem ainda mais profundamente relaxados. Tal como os músculos das pernas e pés. Deixe-os estar completamente relaxados, leves.

Agora vou começar a contar, de traz para a frente, de 4 até 1. Quando disser 4 comece a mexer lentamente as pernas e os pés... 4... quando disser 3 pode com calma mexer os braços e as mãos... 3... quando ouvir 2, mexa a face e o pescoço devagar... 2... quando eu disser 1 abra os olhos... 1...

Plano de Sessão 5:

Liderança

DATA: 7-5-2013

HORA: 21h30

População Alvo: Grupo de Dirigentes do CNE

Duração: 1h30mn

Local: Junta Regional de Leiria CNE

Enfermeiro dinamizador:

Enfermeira Ana Maria Pedrosa

Fundamentação:

Liderança

"É um fenómeno de influência interpessoal exercida em determinada situação através do processo de comunicação humana, com vista à comunicação de determinados objetivos" (Fachada, 2012).

"É uma influência interpessoal exercida em uma dada situação e dirigida por meio do processo de comunicação humana para a consecução de um ou mais objetivos específicos. Os elementos que caracterizam são, portanto, quatro: a influência, a situação, o processo de comunicação e os objetivos a alcançar" (Chiavenato, 2000).

Na literatura, a liderança é geralmente considerada como um atributo que pode ser apreendido pelos indivíduos, em administração é necessário criar técnicas para, cada vez mais, atingir os objetivos estipulados pelas organizações. Esta conceção baseia-se na perceção de que é essencial fazer com que alguns indivíduos tenham a capacidade de exercer influência sobre outros, levando-os a executar tarefas ou tomar atitudes que, sem tal coordenação, não tomariam. No entanto existem outros tipos de abordagem, como a abordagem comportamental, que desloca o foco das características pessoais do líder (o que ele é), para dar maior atenção ao que ele faz. Assim observa-se de que forma o líder delega tarefas, como comunica, e quais as técnicas que utiliza para motivar os seus subordinados (Faria e Meneghetti, 2011).

Os estilos de liderança desenvolvem-se de acordo com as características individuais e conforme a cultura das pessoas e da organização. Chiavenato (2000) faz uma comparação entre três estilos de liderança e descreve as principais características do líder, a forma como aborda as tarefas e como age com os subordinados:

Autocrática	Democrática	Liberal (laissez faire)
<ul style="list-style-type: none">• O líder fixa as diretrizes, sem qualquer participação do grupo.	<ul style="list-style-type: none">• As diretrizes são debatidas e decididas pelo grupo, estimulado e assistido pelo líder.	<ul style="list-style-type: none">• Há liberdade total para as decisões grupais ou individuais, e mínima participação do líder.
<ul style="list-style-type: none">• O líder determina as providências para a execução das tarefas, cada uma por sua vez, na medida em que se tornam necessárias e de modo imprevisível para o grupo.	<ul style="list-style-type: none">• O grupo esboça as providências para atingir o alvo e pede aconselhamento do líder, que sugere alternativas para o grupo escolher. As tarefas ganham novas perspectivas com os debates.	<ul style="list-style-type: none">• A participação do líder é limitada, apresentando apenas materiais variados ao grupo, esclarecendo que poderia fornecer informações desde que as pedissem.
<ul style="list-style-type: none">• O líder determina a tarefa que cada um deve executar e o seu companheiro de trabalho.	<ul style="list-style-type: none">• A divisão das tarefas fica a critério do grupo e cada membro tem liberdade de escolher seus companheiros de trabalho.	<ul style="list-style-type: none">• A divisão de tarefas e escolha dos colegas fica totalmente a cargo do grupo. Absoluta falta de participação do líder.
<ul style="list-style-type: none">• O líder é dominador e é "pessoal" nos elogios e nas críticas ao trabalho de cada membro.	<ul style="list-style-type: none">• O líder procura ser um membro normal do grupo, em espírito. O líder é "objetivo" e limita-se aos "fatos" nas críticas e elogios.	<ul style="list-style-type: none">• O líder não avalia o grupo nem controla os acontecimentos. Apenas comenta as atividades quando perguntado.

O processo de liderança é definido como sendo o comportamento de um indivíduo, ao pretender dirigir as atividades de um grupo para a realização de determinados objetivos.

Considerou-se que a descrição do comportamento do líder pode-se limitar a duas dimensões: orientação para a tarefa e orientação para as relações humanas.

Orientação para a tarefa

Refere-se ao comportamento do líder ao delinear a relação entre ele e os seus colaboradores e ao estabelecer padrões de organização bem definidos, tipo de comunicação e métodos de procedimento.

Orientação para as relações humanas

Refere-se a um comportamento indicativo da amizade, confiança mútua, respeito e calor humano nas relações entre o líder e os colaboradores (Fachada, 2012).

Um líder pode ter inúmeras características: ser ativo ou passivo, ser assertivo ou agressivo, interessado ou desinvestido, dominador ou negligente, etc. Seja como ele for, as suas características afetam as relações com os liderados e, conseqüentemente, o desempenho destes nas tarefas.

Existem alguns aspetos que se devem considerar, no que diz respeito ao comportamento de um líder eficaz. Estas são algumas das características comportamentais que deverão ser tomadas em conta na interação com o grupo, enquanto coordenador: Justiça, Honestidade, Assertividade, Elogiar e repreender, Autoconhecimento, Motivação, Confiança e Partilha de méritos (Bento e Caseiro, 2007).

Objetivos Gerais:

- Evidenciar a importância da liderança nas relações interpessoais
- Promover sensação de Bem-estar

Objetivos Específicos:

- Entender o conceito de liderança
- Conhecer e identificar os tipos de liderança nas relações interpessoais
- Saber o comportamento de uma Liderança eficaz

Recursos:

- 😊 Cartolinas
- 😊 Folha de papel
- 😊 Caneta
- 😊 Cadeiras

Número de participantes:

7

Bibliografia:

- 📖 Bento, B. & Caseiro, P. (2007). *Liderança- Conceitos, definições e teorias de liderança*.
- 📖 Chiavenato, I. (2000). *Teoria geral da administração*. Vol I. 5. ed. São Paulo: Campus.
- 📖 De Melo, S. (2008). *Guia de relaxamento para crianças*. Meloteca
- 📖 Fachada, M.O. (2012). *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Silabo.
- 📖 Faria, J. & Meneghetti, F. (2011). *Liderança e organizações*. Revista de psicologia. 2(2), 93-119.
- 📖 Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia prático para a mudança positiva*. Porto: ASA editores.

Anexos:

Anexo 1

Descobrir o líder positivo

Esta dinâmica é, geralmente, desenvolvida a fim de se descobrir os líderes positivos e negativos de um determinado grupo, pessoas afins, pessoas em que cada um confia.

Material: papel, lápis ou caneta.

Desenvolvimento: Distribui-se um pedaço de papel e caneta para cada indivíduo do grupo. Cada um deve responder as seguintes perguntas com um tempo de no máximo 20-60 segundos, cronometrados pelo Coordenador da dinâmica. Exemplo de Perguntas:

- 1) Se você fosse para uma ilha deserta e tivesse que estar lá por muito tempo, quem levaria consigo dentro deste grupo? (Só 1 pessoa)
- 2) Se você fosse fazer uma festa e tivesse que escolher uma ou mais pessoas deste grupo, para ajudarem, quem escolheria?
- 3) Se você fosse sorteado num concurso para uma grande viagem e só pudesse levar 3 pessoas dentro deste grupo, quem levaria consigo?
- 4) Se você tivesse que fazer um trabalho escrito para se candidatar a um emprego bem remunerado, quem escolheria para o ajudar neste grupo?

De posse dos resultados, conta-se os pontos de cada participante e interpreta-se os dados.

Anexo 2

GUIÃO DE RELAXAMENTO PARA CRIANÇAS

Regras para obter as melhores sensações e bem-estar com estes exercícios:

- Deves fazer exatamente aquilo que eu digo;
- Deves esforçar-te por fazer o melhor possível o que eu digo;
- Deves prestar atenção ao que acontece no teu corpo;
- Deves praticar estes exercícios/jogos.

Queres fazer alguma pergunta?

Pronto para começar?

Senta-te então agora confortável na tua cadeira.

Encosta-te bem.

Apoia os pés no chão e deixa os braços ao longo do corpo e apoiados nas coxas

Sentes-te bem?

Agora fecha bem os olhos e não os abras até eu dizer.

Vais ouvir a minha voz, e quero que prestes atenção ao teu corpo.

QUEIXO

1. Imagina que tens uma pastilha elástica na tua boca. É mesmo muito difícil mastigar. Vais trinca-la com muita força. Deixa os músculos do teu pescoço ajudarem. Agora relaxa e deixa o teu queixo cair. Vês como é agradável?

2. Agora volta a mastigar a pastilha elástica. Aperta-a com toda a força e tenta empurrá-la com a língua contra os dentes. Agora relaxa e sente o queixo pendurado.

3. Mais uma vez: vais ter de conseguir esmagar a pastilha com os teus dentes! Isso mesmo, com muita força. Está ótimo. Agora relaxa.

4. Tenta relaxar todo o teu corpo. Deixa-te sentir molengão e sempre confortável.

FACE E NARIZ

1. Vem aí uma mosca chata. Pousou no teu nariz, sentes? Tenta enxotá-la, mas sem usar as tuas mãos. Enruga e mexe bem o nariz. Boa, conseguiste afastá-la. Agora podes relaxar o teu nariz.

2. Ups, vem aí novamente a mosca. Pousou mesmo no meio do teu nariz. Enruga-o outra vez, o mais que puderes. Assim mesmo, já se foi embora. Podes relaxar a tua cara. Repara que quando enrugas o teu nariz, a tua boca, os teus olhos, e a tua testa também ajuda. Portanto, quando relaxas o teu nariz a tua cara relaxa-se toda.

3. Lá vem a mosca outra vez! Agora pousou na tua testa. Faz muitas rugas para tentar assustá-la!

4. Já fugiu, podes relaxar. Deixa a tua cara ficar suave, sem rugas. Repara como é uma sensação agradável.

ESTÔMAGO

1. Imagina agora que estás deitado na relva. Imagina que vem aí um elefante bebé. Ele vem distraído e está quase a por uma pata no teu estômago. Não te mexas! Prepara-te, põe o estômago muito duro. Para isso contrai os músculos da barriga com muita força. Aguenta assim um pouco até ele passar.
2. O elefante foi-se embora, já podes relaxar.
3. Cuidado que ele está a voltar. Lá vem ele, prepara-te! Contrainos o estômago com toda a tua força, se ele pousar a pata no estômago duro não te magoará. Quando fazes força o teu estômago transforma-se numa rocha e nada te pode magoar. Pronto, o elefante já se passou, podes voltar a tua posição relaxada. É agradável, não é?
4. Oh não, aí vem ele outra vez! Deve andar perdido! Rápido, prepara-te novamente! Faz força no estômago até parece uma rocha. Aguenta, aguenta... isso mesmo.
5. Agora sim, relaxa à vontade, ele já foi e não vai voltar.

MÃOS E BRAÇOS

1. Agora vais imaginar que tens uma laranja na tua mão direita. Quero que a apertes com muita força, como se lhe quisesses tirar o sumo todo. Sente a força que a tua mão e o teu braço estão a fazer quando espremes a laranja.
2. Agora deixa cair a laranja. Repara como estão os músculos da tua mão e do teu braço quando não fazes força.
3. Agora imagina que tens uma laranja em cada mão e que estás a espremer as duas. Tenta espremer com toda a tua força, para tirar todo o sumo. Isso mesmo! Que força que tens!
4. Deixa cair as laranjas, e sente como os teus braços e mãos estão bem relaxados.
5. Vamos repetir. Imagina que tens mais laranjas, uma em cada mão e estás a espremer com toda a força que tens. Assim está bem. Sente como os teus braços estão duros quando fazes força.
6. Agora podes deixar cair as laranjas. Sente os teus braços e mãos relaxados.

BRAÇOS E OMBROS

1. Imagina que tu és um gato muito preguiçoso e estás com vontade de te espreguiçar. Vais levantar os braços e esticá-los para a frente. Agora levanta-os acima da cabeça e estica-os o mais que consigas.
2. Dobra-te para trás e sente a força que os teus ombros estão a fazer. Estica-te mais...

deixa os teus braços caírem para os lados. Assim mesmo, muito bem.

3. És um gato mesmo muito preguiçoso e com muito sono. Vais espreguiçar-te outra vez. Levanta os braços e estica-os para a frente. Agora levanta-os acima da cabeça e estica-te o máximo que consigas. Dobra-te para trás, com mais força, e sente a força que os teus braços estão a fazer.

4. Agora espreguiça-te muito, como se estivesses a acordar de uma longa sesta ao sol. Levanta os braços, faz muita força e estica-os para a frente. Levanta-os acima da cabeça, o mais alto que puderes. Sente a força nos teus músculos.

5. Deixa-os cair devagar e sente como é bom estar relaxado e sentir-se molengão e preguiçoso.

PESCOÇO E OMBROS

1. Imagina agora que és uma tartaruga. Estás deitada na areia da praia a apanhar sol. Sentas-te muito bem, o sol está quente e sentes o calor na tua pele.

2. Mas agora vem aí uma onda, vais ter de meter a cabeça dentro da carapaça, para não te molhares. Tenta levantar os ombros e meter a cabeça para dentro. Não é fácil ser tartaruga, é necessário fazer muita força para ficar dentro da carapaça.

3. A onda já foi para baixo, podes voltar a pôr a cabeça de fora e a apanhar sol.

Mas vem aí outra onda! Mete a cabeça para dentro, rápido! Levanta os ombros e mete a cabeça para dentro. Pronto, já passou.

5. Pronto para outra onda? Vem aí, volta a meter a cabeça para dentro da carapaça para não tem molhares.

6. Já passou. Podes sair e relaxar ao sol. Sentas-te confortável. É agradável, não é?

Continua a sentir-te molengão e relaxado. Deixa o teu corpo tornar-se cada vez mais mole durante algum tempo. Sempre de olhos fechados. Daqui a nada já vais poder abrir os olhos...

Agora, devagar, podes começar a espreguiçar-te! Estica o teu corpo todo. Pernas... tronco... braços... ombros... pescoço... e cabeça... Estás a acordar...

Podes abrir os olhos!

Plano de Sessão 6:

Motivação

DATA: 22-05-2013

HORA: 21h30

População Alvo: Grupo de Dirigentes do CNE

Duração: 1h30mn

Local: Junta Regional de Leiria CNE

Enfermeiro dinamizador:

Enfermeira Ana Maria Pedrosa

Com colaboração da Enf^a Lúcia Grácio

Fundamentação:

Motivação

Motivação significa motivo para ação. Por sua vez, as palavras motivo e emoção compartilham a mesma raiz do latim: movere, isto é, mover. Dessa forma são as emoções que funcionarão como impulso para as pessoas conseguirem chegar as metas traçadas e que também influenciarão a maneira como percebem os fatos. (MACÊDO et. al 2007).

Segundo Chiavenato (2004) é complicado definir-se com exatidão o conceito de motivação, já que vem sendo utilizado com diferentes sentidos. De maneira geral, pode-se entender como motivo tudo aquilo que venha impulsionar a pessoa a agir de alguma maneira, ou que dê origem a uma propensão a um determinado comportamento. Este impulso a ação pode ser provocado por um estímulo externo e pode também ser gerado internamente nos processos mentais do indivíduo. Nesse ponto, a motivação está relacionada com o sistema de cognição da pessoa.

Ciclo motivacional

De acordo com Chiavenato (2004) o ciclo motivacional inicia com o aparecimento de uma necessidade. A necessidade afirma-se como uma força contínua que leva a um comportamento. Sempre que aparece uma necessidade, esta rompe o equilíbrio em que se encontra o organismo, causando uma tensão, insatisfação, desconforto ou equilíbrio. Esse estado leva a pessoa através de seu desconforto com tal situação a buscar uma ação de modo que possa liberar tal tensão, se conseguir estará satisfazendo sua necessidade. Com a satisfação da necessidade o organismo do indivíduo voltará ao estado inicial de equilíbrio. Neste ciclo motivacional a necessidade é contemplada. Ao passo que o ciclo se repete com a aprendizagem e a repetição (reforço), os comportamentos tornam-se pouco a pouco mais eficazes na satisfação de algumas das necessidades. Uma vez satisfeita a necessidade deixa de gerar motivação para comportamento, não enseja empreender uma ação, já que não causa tensão ou desconforto. Não são em todas as ocasiões que a motivação é satisfeita, ela pode encontrar frustração ou mesmo compensação para outra atividade ou situação, pessoa ou objeto. No caso de uma necessidade ser frustrada, no que diz respeito a sua contemplação, a tensão inicial que surgiu encontrará um impedimento para sua liberação e encontrará um diferente meio de ser extrapolada, podendo encontrar saída por via psicológica (sinais de agressividade, tensão emocional, apatia, indiferença), ou por via fisiológica (nervosismo, problemas cardíacos, digestivos, entre outros).

Respostas à frustração (Fachada,2012)

Agressividade

É a tendência para se comportar violentamente, contra si ou contra os outros e que pode revestir várias formas, desde a agressão física à ironia. O tipo e a a força da agressão dependem da predisposição do indivíduo, da sua aprendizagem, da força do impulso, da intensidade da

frustração, do número de frustrações anteriores, das punições e da disponibilidade dos alvos.

Racionalização

São justificações apresentadas pelos indivíduos como desculpa para manifestações de incompetência, inadequação ou fracasso.

A história da raposa de Esopo pode ilustrar bem essa situação, quando refere que aquela, desejando uvas apetitosas que estavam numa latada e, não as conseguindo alcançar porque estavam altas, disse: "Não prestam, estão verdes".

Projeção

Trata-se de um mecanismo de defesa que permite, ao sujeito, localizar noutra pessoa ou numa coisa qualidades, sentimentos e desejos que ele próprio recusa assumir como seus.

O indivíduo que não gosta do seu chefe e que gostava que ele fosse despedido é capaz de admitir e afirmar que a chefia o quer despedir.

Projetando a pessoa afirma: "Ele odeia-me", quando queria dizer de facto: "Eu odeio-o".

Regressão

A regressão consiste em recuar para um modo de comportamento associado a uma fase anterior e feliz da vida do sujeito.

A criança que detesta a escola pode começar a desenvolver comportamentos infantis como chuchar no dedo. É como se voltasse a uma fase da sua vida eliminando, assim, as atuais condições que se apresentam degradáveis e nefastas.

Resignação

Insiste no facto e não reagir de forma aberta à frustração. O indivíduo aceita (passivamente) a situação como se ele nada pudesse fazer para a mudar. Mesmo que interiormente haja alguma revolta, exteriormente não há qualquer sinal desse facto. Aparentemente até parece que isso nada o afetou.

Fuga

As pessoas que reagem deste modo, fogem da situação, evitando-a. Normalmente, não enfrentam a situação, mas refugiam-se e isolam-se.

Transferência

Trata-se de um mecanismo que permite a transposição para outras pessoas ou situações, da sua raiva conseqüente da frustração. Normalmente alguém servirá de "bode expiatório", parecendo que a razão da frustração não é exatamente a causa real, mas outra. É como se outro fosse culpado da situação.

Compensação

Como o indivíduo nada pode fazer, tira o máximo proveito da situação frustrante ou canaliza as suas energias para uma outra atividade onde tenha êxito. A aluna que não consegue obter boas notas e ser notada por isso, veste-se lindamente e, assim, passa a ser alvo das atenções.

Integração

Aceita-se a situação, encontrando o que nela há de positivo. Admite-se que talvez tenha que ser assim e que não vale a pena lutar contra ela. Pensa-se que, posteriormente, talvez seja possível conseguir outras alternativas.

Mitos da motivação (Christy, 2006)

Faça o que gosta e você sentir-se-á motivado

A motivação está relacionada com objetivos futuros - é o motor que o move em direção do que você deseja. Pessoas bem-sucedidas, que atingiram e continuam buscando objetivos, fazem o que for preciso para chegarem onde desejam. Isto significa, muitas vezes, fazer o que não se gosta.

Foi identificado como uma das características de pessoas bem-sucedidas a disposição para fazer o que as fracassadas não querem fazer. O fracassado só pensa no momento imediato - só pensa em fazer o que gosta. O bem-sucedido não olha para a satisfação presente, é movido pelo desejo de conquistar os seus objetivos, por isso não se importa em realizar atividades desagradáveis no

presente.

É possível motivar o outro

Não é novidade o conceito de que ninguém pode motivar outra pessoa. No entanto, o que se observa nos ambientes organizacionais é que, tanto os administradores, quanto os profissionais de recursos humanos, desperdiçam tempo e recursos tentando inutilmente motivar os trabalhadores. Essa prática tem um efeito de curtíssimo prazo.

Dinheiro é um forte fator motivacional

Todo a gente precisa de dinheiro e quer mais dinheiro. Entende-se então que oferecendo recompensas financeiras, mantém o(s) outro(s) motivado(s). O funcionário pode, por um breve período, sentir-se motivado a trabalhar mais, no entanto, esta motivação é efêmera. Não só pela razão de que ela está intrinsecamente ligada a recompensa (tire a recompensa e você acabará com a motivação), quanto pelo fato de que a motivação não é enérgica, entusiasta. Ela é quase artificial. O funcionário trabalhará mais e com mais empenho para conseguir o que ele quer - mais dinheiro. Isto não significa que ele estará entusiasmado com o trabalho, feliz por estar realizando as suas tarefas - o objetivo da real motivação.

A motivação é o resultado da satisfação

Ligada ao mito de que deve se fazer o que se gosta para se sentir motivado. Alguns acreditam que pessoas felizes são pessoas motivadas. Administradores investem num ambiente de trabalho que gere satisfação e conforto para que seus funcionários se sintam motivados a executarem o seu trabalho. Trabalhar num ambiente desconfortável pode sim gerar desmotivação, mas o contrário não gera motivação. Estar contente com uma situação não é sinônimo de estar motivado. A satisfação pode gerar o efeito contrário - o comodismo. Na vida pessoal ocorre a mesma coisa. Quando a pessoa atinge um determinado ponto de onde ela não consegue mais ver um horizonte a ser conquistado e se sente plenamente realizada com suas conquistas, ela começa a desmotivar-se.

Objetivos Gerais:

- Reconhecer a importância da motivação como fator mobilizador de comportamentos
- Conhecer uma das principais teorias da motivação (Maslow)
- Promover interação e divertimento

Objetivos Específicos:

- Entender o conceito de motivação
- Conhecer o ciclo motivacional
- Identificar as respostas à frustração e os mitos da motivação
- Conhecer a teoria motivacional de Maslow

Recursos:

😊 Computador e projetor

Número de participantes:

9

Bibliografia:

- 📖 Chiavenato, I. (2004). *Recursos humanos: o capital humano das organizações*. (8ª Edição). São Paulo: Atlas
- 📖 Christy, F. (2006). *Os Segredos da Motivação*. Acedido em 15 de Maio de 2013 em

http://www.secth.com.br/imagens/editor/e-book/os_segredos_da_motivacao.pdf

📖 Fachada, M.O. (2012). *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Silabo.

📖 Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia prático para a mudança positiva*. Porto: ASA editores.

📖 *Motivação etapas do ciclo motivacional*. Acedido em 15 de Maio de 2013 em <http://www.geocities.ws/regheli/adm/A16.pdf>

📖 Macêdo, I., Rodrigues, D. & Johann, M.(2007). *Aspetos comportamentais da gestão de pessoas*. (9ª edição). Rio de Janeiro: Ed.da FGV

Anexos:

Anexo 1

Dinâmica da roda emaranhada

Esta dinâmica propõe uma maior interação entre os participantes e proporciona observar-se a capacidade de improviso e socialização, dinamismo, paciência e liderança dos integrantes do grupo.

Faz-se um círculo de mãos dadas com todos os participantes da dinâmica.

O Coordenador deve pedir que cada um grave exatamente a pessoa em que vai dar a mão direita e a mão esquerda.

Em seguida pede que todos larguem as mãos e caminhem aleatoriamente, passando uns pelos outros olhando nos olhos (para que se despreocupem com a posição original em que se encontravam). Ao sinal, o Coordenador pede que todos se abracem no centro do círculo" bem apertadinhos". Então, pede que todos se mantenham nesta posição como estátuas, e em seguida deem as mãos para as respectivas pessoas que estavam de mãos dadas anteriormente (sem sair do lugar).

Então pedem para que todos, juntos, tentem abrir a roda, de maneira que valha como regras: Pular, passar por baixo, girar e saltar.

O efeito é que todos, juntos, vão tentar fazer o melhor para que esta roda fique totalmente aberta.

Ao final, pode ser que alguém fique de costas, o que não é uma contrarregra. O coordenador dá os parabéns a todos se conseguirem abrir a roda totalmente!

Obs: podemos fazer uma analogia com a vida. Por mais difícil que a vida nos parece, quando temos motivação e iniciativa conseguimos ultrapassar obstáculos que nunca pensamos inicialmente passar.

ANEXO IV

Consentimento informado

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ certifico que concordo em participar voluntariamente na intervenção para dirigentes do Corpo Nacional de Escutas. Esta intervenção decorrerá ao longo de 6 semanas e é desenvolvida no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A minha participação consiste em responder ao instrumento: Escala de Avaliação da Saúde Pessoal do Líder na primeira e última sessões e participar em todas as actividades inerentes considerando fundamental o meu contributo dado que se trata de algo relativamente inovador.

Todas as dúvidas sobre esta minha participação foram esclarecidas por Ana Maria Baptista Alves Pedrosa.

Percebo que os procedimentos desta intervenção não têm qualquer risco. Autorizo que estas sessões sejam gravadas para uso exclusivo de recolha de informação e não de divulgação.

É-me garantida a confidencialidade de tudo o que eu disser, perguntar ou escrever.

O Participante na intervenção: _____

O mestrando: _____

DATA: _____ / Abril /2013