



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Programa de gestão otimista do stresse: um estudo quase experimental com enfermeiras portuguesas

Nélia Maria Camacho Vasconcelos

Orientação: Professor Doutor Edgar Aníbal Galindo
Cota

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: *Psicologia Clínica*

Dissertação

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica

Dissertação

**Programa de gestão do stresse: um estudo quase experimental com
enfermeiras portuguesas**

Nélia Maria Camacho Vasconcelos

Orientador:

Professor Doutor Edgar Aníbal Galindo Cota

Évora, setembro de 2017

Agradecimentos

A realização desta dissertação de mestrado contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado uma realidade. Sem a ajuda e o apoio de pessoas especiais, não teria tanta motivação e dedicação em alcançar os meus objetivos, realizando mais esta etapa da minha formação. Por me ajudarem, direta ou indiretamente, a cumprir os meus objetivos, tornando-me uma pessoa preenchida, feliz e realizada, não poderia deixar de vos agradecer.

Ao Professor Dr.^o Edgar Galindo, meu orientador, pelo incansável esforço, dedicação, disponibilidade e orientação ao longo desta etapa. Por conseguir tranquilizar-me e colocar-me a pensar positivo, mesmo nos momentos mais stressantes.

Aos elementos da equipa do projeto de investigação do stresse, nomeadamente ao Professor Dr.^o Reschke e à Professora Dr.^a Luísa Grácio pela transmissão de conhecimentos, disponibilidade e ajuda neste trabalho.

Ao Gabinete de Formação do Hospital Espírito Santo de Évora, por se terem demonstrando incansáveis em toda a divulgação deste projeto e pela vossa preciosa ajuda.

Ao Enfermeiro Diretor José Chora e às enfermeiras participantes no projeto, pela recetividade e pelo contributo, que prescindindo de algum tempo, tornaram possível a realização deste trabalho.

Ao meu namorado, um agradecimento especial pelo apoio e carinhos diários, pela transmissão de confiança e força, em todos os momentos. Apesar de estar longe de casa, fez com que me sentisse todos os dias num belo lar, dando sentido à minha vida. Obrigada por me colocares sempre um sorriso, mesmo nos momentos mais difíceis.

Por último, quero agradecer à minha família e amigos pelo apoio incondicional que me deram, especialmente aos meus pais por permitirem que este sonho fosse concretizado, pelo apoio e encorajamento. O meu maior agradecimento, pelo exemplo que são, pelo amor incondicional, pela vossa dedicação e por acreditarem sempre em mim. É a vocês, que dedico todo este trabalho.

Stresse em profissionais de saúde: intervenção em enfermeiros

Resumo

Este estudo apresenta os resultados de uma intervenção baseada na psicologia para a gestão do stresse nos enfermeiros. Tem como objetivo contribuir para a diminuição dos níveis de stresse nas enfermeiras, através de ferramentas, e em consequência adquirirem competências para lidar com os problemas do quotidiano de um modo mais adequado. Pretende demonstrar que as técnicas de intervenção aplicadas são eficazes, observando se o treino proporcionou uma melhoria dos níveis de stresse, se essa melhoria surge a partir do momento da intervenção e se mantem-se após o treino. Foi aplicado um desenho de investigação quase experimental de linha base múltipla intrasujeitos, com aplicação sucessiva da variável independente a diferentes participantes. A amostra é constituída por 3 enfermeiras que receberam o programa “Gestão Otimista do Stresse”. O objetivo foi parcialmente alcançado uma vez que os níveis de stresse das enfermeiras diminuíram.

Palavras-chave: Gestão do stresse, Stresse em enfermeiras. Avaliação do stresse, Saúde mental.

Stress in health professionals: an intervention with nurses

Abstract

This study presents the results of an intervention based in psychology for stress management in nurses. The purpose is to contribute to the reduction of stress levels in nurses, providing them with tools, and consequently, to acquire skills to cope with everyday problems in a more appropriate way. It aims to demonstrate that the applied intervention techniques are efficient, showing if the training produce an improvement of the stress levels, if that improvement shows up since the moment of the intervention, and if it is maintained after training. It was applied a quasi-experimental research design of multiple baseline intra-subject, with the successive application of the independent variable to different participants. The sample consists of 3 nurses who received the “Optimistic Stress Management” program. The goal was partially achieved since the nurses’ stress levels decreased.

Key words: Stress management, Stress in nurses, Stress assessment, Mental health.

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introdução..... | 1 |
| Parte I – Enquadramento teórico..... | 4 |
| Capítulo 1 – Stresse e os profissionais de enfermagem..... | 5 |
| 1.1 Desenvolvimento histórico e definição de stresse..... | 5 |
| 1.2 Aspetos psicofisiológicos do stresse..... | 7 |
| 1.3 Fatores indutores de stresse nos profissionais de enfermagem | 10 |
| 1.3.1 Fatores moderadores de stresse. | 13 |
| 1.3.2 Efeitos do stresse ocupacional..... | 13 |
| 1.4 Vulnerabilidade ao stresse | 15 |
| Capítulo 2 – Gestão do stresse..... | 17 |
| 2.1 O <i>Coping</i> | 17 |
| 2.1.1 Estratégias de <i>Coping</i> | 17 |
| 2.2 Técnicas de gestão do stresse | 18 |
| 2.2.1 Relaxamento Progressivo de Jacobson. | 20 |
| 2.2.2 Respiração..... | 22 |
| 2.2.3 Hipnose. | 23 |
| 2.2.4 Treino autogénico. | 23 |
| 2.2.5 Biofeedback. | 24 |
| 2.2.6 Terapia de exercício. | 24 |
| 2.2.7 <i>Mindfulness</i> | 25 |
| Capítulo 3 – Programas de intervenção de stresse em enfermeiros | 27 |
| Capítulo 4 – Metodologia..... | 36 |
| 4.1 Participantes | 36 |
| 4.2 Instrumentos | 37 |
| 4.3 Procedimento | 39 |
| Capítulo 5 – Resultados | 44 |

| | |
|--|----|
| 5.1 Apresentação dos resultados | 44 |
| 5.1.1 Quantitativos..... | 44 |
| 5.1.2 Qualitativos..... | 49 |
| Capítulo 6 – Discussão dos resultados | 53 |
| Conclusão | 57 |
| Referências | 59 |
| Anexos | 66 |

Lista dos Anexos

Anexo I - Questionário Sociodemográfico.

Anexo II - Questionário quantitativo “Stresse? O seu pequeno teste pessoal”.

Anexo III - Questionário quantitativo “Teste de Stresse”.

Anexo IV - Questionário qualitativo “Avaliação qualitativa do stresse”.

Anexo V – Certificado de participação.

Anexo VI - Termo de consentimento informado.

Anexo VII - Contrato de participação.

Anexo VIII - Comprovativo da comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora.

Anexo IX - Cartaz com informações pertinentes sobre o projeto.

Introdução

O stresse tem sido uma área muito discutida devido aos custos e efeitos ao nível individual e organizacional. O stresse pode ser encarado como uma situação positiva, adaptando as pessoas às mudanças que ocorrem ao longo da vida, no entanto, pode ser prejudicial ao bem-estar e à saúde quando se encontra em excesso. Schröder e Reschke (2010) definem o stresse como uma situação de desequilíbrio entre ser-humano-ambiente, já não sendo possível regulá-la através dos seus comportamentos, ou seja, é uma situação em que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é avaliada como excedendo os seus recursos, afetando, por isso, o seu bem-estar.

Alguns investigadores têm considerado o stresse como a resposta do organismo aos acontecimentos que o desafiam (Cannon, 1929, citado por Lovallo, 1997; Selye, 1946, citado por Cartwright & Cooper, 1997), enquanto outros investigadores destacam os processos cognitivos, considerando o stresse como o resultado da transação entre a pessoa e o meio (Folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 1984).

Os trabalhos de Selye (1956, 1965, 1982 citado por Labrador, 1992) foram considerados os pioneiros e talvez os mais relevantes desta perspetiva, definindo o stresse como sendo uma resposta geral do organismo perante algum estímulo ou situação stressante, conceptualizando-o como um fenómeno fundamentalmente biológico e orgânico.

O modelo transaccional de stresse constitui uma das principais referências teóricas nesta área, centrando-se nos processos cognitivos que são desenvolvidos perante uma situação stressante, sendo o resultado de transações entre a pessoa e o ambiente. Essas transações dependem do impacto do stressor ambiental, sendo este interferido principalmente pela forma como o sujeito encara a situação stressante e pelos recursos pessoais, sociais e/ou culturais disponíveis para lidar com o stresse (Lazarus & Folkman, 1987; Lazarus, 2000). Assim sendo, é possível afirmar que a situação em si não é o fator mais importante para provocar respostas de stresse, mas sim a forma como é interpretada pela pessoa, percebida e /ou procurada para ser ultrapassada. Segundo o modelo cognitivo-comportamental, as emoções e os comportamentos são amplamente determinados pelo modo como o sujeito organiza o mundo, como compreende cada situação, trabalhando a ligação entre pensamentos, emoções e comportamentos (Wright, Basco, & Thase, 2008). Uma pessoa que tem uma avaliação pobre de si mesma, que tem formação inadequada e pobre perceção de

habilidades, provavelmente poderá deparar-se mais com stresse, comparando com alguém que tem a autoeficácia positiva (Srinivasan & Samuel, 2014).

Sterling e Eyer (1988) conceberam o termo *alostase*, que significa literalmente a conservação da estabilidade através da alteração, para caracterizar o funcionamento do sistema cardiovascular em sua adaptação a vários níveis de atividade corporal. Este termo foi incorporado num modelo de stresse por McEwen e colaboradores (Goldstein & McEwen, 2002, McEwen, 1998, citado por Lehrer, Woolfolk & Sime, 2007) que enfatiza as funções complexas e multifacetadas dos glucocorticoides e das catecolaminas. A carga alostática é um conceito que se refere ao desgaste no organismo que resulta de múltiplos ciclos de *alostase*.

As consequências do stresse podem estar presentes em qualquer pessoa, sendo pertinente dar ênfase à população de enfermagem. A literatura atual no âmbito do stresse tem vindo a chamar a atenção para a elevada prevalência de stresse nos profissionais de saúde, nomeadamente nos médicos e enfermeiros, sendo um grupo de risco, pois estão sujeitos a situações de maior exaustão emocional, tendo que lidar constantemente com situações stressantes (Silva & Gomes, 2009). Na ausência dos médicos, são os enfermeiros que estão na linha da frente, tendo que enfrentar, por vezes, o abuso verbal de pacientes e familiares. O trabalho por turnos, realizado pelos enfermeiros, pode levar a que estes deixem atividades sociais e/ou familiares, o que poderá ter uma influência negativa sobre a sua saúde física e emocional, podendo originar perturbações psicossomáticas (Srinivasan & Samuel, 2014).

Os efeitos de inúmeras técnicas de redução do stresse têm sido alvo de investigações, devido à crescente preocupação pública com o stresse e os seus efeitos. É possível considerar o stresse como um facilitador no estabelecimento de doenças, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias para evitar as consequências negativas do mesmo. Assim sendo, é pertinente referir as estratégias de *coping*, que são diversas atividades utilizadas para reduzir a experiência de stresse, sendo de extrema relevância para a satisfação dos enfermeiros. É possível identificar-se dois tipos de estratégias, as estratégias focalizadas na resolução de problemas e as estratégias focalizadas na regulação emocional. As primeiras são formas de lidar com o stresse que estão direcionadas para a definição do problema e para a origem de soluções alternativas, sendo essas alternativas avaliadas a nível de custos e benefícios enquanto as focalizadas na regulação emocional, como o próprio nome indica, são centradas nas emoções (Lazarus & Folkman, 1987).

Ultimamente, o stresse e as suas implicações têm sido temas de investigação, no entanto não são muito frequentes os estudos de amostras portuguesas entre profissionais de saúde (McIntyre, 1994, citado por Silva e Gomes, 2009), faltando estudos científicos sobre a aplicação de técnicas para a gestão do stresse. Pouca atenção tem sido dirigida a intervenções preventivas e à promoção do bem-estar. Apesar das inúmeras indicações de que é necessário suportar estratégias de autocuidado durante períodos de treino para os prestadores de cuidados de saúde, Christopher, Christopher, Dunnagan e Schure (2006) referem que os programas de treino clínico normalmente não incluem explicitamente tais estratégias. Porém, é evidente que os cuidados de enfermagem exigem uma mente pacífica, sendo pertinente todas as instituições de cuidados de saúde avaliarem o nível de stresse e analisá-lo (Srinivasan & Samuel, 2014) de forma a poderem dar importância a formas de eliminarem e/ou reduzirem as suas consequências.

Face ao exposto, é importante realizar um estudo de intervenção na área do stresse, em que seja possível cooperar para uma melhoria da qualidade da relação profissional/utente; atribuindo aos profissionais de enfermagem “ferramentas” para minorarem os níveis de stresse e para lidarem com os problemas de um modo mais apropriado.

O trabalho apresentado está organizado em duas partes. A primeira parte que abarca o enquadramento teórico e que inclui três capítulos, dois destinados ao stresse e a técnicas de gestão do mesmo e o terceiro dedicado aos resultados de investigações mais relevantes para a compreensão dos efeitos de programas de intervenção, na profissão de enfermagem, em relação ao stresse. A segunda parte que apresenta dois capítulos, o primeiro constituído pelo desenho do projeto, onde são descritas de forma sucinta e objetiva todas as ações de intervenção aplicadas e o segundo capítulo com a apresentação dos resultados obtidos e discussão dos mesmos. Por último a conclusão, onde constam as limitações deste projeto e considerações para o futuro.

Parte I – Enquadramento teórico

Capítulo 1 – Stresse e os profissionais de enfermagem

1.1 Desenvolvimento histórico e definição de stresse

O stresse remonta ao século XIV e deriva da palavra francesa *distresse* (“angústia”), que por sua vez deriva do latim *strictus* (“comprimido”), no entanto ao longo do tempo, foi usufruindo significados e definições distintas (Lehrer, Woolfolk & Sime, 2007).

Walter Canon (1939, cit in Lehrer et al, (2007)) é considerado o autor que iniciou os trabalhos científicos sobre o stresse, tendo sido o autor do conceito biomédico moderno de stresse, proferindo uma perturbação da homeostasia somática por ameaças externas que induzem uma mobilização de recursos corporais para lidar com as circunstâncias. Este mesmo autor desenvolveu o modelo de luta ou fuga, no qual confirmava que as ameaças externas levavam a uma resposta do organismo, de luta ou fuga. Dependendo da resposta por parte do organismo, ou seja, dependendo das mudanças fisiológicas, o sujeito poderia fazer frente à fonte produtora de stresse, com o intuito de elimina-la, ou seja, lutava, ou poderia evitá-la (fuga).

Hans Selye (1974) definiu o stresse como uma resposta não específica do organismo a qualquer exigência. Este autor concetualizou o stresse como um fenómeno essencialmente biológico e orgânico. Selye (1974) estabeleceu diferenças entre *eustress* e *distress* o que demonstrou que o stresse nem sempre é contraproducente. O *eustress* apresenta o stresse de carácter positivo que ativa o sujeito em situações dinamizadoras, que têm como finalidade a sua realização pessoal e que potenciam o prazer. Desta forma o stresse pode ser encarado como uma solução positiva, uma vez que pode ser considerado um processo que contribui para a adaptação do organismo perante situações de risco (Lipp & Malagris, 2001). O *distress* é o stresse de carácter negativo, sendo consequência de uma inaptidão de adaptação do individuo, fortalecendo o desgaste e a sensação de inutilidade (Serra, 2007).

Os autores que afirmam que o stresse pode ser encarado com uma solução positiva (Lipp & Malagris, 2001), referem que o stresse é definido como uma reacção do organismo, causada pelas modificações psicofisiológicas que surgem quando a pessoa se depara com uma situação que a irrite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz.

Segundo Holmes e Rahe (1967, citado por Greenberg, 2011), o stresse ocorre perante uma situação em que são necessários mais recursos, para além dos que estão

disponíveis, situação essa, segundo os autores, esporádica, como o falecimento de um ente querido. O stresse é assim considerado um estímulo externo capaz de provocar tensão nas pessoas. No entanto, DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman e Lazarus (1982, citado por Greenberg, 2011) consideram os eventos rotineiros mais significativamente stressantes, comparando com os eventos que ocorrem com pouca frequência. Estes autores argumentam que os aborrecimentos diários, embora aparentem ter menor importância por si mesmos, somam mais facilmente, portanto, são mais stressantes do que os principais eventos. Estes autores basearam os seus estudos na perspectiva psicossocial.

Para McEwen & Wingfield (2003) o termo stresse abrange variadas definições e usos, sendo visto por estes autores como algo positivo mas também prejudicial. Determinadas situações podem originar angústia como também podem originar sentimentos de alegria.

Schröder e Reschke (2010) descrevem o stresse como uma qualidade de regulação psicobiótica que sucede como reação dirigida em situações de sobrecarga crítica. Através dela, o sujeito fica capacitado para resolver a situação característica, ou pelo menos para a otimizar. Estes autores distinguem stresse agudo e stresse crónico. O stresse agudo refere-se à reação de preparação psicoenergética dirigida a um alvo, quando não é atingindo um equilíbrio entre a pessoa-ambiente e o stresse crónico é quando a pessoa não consegue resolver, ou pelo menos reduzir, a contradição existente entre ser humano e ambiente através de ações adequadas, ocorrendo uma afluência a uma situação persistente de ameaça contra as necessidades.

Os efeitos adversos do stresse e a sua consciência por parte da população têm feito com que o stresse tenha difundido, tanto no uso científico como no uso popular, em todo o mundo. Por vezes, o termo é utilizado para se referir a estímulos externos, começando a ser criticado pela sua falta de precisão e questionado sobre o que se refere. Este pode ser definido como um estímulo percebido ou processado (Lazarus, 2000), segundo um modelo de avaliação cognitiva do stresse, sendo concebido por outros autores, não como o estímulo mas sim como a resposta. O stresse pode ser crónico ou episódico, positivo ou negativo, um problema ou um desafio.

O stresse é um termo genérico que promove a comunicação e os motivos heurísticamente benéficos para a colaboração científica (Woolfolk, 2001). O conceito de stresse pode eventualmente ser substituído por um conjunto de termos mais precisos, como a alostase. No entanto, o stresse é um termo apenas nebuloso o suficiente para facilitar a comunicação entre os diversos profissionais e para fornecer uma rubrica que

tem permitido um valioso conjunto de esforços científicos e clínicos para desenvolver e florescer.

Em suma, é possível concluir que os efeitos do stresse não são apenas consequências negativas, pois é através da utilização e da experiência de novas estratégias, resultantes de uma situação stressante, que são descobertos recursos, que pareciam não existir, para resolver a situação em foco para aquele sujeito.

1.2 Aspetos psicofisiológicos do stresse

É fundamental a compreensão das principais teorias do stresse para a aplicação dos mecanismos psicofisiológicos do stresse, dando ênfase a três teorias, a Síndrome de Adaptação Geral de Selye (GAS), o modelo de Lazarus baseado na perceção diferencial de stresse e a teoria de Alostase de McEwen.

Foi Selye (1974) que retomou o conceito de homeostasia, proposto inicialmente por Cannon, dando ênfase à teoria de Síndrome de Adaptação Geral de Selye, sendo o conceito estereotipado das respostas físicas ao stresse, que compreende três fases: o estágio de alarme, o de adaptação-resistência e o de exaustão. O primeiro estágio era equivalente à resposta de luta-ou-fuga de Cannon, que prepara o indivíduo para responder a uma emergência ou ameaça. Existe uma diminuição inicial de resistência (reação de choque) seguida pela reação contrária (contrachoque), durante a qual se dá a mobilização dos recursos de defesa do organismo, fazendo disparar o sistema nervoso simpático e parassimpático. Durante a segunda fase, a adaptação-resistência, os processos homeostáticos levam o corpo a retornar ao seu estado antes da excitação, quando o stressor não está mais presente. Por fim, a exaustão resulta de exigências metabólicas excessivas, expandidas de um estágio de alarme prolongado (Selye, 1946, citado por Cartwright & Cooper, 1997).

Na perspetiva biológica, os modelos de Cannon e de Selye são semelhantes porque assumem a existência de reações gerais ao stresse. No entanto, são alvo de crítica porque não consideram o papel do indivíduo na determinação da sua própria resposta de stresse, não exploram as dimensões psicológicas e sociais (Ramos, 2001).

Lazarus (1984) propôs que a perceção de stresse (que ele chamou de *avaliação*) determina se existe qualquer resposta ou não, e se existir, se é positiva ou negativa. Este conceito trouxe fatores psicológicos para o modelo de stresse e abriu as possibilidades de respostas variáveis para o mesmo evento stressante. Lazarus (2000) definiu o stresse segundo o modelo transaccional, no qual afirma que este modelo se centra basicamente nos processos cognitivos que se desenvolvem à volta de uma

situação stressante, sendo o resultado das relações entre a pessoa e o ambiente. Estas relações dependem do impacto do stressor ambiental, sendo o impacto mediado por avaliações feitas pela pessoa em relação ao stressor e dependem dos recursos pessoais, sociais e culturais disponíveis para fazer frente à situação de stresse.

Quando uma situação é constata desfavorável para um sujeito e este se apercebe que não tem meios para lidar com a mesma, há uma produção de respostas neurofisiológicas, autónomas e endócrinas, e uma experiência de emoções fortes negativas por parte do sujeito. Estas emoções negativas estão sujeitas às avaliações subjetivas e a forma como o sujeito segue com os seus objetivos, alterando a qualidade e intensidade dessas mesmas emoções (Serra, 2002).

Segundo Monat, Averill & Lazarus (1972) o indivíduo sentir stresse ou não é dependente de três etapas do processo de avaliação cognitiva, sendo elas a avaliação primária, avaliação secundária e a reavaliação. Na primeira etapa, a pessoa tenta conhecer o que a situação tem de prejudicial ou de benéfico, de relevante ou irrelevante para si. Na segunda etapa, a pessoa avalia os meios de que dispõe para lidar com a situação, de forma a evitar as consequências prejudiciais ou antecipar os aspetos benéficos. Por fim, na última etapa, a pessoa faz um balanço das suas possibilidades em função dos elementos recolhidos.

As crenças dos sujeitos sobre como o mundo deveria operar e as suas motivações são as principais componentes a ter em consideração na avaliação primária (Lazarus e Folkman, 1984). Assim sendo, os acontecimentos podem ser considerados como saudáveis ou insignificantes, ou por outro lado, como constituindo um dano, uma ameaça ou um desafio. O dano, ameaça e desafio são considerados como formando três tipos de stresse, com a mesma denominação que os acontecimentos, uma vez que exigem um esforço adaptativo, enquanto os acontecimentos saudáveis ou insignificantes não carecem de respostas adaptativas especiais (Lazarus, 1993). Logo, os acontecimentos são considerados como sendo de dano se violarem as crenças de um indivíduo acerca do mundo ou se impedirem a sua capacidade de atingir os seus objetivos de vida, referindo-se ao prejuízo psicológico já produzido, como por exemplo, uma perda irreparável. Relativamente à ameaça, esta é uma antevisão do dano, que ainda não ocorreu mas que pode estar proeminente. O último acontecimento, o desafio, advém de exigências difíceis em que o indivíduo sente segurança em ultrapassar, mobilizando e desdobrando efetivamente as suas estratégias de *coping*. Os tipos de stresse psicológico apresentados têm diferentes consequências e surgem de condições anteriores diferentes, quer a nível do ambiente como do sujeito. Assim sendo, a ameaça

tem a aptidão de poder impedir as operações mentais e afetar o funcionamento, sendo considerada um estado de espírito incomodativo e o desafio é estimulante e está relacionado com a expansividade e com o cumprimento.

Em suma, a natureza e magnitude das nossas reações psicológicas e simultaneamente a ativação fisiológica produzida são determinadas pelas avaliações que fazemos das determinadas situações (Lazarus & Folkman, 1984). Na figura 1 é apresentado, esquematicamente, o modelo transacional proposto por Lazarus.

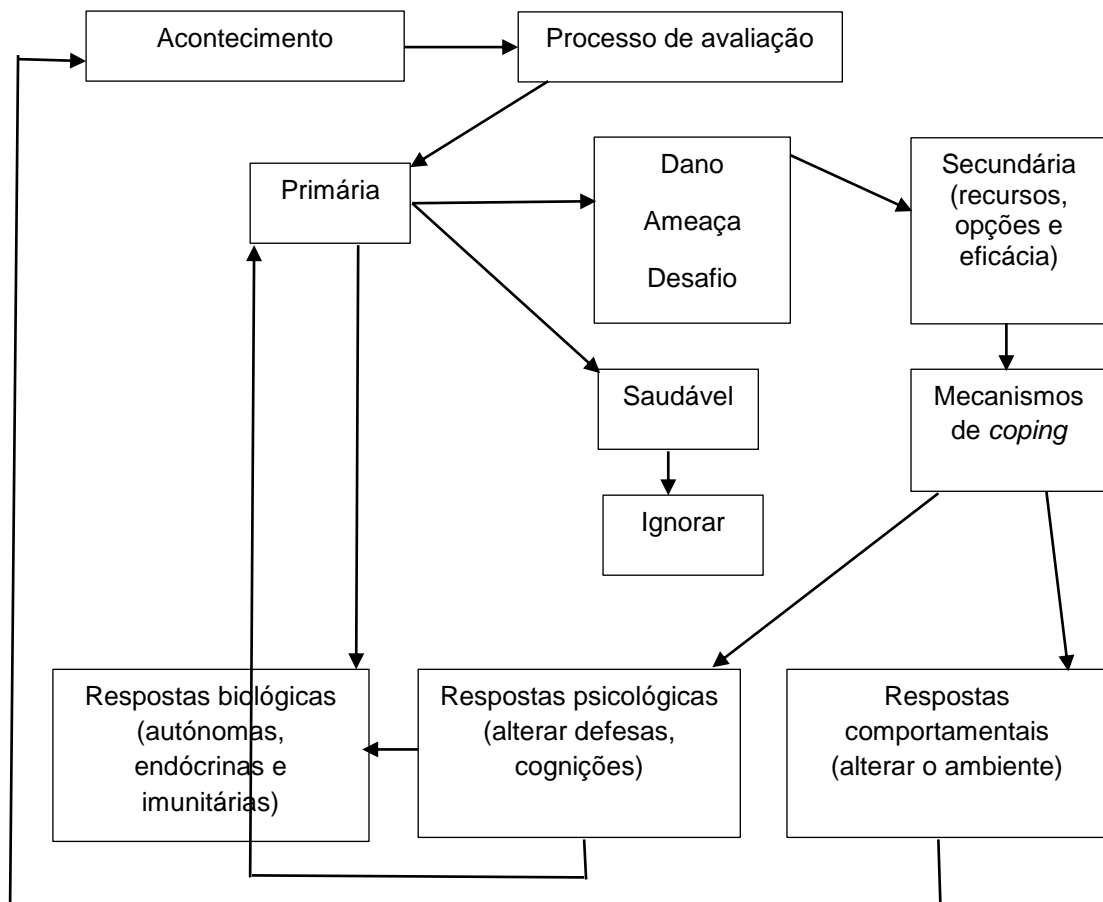


Figura1. Modelo transacional do stress (adaptado de Lazarus & Folkman, 1984).

Outra teoria de como os eventos da vida afetam a saúde é a teoria de alostase de McEwen, (McEwen & Wingfield, 2003). A alostase é a forma como o corpo lida com uma situação perigosa, sendo uma reação inata de luta ou fuga perante uma ameaça. Este processo pode sofrer alterações através da exposição a uma situação persistente de stress, ocorrendo uma modificação na reação inata, no qual esta se volta contra o próprio organismo, sendo denominada de carga alostática. Este termo sugere que a desregulação de sistemas, reservadas a equilibrar as respostas do organismo às

exigências ambientais, é um conciliador essencial do aumento da probabilidade de doença.

Os sistemas que podem funcionar em diferentes condições de ajuste são diferenciados pela teoria da alostase, com o requisito das novas condições permitirem uma melhor adaptação dos sistemas ao meio. Os agentes internos (mecanismos genéticos, neurais ou hormonais) ou externos (ambiente físico e social) podem dar origem a novas condições de ajuste, podendo ser previsíveis ou não, como ocorre nos casos de incidência de um agente stressor (McEwen, 1998).

É importante referir que a ativação dos sistemas alostáticos nem sempre provoca patologias e que não ocorrem apenas durante situações de stresse. Estes sistemas também podem ser ativados durante exigências imagináveis, ligadas ao ciclo de vida do organismo, como também em situações imprevistas e de crise. No entanto, só é desencadeado um processo patológico se o custo energético da ativação for em demasia, podendo ocorrer dano ao organismo (McEwen, 2003; McEwen & Wingfield, 2010).

1.3 Fatores indutores de stresse nos profissionais de enfermagem

As situações indutoras de stresse são acontecimentos que impulsionam o stresse no ser humano, podendo ser de diversas naturezas, como de natureza psicológica, física ou social, externa ou interna ao indivíduo.

A consequência que estas situações podem ter no sujeito resulta da forma como o próprio avalia a situação ao qual está exposto, a forma como percebe se tem meios para controlar a situação e o apoio social que lhe é concedido. Assim sendo, as situações podem possuir um grande impacto para o equilíbrio mental do ser humano como também podem não ser muito significativas, caso não tenham grande importância (Serra, 2007).

Segundo Lazrus & Folkman (1984), quando o sujeito não tem recursos para lidar com uma situação stressante, esta irá desencadear resultados negativos no seu bem-estar, sendo considerada uma relação que induz stresse, uma vez que não há equilíbrio na relação entre o sujeito e o ambiente.

Numa perspetiva preventiva, há que reconhecer que determinadas condições de trabalho em que se desenvolve a atividade profissional constituem circunstâncias indutoras de stresse para a maioria dos indivíduos (Niosh, 1998). É evidente que conhecer os fatores potencialmente indutores de stresse no trabalho é elementar para

a produção de intervenções orientadas para a redução dos efeitos negativos do stresse (Ramos, 2001).

Menzies (1960, citado por Martins, Castro & Pereira, 2013) foi um dos primeiros autores a definir a profissão de enfermagem como stressante: as ordens e os doentes podem levar os enfermeiros a experienciar sentimentos que são incompatíveis com o seu desempenho profissional. De acordo com Martins, Castro e Pereira (2013), a origem do stresse pode ser interna ou externa: stressores internos referem-se às características pessoais, enquanto stressores externos estão ligados às situações que ocorrem no nosso dia. Mark e Smith (2011) apresentaram, como parte dos resultados do seu estudo, que os profissionais de saúde são um grupo significativo dos efeitos negativos dos locais de trabalho stressante, no qual 27% de todos os funcionários do hospital foram classificados com níveis de stresse e taxas de absentismo acima da média (4,82%) e 45% dos enfermeiros afirmaram que o stresse no trabalho tinha causado uma doença ou piorado uma já existente.

Nas instituições hospitalares trabalham profissionais que são confrontados por diversas situações emocionalmente fortes (e.g. morte e doença) que podem causar ansiedade, tensão física e mental nos próprios profissionais (Martins, 2003). Assim sendo, estas instituições possuem características geralmente relacionadas com o stresse, devido à presença de diversas relações hierárquicas, à correlação referente às atividades dos vários grupos de profissionais e os elevados níveis de especialização profissional (Calhoun, 1980, Rodrigo, 1995, citado por McIntyre, McIntyre & Silvério, 2000).

O fato dos enfermeiros terem conhecimento na área da doença origina a crença que estes estão imunes à mesma, que possuem uma elevada capacidade de resistência, no entanto, estes profissionais lidam diariamente com a morte e com o sofrimento, necessitando de apoio psicológico apesar do conhecimento que têm (McIntyre, McIntyre & Silvério, 2000).

Segundo Srinivasan e Samuel (2014), a profissão de enfermagem é, por natureza, uma ocupação exposta à carga de trabalho stressante, que por sua vez está relacionada com problemas de saúde física e psicológica. Uma característica muito importante associada à atividade dos profissionais de saúde diz respeito à responsabilidade por pessoas. Essa responsabilidade abrange não só os doentes, mas também outros aspetos relacionados, por exemplo, a satisfação de familiares e de amigos, para além da responsabilidade social. Segundo estes autores, os enfermeiros enfrentam/percebem o trabalho por turno como um problema psicológico que

enfraquece as condições de saúde e conseqüentemente origina doenças. O trabalho à noite, pode levar a que os enfermeiros deixem atividades sociais e/ou familiares o que poderá ter uma influência negativa sobre a sua saúde física e emocional, podendo originar perturbações psicossomáticas.

Num estudo realizado por Melo, Gomes e Cruz (1997), os enfermeiros apresentaram níveis mais elevados de stresse que os médicos (apesar de não ser significativo) e que os professores, sendo que as principais fontes de pressão e stresse parecem estar relacionadas com o clima e estrutura organizacional, com a carreira e realização profissional e com o papel de chefia.

Em Singapura, foi realizado um estudo com enfermeiros de um Hospital, com o objetivo de identificar as fontes de stresse entre os enfermeiros. A maioria dos enfermeiros apresentavam uma elevada carga de trabalho, pressão do tempo, recompensas inadequadas, insuficiente interação com o paciente e questões emocionais incontrolláveis de trabalho, no entanto, o fator mais frequente de stresse foi a sobrecarga de trabalho (Thian, Kannusamy & Klainin-Yobas, 2015).

Segundo Gray-Toft e Anderson (1981), uma das três principais causas indutora de stresse, em relação aos profissionais de enfermagem, é a morte, sendo possível causar sentimentos de vulnerabilidade e ligação excessiva. Como referido anteriormente, a percepção de falta de controlo de delimitada situação é decisiva para a aparição de estados de stresse. Assim sendo, podemos considerar que a falta de independência e a pouca participação nas deliberações estão relacionadas com o stresse nos profissionais de enfermagem, uma vez que são fatores que determinam o autocontrolo das suas atividades profissionais.

Em todos os profissionais de saúde, os enfermeiros são os profissionais que exibem um nível mais elevado de absentismo em Portugal (Lucas, 1987 citado por McIntyre, McIntyre & Silvério, 2000), podendo ser justificado pelo resultado do grande número de pacientes por enfermeiro, que por sua vez poderá originar questões relacionadas com a sobrecarga de trabalho e com a gestão do tempo, sendo possível causar conseqüências negativas para os profissionais e conseqüentemente para os utentes.

Alguns estudos portugueses também identificaram a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos entre os principais fatores indutores de stresse em profissionais de saúde (Gomes & Cruz, 2004; McIntyre, McIntyre & Silvério, 2000; Melo, Gomes & Cruz, 1997). A sobrecarga de trabalho afeta o cumprimento bem sucedido nas tarefas profissionais, podendo compromete-las e exibindo os trabalhadores ao stresse pelos

danos causados à saúde física e mental (Guedes & Mauro, 2001, citado por Meirelles & Zeitoune, 2003). Esta sobrecarga de trabalho é diferenciada em sobrecarga qualitativa e quantitativa, por notados autores. A sobrecarga qualitativa do trabalho corresponde a exigências excessivas em relação às competências, conhecimento e aptidões do trabalhador. Todavia o mesmo autor considera que se o trabalho for demasiado brando também pode tornar-se stressante. Relativamente à sobrecarga quantitativa, esta remete para o excesso de atividades a realizar num determinado período de tempo (Martins, 2003). Estes estudos mostram a importância do problema do stresse entre os enfermeiros de Portugal e a urgência de investigar programas de intervenção.

Segundo o estudo de Silva e Gomes (2009), com enfermeiros, há uma maior tendência para problemas de stresse nos enfermeiros do género feminino, enfermeiros com menos experiência profissional, solteiros, enfermeiros do centro de saúde e nos que realizam trabalho por turno rotativos.

1.3.1 Fatores moderadores de stresse.

A forma como os indivíduos avaliam o seu trabalho e o seu nível de satisfação, podendo ser influenciada pelos fatores pessoais, são denominados de fatores moderadores de stresse, ou seja, estes fatores estão relacionados com a vulnerabilidade dos indivíduos ao stresse (McIntyre, McIntyre & Silvério, 2001).

Estes fatores podem ser aspetos psicológicos e aspetos físicos. Nos aspetos psicológicos, podem ser traços de personalidade e características de comportamento, como por exemplo, extroversão ou introversão, estados de humor, autoconceito, autoestima, estabilidade emocional ou neuroticismo, otimismo, *locus* de controlo, interno ou externo e estilos de *coping* utilizados pelo individuo. Quanto aos aspetos físicos, os autores referem-se ao bem-estar físico ou saúde, dieta e hábitos alimentares, exercício físico, sono, padrões de relaxamento e trabalho, aspetos demográficos e profissionais como idade, género, raça, educação, estatuto socioeconómico, ocupações, vocações e apoio social (Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001 e Serra, 2007).

1.3.2 Efeitos do stresse ocupacional.

Quando o stresse manifestado se refere especificamente à função desempenhada, este denomina-se de stresse ocupacional ou profissional (Santos, 2010).

O stresse ocupacional pode causar comportamentos incomuns e disfuncionais no trabalho e contribui para uma má saúde física e mental. Em curto prazo, pode levar a uma variedade de perturbações e doenças, de fadiga crónica a depressão (Kivimäki et al, 2002 citado por O'Donovan, Doody & Lyons, 2013). Em casos extremos, o stresse prolongado ou eventos traumáticos no trabalho podem levar a problemas psicológicos e levar a perturbações psiquiátricas, resultando na ausência do trabalho e impedindo o trabalhador de poder trabalhar de novo (McFarlane, 2010, citado por O'Donovan, Doody & Lyons, 2013).

Como referido anteriormente, os efeitos negativos do stresse podem refletir-se ao nível físico, psicológico e/ou comportamental (Cooper et al, 2001). A nível físico poderá ocorrer uma variedade de sinais e sintomas, como por exemplos as dores de cabeça, dores nos ombros, pescoço e dorso, ganho ou perda de peso, obstipação, falta de ar, palpitações cardíacas, aumento da tensão arterial, entre outros (Hespanhol, 2005). Segundo o mesmo autor a nível psicológico, o stresse pode provocar insónia, depressão e ansiedade. Por fim, a nível comportamental, poderá ocorrer a manifestação de tiques nervosos, fadiga crónica, indecisão, perda da eficiência no trabalho, abuso do álcool e tabaco, falar rapidamente, dificuldade em relaxar, entre outros.

Como já referido anteriormente, os efeitos negativos originados pelas respostas comportamentais aos stressores, tanto podem afetar o indivíduo como a organização em que exercem a sua profissão. (Cooper et al, 2001). Relativamente à organização, os profissionais começam por apresentar um fraco desempenho profissional, afetando as relações interpessoais, pouco controlo da qualidade do trabalho realizado e absentismo. Relativamente ao nível individual, o indivíduo sofre alterações a nível físico e mental, aumentando a prevalência de perturbações psicológicas.

Os tipos de stresse que afetam os seres humanos variam de acordo com a sua idade e estágio de desenvolvimento (Seymour & Black, 2002, citado por Lehrer, Woolfolk & Sime, 2007) Através de muitos estudos realizados, foi possível verificar que as respostas específicas de stresse possuem uma variação na magnitude e na duração. O stresse quando é percebido como incontroável é associado a um maior nível de cortisol e a um maior tempo de recuperação. Um baixo *status* socioeconómico, sono pobre, escolhas alimentares questionáveis e falta de exercício são exemplos de fatores comportamentais que modulam a perceção individual de estímulos e a sua habilidade de lidar com os mesmos. Como o stresse é percebido pelos indivíduos e como o stresse se emprega nas suas visões do mundo, influência as suas respostas bioquímicas e fisiológicas ao stresse. Quando predomina uma visão pessimista do mundo, a pessoa

constantemente encontra provas de que a atual situação terá um resultado mau, vendo um potencial dano em todos os lugares e em todos. Alguns dos efeitos destrutivos do stresse são evitados por curtos períodos de tempo por mecanismos de defesa, tais como a repressão. Por exemplo, repressores são descritos como aqueles que têm uma capacidade diminuída para atender e lembrar-se de emoções negativas, em vez disso, têm memória preferencial para estados emocionais positivos. Vários fatores individuais e específicos de estímulo afetam a extensão e duração da resposta ao stresse.

A avaliação que o sujeito faz da situação permite-lhe experienciar distintos estados emocionais sendo possíveis variadas combinações de emoções. As combinações das emoções negativas e prejudiciais geram um estado desagradável, uma tensão psíquica de ativação, referida como perturbante e contra produtiva.. O stresse é o núcleo destas alterações e fenómenos psíquicos, possuindo também a componente somática, induzida pelo aumento da produção de hormona libertadora da corticotrofina (CRH), pela ativação do eixo hipotálamo-pituitário-supra-renal (eixo HPA) e por alterações localizadas nos sistemas monoaminérgicos centrais, sistema nervoso autónomo e sistema imunitário (Serra, 2007).

1.4 Vulnerabilidade ao stresse

O nível de vulnerabilidade de cada sujeito será responsável pela forma como o stresse afeta-o (Serra, 2000). Assim sendo, a vulnerabilidade deve ser entendida na relação particular entre o individuo (componente subjetivo) e determinada situação (componente objetivo).

Para Beck e Emery (1985, citado por Serra, 2000) uma pessoa vulnerável é aquela que tem a perceção de estar submetida a perigos de carácter interno ou externo sobre os quais não tem controlo considerado suficiente para lhe dar um sentido de segurança. Quando um sujeito sente que não tem esse controlo suficiente para se sentir seguro, ou seja, quando se sente vulnerável, acaba por sustentar a expectativa de que não vai ser capaz de superar as dificuldades que lhe irão aparecer, fazendo com que fique bloqueado a nível interno e externo. A nível interno os autores referem-se ao discurso e à recordação de lembranças armazenadas e a nível externo impossibilita o uso de aptidões existentes.

Assim sendo, uma personalidade marcada pela negatividade, uma experiência traumática grave, como a vitimização, o desastre, a experiência de combate e o abuso físico ou sexual, podem atuar como fatores de vulnerabilidade, levando a uma maior

probabilidade de sintomas inadaptados relacionados ao stresse e de um fraco ajuste. Enquanto um estilo de enfrentamento ativo, otimismo percepções de controlo sobre eventos de vida, um forte senso de si mesmo, bem como a natureza da própria experiência stressante podem ser determinantes potenciais do crescimento, relacionados com o stresse. A pesquisa indica que o pessimismo, ou expectativas negativas para o eu e para o futuro, estão associados a uma maior vulnerabilidade aos eventos stressantes da vida e ao uso de estratégias de enfrentamento inadaptadas (Updegraff & Taylor, 2000).

O modelo teórico de McEwen e o modelo de Lazarus e Folkman foram os modelos utilizados como fundamento para a realização e aplicação do programa “Gestão otimista do stresse”, uma vez que se centram nos processos cognitivos do indivíduo que são desenvolvidos perante uma situação stressante. O programa de gestão do stresse utilizado trata-se de um programa que aborda vários conteúdos dirigidos para o desenvolvimento das competências dos sujeitos, no qual tem em conta o próprio sujeito, e as avaliações que este faz das determinadas situações, influenciando as reações psicológicas e concomitantemente a ativação fisiológica produzida. O programa em questão irá proporcionar alguma aprendizagem sobre o stresse e a melhor forma de lidar com ele.

Capítulo 2 – Gestão do stresse

2.1 O *Coping*

O termo *coping* é descrito na literatura em termos de estratégias, estilos, táticas, respostas, cognições ou comportamentos. Em português, este termo pode ser considerado como confrontar, lidar, fazer face, suportar, aguentar (Serra, 2000). O termo *coping* representa as estratégias usadas para lidar com imprevistos que induzem stresse (Serra, 2007).

Para Lazarus & Folkman (1984) quando as exigências específicas, internas ou externas, são avaliadas como transpondo ou excedendo os recursos da pessoa, começa a haver uma variedade de esforços em fixa mudança, quer cognitivos e comportamentais, que lidam com estas exigência específicas. Assim sendo, os autores afirmam que o *coping* é centrado na forma como a pessoa raciocina e atua durante uma situação stressante, sendo considerado um processo orientado e um conjunto de cognições e comportamentos reativos ao stresse, podendo alterar-se com o tempo. O *coping* é afetado pela avaliação que o sujeito faz quanto à exigência da situação, ou seja, a situação pode colocar exigências que conseqüentemente imponham escolhas diferentes ao sujeito quanto às estratégias utilizadas, estando assim relacionado com o contexto. Por fim, as estratégias ou respostas utilizadas são observadas como esforços que o sujeito faz para responder às exigências ao qual é exposto, sendo possível ter um bom ou mau resultado (Graziani & Swendsen, 2007).

Para Lazarus (1993) o *coping* é um processo com objetivos definidos, no qual o indivíduo orienta os seus pensamentos e comportamentos com o propósito de resolver as fontes de stresse e gerir as reações emocionais do *coping*.

Em suma, é possível afirmar-se que as estratégias podem ser alteradas à medida que o indivíduo fortalece as suas avaliações referentes a determinada situação, uma vez que o *coping* pode ser encarado como um modo de mudança. Assim sendo, é possível que o indivíduo utilize várias estratégias, ou uma combinação das mesmas, a partir do momento em que a relação pessoa-meio foi alterada, havendo um fortalecimento das suas avaliações (Scherer, Wiebe, Luther & Adams, 1988).

2.1.1 Estratégias de *Coping*.

Para Lazarus e Folkman (1984), o *coping* pode ser compreendido a partir de dois tipos de estratégias: as estratégias focalizadas no problema e as estratégias centradas

na emoção. O primeiro tipo tem como objetivo analisar e definir a situação, considerando os seus custos e benefícios, e procurando alternativas para resolvê-la, enquanto a orientação para a pessoa tem a função da regulação interna das emoções e refere-se a soluções que se dirigem para o debate, para a gestão ou para o adiamento da resposta emocional à situação.

Na primeira estratégia o indivíduo dirige os seus esforços para eliminar a causa de stresse. O fato do sujeito apenas desenvolver um plano de ação apenas quando prevê possibilidade de mudança para melhor, é um exemplo de diversas variáveis que podem influenciar o processo. É um tipo de estratégia que é recomendável, uma vez que remove totalmente a fonte de perturbação e impede que se difunda um estado desagradável que naturalmente se pode tornar desfavorável para a saúde e bem-estar do ser humano. Normalmente, neste tipo de estratégias, os sujeitos são propensos a utilizá-las quando o stresse é experienciado com pouca intensidade e quando a situação é considerada como controlada e possível de se resolver (Lazarus & Folkman, 1984).

A segunda estratégia refere-se aos processos cognitivos responsáveis pela regulação do estado emocional, através de esforços que permitem ao sujeito pensar e agir de forma eficaz. Estas estratégias são utilizadas pelos sujeitos quando o stresse é sentido como mais grave e quando percebem que os stressores não podem ser modificados, no entanto, sabem que é preciso continuar a interagir com os mesmos, focando-se por isso no controlo das emoções. O propósito é manter a esperança e o otimismo, negar tanto a situação quanto as suas consequências, ou atuar como se as circunstâncias não importassem. Essas estratégias incluem a fuga, a culpabilidade, o distanciamento, a atenção seletiva, as comparações positivas e a extração de aspetos positivos de acontecimentos negativos. Por fim, é de salientar que estas estratégias têm como objetivo o confronto direto bem como a resolução do problema (Serra, 2007).

São vários os estudos que têm demonstrado existir uma relação sólida entre as respostas de stresse e os recursos de *coping* do sujeito (McIntyre et al, 2000) e as associações robustas existentes entre o coping, exigências de trabalho, níveis de controlo, suporte social, esforço extrínseco, excesso de compromisso, recompensas e ansiedade e depressão (Marck & Smith, 2011), principalmente em profissões onde a redução das exigências não é uma opção realista, como por exemplo em enfermeiros.

2.2 Técnicas de gestão do stresse

O stresse pode possuir diversas consequências e fontes, afetando um variado número de sujeitos. Esses sujeitos, experienciam aceitabilidades e qualidades de

experiência diferentes, podendo ser possível afirmar que os métodos de tratamento podem ser consideravelmente diversificados. Embora o substrato autônomo da resposta ao stresse seja muitas vezes caracterizado como reflexo de luta ou fuga, é raro, que o stresse quotidiano exija luta ou fuga, envolvendo a gestão do julgamento social. Embora o enfrentamento do stresse ativo possa ser acompanhado por ativação simpática e inibição parassimpática, o enfrentamento passivo com o stresse tende a ser associado ao oposto. As abordagens de gestão do stresse para este complexo de respostas de stresse, podem incluir o treino de habilidades sociais, aspetos da terapia cognitiva, exercício e controlo da respiração e variabilidade da frequência cardíaca (Lehrer et al, 2007). Na tabela 1 é possível observar algumas formas clássicas de gestão do stresse.

Tabela 1 - Formas clássicas de gerir os estados de stresse agudos (Schröder e Reschke, 2010)

| Instrumental e orientado ao problema. Influir sobre as condições produtoras do stresse Exemplos: | Centrada na emoção-paliativa. Influir na reação corporal-emocional Exemplos: |
|--|--|
| Ações para resolver o problema | Relaxamento |
| Mudança do comportamento de comunicação | Distração |
| Tentar influir na mudança da situação | Atividade desportiva |
| Mudança dos próprios valores | Evitamento da situação produtora de stresse |
| Mudança das rotinas diárias | Procura de consolo |
| Entre outras | Mudança do diálogo interior |
| | Diminuição das próprias pretensões |
| | Reinterpretação dos stressores e das tentativas de gestão |
| | Entre outras |

As situações stressantes impõem a uma nova adaptação por parte dos indivíduos. Este termo, adaptação, pode ser definido como o ser humano sentir-se induzido a desenvolver uma série de atividades que corrijam a relação perturbada que foi originada entre si e o meio ambiente (utilizando aptidões e recursos pessoais bem como recursos sociais) e que diminuam as emoções negativas que entretanto foram evocadas (Pinto & Silva, 2005).

Maioritariamente, as recomendações dirigidas aos sujeitos para melhorar a gestão do stresse limitam-se a duas estratégias de *coping* mencionadas na teoria de Lazarus, a gestão externa e a gestão interna. São válidas para gerir situações

problemáticas agudas já existentes ou iminentes, sobre tudo de carácter episódico (Schröder e Reschke, 2010)

Segundo Mitchell, Cronkite e Moos (1983, citado por Pinto & Silva, 2005) os indivíduos que possuem uma tendência em utilizar as estratégias de confronto e resolução de problemas, têm uma menor probabilidade do que os outros a ficarem deprimidos, demonstrando portanto, a importância e relevância das estratégias. Uma vez que todas as medidas que melhorem a percepção de controlo ajudam a atenuar os efeitos do stresse, de seguida, serão abordadas algumas técnicas possíveis de utilização na gestão do stresse.

2.2.1 Relaxamento Progressivo de Jacobson.

O termo relaxamento pode ser descrito como algo que é contrário ao stresse, que o contesta, assim sendo, fortalece a homeostase e reduz a angústia e as emoções, permitindo a averiguação dos componentes do organismo (Auriol, 1985 citado por Albuquerque & Cavalcanti, 1998).

Através de estudos realizados, foram identificados estados psicológicos positivos que derivaram do relaxamento, sendo eles: aceitação, facilidade, consciente, sentir-se distante, alegria, mistério, otimismo, fisicamente descontraído, quieto, reverente, com sono e intemporal. Estes estados fazem parte de um léxico universal de relaxamento psicológico refletindo quatro categorias de experiência de relaxamento: relaxamento básico, *mindfulness*, energia positiva e transcendência, apresentadas na tabela 2 (Smith, 2007, citado por Lehrer et al, 2007).

Tabela 2 - Categorias de estados de relaxamento de Smith (2007, citado por Lehrer et al, 2007).

| | |
|--|-------------------------|
| Transcendência | |
| Mistério | |
| Reverente | |
| Mindfulness | Energia positiva |
| Ciente/Concentrado | Alegre |
| Aceitação | Otimista |
| Despertar | Energizado |
| Centralização | Grato |
| Relaxamento Básico | |
| Mentalmente relaxado, Fisicamente relaxado, Desativado (distante, indiferente) | |
| Com sono | |
| Descansado | |

Os estados são reforços para iniciar e manter a prática de relaxamento, sensibilizando os sujeitos para potenciais recompensas de uma prática contínua, podendo serem fundamentais para os resultados positivos de relaxamento. A Psicologia positiva mostrou claramente que os estados positivos têm um impacto direto na saúde, no funcionamento do sistema imunológico e até mesmo na longevidade. Assim sendo, provavelmente, a tarefa mais importante de um formador de relaxamento é convencer os indivíduos que os estados não são humores triviais e passageiros, mas uma parte fundamental e poderosa do relaxamento de todos (Lehrer et al, 2007).

De acordo com a teoria de relaxamento psicológico, podemos desencadear e sustentar a excitação de stresse fisiológico e psicológico através de seis formas de auto stresse. Cada forma de auto stresse sugere uma família correspondente de técnicas de relaxamento, sendo as formas de auto stresse a posição e postura stressada, músculos stressados, respiração forçada, foco de corpo stressado, emoção stressada e atenção stressada, correspondendo à família de técnicas de relaxamento, *yoga*, relaxamento muscular progressivo, exercícios de respiração, treino autogénico, imagens/auto-fala positiva e meditação/*mindfulness*, respetivamente (Lehrer et al, 2007).

Das técnicas apresentadas, a *yoga* é talvez a técnica mais difícil para a investigação, dado que incorpora exercícios de respiração, meditação, imagens e sugestões autogénicas (Lehrer et al, 2007).

Entre as técnicas de relaxamento, temos o Relaxamento Progressivo de Jacobson que propôs que o alívio da tensão na musculatura esquelética tem como resultado uma mente calma. Assim sendo, o sistema neuromuscular é encarado como um mediador no alívio do stresse e da ansiedade. Este método consiste em técnicas de contração-relaxamento que visam cultivar a consciência das sensações musculares, ou seja, saber distinguir quando o músculo está tenso e quando está relaxado. Esta consciencialização permite ao indivíduo desenvolver a competência de libertar conscientemente a tensão. Assim sendo, o objetivo desta técnica é levar o sujeito a um estado profundo de relaxamento muscular (Jacobson, 1938 citado por Borges & Ferreira, 2013).

Jacobson observou que os seus pacientes que demonstravam tensão, mesmo evidenciado por um pequeno movimento muscular, como por exemplo o franzir a testa, não se recuperavam tão rapidamente, comparando com pacientes que não possuíam tensões. Assim sendo, Jacobson ensinou aos seus pacientes uma série de exercícios que, primeiramente exigiam uma contração de um grupo muscular e, posteriormente o seu relaxamento, progredindo para diferentes grupos musculares. O objetivo da fase de

relaxamento é familiarizar-se com essa sensação para que ela possa ser induzida voluntariamente (Jacobson, 1938 citado por Grenberg, 2011).

As situações stressantes que os indivíduos se deparam no dia-a-dia, evocam um padrão de alarme primitivo, no qual toda a musculatura esquelética reage imediatamente. Se a tensão muscular esquelética for prolongada e intensificada, pode resultar em qualquer variação de condições patológicas. Para reverter o processo de desconexão, uma pessoa precisa aprender a relaxar a musculatura esquelética, o que permitirá que a atividade nos outros sistemas do corpo seja reduzida (Lehrer et al, 2007). Na tabela 3 é possível observar as principais mudanças fisiológicas decorrentes do stresse e da resposta de relaxamento.

Tabela 3 - Principais mudanças fisiológicas decorrentes do stresse e da resposta de relaxamento (Neto, 2010, citado por Neto, 2011).

| Funções | Stresse | | Relaxamento |
|-------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|
| Metabolismo | Aumento | | Diminuição |
| Frequência cardíaca | Aumento | | Diminuição |
| Pressão arterial | Aumento | | Diminuição |
| Frequência respiratória | Aumento | | Diminuição |
| Tônus muscular | Aumento | | Diminuição |
| Atenção | Aumento (agudo) | Diminuição (crônico) | Diminuição |
| Memória | Aumento (agudo) | Diminuição (crônico) | Aumento |
| Flexibilidade cognitiva | Diminuição | | Aumento |

2.2.2 Respiração.

A respiração é uma contração rítmica e expansão do corpo, como resultado dos fluxos de ar dentro e fora dos pulmões. A contração e expansão do corpo são realizadas pelos músculos respiratórios, o que altera o volume do tronco. Quando o volume do tronco aumenta, a pressão interna diminui em relação à pressão atmosférica. Quando as vias aéreas estão abertas, o ar flui para dentro dos pulmões (Lehrer et al, 2007).

A respiração é dependente de muitos fatores, tanto físicos como mentais que influenciam a sua taxa, profundidade e forma, sendo essas medidas variáveis dependentes que refletem o estado do sujeito (Lehrer et al, 2007).

A maioria das pessoas respira ao expandir o terço do peito (aproximadamente na sexta costela). Isso é conhecido como respiração torácica. No entanto, a forma mais

relaxante e saudável de respirar é expandir a barriga, reduzir a respiração das costas, sendo denominado de respiração diafragmática. Quando é inalada uma grande quantidade de ar e exalado o mesmo lentamente, é denominado de respiração muito profunda, sendo muito eficaz como uma resposta imediata ao stresse (Grenberg, 2011).

2.2.3 Hipnose.

A hipnose é uma técnica que pode ser comparada com o sono, havendo uma redução da consciência, acompanhada de inércia e passividade. No entanto, na hipnose, não há uma perda total de consciência. Esta técnica é composta por diversos elementos, sendo eles: a economia de atividade e relaxamento, havendo uma redução das atividades muscular e da perda de energia; a diminuição da atenção; a interpretação das palavras no sentido literal; sugestibilidade aumentada e a catalepsia dos membros (Davis, Eshelma & McKay, 2008).

A hipnose pode ser vista como o procedimento psicoterapêutico mais antigo e ainda usado em psicoterapia. Na prática contemporânea, a sugestão hipnótica é usada para amenizar uma variedade de perturbações físicas e psicológicas, como uma ferramenta de gestão de stresse e como um tratamento altamente específico para dor aguda e crónica (Flammer & Bongartz, 2003, citado por Lehrer et al, 2007).

Vários autores propõem que apenas sujeitos altamente suscetíveis à hipnose, podem beneficiar de um tratamento com componente hipnótica, ou seja, os tratamentos hipnóticos são considerados mais eficazes com participantes altamente hipnotizáveis. As sugestões hipnóticas são empregadas para fornecer alívio ou melhora dos sintomas de uma variedade de condições médicas. Os pesquisadores têm observado que os sujeitos com certas perturbações psicológicas são mais hipnotizáveis do que sujeitos com outras perturbações ou sem nenhum diagnóstico. Alguns estudos (Spiegel, Hunt, & Dondershine, 1988 e Stutman & Bliss, 1985, citados por Schoenberger, 2000) indicaram que pessoas com perturbação de stresse pós-traumático são especialmente responsivas às sugestões hipnóticas, sugerindo que possam beneficiar de intervenções desta natureza.

2.2.4 Treino autogénico.

O termo autógeno é derivado das palavras gregas *autos* e *genos* e apropriadamente pode ser traduzido como “*self-exercício*”. Johannes Schultz, criador do treino autogénico, era um crente firme em capacidades de autorregulação e poderes de

auto recuperação do corpo. Nesta técnica, o sujeito concentra-se em sensações do seu corpo de forma passiva, sem tentar diretamente trazer mudanças, o que pode parecer paradoxal, no sentido em que a concentração geralmente sugere esforço. No treino autogénico, o sujeito é instruído para concentrar-se em sensações internas, ao invés de estímulos ambientais, sendo um processo que requer um pouco de esforço. Se a concentração não vier facilmente, é dito ao sujeito para deixar os pensamentos vagarem por um tempo, ou para reorganizar a posição do corpo para maior conforto, ao invés de forçar a concentração interna (Lehrer et al, 2007).

Existem algumas questões relativas ao saber se existem meios válidos disponíveis para prescrever uma técnica de relaxamento particular para pessoas específicas, no entanto, há indicações de que aqueles que possuem um local de controlo interno são autogénicos mais efetivos do que aqueles com um local de controlo externo (Grenberg, 2011).

2.2.5 Biofeedback.

O Biofeedback foi definido como o uso de instrumentos eletrônicos ou outras técnicas para monitorizar e alterar atividades subconscientes, muitas das quais são reguladas pelo sistema nervoso autónomo (Rod, 2008, citado por Grenberg, 2011). O biofeedback recebe informações sobre o que ocorre no corpo em um momento específico e, posteriormente ajuda a controlar essa ocorrência, através de ferramentas que obtêm uma medida sobre a parte do corpo que há interesse. A técnica é considerada não invasiva na qual o paciente é treinado para relaxar usando os próprios sinais corporais.

2.2.6 Terapia de exercício.

A atividade física tem sido associada a reduções de numerosas perturbações emocionais e comportamentais relacionadas com o stresse entre os adultos e crianças (Weyner, 1992, citado por Lehrer et al, 2007).

A Terapia Cognitivo-Comportamental, (TCC) também tem sido utilizada para o controlo do stresse. É uma abordagem psicoterápica que reconhece o papel das cognições disfuncionais e/ou limitantes na geração da resposta psicofisiológica do stresse. Possui dois princípios centrais, que as cognições têm função controladora sobre emoções e comportamentos e que o modo de agir pode afetar os padrões de pensamento e emoções (Wright, Basco & Thase, 2008).

A terapia de exercício é também conhecida como a terapia de pé/conversa e é a combinação de um programa de exercício com uma psicoterapia tradicional. Além das sessões de terapia de exercício, o sujeito é incentivado a estabelecer um programa regular de exercício diário que pode continuar como um padrão de hábito de estilo de vida (sem supervisão) depois de concluir a terapia (Wankel, 1993, citado por Lehrer et al, 2007).

Esta técnica é utilizada na gestão do stresse com o objetivo de melhorar a saúde mental, tendo sido demonstrado que os efeitos metabólicos de esforço físico também pertencem a catástrofes psicológicas tal que a expressão das descrições emocionalmente carregadas de um passado stressante vêm posteriormente mais livremente e podem ser processadas em terapia. Quando é oportuno, é explicado ao sujeito que na próxima sessão irão andar um pouco enquanto falam, sendo dado um aviso prévio para que esse esteja preparado. O exercício é um método de obtenção de redução do stresse imediato (embora temporário) e de alívio dos sintomas (Lehrer et al, 2007).

No entanto, esta técnica tem sido descrita como a intervenção negligenciada (Callaghan, 2004), uma vez que o exercício possui riscos, bem como benefícios, tendo que ser necessário possuir cautela e dar importância a este fato, tendo a certeza de que o sujeito tem ou obteve autorização de um médico para a poder realizar.

2.2.7 Mindfulness.

O termo *mindfulness* tem como significado consciência, atenção e recordação, no qual a consciência compromete tornar-se consciente de tudo o que ocorre dentro e fora de nós, estando com atenção nos pensamentos e emoções em vez de tentar suprimi-los. O conceito de recordação significa recordar-se dos dois termos anteriores, lembrarmo-nos de estarmos atentos e de prestarmos atenção (Teixeira & Perestrelo, 2016).

O *Mindfulness* é uma forma de treino mental destinado a aumentar a consciência e a capacidade de desligar de padrões adaptativos da mente que são vulneráveis a respostas de stresse e Psicopatologia. O treino em *mindfulness* tenta aumentar a consciência dos pensamentos, emoções e formas mal adaptativas de resposta ao stresse, ajudando assim os sujeitos a aprenderem a lidar com o stresse de forma mais saudável e mais eficaz (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody, Segal, Abbey, Speca, Velting & Devins 2004).

Vários autores propõem um modelo de atenção de duas componentes. A primeira componente envolve a autorregulação da atenção para que ela seja mantida em experiência imediata, permitindo assim um maior reconhecimento de eventos mentais no momento presente. A segunda componente envolve a adoção de uma orientação específica em relação às experiências de alguém no momento presente, uma orientação caracterizada pela curiosidade, abertura e aceitação (Bishop et al, 2004).

Apesar do *mindfulness* poder, muitas vezes, levar a estados de relaxamento, o objetivo final do *mindfulness* difere do treino de relaxamento. A intenção dos exercícios de relaxamento é substituir um estado mental e físico menos desejável, tais como o stresse, ansiedade, medo ou dor por um estado mais desejável como calma, paz ou relaxamento. Em práticas de *mindfulness*, o objetivo é reconhecer a realidade presente, do momento, como ela realmente é, seja agradável ou desagradável, sendo o primeiro passo para transformar essa realidade e a relação com a mesma (Kabat-Zinn, 1992, citado por Sedaghat, Mohammadi, Alizadeh & Imani 2011).

Esta técnica, enquanto terapia, é reconhecida pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE) como sendo altamente eficaz na aprendizagem da gestão do stresse físico e psicológico (Teixeira & Perestrelo, 2016). Quando esta é praticada com regularidade origina alguns benefícios, como por exemplo a diminuição considerável dos níveis de stresse, a melhora considerável da memória e estimulação da criatividade, o controlo das reações e a tomada de decisões é realizada de forma mais consciente e impede o desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos.

Os estudos anteriores são de extrema importância para o presente trabalho, uma vez que as técnicas referidas anteriormente apresentam benefícios na gestão do stresse, proporcionando uma diminuição dos níveis de stresse e um maior controlo do mesmo. São técnicas utilizadas no programa “Gestão Otimista do Stresse”, umas a nível prático e outras a nível de informação, oferecendo diversas possibilidades de escolha para os participantes gerirem o seu stresse.

Capítulo 3 – Programas de intervenção de stresse em enfermeiros

Como é possível verificar, existem vários estudos que corroboram que a profissão de enfermagem é considerada particularmente stressante e emocionalmente exigente, ameaçando a própria saúde e bem-estar dos enfermeiros e havendo uma maior probabilidade de impacto negativo na qualidade dos serviços prestados aos pacientes. Os resultados das diversas investigações, são indicadores suficientes que apontam para a necessidade crescente de intervir desde cedo na gestão do stresse. Alguns estudos de programas de gestão do stresse, realizados especificamente para enfermeiros, indicam que as intervenções cognitivas-comportamentais e técnicas de relaxamento podem ser eficazes em ajudar os enfermeiros a enfrentarem e a reduzirem o stresse pessoal.

Hersch, Cook, Deitz, Kaplan, Hughes, Friesen & Vezina (2016) realizaram um estudo para testar a eficácia de uma intervenção de gestão de stresse na internet, criada especificamente para situações experienciadas pelos enfermeiros. O programa baseado na internet forneceu um mecanismo para os enfermeiros acederem à intervenção de forma mais conveniente, não exigindo a convocação dos grupos de forma presencial. O programa inclui sessões sobre como o stresse tem impacto no corpo, a avaliação do stresse e identificação de stressores, ferramentas de gestão do esforço, alteração da resposta a stressores ou alteração da situação stressante, promoção das habilidades de comunicação eficazes, tempo para sofrer e a depressão e ansiedade. O questionário sócio demográfico incluiu dez itens que avaliaram o gênero, idade, raça, etnia, estado civil, habilitações, status de enfermagem, ambiente de trabalho, anos de enfermagem e anos no hospital. Como instrumentos de medida, foram utilizados; a Escala de Stresse de Enfermagem, projetada para avaliar sete fontes de stresse relacionadas com o trabalho, especificamente para enfermagem; Sintomas de angústia, sendo uma escala de 15 itens desenvolvida por Orioli, Jaffe e Scott (1991, citado por Hersch et al (2016)), no qual cada item descreve um sintoma físico ou emocional de sofrimento (tensão muscular, nervosismo, etc.) com uma escala de resposta de quatro pontos, indicando a frequência do sintoma nos últimos 30 dias; Lidar com o stresse, medida que contém doze itens que avaliam o tipo de estratégias que utilizam para lidar com situações e eventos difíceis; o Questionário de Limitações de trabalho, que contém quatro escalas, uma escala de cinco itens que avalia a dificuldade de ter tempo, uma escala de seis itens que mede a capacidade da pessoa desempenhar as tarefas de trabalho, concentração e foco, uma escala de

três itens avaliando exigências de trabalho interpessoais e uma escala de cinco itens que mede a capacidade de uma pessoa manter a qualidade e quantidade de exigências do seu trabalho; o uso de substâncias para alívio do stresse no qual foram desenvolvidos três itens individuais pela equipa de estudo que pediu aos participantes que indicassem até que ponto eles usavam álcool, prescrição de medicamentos prescritos ou medicamentos prescritos usados, de forma a aliviar o stresse; a quantidade e frequência de bebida, tendo sido medida por quatro itens; compreendendo a depressão e a ansiedade, desenvolvido pela equipa de estudo, no qual incluiu seis itens para avaliar a medida em que os participantes entenderam e internalizaram a informação apresentada na seção Saúde Mental do programa e por fim, foi utilizada a escala de satisfação de trabalho das enfermeiras que mede a satisfação tendo em conta a administração, colegas de trabalho, carreira, atendimento ao paciente e relação com o supervisor. Os 104 enfermeiros (de um hospital de Virginia e de um hospital de Nova Iorque) que participaram foram convidados a completar um pré-teste e, após a conclusão, foram aleatoriamente distribuídos pelo grupo experimental e pelo grupo de controlo. O *site* do questionário on-line foi verificado todos os dias para determinar os enfermeiros que completavam a tarefa, contendo as seguintes medidas: a demografia, a escala de stresse de enfermagem, sintomas de angústia, o lidar com o stresse, questionário de limitações no trabalho, uso de substâncias para aliviar o stresse, frequência e quantidade de bebida, noções básicas sobre ansiedade e depressão e a escala de satisfação de trabalho de enfermeiros. Os resultados deste ensaio clínico controlado randomizado fornecem evidências dos benefícios de utilizar um programa baseado na web para ajudar os enfermeiros hospitalares a gerenciar o stresse associado frequentemente com a enfermagem. Os enfermeiros que receberam acesso ao programa de respiração mostraram melhorias significativas no stresse relacionado com a enfermagem. Além de mostrar uma melhoria significativa no stresse percebido, medido através da escala de stresse de enfermagem, os enfermeiros mostraram reduções em áreas específicas de esforço de enfermagem, incluindo o stresse relacionado com morte, conflitos com médicos, preparação inadequada, conflitos com outros enfermeiros, excesso de trabalho e incerteza relativa ao tratamento.

Orly, Rivka & Dorit (2012) realizaram um estudo com enfermeiros de um hospital na parte sul de Israel, no qual tinham como objetivo investigar o efeito da intervenção cognitivo-comportamental sobre os enfermeiros. O estudo foi constituído por 36 enfermeiros, no qual 20 participaram de um curso de intervenção cognitivo-

comportamental e 16 fizeram parte do grupo de controlo. As escalas foram escolhidas para medir as reações de stresse, recursos de personalidade e humor. Os dados foram coletados em dois pontos de medição: no início do estudo e 4 meses mais tarde, após a conclusão do estudo, sendo utilizadas escalas para medir as reações de stresse, os recursos de personalidade e o humor. Assim sendo, como instrumentos foram utilizados os recursos de personalidade, forma abreviada da escala SOC, onde os participantes foram convidados a informar, numa escala de tipo Likert, o grau em que cada uma das 13 declarações representava as suas atitudes e as variáveis de humor transitório que continham 2 instrumentos. A escala de stresse percebido, que mediu o grau em que as situações na vida são avaliadas como stressantes e o perfil dos estados de humor, que consiste em 58 itens que medem a tensão-ansiedade (9itens), depressão-abatimento (15 itens), hostilidade de raiva (12 itens), vigor (8itens) e fadiga e confusão (7 itens). De forma a recolher informação sociodemográfica, foi utilizado um questionário que continha perguntas sobre a idade, local de nascimento, habilitações e estado civil. Através do estudo, corroborou-se que os enfermeiros no grupo de intervenção cognitivo-comportamental que relataram valores mais elevados de senso de coerência após a conclusão do curso sentiram que eram capazes de lidar com o stresse relacionado com o trabalho, havendo uma diminuição dos estados de humor negativos.

Kravits, McAllister-Black, Grant & Kirk (2010) também desenvolveram um projeto com o objetivo de o avaliar, sendo um programa psico educacional que auxilia os enfermeiros. Este estudo utiliza uma única intervenção psico educativa para ensinar comportamentos de auto cuidado positivo aos enfermeiros. A intervenção consiste em uma única sessão de 6 horas e utiliza princípios de educação. Os 248 enfermeiros participaram na intervenção uma vez por semana, no centro de cancro do sul da Califórnia e três vezes ao longo do curso, fora do centro. As intervenções primárias incluíram relaxamento e guia de formação, exploração de estratégias de enfrentamento proactivo e criação de um plano de bem-estar personalizado. A avaliação inclui a satisfação com o curso e corpo docente, bem como a avaliação de burnout usando o Inventário de Burnout de Maslach (MBI). De forma a aumentar a informação obtida através do MBI, foi utilizada a técnica de avaliação de arte. Os resultados do estudo demonstram que a realização pessoal dos enfermeiros aumentou após a intervenção e que a exaustão emocional, após o curso, foi significativamente inferior.

Sarid, Berger & Segal-Engelchin (2010) realizaram um estudo no qual utilizaram também uma intervenção de grupo cognitivo-comportamental, tendo como objetivo avaliar o impacto da intervenção nos enfermeiros, o sentido de coerência, a

perceção do stresse e estados de humor. Participaram 36 enfermeiros no qual foram distribuídos por dois grupos, o grupo de estudo (20 enfermeiros) e o grupo de controlo. Os dados foram recolhidos em dois pontos de medição: no início do estudo e quatro meses mais tarde, após a conclusão do estudo. Entre estes dois pontos de medição, o grupo de estudo participou de um curso de intervenção cognitivo-comportamental composto por 16 sessões. Destes, dez reuniões foram dedicadas a intervenções cognitivas e seis reuniões destinavam-se a aprendizagens de habilidades comportamentais de redução do stresse. O curso forneceu informações sobre reações de stresse, bem como conceitos cognitivos-comportamentais teóricos e práticos. Foram realizadas reuniões de quatro horas, uma vez por semana. Neste estudo, foi também utilizado a forma curta da escala SOC e a escala de stresse percebido. Foi ainda utilizado o perfil dos estados do humor, empregado para avaliar os estados de humor dos enfermeiros. Foram realizadas perguntas sociodemográficas sobre a idade, local de nascimento, habilitações e estado civil. Os enfermeiros que participaram no grupo cognitivo-comportamental relataram um aumento dos níveis de sentido de coerência e vigor e diminuíram os níveis de perceção de stresse e fadiga após a conclusão da intervenção. No grupo de controlo as variáveis emocional/humor não sofreram alterações, entre os dois pontos de medição.

Outros projetos têm vindo a ser aplicados, um pouco por todo o mundo, baseando-se no mindfulness, no qual demonstram que o mindfulness melhora a saúde física e mental subjetiva, empatia e bem-estar.

Mackenzie, Poulin & Seidamn-Carlson (2006) realizaram um estudo para dotar os enfermeiros e auxiliares com estratégias e para descrever e avaliar a eficácia de uma breve versão do programa MBSR tradicional. Foi formulada a hipótese que, em comparação com os participantes de controlo, os participantes que recebessem treino de mindfulness iriam experienciar sintomas de diminuição de burnout, aumento de relaxamento, maior satisfação com o emprego e a vida em geral e aumento da capacidade de ver a vida como significativa, compreensível e controlável (ou seja, o senso de coerência). A intervenção é uma versão abreviada do tradicional programa MBSR que sintetiza seus principais elementos, sendo congruente com sua filosofia subjacente e é mais fácil de incorporar em horários de trabalho dos enfermeiros. No estudo houve um grupo de controlo, composto por 14 enfermeiros e auxiliares e o grupo de intervenção, composto 16 enfermeiros e auxiliares. Os participantes receberam uma gravação de CD ou audiocassete de exercícios de mindfulness guiados, que foram instruídos a praticar pelo menos 10 minutos por dia, 5 dias por

semana. Receberam também um manual que resumiu os pontos-chave das sessões e esclareceu requisitos dos trabalhos de casa. A intervenção dos participantes foi completada com uma bateria de questionários antes e após o programa de treino de 4 semanas. Os resultados deste estudo suportam a viabilidade e eficácia potencial de um programa breve de treino de mindfulness para redução dos sintomas de burnout, realçando o relaxamento e melhoria da satisfação de vida de enfermeiros e auxiliares.

Foureur, Bell, Johnston, Jones, Schofield, Allan, Ricketts, Morrison & Johnston (2013) realizaram um estudo piloto, no qual também utilizaram o MBSR, com o objetivo de avaliar eficácia de uma intervenção de redução do stresse, baseada em mindfulness, adaptada sobre o bem-estar psicológico dos enfermeiros e parteiras. O estudo piloto usou um estudo de intervenção pré e pós *design*, no qual os participantes foram convidados a participar de entrevistas ou grupos de discussão para discutir as suas experiências no programa e a sua prática de atenção no curso. Foi utilizada uma amostragem de conveniência para recrutar 20 parteiras e 20 enfermeiros de dois hospitais de Nova Gales do Sul. A intervenção consistiu em um programa MBSR adaptado, envolvendo a redução do stresse baseado em mindfulness, tendo sido administrada por um psicólogo experiente, no qual também cedeu um CD gravado com treinos de 20 minutos para um período de 8 semanas. Como instrumentos, foram utilizados: a forma curta do GHQ-12, sendo uma ferramenta bem validada que avalia os sintomas físicos da ansiedade e perturbações do sono e a interferência com atividades sociais e depressão; o SOC-Orientação para a vida que possui três subdomínios que correspondem ao senso de compreensão, sensação de capacidade de gerenciamento e o senso de significado e por fim, foi utilizado o DASS que mede os estados emocionais negativos da depressão, ansiedade e stresse. Este estudo também suporta a viabilidade e a eficácia do programa, no qual os resultados positivos em relação à aceitabilidade e os resultados quantitativos apoiam o desenvolvimento e testagem de um programa de atenção através de um estudo controlado randomizado bem projetado e devidamente sustentado.

Durante também 8 semanas, Martín-Asuero & García-Banda (2010) realizaram uma intervenção psico-educativa com profissionais de vários hospitais e centros de saúde de Palma de Maiorca, envolvendo 28 horas de aula, com base no programa que Foureur et al (2013) também utilizaram, o MBSR. Os 29 participantes foram distribuídos por dois grupos, um composto por 17 profissionais de saúde e o segundo por 12, sendo a maioria (76%) composto por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e psicólogos). Para medir o grau de aflição dos participantes, foi aplicado

o inventário de SCL90-R. Foi ainda utilizado a escala de BEYCAN, PANAS e um questionário de avaliação global da intervenção. Os questionários foram administrados antes e após a intervenção, 3 meses depois. Os questionários foram dados em uma ordem diferente em cada uma das três avaliações, para que a ordem não beneficia-se nem prejudica-se qualquer questionário. O treino tenta desenvolver Mindfulness em atividades cotidianas, através da prática de exercícios para concentrar a atenção, a meditação e estende-se ao Yoga. Os resultados demonstraram que a intervenção ajudou a maioria dos participantes a mudar os seus estilos de vida, de alguma forma. A pontuação média do stresse diário, a aflição psicológica e o nível de stresse percebido diminuíram após a intervenção.

Com o intuito de avaliar a eficácia de um programa de treino de mindfulness breve, Lan, Subramanian, Hahmat & Kar (2012) realizaram um estudo com enfermeiros dos cuidados intensivos de um hospital na Malásia. Foram administrados questionários de autorrelato sobre o nível de stresse e bem-estar dos participantes, sendo administrados uma semana antes e após a conclusão do programa. Os questionários de autorrelato foram usados para avaliar os resultados de stresse: a escala de stresse percebido (PSS-10) e escala de depressão ansiedade e stresse (DASS-21). Para avaliar o bem-estar relacionado com os resultados, foram usadas duas ferramentas: escala de atenção de sensibilização de Mindfulness (MAAS-15) e a escala subjetiva de felicidade (SHS). O programa foi aplicado por um psiquiatra, durante 5 semanas, com sessões semanais de 2 horas e com algumas sessões de treino. O psiquiatra tinha formação em terapia cognitiva-comportamental e prática em intervenções de mindfulness. De 41 participantes, 37 participantes (90%) completaram o programa; 22 (60%) completaram as 5 sessões e 15 (40%) completaram as 4 sessões. Os resultados demonstram que os participantes com níveis de stresse, ansiedade e depressão elevados, depois de participarem no programa, os níveis diminuíram significativamente.

Como referido anteriormente na presente dissertação, a terapia de relaxamento muscular progressiva tem sido efetivamente utilizada para controlar o stresse e ansiedade, aliviar a insônia e reduzir os sintomas do stresse. É uma estratégia eficaz e amplamente utilizada para aliviar o stresse. Patel (2014) realizou um estudo quantitativo para avaliar a eficácia da terapia de relaxamento muscular progressiva sobre o stresse entre 30 enfermeiros, que trabalham em hospitais na cidade de Vadodara. O objetivo principal do estudo piloto foi ajudar os pesquisadores a se familiarizar com o uso da ferramenta e a descobrir as dificuldades para realizar o estudo principal, tendo sido realizado durante 8 dias. Este estudo utilizou um instrumento de avaliação do stresse,

elaborado pelo investigador do estudo. Os resultados do estudo piloto, demonstraram que após a administração da terapia de relaxamento muscular progressiva, metade da amostra não apresentavam stresse.

Frequentemente é administrado apenas uma técnica de gestão do stresse a um dado grupo de participantes, devido aos requisitos metodológicos dos desenhos de investigação que procuram isolar influências causais. O desenho fatorial padrão não é adequado para um exame destas complexidades visto que, os problemas de stresse estão interligados com outras circunstâncias de vida patológica e características pessoais. No entanto, através de pesquisas realizadas para examinar o impacto das intervenções clínicas, é possível declarar que a validade externa da pesquisa pode ser mais importante do que considerações de validade interna, resultando no uso de métodos naturalistas sistemáticos ou projetos quase-experimentais. Uma técnica de terapia deve ser clinicamente poderosa para justificar a sua utilização, devendo proporcionar um alívio suficiente do sofrimento e uma capacidade aprimorada de funcionamento para que compense o tempo e o esforço para recorrer à técnica. A técnica deve também ser suficientemente aceitável para a população para gerar uma alta taxa de adesão ao tratamento e deve ser rentável (Lehrer et al, 2007). Esta afirmação é um fundamento metodológico deste presente trabalho, tendo sido aplicado um programa de gestão do stresse específico para os profissionais de enfermagem.

Após a análise dos vários estudos aqui apresentados podemos verificar que o stresse é considerado um problema preocupante para os profissionais de saúde e para as organizações que os empregam, sendo os profissionais que parecem apresentar níveis mais elevados de pressão e stresse relativamente a outros profissionais de saúde, importa não só, avaliar o nível de stresse dos enfermeiros mas também controlá-lo, realizando programas de gestão. É de salientar a escassa realização de investigações de programas de intervenção de stresse nos enfermeiros, em Portugal. Consequentemente, para o presente projeto de intervenção foi delineada a aplicação de um programa de treino para a gestão do stresse, em uma amostra de enfermeiros, avaliando os efeitos através de medidas quantitativas e qualitativas, sendo o primeiro estudo deste tipo realizado em Portugal.

Assim sendo, neste trabalho foi decidido utilizar um desenho quase-experimental (caraterizando-se por não necessitarem de longos períodos de observação e recolha de dados) de linha base múltipla, para avaliar os efeitos do programa de treino “Gestão optimista do stresse”. Consequentemente, o trabalho apresenta como objetivo geral: contribuir para a diminuição dos níveis de stresse nas enfermeiras através de

ferramentas e em consequência adquirirem competências para lidar com os problemas do quotidiano de um modo mais adequado. Como objetivos específicos: 1) contribuir para que as profissionais de enfermagem aprendam a lidar e a gerir adequadamente o stresse; 2) implementar programas de treino para aquisição de competências, a fim de diminuir os níveis de stresse, e; 3) verificar a sua eficácia através de uma metodologia científica. Para responder ao objetivo geral, foram consideradas as seguintes questões de investigação: a) A intervenção terá resultados positivos? b) Os resultados devem-se à intervenção ou outros fatores? Para finalizar, foram ainda levantadas seis hipóteses:

H1: o treino é capaz de diminuir os níveis de stresse de acordo com o instrumento “Teste de Stresse”;

H2: o treino é capaz de diminuir os níveis de stresse de acordo com o instrumento “Stresse? O seu pequeno teste pessoal”;

H3: o treino é capaz de diminuir os níveis de stresse de acordo com o instrumento “Avaliação Qualitativa do Stress”;

H4: as três hipóteses anteriores coincidem;

H5: as melhorias surgem a partir do momento em que existe intervenção;

H6: as melhorias mantêm-se após o treino.

Parte II – Estudo empírico

Capítulo 4 – Metodologia

Neste capítulo é descrita a metodologia que foi implementada na realização do estudo. Assim sendo, serão apresentados os participantes, os instrumentos utilizados, bem como, toda a planificação e estruturação do procedimento do estudo.

4.1 Participantes

O presente estudo incide sobre uma amostra constituída por 3 enfermeiras com idades compreendidas entre os 42 e 59 anos de idade, com um mínimo de 20 anos de experiência na área de enfermagem. De acordo com Marôco (2014), trata-se de uma amostra do tipo não probabilístico, accidental ou de conveniência, uma vez que a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos, ou seja, o facto de ter sido proposto aos profissionais de saúde de enfermagem, e por ser pedido a participação voluntária no projeto. O estudo apresenta como hipótese geral a redução do nível de stresse independentemente das causas do mesmo.

Através do Questionário Sociodemográfico, preenchido na primeira sessão do programa de gestão do stresse, constituído por 6 questões de resposta rápida (Anexo I), foi possível realizar a caracterização dos participantes. O *Questionário Sócio Demográfico* recolhe informações sobre a idade, género, estado civil, se tem filhos, horas de trabalho semanais e anos de experiência na profissão de enfermagem, de cada participante. É apresentado na tabela 4 as características gerais dos participantes.

Tabela 4 - Características gerais da amostra

| Variável | Grupo de intervenção | |
|------------------------------|----------------------|--------|
| | N | % |
| Grupo etário | | |
| 42 | 1 | ≈ 33.3 |
| 48 | 1 | ≈ 33.3 |
| 59 | 1 | ≈ 33.3 |
| Género | | |
| Feminino | 3 | 100 |
| Masculino | 0 | - |
| Estado Civil | | |
| Solteiro(a), com namorado(a) | 1 | ≈ 33.3 |

| | | |
|---|---|--------|
| Solteiro(a), sem namorado(a) | 0 | - |
| Casado(a) | 1 | ≈ 33.3 |
| Divorciado(a)/Separado(a) | 1 | ≈ 33.3 |
| Outro | 0 | - |
| Tem filhos | | |
| Sim | 2 | ≈ 66.7 |
| Não | 1 | ≈ 33.3 |
| Horas de trabalho, em média, por semana | | |
| 35 horas | 2 | ≈ 66.7 |
| 35 a 40 horas | 1 | ≈ 33.3 |
| Anos de experiência profissional em enfermagem | | |
| 20 anos | 1 | ≈ 33.3 |
| 21 anos | 1 | ≈ 33.3 |
| 35 anos | 1 | ≈ 33.3 |

É possível verificar que a amostra é constituída somente por elementos do género feminino, com idades compreendidas entre os 42 e os 59 anos e que a maioria tem filhos (66.7). A amostra difere um pouco em relação ao estado civil. Comparativamente às horas de trabalho, todos os participantes fazem 35 horas ou mais e os anos de experiência variam de 20 a 35 anos. Apesar da unidade a que cada enfermeira pertence, não ser uma variável presente no questionário sociodemográfico, esta foi perguntada na primeira sessão, sendo todos os participantes da unidade de convalescença.

4.2 Instrumentos

Tendo em conta os objetivos do estudo, foram utilizados diversos instrumentos considerando a sua pertinência e validação no que se refere ao stresse e aos campos de avaliação. Como instrumento principal, foi utilizado o programa de intervenção “Gestão Otimista do Stresse” desenvolvido pelos professores Harry Schröder e Konrad Reschke (2010). Como instrumentos de avaliação, foram aplicados dois questionários de tipo quantitativo, o “Stresse? O seu pequeno teste pessoal” (Anexo II) de Schröder e Reschke (2010) e o “Teste de Stresse” (Anexo III) adaptado de Reschke (2011) e por fim, um questionário de tipo qualitativo “Avaliação qualitativa do stresse” (Anexo IV)

elaborado pela Professora Luísa Grácio do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora.

“Gestão Otimista do Stresse”, é um manual desenvolvido pelos professores Harry Schröder e Konrad Reschke (2010), traduzido pelo Professor Doutor Edgar Galindo e adaptado pelos professores da Universidade de Évora. O programa “Gestão Otimista do Stresse” trata-se de um programa que aborda vários conteúdos, conteúdos esses que são dirigidos para o desenvolvimento das competências dos sujeitos. Estas competências referem-se à gestão ativa do stresse, ao controlo dos sentimentos negativos, à auto estabilização e planeamento do futuro, ao descobrimento e utilização dos recursos sociais, à identificação das fontes do bem-estar e à aprendizagem e aplicação quotidiana de técnicas de relaxamento adequadas para o caso. Com este programa, o objetivo passa por aprender algo sobre o stresse e a melhor maneira de lidar com ele.

O questionário o “Stresse? O seu pequeno teste pessoal” (Schröder & Reschke, 2010) é uma escala de tipo *likert* constituída por 7 questões com 4 oportunidades de resposta: não corresponde; corresponde pouco; corresponde bastante; corresponde totalmente. Este questionário foi utilizado para medir o stresse, obtendo a sua pontuação através da soma dos valores obtidos em cada questão. Se a soma dos valores for inferior a 10, não será obrigatoriamente um sinónimo de pouco stresse, será necessário observar as reações indesejáveis perante o stresse. Se a soma for superior a 18, o stresse será um evidente problema para o inquirido, sendo necessário começar, o mais breve possível, a combater de imediato este problema.

O questionário “Teste do Stresse”, adaptado de Reschke (2011), é uma escala de tipo *likert* dividida em três partes. A primeira parte corresponde aos problemas corporais, a segunda parte aos problemas cognitivos e a última parte aos problemas emocionais, avaliando o stresse nas três partes. Cada parte é constituída por 10 questões com 6 oportunidades de resposta: não corresponde; corresponde pouco; corresponde às vezes; corresponde frequentemente; corresponde muito; corresponde sempre.

A “Avaliação Qualitativa do Stresse”, em formato questionário, permite avaliar a perceção do stresse de forma qualitativa referente à última semana, tendo sido construído para o estudo, pela professora Luísa Grácio. É feita uma avaliação, pelo participante, em relação ao seu stresse da última semana, são indicadas as áreas da sua vida onde tem sentido mais stresse, as principais consequências, estratégias utilizadas para diminuir o stresse, se resultaram e o porquê.

4.3 Procedimento

Os instrumentos utilizados foram administrados às enfermeiras da Unidade de Convalescença, do Hospital Espírito Santo, em Évora, após o consentimento da Administração, do Enfermeiro Diretor e dos profissionais de enfermagem. Para tal, foi entregue uma carta à Administração do HES requerendo autorização para a aplicação do programa “Gestão Otimista do Stresse”. Depois de obtida a devida autorização, realizou-se uma reunião com o Enfermeiro Diretor e com o Gabinete de formação para obter cooperação na divulgação do projeto e para o uso das instalações e equipamentos presentes no Gabinete de formação.

Como critérios de admissão foram considerados: a disponibilidade para a participação no programa e responder aos questionários e instrumentos de colheita de dados inerentes ao projeto; a participação de forma ativa em todas as sessões propostas, estando sujeito a controlo de assiduidade para ter acesso à entrega de Certificado de Participação (Anexo V) de 10 horas e ao sorteio de dois vouchers da Odisseias; e a assinatura e aceitação dos termos de consentimento informado (Anexo VI) e dos contratos de participação (Anexo VII). Os critérios de exclusão são os enfermeiros que estão a fazer algum tratamento a nível emocional ou a tomar algum medicamento para tal e a participação de casais no mesmo grupo. Assim sendo, é importante frisar que foi tido em conta todas as considerações éticas e morais respeitantes à investigação nas áreas de saúde humana e bem-estar (Anexo VIII).

Posteriormente, foi realizada uma reunião de apresentação do projeto (numa sala de formação do HES) aberta a todos os enfermeiros do HES que estivessem interessados, estando presentes 3 enfermeiros, no qual foi explicado aos enfermeiros a necessidade de cumprir os critérios explícitos no contrato, caso desejassem se voluntariar a participar, da necessidade de o assinarem para formalizar a ação e todas as informações pertinentes relativas ao projeto.

De forma a apelar a um maior número de enfermeiros, foi realizado um pequeno cartaz com as informações mais pertinentes sobre o projeto (Anexo IX). Nesta etapa, houve a colaboração do Gabinete de formação do HES, ajudando na divulgação da exposição oral, disponibilizando-se a enviar o cartaz, via correio eletrónico, para todos os enfermeiros chefes de todas as unidades e recebendo também as suas inscrições no projeto. Os enfermeiros interessados, enviaram *email* para o Gabinete de formação do HES com a sua inscrição no projeto, sendo-lhes dado 1 mês para se poderem inscrever. Depois da identificação da população de enfermeiros alvo, convidámo-los a participar numa sessão de abertura e esclarecimento de algumas dúvidas relacionadas

com o projeto, bem como a distribuição dos mesmos pelos três momentos de intervenção, de 10 de abril a 11 de maio (Enfermeira A), de 17 de maio a 14 de junho (Enfermeira B) e de 23 de junho a 17 de julho (Enfermeira C).

Após a distribuição dos participantes iniciou-se a intervenção semanal do programa “Gestão Otimista do Stresse”, durante cinco semanas consecutivas com uma duração máxima de 90 minutos. Na tabela 5 é apresentada a calendarização dos três momentos de intervenção, acordada entre as enfermeiras e a tutora.

Tabela 5 - Calendarização das três intervenções

| Intervenções | Sessões | Datas |
|--|----------------|--------------|
| 1ª Intervenção (Enfermeira A) | Primeira | 10 de abril |
| | Segunda | 20 de abril |
| | Terceira | 24 de abril |
| | Quarta | 05 de maio |
| | Quinta | 11 de maio |
| 2ª Intervenção (Enfermeira B) | Primeira | 17 de maio |
| | Segunda | 24 de maio |
| | Terceira | 31 de maio |
| | Quarta | 8 de junho |
| | Quinta | 14 de junho |
| 3ª Intervenção (Enfermeira C) | Primeira | 23 de junho |
| | Segunda | 27 de junho |
| | Terceira | 03 de julho |
| | Quarta | 11 de julho |
| | Quinta | 17 de julho |

Na semana que se iniciou o programa com a primeira enfermeira, foi aplicado semanalmente a avaliação quantitativa a todas as enfermeiras, até o final do projeto,

sendo aplicado na linha de base, durante o treino e no seguimento realizado no fim do treino. Todas as semanas, à segunda-feira, eram enviados os questionários quantitativos, via correio eletrónico, no qual as enfermeiras tinham até domingo para responderem. A avaliação qualitativa foi aplicada presencialmente no fim da primeira e última sessão do projeto, com cada enfermeira, sendo uma avaliação pré e pós-intervenção. Na primeira sessão, com cada enfermeira, foi aplicado o questionário sociodemográfico. Todas as semanas, caso tenha ocorrido, as enfermeiras também respondiam à pergunta “Houve algum acontecimento na sua vida que pode ter influenciado os seus níveis de stresse?”, quer presencialmente, durante a intervenção, quer via correio eletrónico no pré-treino e no seguimento.

Na primeira sessão, as enfermeiras realizaram o preenchimento do termo de consentimento informado e do contrato de participação, antes de ser iniciada a intervenção, concomitantemente com o questionário sociodemográfico e o questionário qualitativo (pré-intervenção). As cinco sessões foram compostas por uma parte teórica e uma parte prática. Cada enfermeira recebeu um manual intitulado “Gestão Otimista do Stresse”, que as auxiliou durante as várias sessões. No final da quinta, e última, sessão foi aplicado o segundo questionário qualitativo (pós-intervenção). Após o término das quinze semanas de avaliação procedeu-se a uma sessão final, conjunta, onde foi entregue o certificado de participação e realizado o sorteio dos vouchers, a todas as participantes que perfizeram os parâmetros anteriormente acordados.

A primeira sessão da intervenção do programa tem como objetivo conhecer-se, averiguar algumas regras do programa e realizar uma avaliação do stresse; na segunda sessão é abordado o stresse e a aprendizagem da sua gestão, dando exemplos de autores; na terceira sessão é aprendido a reconhecer o stresse, tendo um carácter mais prático do que as duas sessões anteriores, intercalando a teoria com a prática, o que facilitou mais a compreensão da mesma; na quarta sessão é abordada a relação entre cognição – emoção – comportamento, técnicas de gestão do stresse, nomeadamente a “ReDeTrA”, técnica desenvolvida pelos professores Schröder e Reschke e exercícios de relaxamento, por fim, na última sessão é realizada uma reflexão sobre o futuro e é recapitulado o que foi aprendido ao longo do programa. Na tabela 6 é possível observar as temáticas abordadas em cada sessão e as respetivas etapas.

Tabela 6 - Temáticas abordadas nas 5 sessões de acordo com Schröder & Reschke (2010)

| Sessão | Etapa | Temáticas |
|--------|----------------------------|--|
| 1 | 1,2,3 | Reconhecimento e avaliação do stresse pessoal (avaliação). |
| 2 | 4 | Capacitação para responder às exigências quotidianas e às situações da vida, de tal forma que sejam evitadas, sobretudo as situações stressantes duradouras e os estados stressantes agudos. Também ocorram raramente ou com baixa intensidade (prevenção). |
| 3 | 5, 6, 7, 8, 9 | Sensibilização para o reconhecimento da aparição das próprias reações de stresse, a fim de poder combater, numa etapa precoce, o surgimento da reação, com os meios de gestão internos e externos (<i>coping</i> , prevenção). |
| 4 | 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 | Aprendizagem de métodos e técnicas para diminuir os estados de stresse já existentes, no sentido aliviar os sintomas e limitar as consequências (paliação); Adaptação das estratégias e das técnicas para aumentar a eficiência da ação em situações problemáticas que provocam stresse (gestão). |
| 5 | 17, 18, 19, 20 | Reforço de fatores da personalidade através da promoção da identidade, da individualidade e da orientação para o futuro (desenvolvimento dos recursos pessoais); Promoção das competências para administrar recursos eficientes (sociais, materiais e físicos-orgânicos) de gestão do stresse a longo prazo, como reconhecer, aplicar e desenvolver as próprias fontes de apoio (recursos, prevenção e gestão). |

No estudo, foi aplicado um desenho de investigação quase experimental de linha base múltipla (Johnson & Pennypacker, 2009) intrasujeitos, com aplicação sucessiva da variável independente (pacote de treino) a diferentes participantes (Galindo, 2015). Um

projeto de linha de base múltipla consiste num arranjo geral em que cada combinação de assunto, classe de resposta e configuração pode fornecer uma linha de base independente para examinar os efeitos das condições experimentais (Sidman, 1960, citado por Johnson, & Pennypacker, 2009).

Relativamente ao plano de intervenção, apresentado na tabela 7, todas as enfermeiras responderam aos questionários quantitativos uma vez por semana e receberam o treino do programa de gestão do stresse, durante 5 semanas. No entanto, começaram as intervenções em momentos diferentes. A enfermeira A começou a intervenção na semana 1, no qual anteriormente respondeu aos questionários quantitativos, sem ainda ter recebido o treino. Terminou a intervenção na semana 5, ou seja, da semana 6 à semana 15 foram semanas de seguimento. A enfermeira B começou a intervenção na semana 6, no qual as semanas de 1 a 5 foram as semanas de pré-intervenção, as semanas de 6 a 10 de intervenção e as semanas de 11 a 15 as de seguimento. A enfermeira C teve as semanas de 1 a 10 sem receber treino, e as semanas de 11 a 15 a receber o treino do programa, não havendo seguimento devido à indisponibilidade por parte da enfermeira.

Tabela 7 - Resumo do plano de intervenção

| Enfermeiras | Linha de base | Intervenção | Seguimento |
|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|
| Enfermeira A | Semana 1 | Semana 1 a 5 | Semana 6 a 15 |
| Enfermeira B | Semana 1 a 5 | Semana 6 a 10 | Semana 11 a 15 |
| Enfermeira C | Semana 1 a 10 | Semana 11 a 15 | _____ |

Os questionários qualitativos foram aplicados a cada enfermeira, na primeira e última sessão de treino, ou seja, na enfermeira A foram aplicados nas semanas 1 e 5, na enfermeira B nas semanas 6 e 10 e na enfermeira C nas semanas 11 e 15.

Capítulo 5 – Resultados

5.1 Apresentação dos resultados

5.1.1 Quantitativos.

As enfermeiras A, B e C foram treinadas com o programa de “Gestão otimista do stresse”, no entanto o início do treino foi diferente para cada enfermeira. As avaliações foram realizadas todas as semanas, independentemente da aplicação do programa. As enfermeiras foram avaliadas desde a semana 1 até à semana 15, no entanto a enfermeira A começou o treino na semana 1, a enfermeira B começou o treino na semana 6 e a enfermeira C começou o treino na semana 11. Na figura 2 são apresentados os resultados da análise de linha de base múltipla através do inquérito “Teste de Stresse” para as três enfermeiras que participaram do projeto.

Em uma visão global, são evidentes as mudanças em todas as 3 enfermeiras após o treino. As mudanças ocorrem durante e após as enfermeiras terem recebido o treino, alcançando níveis de stresse mais reduzidos. Uma análise dos resultados a nível individual revela outras mudanças positivas.

A enfermeira A, da semana 1 (semana que começou a receber o treino) para a semana 2 passou de 72 pontos para 52, havendo logo uma diminuição dos níveis de stresse. Da semana 2 para a semana 3 houve um aumento de 12 pontos, mesmo estando a frequentar o programa de gestão do stresse. Esse aumento poderá ser devido, ao fato da enfermeira ter recebido uma notícia por parte de um familiar que a deixou surpresa, passando alguns dias a pensar sobre o assunto, ou seja, este fator cognitivo pode ter alterado os seus níveis de stresse. Esta informação foi recolhida com a enfermeira, durante a sessão da semana 3. Da semana 3 para a semana 4, os níveis de stresse diminuíram de 64 para 55 pontos e da semana 4 para a semana 5 os níveis de stresse diminuíram para 40 pontos. Na semana 5 foi realizada a última intervenção, sendo as semanas seguintes consideradas como as semanas de seguimento. Da semana 6 à semana 8, os níveis de stresse continuaram a diminuir, apresentando 38, 35 e 33 pontos, respetivamente. Da semana 8 para a semana 9, ocorreu um grande aumento dos níveis de stresse, passando de 33 pontos para 54 pontos. A enfermeira referiu, via correio eletrónico, que nessa semana teve uma notícia muito negativa referente a um diagnóstico de saúde por parte de uma amiga. A situação deixou a enfermeira muito preocupada com o estado de saúde da pessoa, com quem tem uma

amizade, e deixou-a a imaginar se o problema se passasse consigo, sendo um fator cognitivo que alterou significativamente os seus níveis de stresse. Após essa semana e

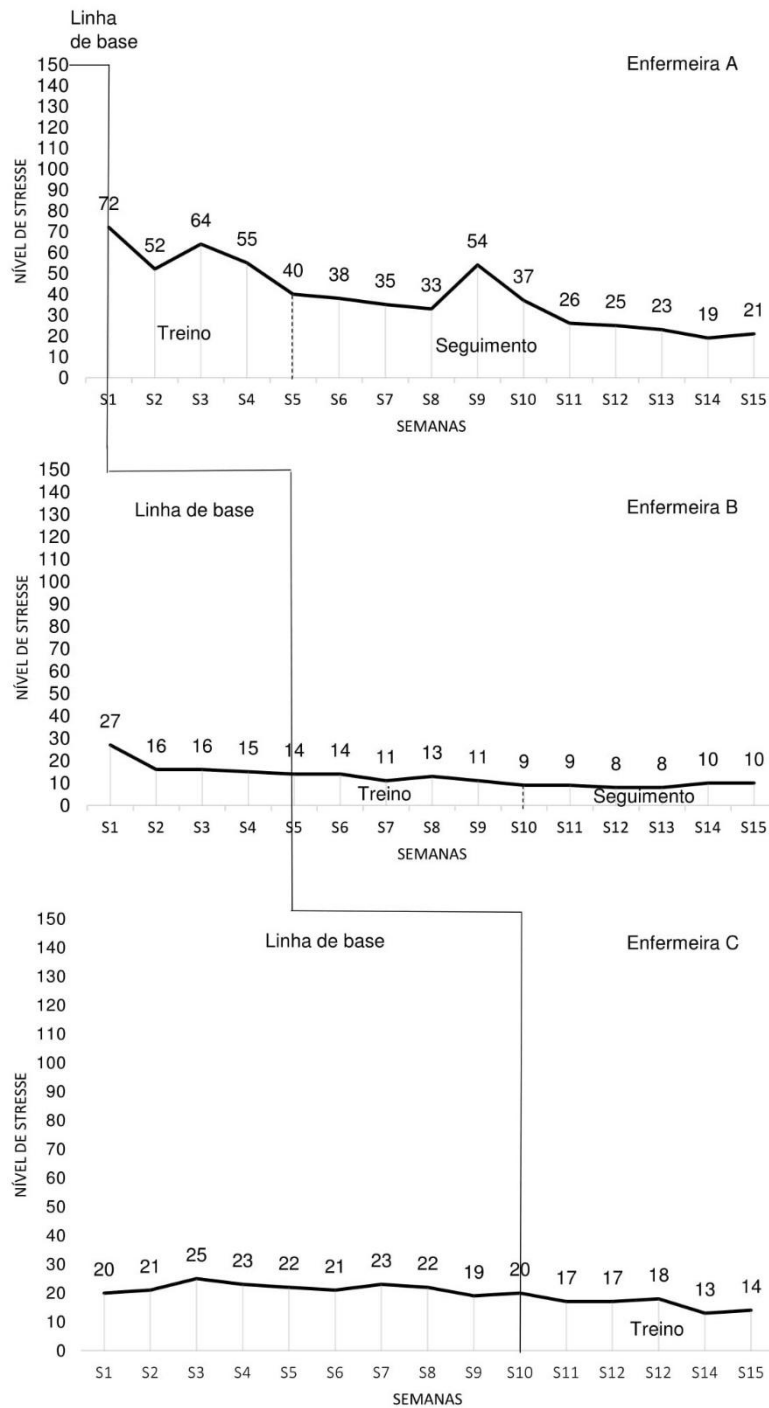


Figura 2. Resultados da análise de linha de base múltipla, através do inquérito “Teste de Stresse”, nas enfermeiras A, B e C.

depois da enfermeira saber que tudo não passou de um falso alarme, os níveis de stresse diminuíram para 37 pontos na semana 10. Da semana 11 até à semana 15, os valores dos níveis de stresse foram diminuindo gradualmente, obtendo 26, 25, 23, 19 e 21 pontos, respetivamente. É de salientar que a enfermeira A, apesar de ter tido um aumento dos níveis de stresse durante a aplicação do programa e um outro aumento após o fim do treino, os seus valores acabaram por ser considerados estáveis, não alcançando valores tão elevados como na linha de base.

A enfermeira B foi avaliada sem treino nas semanas 1 a 5, demonstrando uma redução no nível de stresse, tendo 27 pontos na semana 1, 16 pontos na semana 2 e 3, 15 pontos na semana 4 e 14 pontos na semana 5. A diminuição do nível de stresse nas semanas 4 e 5 poderá ter sido devido ao facto da enfermeira ter estado de férias durante essas mesmas semanas. A partir da semana 6, foi aplicado um procedimento de treino durante 5 semanas. Durante as 5 semanas de treino, os níveis de stresse começaram a diminuir, não alcançando valores elevados como no pré-treino. Da semana 6 para a semana 7, os níveis de stresse diminuíram de 14 pontos para 11 pontos, no entanto, na semana 8 os níveis aumentaram 2 pontos, relativamente à semana anterior. Na semana 9, obteve 11 pontos e nas semanas 10 e 11 obteve 9 pontos, sendo a semana 10 a última semana em que a enfermeira recebeu o treino. Nas duas semanas seguintes, os níveis de stresse continuaram a diminuir, obtendo 8 pontos nessas semanas, sendo as semanas em que a enfermeira obteve os níveis de stresse mais baixos. Nas semanas 14 e 15, os níveis de stresse aumentaram dois valores, comparativamente às duas semanas anteriores, alcançando 10 pontos.

Comparando as semanas em que a enfermeira não recebeu treino, com as semanas de treino e de seguimento, é possível observarmos que os valores não voltaram a ser tão elevados como nas semanas antes do treino, exceto a semana 6 que se manteve com 14 pontos como na semana 5. Maioritariamente, os valores mais baixos estão presentes nas semanas de seguimento, da semana 11 à semana 15, ou seja, depois de receber o treino. Assim sendo, é possível dizermos que os valores dos níveis de stresse da enfermeira B se mantiveram estáveis, nunca variando em mais de 3 pontos, desde que começou a intervenção.

A enfermeira C foi avaliada sem treino nas semanas 1 a 10, tendo recebido o treino a partir da semana 11. Na semana 1 a enfermeira obteve 20 pontos, no seu nível de stresse, aumentando na semana 2 e 3 para 21 e 25 pontos respetivamente. Nas três semanas seguintes, houve uma pequena diminuição, tendo obtido 23, 22 e 21 pontos. Na semana 7, os seus níveis de stresse voltaram a aumentar, alcançando 23 pontos e

22 pontos na semana 8. Na semana seguinte ocorreu uma diminuição de 1 pontos e na semana 10 voltou a aumentar para 20 pontos. Assim sendo, nas semanas em que não obteve treino, é possível observar algumas mudanças negativas, tendo 20 pontos na semana 1 e 25 pontos na semana 3, ou seja, a enfermeira piorou no período sem treino. Na semana 11, semana em que começou a intervenção, a enfermeira obteve 17 pontos, bem como na semana 12. Da semana 12 para a semana 13, houve um aumento de 1 ponto. Durante essa semana, a enfermeira tinha algumas preocupações relativas a questões profissionais, andando um pouco preocupada com a situação (temática abordada durante a sessão). Durante o treino, a enfermeira C experienciou os valores mais reduzidos desde o início do estudo, apresentando 13 e 14 pontos nas duas últimas semanas. Não foi realizado seguimento com a enfermeira C devido a indisponibilidade por parte da mesma.

Comparando a semana 1 com a semana 10, os níveis de stresse mantiveram-se iguais, 20 pontos. No entanto, se compararmos a semana 1 com a semana 11, semana em que começou a receber o treino, é possível observar que os níveis de stresse foram diminuindo até o final da aplicação do projeto.

Relativamente ao questionário quantitativo “Stresse? O seu pequeno teste pessoal”, apresentado na figura 3, é possível observarmos que os valores não se alteram muito, comparando com o questionário quantitativo “Teste de Stresse”.

Na enfermeira A é possível observarmos que obteve 16 pontos na semana 1 e que nas três semanas seguintes os níveis de stresse aumentaram, 18 pontos na semana 2 e 20 pontos na semana 3 e 4. Na última sessão de intervenção, os níveis de stresse diminuíram 2 pontos, comparando com as duas semanas anteriores. Assim sendo, é possível notarmos que durante a intervenção, ocorreram mudanças negativas, passando de 16 pontos na semana 1, para 20 pontos na semana 3 e 4. Este evento poderá ter ocorrido devido à preocupação constante, por parte da enfermeira, como referido anteriormente na apresentação dos resultados anteriores. Na semana 6, primeira semana de seguimento, a enfermeira obteve 16 pontos, bem como na semana seguinte. Na semana 8, houve um aumento de 1 ponto, diminuindo o mesmo ponto na semana seguinte e voltando a aumentar na semana 10, alcançando 17 pontos. Na semana 11 e 13 a enfermeira obteve 15 pontos, obtendo os valores mais baixos nas semanas 12, 14 e 15, apresentando 14 pontos. É possível observarmos um aumento dos níveis de stresse durante a intervenção, no entanto, é no fim do treino que a enfermeira alcança os valores mais baixos do seu nível de stresse.

Na enfermeira B é possível observarmos que os seus níveis de stresse diminuíram, mesmo sem estar a receber o treino, havendo apenas um pequeno aumento de um ponto.

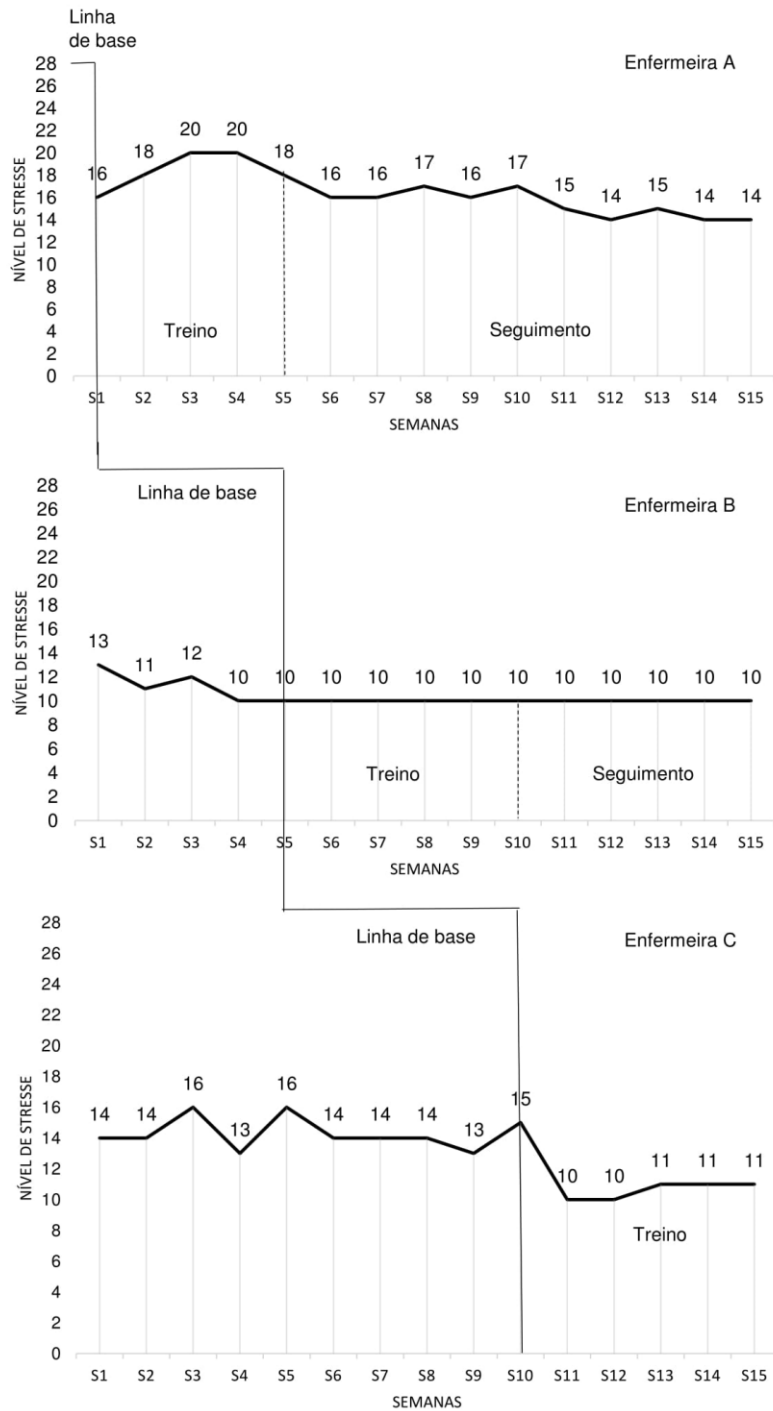


Figura 3. Resultados da análise de linha de base múltipla, através do inquérito “Stresse? O seu pequeno teste pessoal”, nas enfermeiras A, B e C.

Na semana 1 a enfermeira obtém 13 pontos, diminuindo na semana 2 para 11 pontos. Na semana 3 há o pequeno aumento de um ponto, passando assim a 12 pontos, no entanto, nas duas semanas seguintes, os níveis de stresse diminuem para 10 pontos. Resultados que estão em concordância com os do questionário quantitativo anteriormente apresentado, uma vez que a enfermeira se apresentava de férias durante a semana 4 e 5. Após o regresso de férias, foi iniciada a intervenção, na semana 6, no qual a enfermeira manteve sempre os seus níveis de stresse, mesmo após o treino. Assim sendo, apenas através deste questionário quantitativo, observamos que os níveis de stresse se mantiveram sempre em 10 pontos, desde a semana 6 até a semana 15.

Como no questionário quantitativo anterior, é possível observar que a enfermeira C, nas semanas em que não obteve treino, da semana 1 à semana 10, obteve algumas mudanças negativas. Na semana 1 e 2 a enfermeira obteve 14 pontos, na semana 3 houve um aumento para 16 pontos. Da semana 3 para a semana 4 houve uma diminuição, adquirindo 13 pontos, no entanto, aumentou 3 pontos na semana seguinte. Na semana 6, 7 e 8 a enfermeira manteve os seus níveis de stresse nos 14 pontos, diminuindo para 13 pontos na semana 9 e aumentando para 15 pontos na semana 10. Após o início da intervenção, os seus níveis de stresse diminuíram, mantendo-se nos 10 pontos na semana 11 e 12 e nos 11 pontos nas três últimas semanas, conquistando os valores mais baixos nas semanas 11 e 12.

Em suma, é possível observar que os questionários quantitativos “Teste de Stresse” e “Stresse? O seu pequeno teste pessoal” são instrumentos que coincidem na apresentação dos seus resultados, estando ambos em concordância.

5.1.2 Qualitativos.

Relativamente ao questionário qualitativo, este foi respondido duas vezes por cada enfermeira, na primeira e última sessão de treino, ou seja, foram aplicados no pré-treino e no pós-treino. A enfermeira A respondeu ao questionário na semana 1 (pré-treino) e na semana 5 (pós-treino), a enfermeira B respondeu na semana 6 (pré-treino) e na semana 10 (pós-treino) e a enfermeira C respondeu na semana 11 (pré-treino) e na semana 15 (pós-treino).

A enfermeira A, antes da intervenção começar, descreve o stress na última semana através de alterações psico-motoras (“agitação psico-motora”). Avaliou o seu stresse como elevado, abrangendo todas as áreas da sua vida, quer a nível pessoal, a nível profissional, a nível da saúde e outros aspetos, auto avaliando a intensidade do seu stresse como elevada em todas as áreas assinaladas. Como aspetos que mais

contribuíram para o seu stresse, a nível pessoal considerou os acontecimentos familiares (“*viagem da filha*”), a nível profissional considerou as características do público-alvo com quem trabalha (“*utentes muito dependentes e sem esperança de vida*”), em relação à sua saúde considerou a espera pelo diagnóstico (“*aguardar resultados de exames*”) e a nível de outros aspetos, considerou as questões climatéricas/ambientais (“*subida da temperatura – calor*”).

Como principais consequências do seu stresse, a enfermeira referiu alterações no sono (“*dormir mal*”) e alterações psico-motoras (“*agitação psico-motora*”). Refere ter procurado soluções para reduzir o stresse sentido, recorrendo ao exercício físico (“*frequentar uma aula de hidroginástica*”), considerando a estratégia eficaz uma vez que lhe proporcionou descontração.

Após a intervenção, a enfermeira A descreveu o seu stresse como causas referentes ao trabalho, a nível de horários (“*alteração de horários quase diariamente*”), e como causas climatéricas/ambientais (“*mal-estar em relação às alterações climatéricas*”). Avaliou o seu stresse como médio, tendo diminuindo em comparação com o pré-treino. A nível de áreas onde tem sentido mais stresse, assinalou apenas duas áreas, menos duas que no pré-treino. Assinalou a vida pessoal e a vida profissional, com intensidades elevadas e ambas respetivas à gestão do tempo e horários (“*falta de tempo e alterações de horário*”).

Como principais consequências do seu stresse, voltou a referir alterações no sono (“*dormir mal*”) e alterações psico-motoras (“*agitação psico-motora*”), como referido anteriormente no pré-treino, no entanto, considera uma menos acentuação nas suas alterações psico-motoras. Refere ter procurado soluções para reduzir o stresse sentido, recorrendo as atividades gratificantes para si (“*ler e ver televisão*”) e utilizou técnicas de relaxamento. Considerou as estratégias eficazes uma vez que sentiu menos stresse e conseguiu controlá-lo melhor.

A enfermeira B, antes da intervenção começar, descreve o stress na última semana através de uma causa associada ao trabalho (“*fato de ter de regressar de férias*”). Avaliou o seu stresse como quase inexistente, sendo de importância salientar que há uma condicionante, as férias. Talvez pela presença dessa condicionante é que a enfermeira apenas assinalou uma área da sua vida em que sentiu mais stresse na última semana, a vida profissional, associando-a, mais uma vez a uma causa referente ao trabalho (“*ter de regressar às rotinas diárias*”).

Como principais consequências do seu stresse, refere alterações no sono (“*sono menos tranquilo*”) e tempo (“*olhar para o relógio com mais frequência*”), podendo

representar uma certa ansiedade e/ou receio por parte da enfermeira. Refere ter procurado soluções para reduzir o stresse sentido, recorrendo à procura de informação (“li e consultei a internet”). Considerou as estratégias eficazes uma vez que conseguiu ficar tranquila e combater as alterações no sono (“permitiu que fica-se mais tranquila e volta-se a adormecer”).

Após a intervenção, a enfermeira B descreve o seu stresse como uma causa referente a acontecimentos familiares (“resultados da avaliação do 3º período do filho mais velho, inferiores às expectativas”). Em relação ao pré-treino, a avaliação do seu stresse aumentou, passando de quase inexistente para médio, considerando a área da vida pessoal como sendo a área em que sentiu mais stresse na última semana devido às relações familiares (“stresse do marido e indiferença do filho relativamente à avaliação final”).

Como principais consequências do seu stresse, volta a referir alterações no sono (“dificuldades em adormecer”) e acrescenta a emergência da emoção (“tristeza”), em relação ao pré-treino. Refere ter procurado soluções para reduzir o stresse sentido, recorrendo à ajuda por parte do explicador do filho (“falar com o explicador; delinear um plano de preparação para os exames finais, na presença do meu educando”), não sabendo referir se a estratégia foi eficaz ou não.

A enfermeira C, antes da intervenção começar, descreve o stress na última semana através de uma causa referente ao trabalho (“problema a nível profissional”). Avaliou o seu stresse como muito elevado, assinalando a área profissional com uma intensidade muito elevada, tendo as relações profissionais contribuindo para o seu stresse (“conflito a nível profissional”).

Como principais consequências do seu stresse, refere alterações no sono (“*insónia*”), emergência da emoção (“revolta”), sintomas psicofisiológicos (“cefaleias”) e alterações alimentares (“anorexia, representando falta de apetite”). Refere não ter procurado soluções para reduzir o seu stresse, considerando ineficaz uma vez que não fez nada.

Por fim, a enfermeira C após a intervenção, descreve o seu stresse através de sintomas psicofisiológicos (“tensão”) e da emergência de emoções (“triste e revoltada”). Continua a considerar o stresse como muito elevado, como no pré-treino, voltando a assinalar a área profissional como a área em que sentiu mais stresse. A intensidade da área profissional mantém-se no muito elevado e é associada às relações profissionais (“voltar a falar outra vez do assunto problemático no trabalho”).

Como principais consequências do seu stresse, a enfermeira refere as relações sociais (“isolamento”), alterações do estado físico (“emagrecimento”) e a emergência da emoção (“tristeza”). Refere ter procurado soluções para reduzir o stresse sentido, recorrendo a uma atividade prazerosa (“ouvir música”) e ajuda (“desabafar”), considerando eficazes mas a nível reduzido, uma vez que não viu o seu problema resolvido.

Capítulo 6 – Discussão dos resultados

Após a apresentação dos dados é necessário refletir sobre os mesmos, sendo apresentados a análise e discussão dos mesmos.

Iniciando pela análise da hipótese 1, ligação entre a aplicação do programa “Gestão Optimista do Stresse” e a diminuição dos níveis de stresse, quando olhamos para os resultados apresentados pelo questionário quantitativo “Teste de Stresse”, que se propõe a avaliar os níveis de stresse que correspondem aos problemas corporais, cognitivos e emocionais, é possível constatar que durante e após a aplicação do programa, os níveis de stresse das participantes diminuíram, não voltando a valores tão elevados como no pré-treino. Estes resultados tiveram tendência em aumentar no período anterior à intervenção, ou seja, no pré-treino, quando as enfermeiras ainda não tinham recebido a programa de treino.

Tais resultados vão de encontro aos do estudo de Sarid, Berger e Segal-Engelchin (2010) que através de uma intervenção cognitiva-comportamental observaram que os níveis de percepção de stresse diminuíram após a conclusão da intervenção. Vão também de encontro ao estudo de Lan e colaboradores (2012) que constaram que através de um programa de treino *mindfulness*, os participantes com níveis de stresse, ansiedade e depressão elevados antes da aplicação do programa, diminuíram significativamente os seus níveis de stresse após a aplicação do programa.

Quanto à análise da hipótese 2, dos resultados entre a aplicação do programa “Gestão Optimista do Stresse” e a diminuição dos níveis de stresse, quando olhamos para os resultados apresentados pelo questionário quantitativo “Stresse? O seu pequeno teste pessoal”, que se propõe a avaliar o stresse, é possível apurar o mesmo que na hipótese 1, no entanto, em relação ao questionário quantitativo “Stresse? O seu pequeno teste pessoal”. Assim sendo, a aplicação do programa de gestão do stresse está positivamente relacionada com os níveis de stresse, uma vez que durante e após a intervenção os níveis de stresse diminuem e antes da intervenção os valores têm tendência em aumentar.

Estes resultados também vão ao encontro dos estudos de Hersch e colaboradores (2016) que através de uma intervenção de gestão de stresse na internet, específica para enfermeiros, conseguiram mostrar uma melhoria significativa no stresse percebido por parte dos participantes após a aplicação do programa de gestão do stresse.

Relativamente à análise qualitativa, hipótese 3, dos resultados entre a aplicação do programa “Gestão Optimista do Stresse” e a diminuição dos níveis de stresse, é possível observar que apenas a enfermeira A diminuiu os seus níveis de stresse, no qual a enfermeira C manteve os seus níveis de stresse e a enfermeira B os aumentou. Comparando o pré-treino com o pós-treino de cada enfermeira, é possível observarmos que a enfermeira A diminuiu a intensidade do stresse, passando de elevado para médio, no entanto, a alteração no sono é uma consequência principal que persiste, mesmo após o treino. É de salientar que a enfermeira A, após o treino, utilizou técnicas de relaxamento, como estratégias de diminuição do stresse, técnicas aprendidas durante o programa de gestão do stresse, o que vai de encontro ao estudo quantitativo de Patel (2014), que demonstrou que através da administração da terapia de relaxamento muscular progressiva, metade da amostra de enfermeiros deixaram de apresentar stresse.

A enfermeira B aumentou o seu nível de stresse de quase inexistente, antes do treino, para médio depois do treino, podendo ser devido a um evento de vida, nomeadamente, a sua preocupação com as notas do filho mais velho. A enfermeira B antes do treino e depois do treino continua a referir a alteração no sono como uma principal consequência do seu stresse. É de salientar que a enfermeira B, não conseguiu utilizar nenhuma estratégia aprendida no programa para diminuir o seu stresse, no que concerne ao pós-treino.

Por fim, a enfermeira C manteve os seus níveis de stresse como muito elevados, quer antes do treino e após o treino, referindo sempre as emoções como principais consequências do seu stresse. Apesar da enfermeira continuar com uma intensidade de stresse muito elevado, conseguiu utilizar estratégias para tentar diminuí-lo, algo que não tinha realizado antes da intervenção.

Os estudos de Martín-Asuero e García-Banda (2010) demonstram que a intervenção psico educativa que utilizaram no seu estudo, ajudou a maioria dos participantes a mudar os seus estilos de vida, de alguma forma o que em parte ocorreu com a enfermeira C, sendo capaz de procurar estratégias para combater o stresse, algo não tentado antes, no entanto, não conseguiu diminuir os seus níveis de stresse, apresentados no questionário qualitativo.

No que concerne à hipótese 4, que as hipóteses 1, 2 e 3 coincidem, é possível observarmos que a hipótese 3 foi corroborada parcialmente, uma vez que os níveis de stresse diminuíram claramente numa enfermeira, aumentaram na enfermeira B e mantiveram-se na enfermeira C. O fato dos resultados do questionário qualitativo

concidirem só parcialmente com os resultados dos questionários quantitativos, poderá ser devido ao fato das enfermeiras terem-se focado num problema específico, uma vez que tinham possibilidade de escrita nos questionários qualitativos, enquanto nos questionários quantitativos podem ter respondido de forma mais geral, não associando o stresse a uma problemática específica.

Relativamente à hipótese 5, que as melhorias surgem a partir do momento em que existe intervenção podemos observar que isso ocorre nos questionários quantitativos, com exceção na enfermeira B, provavelmente devido à condicionante de férias, diminuindo logo os níveis de stresse antes da intervenção. No questionário qualitativo, é possível examinar que a enfermeira B não diminuiu os seus níveis de stresse, acabando por aumentá-los após o término da intervenção. Este fato poderá ter ocorrido devido ao evento de vida problemático na vida da enfermeira (as notas da escola do filho mais velho, serem abaixo das expectativas da enfermeira). No que concerne à enfermeira C, esta manteve os seus níveis de stresse no questionário qualitativo, podendo ser justificado pela sua preocupação constante referente a um conflito no trabalho com um utente e com colegas de trabalho.

Quanto à hipótese 6, que refere que as melhorias se mantêm após o treino, é possível observarmos uma relação positiva entre o fim do treino e os níveis de stresse, no que concerne aos questionários quantitativos, com exceção da enfermeira C que não recebeu seguimento, sendo desconhecido os seus resultados após o treino. As enfermeiras obtiveram valores menores no seguimento, comparando-os com a linha de base, mantendo-os estáveis ao longo de todo o seguimento realizado e não alcançado valores tão elevados como antes do treino. Através do questionário quantitativo “Teste de Stresse” é possível observamos que as enfermeiras atingiram os níveis de stresse mais reduzidos após o fim do treino.

Os resultados anteriormente mencionados vão de encontro com o estudo de Poulin e colaboradores (2006) que utilizaram uma versão breve do programa MBSR tradicional e obtiveram resultados que suportam a viabilidade e eficácia potencial de um programa breve de treino de *mindfulness* para redução dos sintomas de burnout, realçando o relaxamento e melhoria da satisfação de vida de enfermeiros e auxiliares.

É de salientar algumas diferenças em relação ao presente trabalho e aos estudos aqui apresentados. Os estudos aqui referidos utilizaram tratamento estatístico nos resultados obtidos enquanto o presente estudo utilizou a soma dos questionários quantitativos e a análise do questionário qualitativo, sem recurso a tratamento estatístico. O presente estudo não utilizou grupos de controlo por ser um estudo quase-

experimental de linha de base múltipla, tendo sido oferecido o programa “Gestão Optimista do stresse” a todos os participantes, sendo uma mais-valia deste método. Como referido anteriormente, Lehrer e colaboradores (2007) afirmam que o desenho fatorial padrão não é adequado para um estudo destas complexidades visto que, os problemas de stresse estão interligados com outras circunstâncias de vida patológica e características pessoais, sendo pertinente a utilização de métodos naturalista sistemáticos ou projetos quase-experimentais.

Conclusão

O presente trabalho traçou como objetivo geral contribuir para a diminuição dos níveis de stresse nas enfermeiras através de ferramentas, e em consequência adquirirem competências para lidar com os problemas do quotidiano de um modo mais adequado. Como se pode constatar este objetivo foi parcialmente alcançado uma vez que os níveis de stresse das enfermeiras foram reduzindo ao longo da intervenção e do seguimento.

No que concerne à hipótese 1, o treino é capaz de diminuir os níveis de stresse de acordo com o instrumento “Teste de Stresse”, podemos concluir que esta hipótese é corroborada uma vez que os níveis de stresse diminuíram, nunca voltando a alcançar valores tão elevados como na linha de base.

Em relação à hipótese 2, o treino é capaz de diminuir os níveis de stresse de acordo com o instrumento “Stresse? O seu pequeno teste pessoal”, esta também é corroborada, uma vez que este questionário está em concordância com o questionário “Teste de Stresse”.

Quanto à hipótese 3, o treino é capaz de diminuir os níveis de stresse de acordo com o instrumento “Avaliação Qualitativa do Stress”, esta não é totalmente corroborada uma vez que apenas a enfermeira A diminuiu os seus níveis de stresse. Assim sendo, a hipótese 4, as três hipóteses anteriores coincidem, é parcialmente corroborada uma vez que apenas uma enfermeira diminuiu os seus níveis de stresse segundo a avaliação qualitativa.

A hipótese 5, as melhorias surgem a partir do momento em que existe intervenção, é corroborada uma vez que os níveis de stresse começam a diminuir durante a intervenção, com exceção da enfermeira B, em que os níveis de stresse começam a diminuir antes da intervenção, podendo ser justificado pelo fato da enfermeira ter duas semanas de férias.

A hipótese 6, as melhorias mantêm-se após o treino, não é totalmente corroborada uma vez que a enfermeira B e C não diminuíram os seus níveis de stresse no questionário qualitativo, no entanto, sabe-se que a enfermeira A e B diminuíram os seus níveis de stresse em ambos os questionários quantitativos, não havendo dados sobre a enfermeira C.

Assim sendo, podemos concluir que os objetivos específicos: contribuir para que os profissionais de enfermagem aprendam a lidar e a gerir adequadamente o stresse; implementar programas de treino para aquisição de competências, a fim de diminuir os

níveis de stresse, e verificar a sua eficácia através de uma metodologia científica, foram parcialmente corroborados.

Este estudo apresenta como limitações o número reduzido de participantes que se voluntariaram em participar no estudo, o fato da amostra ser constituída apenas por elementos do género feminino e o fato de não ser possível controlar os fatores externos que influenciam o stresse.

A inexistência de projetos deste tipo em Portugal, aplicados em enfermeiros, limita a comparação e generalização dos resultados alcançados e respetivas conclusões, havendo a necessidade de que outros projetos deste género sejam pensados, aplicados e avaliados, em estudos mais profundos, com projetos mais amplos e ambiciosos, e num período de tempo maior. Em termos futuros, seria interessante averiguar as áreas em que o programa “Gestão Otimista do Stresse” tem maior influência, sendo possível melhorar o programa em função dos resultados.

Relativamente ao programa em si, poderão ser realizadas algumas alterações, nomeadamente, um maior aprofundamento do tema das emoções e das alterações no sono e da sua relação com o stresse, uma vez que foram principais consequências apontadas pelas enfermeiras, quer antes da intervenção quer após intervenção.

Referências

- Albuquerque, M., & Cavalcanti, M. (1998). Relaxamento: uma estratégia no contexto da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 54(1), 35-52. Doi: / 10.1590/S0034-71671998000100004
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. doi: 10.1093/clipsy/bph077
- Borges, E., & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10, 37-42.
- Callaghan, P. (2004). Exercise: a neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 11(4), 476-483. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00751.x
- Cartwright, S., & Cooper, C. L. (1997). *Managing work stress*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Christopher, J., Christopher, S., Dunnagan, T., & Schure, M. (2006) Teaching Self-Care Through Mindfulness Practices: The Application of Yoga, Meditation, and Qigong to Counselor Training. *Journal of Humanistic Psychology*, 46(4), 494-509. doi: 10.1177/0022167806290215
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational Stress: A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. doi: 10.1111/1468-0432.00006_4
- Davis, M., Eshelmas, E., & McKay, M. (2008). *Relaxation and stress reduction workbook*. Okland: New Harbinger Publication, Inc.
- Folkman, N. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852. doi: 10.1037/0022-3514.46.4.839

- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse, 45*(1), 114-125. doi: 10.5172/conu.2013.45.1.114
- Galindo, E. (2015). *Tratamento do Insucesso Escolar com Técnicas de Psicologia*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Gomes, A. R., & Cruz, J. (2004). A experiência de stress e burnout em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: teoria, investigação e prática, 9*, 193-212.
- Gray-Toft, P. A., & Anderson, J. G. (1981). Stress among hospital nurses staff: its causes and effects. *Social Sciences & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology, 15*(5), 639-647. doi: 10.1016/0271-7123(81)90087-0
- Graziani, P., & Swendsen, J. (2007). *O stress - emoções e estratégias de adaptação*. (1ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Greenberg, J. S. (2011). *Comprehensive stress management*. McGraw-Hill.
- Hersch, K., Cook, F., Deitz, K., Kaplan, S., Hughes, D., Friesen, A., & Vezina, M. (2016). Reducing nurses' stress: A randomized controlled trial of a web-based stress management program for nurses. *Applied Nursing Research, 32*, 18-25. doi: 10.1016/j.apnr.2016.04.003
- Hespanhol, A. (2005). *Burnout e Stress ocupacional*. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 7*(1-2), 153-162.
- Johnston, J. M., & Pennypacker, H. S. (2009). *Strategies and Tactics of Behavioral Research*. New York: Routledge
- Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M., & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research, 23*(3), 130-138. doi:10.1016/j.apnr.2008.08.002

- Labrador, F. J. (1992). *O stress*. Lisboa: Edições temas da actualidade.
- Lan, H., Subramanian, P., Rahmat, N., & Kar, P. (2012). The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 22-31.
- Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39(2), 124-129. doi: 10.1037//0003-066x.39.2.124
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247. doi: 10.1097/00006842-199305000-00002
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Madrid: Editorial Desclée De Brouwer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141-169. doi: 10.1002/per.2410010304
- Lehrer, P. M., Woolfolk, R. L., & Sime, W.E. (2007). *Principles and practice of stress management*. (3th ed.). The Guilford Press.
- Lipp, M., & Malagris, L. (2001). *O stress emocional e seu tratamento*. In B. Rangé (Ed.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.475-490). Porto Alegre: Artmed.
- Lovallo, W. R. (1997). *Stress and health: Biological and psychological interactions*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mackenzie, S., Poulin, A., & Seidamn-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19(2), 105-109. doi:10.1016/j.apnr.2005.08.002

- Mark, G., & Smith, A. P. (2011). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal Of Health Psychology*, 17(3), 505-521. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02051.x
- Martín-Asuero, A., & García-Banda, G. (2010). The Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR) Reduces Stress-Related Psychological Distress in Healthcare Professionals. *The Spanish Journal Of Psychology*, 13(02), 897-905. doi: 10.1017/s1138741600002547
- Martins, M. A. (2003). Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. *Hdl.handle.net*. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.19/602>
- Martins, M., Castro, O., & Pereira, P. (2013). Body, stress and nursing: Ethnography of na intensive Care and Surgical Center. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(4), 525-537. doi: 10.1590/s0103-166x2013000400006
- McEwen, B. S. (1998). Stress, Adaptation and Disease: Allostasis and Allostatic load. *Annals Of The New York Academy of Sciences*, 840(1), 33-44. doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x
- McEwen, B. S., & Seeman, T. (1999). Protective and Damaging Effects of Mediators of Stress: Elaborating and Testing the Concepts of Allostasis and Allostatic load. *Annals Of The New York Academy of Science*, 896(1), 30-47. doi: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08103.x
- McEwen, B. S. (2003). Mood disorders and allostatic load. *Biological Psychiatry*, 54(3), 200-207. doi:10.1016/S0006-3223(03)00177-X
- McEwen, B. S., & Wingfield, J. C. (2010). What is in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress. *Hormones and Behavior*, 57(2), 105-111. doi:10.1016/j.yhbeh.2009.09.011
- McIntyre, S. T., McIntyre, T. M., & Silvério, J. (2000). Work stress and job satisfaction in Portuguese health professionals. *European Academy of Occupational Health Psychology*, 1, 105-111.

- McIntyre, T. M., McIntyre, S., & Silvério, J. (2001). Estudo aprofundado da satisfação profissional, *stress* e recursos de coping dos profissionais dos serviços de saúde na região norte – centros de saúde. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte.
- Meirelles, N. F., & Zeitoune R. G. (2003). Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. *Revista de Enfermagem*, 7, 78-88.
- Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (1997). *Stress* ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Teoria, Investigação e prática*, 2, 142-148.
- Monat, A., Averill, J. R., & Lazarus, R. S. (1972). Anticipatory stress and coping reactions under various conditions of uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24(2), 237-253. doi: 10.1037/h0033297
- Neto, A. (2011). Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 56(3),158-68.
- Niosh (1998). *Stress...at work*. *National Institute for Occupational Safety and Health*, 99-101. Retirado de <https://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/pdfs/99-101.pdf>
- O'Donovan, R., Doody, O., & Lyons, R. (2013). The effect of stress on health and its implications for nursing. *British Journal of Nursing*, 22(16), 969-973.
- Orly, S., Rivka, B., Rivka, E., & Dorit, S. (2012). Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses? *Applied Nursing Research*, 25(3), 152-157. doi:10.1016/j.apnr.2011.01.004
- Patel, P. (2014). A Study to Assess the Effectiveness Of Progressive Muscle Relaxation Therapy on Stress among Staff Nurses Working In Selected Hospitals at Vadodara City. *IOSR Journal Of Nursing And Health Science*, 3(3), 34-59. doi: 10.9790/1959-03323459
- Pinto, A. M., & Silva, A.L. (2005). *Stresse e bem-estar*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio – prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Reschke, K. (2011). *Medizinpsychologische Gesundheitsanalyse von Fahrerlehrer/innen in Bayern 2011*. Leipzig: Institut für Psychologie, Universität Leipzig.
- Santos, A., & Cardoso, C. (2010). Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 245-253. doi: 10.1590/s1413-73722010000200003
- Sarid, O., Berger, R., & Segal-Engelchin, D. (2010). The impact of cognitive behavioral interventions on SOC, perceived stress and mood states of nurses. *Procedia Social Behavioral Sciences*, 2(2), 928-932. doi:10.1016/j.sbspro.2010.03.128
- Scherer, R. F., Wiebe, F. A., Luther, D. C., & Adams, J. S. (1988). Dimensionality of Coping: Factor Stability Using the Ways of Coping Questionnaire. *Psychological Reports*, 62(3), 763-770. doi: 10.2466/pr0.1988.62.3.763
- Schröder, H., & Reschke, K. (2010). *Optimistisch den Stress Meistern*. Tübingen: Dgvt Verlag.
- Schoenberger, N. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 154-169. doi 10.1080/00207140008410046
- Sedaghat, M., Mohammadi, R., Alizadeh, K., & Imani, A. (2011). The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on Mindfulness, Stress Level, Psychological and Emotional Well-Being in Iranian Sample. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 929-934. doi 10.1016/j.sbspro.2011.10.180
- Selye, H. (1974) *Stress Without Distress*. New York: J. B. Lippincott.

- Serra, A. V. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 279-308.
- Serra, A. V. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: G.C. Gráfica de Coimbra, Lda.
- Silva, M., & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(3), 239-248. doi: 10.1590/S1413-294X2009000300008
- Srinivasan, K., & Samuel, A. U. (2014). Psychological Problem Factors Faced by Staff Nurses Working in Hospitals. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science*, 19(3), 01-04. doi: 10.9790/0837-19320104
- Sterling, P., & Eyer, J. (1988). *Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology*. In S. Fisher, & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629-649). New York: John Wiley & Sons
- Teixeira, B., & Perestrelo, J. (2016). *Mindfulness - os benefícios da atenção plena*. (1ª ed.). Edições Mahatma.
- Thian, J., He, H., Kannusamy, P., & Klainin-Yobas, P. (2015). Relationships among Stress, Positive Affectivity, and Work Engagement among Registered Nurses. *Psychology*, 6(02), 159-167. doi: 10.4236/psych.2015.62015
- Updegraff, J.A., & Taylor, S.E. (2000). From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events. In J. Harvey & E. Miller (Eds.) *Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives* (pp. 3-28). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Woolfolk, R. L. (2001). The Concept of Mental Illness: An Analysis of Four Pivotal Issues. *Journal of Mind and Behavior*, 22(2), 161-178.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivocomportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed

Anexos

Anexo I - Questionário Sociodemográfico.

Questionário Sociodemográfico

As questões que se seguem referem-se a si próprio(a), sendo muito importantes para a correta interpretação dos dados recolhidos.

Responda de forma **rápida e objetiva** nos espaços correspondentes:

1. Idade:

2. Género:

Feminino: ___

Masculino: ___

3. Estado civil:

Solteiro(a), com namorado (a): ___

Solteiro(a), sem namorado(a): ___

Casado(a): ___

União de facto: ___

Divorciado(a)/Separado(a): ___

Outro: ___

4. Tem filhos?

Sim: ___

Não: ___

5. Quantas horas, em média, trabalha por semana?

6. Quantos anos têm de experiência profissional em enfermagem?

Anexo II - Questionário quantitativo “Stresse? O seu pequeno teste pessoal”.

Stresse? O seu pequeno teste pessoal

Responda às afirmações seguintes com ajuda da escala de avaliação (1 a 4), anotando o que corresponde à realidade.

Não corresponde = 1

Corresponde pouco = 2

Corresponde bastante = 3

Corresponde totalmente = 4

| Afirmação: | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|----------|----------|----------|----------|
| 1. Tenho o sentimento de estar sob pressão, acossado ou pressionado até ao limite. | | | | |
| 2. As vezes pergunto-me para que serve tanto esforço | | | | |
| 3. A insatisfação e a raiva acompanham diariamente a minha vida. | | | | |
| 4. Acordo regularmente durante a noite ou muito antes da hora de me levantar. | | | | |
| 5. Sinto-me cansado e sem vontade mesmo após uns dias ou horas de descanso, | | | | |
| 6. Na minha vida há assuntos sensíveis que me irritam quando penso neles. | | | | |
| 7. Quando tento discutir os meus problemas com alguém, normalmente não encontro uma pessoa que me escute. | | | | |

Anexo III - Questionário quantitativo “Teste de Stresse”.

Teste de Stresse

(adaptado de Reschke, 2011)

Nas páginas seguintes vai encontrar 30 afirmações sobre problemas corporais, e problemas cognitivos e emocionais. Responda às afirmações com ajuda da escala de avaliação (1 a 6), anotando o que corresponde à sua realidade nos últimos 7 dias.

Não corresponde = 0

Corresponde pouco = 1

Corresponde às vezes: 2

Corresponde frequentemente = 3

Corresponde muito = 4

Corresponde sempre= 5

Problemas corporais

| Afirmação: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Tenho intensas dores de cabeça. | | | | | | |
| 2. Sofro de infeções frequentes e recorrentes. | | | | | | |
| 3. Os meus músculos estão constantemente em tensão. | | | | | | |
| 4. Sinto uma pressão angustiante no peito. | | | | | | |
| 5. Tenho dificuldades em respirar. | | | | | | |
| 6. Sofro de dores (costas, articulações, pele irritada, etc.) | | | | | | |
| 7. Sofro de alterações no coração (palpitações, dores, etc.). | | | | | | |
| 8. Sofro de problemas de digestão. | | | | | | |
| 9. Sofro de insónias. | | | | | | |
| 10. A minha pressão arterial é alta demais ou muito variável. | | | | | | |

Problemas cognitivos

| Afirmação: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Tenho dificuldades para me concentrar. | | | | | | |
| 2. Existem muitas coisas que me parecem negativas demais. | | | | | | |
| 3. Já não tenho prazer a tomar decisões. | | | | | | |
| 4. Cada vez mais faço erros com maior frequência. | | | | | | |
| 5. Apenas consigo funcionar mecanicamente. | | | | | | |
| 6. Tenho perdido a criatividade. | | | | | | |
| 7. Tenho um pensamento constante que me tortura e não me deixa. | | | | | | |
| 8. Controlo-me cada vez mais para não fazer erros. | | | | | | |
| 9. Perdi o domínio sobre a minha vida. | | | | | | |
| 10. Já não consigo fazer valer as minhas opiniões e convencer as outras pessoas. | | | | | | |

Problemas emocionais

| Afirmação: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Tenho medo do futuro. | | | | | | |
| 2. Já não sou eu, já não me reconheço. | | | | | | |
| 3. Estou retraído e evito o contato com outros. | | | | | | |
| 4. Estou maldisposto/maldisposta, vejo tudo preto. | | | | | | |
| 5. Já não tenho energia, perdi a motivação. | | | | | | |
| 6. Sinto-me irritada/irritado e tensa/tenso | | | | | | |
| 7. Desconfio mais dos outros. | | | | | | |
| 8. Tenho vergonha, sinto-me fracassada/fracassado. | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 9. Fiquei medrosa/medroso, cada vez aceito menos riscos. | | | | | | |
| 10. Perco facilmente a paciência quando algo não corre bem. | | | | | | |

Anexo IV - Questionário qualitativo “Avaliação qualitativa do stresse”.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO STRESS

AUTOR: LUÍSA GRÁCIO

3/11/2016

FORMATO QUESTIONÁRIO

1. Descreva no espaço abaixo o stress da última semana (se houve)

2. Na globalidade avalio o meu stress da última semana como:

(Assinale com uma cruz (X) apenas uma opção)

Quase Inexistente

Médio

Elevado

Muito Elevado

3. Assinale com um X as áreas da sua vida onde tem sentido mais stress na última semana, indicando o seu grau e explicitando os aspectos que considera que mais contribuem para o seu stress na área indicada

(Assinale com uma cruz (X) o número de opções que desejar)

| Áreas | Grau de stress | Aspectos que mais contribuem para o meu stress |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vida pessoal | Elevado <input type="checkbox"/> Muito elevado <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Vida Profissional | Elevado <input type="checkbox"/> Muito elevado <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Saúde | Elevado <input type="checkbox"/> Muito elevado <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Outros aspectos | Elevado <input type="checkbox"/> Muito elevado <input type="checkbox"/> | |

4. Para cada uma das áreas que assinalou como maiores fontes de stress diga quais as principais consequências que o stress tem para si:

5. Fez alguma coisa para tentar diminuir o stress que sente?

Sim

Não

5.1. Diga o que fez para tentar diminuir o stresse sentido:

6. De uma forma global acha que o que fez para reduzir o seu stress resultou ? Porquê?

(Assinale com um X o grau de eficácia do que faz para reduzir o seu stress e diga porquê.)

| GRAU EM QUE O QUE FAZ RESULTA | PORQUE |
|--|--------|
| Resulta totalmente... <input type="checkbox"/> | |
| Resulta bastante..... <input type="checkbox"/> | |

| | |
|---|--|
| | |
| Resulta pouco..... <input type="checkbox"/> | |
| Não resulta..... <input type="checkbox"/> | |

Anexo V – Certificado de participação



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Certificado

Certifica-se que _____ participou no projeto “Stresse em profissionais de saúde: intervenção em enfermeiros” organizado pelos investigadores Edgar Anibal Galindo Cota, Nélia Maria Camacho Vasconcelos e Luísa Grácio, de abril a julho, perfazendo um total de 10 horas.

Évora, 20 de setembro de 2017.

Direção Departamento de Psicologia

Anexo VI - Termo de consentimento informado.

Termo de consentimento informado

Eu _____ declaro que aceito participar de livre vontade no estudo enquadrado na dissertação de mestrado da aluna Nélia Maria Camacho Vasconcelos, orientado pelo Professor Doutor Edgar Galindo, no âmbito do Mestrado em Psicologia pela Universidade de Évora e intitulada “*Stresse em profissionais de saúde: intervenção em enfermeiros*”.

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais do estudo, bem como da sua operacionalização. Deste modo, declaro que aceito integrar um dos grupos de intervenção à minha escolha para que possa realizar o treino de “*Gestão Otimista do Stresse*”, bem como, realizar avaliações periódicas dos meus níveis de stresse por intermédio de um conjunto de questionários de autorresposta.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Entendo, ainda, que toda a informação recolhida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade pessoal nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo.

(Assinatura do Participante)

Anexo VII - Contrato de participação.

Contrato de Participação

Eu _____ declaro que me voluntario para participar na avaliação da eficácia do programa “Gestão Optimista do Stresse”, inserido na dissertação de mestrado em Psicologia da aluna Nélia Maria Camacho Vasconcelos, intitulada “*Stresse em profissionais de saúde: intervenção em enfermeiros*”, realizada sob a orientação do Professor Doutor Edgar Galindo.

A minha participação implicará a frequência de 5 sessões de grupo de aproximadamente 90 minutos de duração, bem como a colaboração nos procedimentos de avaliação da eficácia.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação e intervenção na área do stresse ocupacional. Em troca da minha participação poderei usufruir de:

1. Certificação pela Universidade de Évora, reconhecendo que empreendi um total de 8 horas de formação.
2. Uma estadia em Hotel e uma experiência de SPA, sorteadas entre os participantes.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade pessoal nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo.

(Assinatura do Participante)

Anexo VIII - Comprovativo da comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora.



Documento

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7 | 0 | 0 | 2 |
|---|---|---|---|---|

**Comissão de Ética para a Investigação nas Área de
Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Jorge Fernandes, Professor Doutor Luís Sebastião e Professora Doutora Constança Pinto, deliberaram dar, na reunião do dia 3 de Abril de 2017, o Parecer Favorável para a realização do Projeto "Stresse em profissionais de saúde: intervenção em enfermeiros do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental" dos investigadores Edgar Anibal Galindo Cota, Nélia Maria Camacho Vasconcelos e Luísa Grácio.

O Presidente da Comissão de Ética



(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)

Anexo IX - Cartaz com informações pertinentes sobre o projeto.



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

UNIVERSITÄT LEIPZIG

apoio institucional:

Hospital
Espírito Santo EPE

formação
2017

Gestão do Stresse em Enfermagem

Considerada pela *Health Education Authority* a 4ª profissão mais stressante



Através de um estudo com 850 enfermeiros, obteve-se que 27% da amostra era alvo de stresse e em 45% o stresse causou-lhes uma doença ou piorou uma existente.

Aprenda a gerir o seu stresse !

Pretende-se contribuir para a melhoria da qualidade de vida destes profissionais, dotando-os de ferramentas para diminuir ou suprimir os níveis de stresse

Programa desenvolvido pela Universidade de Évora em parceria com a Universidade de Leipzig

- ✓ 10 sessões divididas por 5 semanas;
- ✓ 1 vez por semana durante 90 minutos;
- ✓ Horário pós-laboral e ajustável;
- ✓ Participação gratuita;
- ✓ Certificado de participação;
- ✓ Habilita-se a ganhar um voucher da Odisseias (duas estádias em hotel e duas experiências em SPA).

Inscrições gratuitas em resp.formacao@hevora.min-saude.pt ou no gabinete de formação do Hospital Espírito Santo de Évora