



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Os efeitos de um programa de relaxação
terapêutica na gestão do stress em enfermeiros.**

Andreia Sofia Dias Rodrigues

Orientação:

Professora Doutora Guida Veiga

Professor Doutor José Marmeleira

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2017

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Os efeitos de um programa de relaxação
terapêutica na gestão do stress em enfermeiros.**

Andreia Sofia Dias Rodrigues

Orientação:

Professora Doutora Guida Veiga

Professor Doutor José Marmeleira

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2017

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri

AGRADECIMENTOS

Antes de mais, quero agradecer à pessoa que tornou tudo isto possível: a minha mãe. Não consigo transcrever todos os agradecimentos que lhe devo nesta página, mas acima de tudo agradeço por toda a paciência, ajuda e apoio. É a melhor!

À professora Guida Veiga e ao professor José Marmeleira por toda a ajuda, disponibilidade e compreensão. Não podia ter escolhido melhores orientadores para me acompanharem neste percurso.

Ao meu pai, que apesar de distante, sempre me apoiou e deu uma palavra amiga quando precisei.

Ao meu irmão e às minhas amigas que sempre estiveram lá nos momentos de desespero, em que senti que não iria conseguir chegar ao fim, e sempre me puxaram para cima.

Obrigada!

Efeitos de um programa de relaxação terapêutica na gestão do stress em enfermeiros.

RESUMO

Objetivo: Investigar os efeitos de um programa de relaxação terapêutica na gestão do stress de um grupo de enfermeiros. **Método:** A amostra integrou 30 participantes ($40,7 \pm 7,3$ anos), na sua maioria do sexo feminino. Quinze enfermeiros participaram num programa de relaxação terapêutica (grupo experimental), com frequência bissemanal durante 8 semanas. Durante o mesmo período, os restantes 15 participantes mantiveram a sua rotina habitual (grupo de controlo). Foram avaliados os fatores de stress, a síndrome de *burnout*, os estados de humor, as estratégias de *coping* e os níveis de cortisol salivar. **Resultados:** A comparação entre grupos revelou melhorias significativas resultantes da realização do programa de relaxação terapêutica ao nível da diminuição da exaustão emocional ($p=.032$), da melhoria dos estados de humor (Depressão/Melancolia, $p<.01$) e da diminuição dos valores de cortisol salivar ($p=.049$). A análise intragrupo do GE demonstrou efeitos significativos ao nível da melhoria dos estados de humor (Hostilidade/Ira, $p=.05$; Fadiga/Inércia, $p=.05$; e Depressão/Melancolia, $p=.01$), bem como na diminuição do recurso à estratégia “Confronto e resolução ativa dos problemas” ($p=.039$) e na realização pessoal ($p=.01$). **Conclusões:** O programa de relaxação terapêutica conseguiu melhorar alguns dos indicadores de stress de enfermeiros, pelo que pode ser uma boa estratégia de gestão do stress.

Palavras-chave: relaxação terapêutica; stress; *burnout*; cortisol; estados de humor; estratégias de *coping*; enfermeiros.

Effects of a therapeutic relaxation program in the stress management of nurses.

ABSTRACT

Objective: Investigate the effects of a therapeutic relaxation program on nurses' stress management ability. **Methods:** The sample was comprised by 30 participants (40,7 ± 7,3 years), mostly female. Fifteen nurses participated in a therapeutic relaxation program (experimental group), two times a week during 8 weeks. In the same period, the remaining 15 participants maintained their usual routine (control group). Stress factors, burnout syndrome, mood states, coping strategies and salivary cortisol levels were tested. **Results:** The comparison between groups showed significant improvements from the implementation of the therapeutic relaxation program in terms of decreasing of emotional exhaustion ($p=.032$), improving mood states (Depression/Melancholy, $p<.01$) and decreasing the salivary cortisol levels ($p=.049$). The intragroup analysis of EG showed statistically significant effects on improving mood states (Hostility/Anger, $p=.05$; Fatigue/Passivity, $p=.05$; Depression/Melancholy, $p=.01$), as well as a decrease in the use of "Confrontation and active resolution of problems" coping strategy ($p=.039$) and personal fulfilment ($p=.01$). **Conclusions:** The proposed therapeutic relaxation program could improve some of the nurses' stress management indicators, demonstrating that it can be a good stress management strategy.

Keywords: therapeutic relaxation; stress; burnout; cortisol; mood states; coping strategies;nurses.

ÍNDICE

I – INTRODUÇÃO	1
II – REVISÃO DE LITERATURA	3
1. Relaxação Terapêutica	3
1.1. Abordagem histórica da relaxação terapêutica	4
1.2. Benefícios da relaxação terapêutica	5
1.3. Métodos de relaxação terapêutica na prática psicomotora	6
1.3.1. A Consciencialização corporal	7
1.3.2. A Respiração	9
2. Stress	10
2.1. Stress ocupacional	12
2.2. Síndrome de Burnout	13
2.3. Stress e Síndrome de Burnout nos profissionais de enfermagem	15
2.4. Marcadores bioquímicos do stress	16
2.5. Stress e estados de humor	18
3. A relaxação terapêutica como estratégia de coping na gestão do stress	19
III – METODOLOGIA	22
1. Tipo de estudo	22
2. Desenho de estudo	22
3. Participantes	22
4. Procedimentos	24
5. Instrumentos de avaliação e variáveis	25
5.1. Questionário Sociodemográfico	25
5.2. Escala de Stress Profissional em Enfermeiros	26
5.3. Inventário de Resolução de Problemas	27
5.4. Inventário de Burnout de Maslach – Prestação de Serviços Humanos ...	28
5.5. Questionário de Perfil de Estados de Humor	29
5.6. Análise Bioquímica – Cortisol Salivar	30
6. Programa de Intervenção	31
7. Análise estatística	32
IV – RESULTADOS	34
V – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	43
VI – CONCLUSÕES	48
VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

ANEXOS 60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Valores médios dos níveis de cortisol salivar para o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) na avaliação inicial e final (após 8 semanas) 39

Figura 2 – Valores médios dos níveis de cortisol salivar para o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) na avaliação inicial e final (após 8 semanas) 40

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas e profissionais da amostra	23
Tabela 2 – Distribuição de médias, desvios padrão e diferenças entre médias das subescalas da ESPE	34
Tabela 3 – Distribuição de médias, desvios padrão e diferenças entre médias das subescalas do IRP	36
Tabela 4 – Distribuição de médias, desvios padrão e diferenças entre médias das subescalas do MBI – PSH	37
Tabela 5 - Distribuição de médias, desvios padrão e diferenças entre médias das subescalas do POMS	38

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ESPE – Escala de Stress Profissional em Enfermeiros

IRP – Inventário de Resolução de Problemas

MBI-PSH – Inventário de Burnout de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos

POMS – Questionário de Perfil de Estados de Humor

I - INTRODUÇÃO

A relaxação terapêutica centra-se no recurso a técnicas que se aplicam sobre a dimensão tensional e tónica da personalidade do sujeito, permitindo que este chegue a um estado de relaxamento, através do alívio das suas tensões (Guiose, 2008). O relaxamento trata-se assim de um estado psíquico e corporal onde o organismo se liberta de algumas tensões, possibilitando a criação de um estado de tranquilidade e paz consigo mesmo (Payne & Donaghy, 2010). O recurso a programas de relaxação terapêutica permitirá desta forma reduzir as consequências dos stressores ajudando os profissionais a lidarem eficazmente com as situações que consideram stressantes (Paulos, 2009).

A enfermagem é considerada a quarta profissão mais stressante do serviço público, podendo ter repercussões físicas e psíquicas negativas a curto e longo prazo, que poderão comprometer a qualidade dos cuidados e serviços prestados aos pacientes, tal como na qualidade de vida do próprio enfermeiro (Farias, Teixeira, Moreira, Oliveira & Pereira, 2011). Desta forma, torna-se importante o recurso a estratégias e técnicas, a nível organizacional e também pessoal, para ajudar o profissional a melhor lidar com o stress vivenciado no seu dia-a-dia, onde a relaxação terapêutica poderá ser inserida (Paulos, 2009).

São já alguns os estudos que demonstram que a relaxação terapêutica tem impacto positivo na gestão do stress em contexto laboral, embora a maioria deles se centre sobre os efeitos da relaxação progressiva de Jacobson, não havendo estudos focados nos efeitos da relaxação psicomotora. Desta forma, torna-se pertinente a realização deste estudo, com vista a observar os efeitos da relaxação terapêutica na gestão do stress em enfermeiros, uma população particularmente vulnerável ao stress e *burnout* (Borges & Ferreira, 2013), permitindo-nos desenvolver programas de prevenção e intervenção ao nível do stress laboral.

Objetivos

Este estudo experimental tem como principal objetivo a investigação do efeito de um programa de relaxação terapêutica na gestão do stress em enfermeiros do Hospital Espírito Santo de Évora. Mais especificamente, o presente estudo pretende estudar os efeitos do referido programa em enfermeiros:

- a) na gestão do stress profissional;

- b) nos estados de humor;
- c) nas estratégias de *coping* utilizadas;
- d) na ocorrência de Síndrome de *Burnout*;
- e) nos níveis de cortisol salivar.

Estrutura da Tese

Os capítulos que constituem o presente estudo foram estruturados de modo a elucidar toda a investigação de forma precisa e objetiva. Este estudo encontra-se organizado em seis capítulos distintos, nos quais foi abordada e desenvolvida a temática respetiva.

No capítulo I é feito o enquadramento teórico do estudo, bem como é referida a pertinência e os objetivos do mesmo. O capítulo II centra-se na revisão da literatura, onde foi realizado o enquadramento teórico do estudo e onde foi apresentada a literatura necessária que suporta a presente investigação. Tratando-se de um estudo direcionado para o uso da relaxação terapêutica na gestão do stress, achámos pertinente fazer um enquadramento desta temática, onde abordámos a relaxação terapêutica numa primeira parte, posteriormente o stress e alguns fatores a ele associados, relacionando-os com a enfermagem, e por fim abordámos a relaxação terapêutica como estratégia de *coping* na gestão do stress.

No capítulo III, apresenta-se a metodologia utilizada ao longo deste trabalho, onde foi descrito o tipo e desenho do estudo, a caracterização da amostra, a descrição dos procedimentos e instrumentos de avaliação utilizados. Foi também realizada a descrição do programa de intervenção proposto para o presente estudo, bem como a forma como foi realizada a análise estatística. Neste capítulo apresentam-se ainda as limitações encontradas no decorrer do estudo.

No capítulo IV e V, apresentam-se os resultados do programa de intervenção implementado e é realizada a discussão dos mesmos, respetivamente.

No capítulo VI, apresentam-se as conclusões acerca do presente estudo.

De referir que para efeito de formatação das referências bibliográficas que fundamentaram a realização deste estudo, foram utilizadas as normas da *American Psychological Association*, na sua sexta edição.

II - REVISÃO DE LITERATURA

1. Relaxação Terapêutica

Os métodos de relaxação terapêutica são técnicas psicocorporais que permitem obter a *resposta de relaxação*, descrita na década de 70 por Herbert Benson (Benson & Kipler, 2000) como a resposta oposta à resposta de luta ou fuga. A resposta de relaxação envolve a redução da pressão sanguínea, do consumo de oxigênio, do ritmo cardíaco e respiratório e da tensão muscular, e resultando numa sensação de bem-estar. Herbert Benson constatou a existência de quatro elementos que permitiriam obter um estado de relaxação: a existência um estímulo constante, que possibilitasse a organização do pensamento da realidade externa para a interna (e.g., um som, uma frase); uma atitude passiva por parte do paciente, que permitisse que focalize a sua atenção na prática; a ocorrência de uma diminuição do tônus muscular; e a criação de um ambiente tranquilo, liberto de estímulos que pudessem prejudicar a realização da prática (Benson & Klipper, 1992).

Contudo, os métodos de relaxação terapêutica não se limitam à promoção da resposta de relaxação numa perspectiva meramente fisiológica. Recorrendo à definição de Durand de Bousingen (1992, cit. in Guiose, 2008, p.2), os métodos de relaxação são *“condutas terapêuticas, reeducativas ou educativas, que utilizam técnicas elaboradas e codificadas, que se aplicam especificamente sobre a dimensão tensional e tónica da personalidade. A descontração neuromuscular leva a um tônus de repouso, que é a base de uma descontração física e mental”*. De facto, é através da modificação do tônus do paciente, que a relaxação terapêutica permite influenciar os seus níveis de vigiância (grau de reatividade) e estados de consciência (Guiose, 2008).

Segundo Guiose (2008) os métodos de relaxação terapêutica podem ser divididos em duas categorias: de base fisiológica, como a Relaxação Progressiva de Jacobson (1938), a Relaxação Ativo-Passiva de Wintrebert (1986), a Relaxação Psicomotora Dinâmica de Dupont (1998) e a Eutonia de Gerda Alexander (1983); e de base psicológica, como é o caso do Treino Autógeno de Schultz (1958), a Relaxação Terapêutica de Jean Bergès (1985), a Reeducação Psicotónica de Ajuriaguerra (Lemaire, 1964) e a Sofrologia de Caycedo (1964). Todos os métodos de relaxação terapêutica devem ser adaptados ao paciente ou grupo de pacientes em que serão aplicados de forma a garantir uma melhor intervenção (Guiose, 2008).

Em suma, os métodos de relaxação terapêutica não pretendem eliminar

totalmente as tensões, mas sim diminuí-las, levando a uma diminuição da quantidade de stress que pode interferir com o bom funcionamento do indivíduo, e conseqüentemente com a sua qualidade de vida (Vázquez, 2001).

1.1 Abordagem histórica da relaxação terapêutica

O relaxamento (estado oposto ao de tensão; estado no qual existe uma ausência de contração ou de esforços musculares) enquanto processo psicofisiológico proporciona um elevado descanso corporal e tranquilidade mental ao sujeito que vive momentos de angústia, de cansaço físico e mental (Vaz-Serra, 2005). Segundo Sweeney (1978, cit. in Payne & Donaghy, 2010), o relaxamento trata-se de um estado que é percebido de uma forma agradável e positiva que permite ao sujeito sentir alívio das tensões corporais e do cansaço. Neste contexto diferenciamos a palavra relaxamento enquanto estado ou processo psicofisiológico, da palavra relaxação enquanto conjunto de técnicas que permitem obter um estado de relaxamento.

A relaxação como uma prática com fins terapêuticos aparece em meados do século XX, através da criação de dois métodos que serviram como referência para os restantes: o Treino Autógeno de Johannes Schultz (1932) e a Relaxação Progressiva de Edmund Jacobson (1938).

Em 1929 Jacobson desenvolveu algumas investigações com indivíduos portadores de hipertensão arterial, presumindo que determinados fatores psicológicos poderiam estar relacionados com a hipertonia muscular, stress e ansiedade sentida pelos pacientes. Observou que existia uma relação direta entre o relaxamento muscular e a redução da atividade elétrica cerebral, permitindo-lhe concluir que uma ação sobre o sistema muscular da pessoa podia ter um controlo direto sobre o seu estado mental e psíquico (Guiose, 2008).

Em 1938 Jacobson desenvolve o método que denominou “Relaxação Progressiva” que passa pela aprendizagem da contração dos músculos e posteriormente da sua descontração, realizando-se estes movimentos para diversos grupos musculares. Esta alternância permite ao paciente a percepção das diferenças existentes entre os dois momentos (tensão-relaxamento) que ocorrem nos grupos musculares (Jacobson, 1938) favorecendo o aparecimento de sentimentos de bem-estar e de relaxamento, que por sua vez estão associados a uma diminuição da frequência cardíaca, redução da pressão sanguínea e a outras mudanças psicofisiológicas indiciadoras de uma diminuição da estimulação simpática (Almeida

& Araújo, 2005). Esta técnica tornou-se referência na criação de métodos de relaxação a nível neuromuscular, tratando-se de um método que se centra no reconhecimento de tensões para posteriormente o paciente as conseguir controlar, tendo assim como objetivo a diminuição das tensões de forma a diminuir o impacto das mesmas a nível emocional (Guiose, 2008).

Foi também no século XX que Johannes Heinrich Schultz desenvolveu o “Treino Autógeno” (1932), uma técnica de relaxação terapêutica que remete para a utilização de técnicas sugestivas e de interpretações de carácter psicanalítico. Este método centra-se na indução de sensações de calma, repouso, peso e calor (que caracterizam o estado de hipnose) afim de levar os pacientes a uma descontração mental. Esta técnica serviu de referência às práticas de relaxação terapêutica que se baseiam na autoconcentração e na sugestão (Guiose, 2008).

O que ambos os métodos têm em comum é a busca de um relaxamento físico e psicológico, através da diminuição das tensões musculares. A partir destes métodos, muitos outros têm vindo a ser criados, com recurso a diferentes técnicas e tendo como alvo diferentes populações ou quadros clínicos (Guiose, 2008).

1.2 Benefícios da relaxação terapêutica

Os benefícios da relaxação terapêutica vão muito para além do relaxamento físico e mental. A descontração neuromuscular sentida pelo paciente em cada parte do seu corpo, resultante das induções propriocetivas, táteis e verbais criadas pela nomeação, mobilização e palpação dos segmentos, levam a uma modificação tónica local e também geral, permitindo uma melhor identificação e localização topográfica do grau de descontração sentido. Desta forma, o sujeito adquire um melhor conhecimento da sua função tónica e do seu esquema corporal (Martins, 2001). Por outro lado, através dos momentos de observação e de escuta do próprio corpo, as sessões de relaxação terapêutica permitem que o paciente desenvolva a capacidade de distinção entre a realidade externa e a realidade interna, possibilitando-lhe a acomodação dos seus ritmos biológicos aos ritmos externos do envolvimento. Esta acomodação é essencial ao conhecimento e à estabilidade emocional do sujeito (Martins, 2001).

São diversos os estudos que abordam os efeitos e benefícios da realização ou complementaridade de um programa de relaxação terapêutica em diferentes perturbações e quadros clínicos, nomeadamente nas Perturbações da Ansiedade (Adam, Ramli & Shahar, 2016; Ditzz, Stephan, Gomes, Badaró & Lourenço, 2015;

Vorkapic & Rangé, 2011; Wilhelm, Andretta & Ungaretti, 2015), na Depressão (Adam, Ramli & Shahar, 2016; Moritz, Cludius, Hottenrott, Schneider, Saathoff, Kuelz & Gallinat, 2015; Naoroibam, Metri, Bhargav, Nagaratna & Nagendra, 2016; Zheng, Zhou & Lai, 2015), nas Perturbações do Sono (Chien, Chung, Yeh & Lee, 2015; Norell-Clarke, Jansson-Fröjmark, Tillfors, Holländare & Engström, 2015; Ong, Manber, Segal, Xia, Shapiro & Wyatt, 2014; Scherz, 2015), na Esquizofrenia (Georgiev, Probst, De Hert, Genova, Tonkova & Vancampfort, 2012; Kwon, Gang & Oh, 2013; Vancampfort, Correll, Scheewe, Probst, De Herdt, Knapen & De Hert, 2013; Wang, Luo, Kanb & Wang, 2015), na Fibromialgia (Arcos-Carmona, Castro-Sánchez, Matarán-Peñarrocha, Gutiérrez-Rubio, Romos-González & Moreno-Lorenzo, 2011; Cash, Salmon, Weissbecker, Rebholz, Bayley-Veloso, Zimmaro, Floyd, Dedert & Sephton, 2015; Onieva-Zafra, García & Del Valle, 2015), na Diabetes (Avianti, Desmaniarti, & Rumahorbo, 2016; Koloverou, Tentolouris, Bakoula, Darviri & Chrousos, 2014; Zheng, Zhou & Lai, 2015), em quadros algícos associados a diferentes quadros clínicos como as queimaduras ou períodos pós-operatórios (Park, Oh & Kim, 2013; Topcu & Findik, 2012; Wang, Chang, Lou, Ao, Liu, Liang, Wu & Tung, 2014) entre outras. Os métodos de relaxação terapêutica também têm sido associados a melhorias de performance, como por exemplo a memória (Chraif, Mitrofan, Golu & Gâtej, 2013; Flor, Monir, Bitar, Shahnaz, 2013).

1.3 Métodos de relaxação terapêutica na prática psicomotora

Segundo Maximiano (2004, p.86), *“a Psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal, que estuda o conjunto de fenômenos inscritos no corpo, avaliando e observando as características do movimento, das atitudes, das posturas e da mímica. Analisa a expressão de um corpo como constructo da sua unidade biopsicossocial, dirigindo a sua intervenção para o investimento no “eu corporal”, através da promoção de um conjunto de vivências corporais. Estas podem permitir ao indivíduo ajustar ou reajustar a sua personalidade às condições do envolvimento, construindo uma maior capacidade adaptativa”*.

A relaxação terapêutica é uma das principais técnicas de intervenção psicomotora que permite estabelecer uma ponte de ligação entre o que é sentido e o que é vivido pelo sujeito nas suas experiências corporais, focando-se essencialmente no plano não-verbal e na base tónico-emocional, permitindo a interiorização dessas experiências através da atribuição de significados. Esta técnica corporal possibilita a descoberta esquemática, cognitiva e espacial do corpo,

através da forma como observamos e sentimos o nosso corpo, bem como a forma como o outro nos observa, permitindo uma representação subjetiva do corpo próprio (Martins, 2001).

Segundo Bergès e Bounes (1985, cit. in Martins, 2001), a relaxação terapêutica promove a consciencialização corporal e a sua conexão com as funções gnósicas e práxicas, possibilitando uma reestruturação da imagem e esquema corporal, que se tratam de dois fatores essenciais para o desenvolvimento da somatognosia. Esta tomada de consciência corporal torna-se possível através da diferenciação entre a função tónica e a função motora, da identificação e reconhecimento dos estados tónicos, e da alternância entre estados de atividade e estados de passividade, que promovem uma melhor representação corporal através da proprioceptividade (Martins, 2001).

A relaxação terapêutica em psicomotricidade funciona através da aplicação de técnicas e métodos adaptados às características intrapessoais dos indivíduos, contribuindo desta forma para uma maior e melhor perceção corporal de cada sujeito e para o estabelecimento da relação entre o corpo e a emoção, sendo necessário para tal o conhecimento a nível pessoal e comportamental do paciente de forma a melhor compreender o seu funcionamento em termos de estruturação tónica e de ritmicidade corporal (Maximiano, 2004). Através da consciencialização das modulações tónico- emocionais relacionadas com a postura, movimento, pensamentos e contextos em que o sujeito está ou esteve inserido, esta abordagem terapêutica promove também a estruturação de um sistema de comunicação que permite o acesso ao conhecimento de sentimentos, desejos, impulsos e da expressividade através de comportamentos e atitudes que oferecem ao sujeito o autoconhecimento emocional de si e dos outros (Boscaini, 2003; Martins, 2001).

Assim, a implementação de métodos de relaxação terapêutica na prática psicomotora permite a redução dos sintomas corporais (como por exemplo as tensões, dores musculares, entre outros), através da promoção da consciência e reflexão sobre o corpo em relação com psiquismo, estimulando a capacidade de autorregulação do sujeito sobre esses sintomas e sobre as suas emoções, proporcionando uma afirmação da sua identidade e da sua capacidade de comunicação (verbal e não- verbal) (Probst & Vliet, 2005).

1.3.1 A Consciencialização corporal

A consciencialização corporal traduz-se na atenção e autoconsciencialização de sensações corporais internas, tratando-se de um processo dinâmico, interativo e

emergente. Diz respeito à percepção de sensações e estados corporais, processos e ações que têm origem em estímulos proprioceptivos (e.g., posição corporal) e interoceptivos (estímulos do interior do organismo – cheiro, temperatura, visão, entre outros) (Mehling, Gopisetty, Daubenmier, Price, Hecht & Stewart, 2009). Este processo multidimensional engloba a consciencialização sensorial, a capacidade de identificar e experienciar as sensações internas, bem como o estado emocional ou fisiológico corporal geral (e.g., relaxado ou tenso). Engloba também a observação das modificações no corpo em resposta às emoções e ao meio ambiente (Price & Thompson, 2007).

Através da focalização da atenção em determinadas tensões corporais, é assim possível libertar essas mesmas tensões. Isto só acontece se houver uma consciencialização do corpo próprio, primeiro da zona tensa e posteriormente do corpo na sua totalidade. Esta consciencialização permite também adquirir a noção da relação que o corpo cria com o envolvimento, existindo uma ligação constante entre a consciência corporal e a consciência do ambiente (Giromini, Albaret & Scialom, 2015).

Para se chegar ao relaxamento, torna-se necessária a aprendizagem da passividade (estado de não-ação/inatividade voluntário), imprescindível ao organismo. A passividade consciente é “um estado de inatividade de todos os músculos voluntários do corpo” que deve ser alternada com a atividade, possibilitando a aquisição de novas habilidades através do alcance de uma máxima eficácia na realização de movimentos com o mínimo de esforço e tempo possível. Assim, o controlo da passividade através da consciencialização de sensações internas observadas detalhadamente, informa o sujeito do estado dos seus músculos, permitindo posteriormente um abandono das suas tensões (Brieghel-Müller, 1998).

Existem diversos métodos de relaxação terapêutica que permitem e visam uma melhor consciencialização corporal, tendo como pontos comuns a focalização da atenção no próprio corpo e posteriormente da relação que este cria com o envolvimento, bem como a articulação constante entre a experiência corporal, o movimento e a linguagem do corpo (Giromini, Albaret & Scialom, 2015).

Desta forma, a relaxação terapêutica permite uma abordagem das sensações corporais, promovendo por sua vez uma melhor consciência corporal. Esta consciência encontra-se intimamente relacionada com as emoções, relações, vivências e envolvimento do sujeito, permitindo por conseguinte uma melhor consciência e conhecimento de *Sí* (Giromini, Albaret & Scialom, 2015).

1.3.2 A Respiração

A respiração é de fulcral importância na aquisição de controlo de nós mesmos. Não é conveniente que o sujeito tente modificar, mas sim que tome consciência desta, enquanto o processo respiratório decorre naturalmente (Brieghel-Müller, 1998).

A consciencialização da respiração passa pelo foco da atenção no processo respiratório, fazendo com que o paciente sinta que tem algum controlo sobre o mesmo. Esta consciencialização começa com uma exploração dos movimentos resultantes do processo respiratório no peito e abdómen, bem como do percurso do ar realizado através das suas inspirações e expirações (Payne & Donaghy, 2010). Noutras palavras, os exercícios respiratórios centram-se na consciência da função respiratória, onde o sujeito deve respirar naturalmente sem travar, bloquear ou alterar o processo respiratório e tomando consciência dos seus movimentos abdominais, torácicos e diafragmáticos, de modo a desfrutar de uma capacidade pulmonar total. Estes exercícios devem ser realizados em todas as sessões de relaxação terapêutica, sendo que numa fase mais avançada deverão ser realizados em conjunto com movimentos corporais, permitindo que o sujeito tome uma melhor consciência da sua função respiratória (Guiose, 2007).

A respiração está também associada aos estados emocionais de um indivíduo, pois numa pessoa calma, a respiração está articulada ao relaxamento dos músculos abdominais, caracterizando-se por um movimento visível do abdómen, apresentando um ritmo lento. Numa pessoa sob stress, a respiração está associada a um movimento predominante da zona torácica envolvendo a contração de músculos da cintura escapular e apresentando um ritmo mais rápido (Payne & Donaghy, 2010).

Segundo Payne e Donaghy (2010), existem alguns aspetos gerais a ter em conta relativamente à respiração como uma técnica de relaxação terapêutica:

- A respiração deve ser realizada de forma natural, sem forçar ou impedir o processo;
- Deve ser observada através do processo de expiração (“deixar o ar sair”) e inspiração (“deixar o ar entrar”);
- Ocorrência de uma transferência harmoniosa do ar entre a inspiração e a expiração, e a expiração e inspiração;
- Respirar pelo nariz é preferível a respirar pela boca, permitindo assim uma melhor filtração e aquecimento do ar quando este é inspirado;
- Embora alguns exercícios enfatizem determinados aspetos do processo

respiratório, as respirações devem ser sempre calmas e suaves, para uma melhor consciencialização das mesmas;

- Inspirações profundas voluntárias não devem ser realizadas sucessivamente, pois poderão levar a uma hiperventilação.

De entre as muitas vantagens da utilização do sistema respiratório como uma forma de alcançar o relaxamento, encontram-se a facilidade de aprendizagem das técnicas por parte do sujeito, o facto de a maioria delas poderem ser realizadas em qualquer local ou momento, podendo ser facilmente inseridas na rotina diária, o facto da indução de um estado de relaxação poder ocorrer num curto período de tempo, e os benefícios que a sua prática regular têm a nível da saúde do indivíduo e da sua qualidade de vida (Payne & Donaghy, 2010).

2. Stress

O stress ocorre quando um indivíduo considera não ter capacidades pessoais ou sociais para ultrapassar as exigências ambientais ou de determinadas situações consideradas importantes com as quais é confrontado. Estas situações fazem com que este sinta que não tem controlo sobre as circunstâncias e que comece a sentir-se vulnerável perante as mesmas. O stress não deve ser considerado somente sob o ponto de vista negativo, visto existirem situações nas quais representa uma fonte de impulso e vitalidade que permite ao indivíduo ultrapassar e resolver eficazmente os desafios, sendo este denominado por “*eustress*” ou “bom stresse”. Contrariamente, quando o estímulo é intenso e prolongado, percecionado como uma ameaça pelo indivíduo, ao qual este não consegue fazer frente, esse stress é denominado de “*distress*” ou “mau stresse”, sendo a este conceito que a maioria das investigações se refere (Vaz-Serra, 2000).

Segundo Seyle (1956, cit. in Payne & Donaghy, 2010), quando o equilíbrio interno do organismo é ameaçado física ou psicologicamente, este desencadeia uma reação com o objetivo de restabelecer o equilíbrio. Esta reação é descrita pelo autor como uma resposta geral do organismo a que deu o nome de “Síndrome Geral de Adaptação”, que ocorre em três etapas distintas, sendo a primeira a “Reação de alarme”, onde a exposição do indivíduo ao estímulo stressor resulta na libertação de hormonas cujo objetivo é a adaptação fisiológica do organismo à situação. Se a exposição ao estímulo stressor se mantiver, então ocorre a fase seguinte, denominada de “Resistência”, onde o organismo recorre a estratégias e recursos (que se podem esgotar) para fazer frente ao estímulo stressor. Quando essas

estratégias e recursos se esgotam, ocorre a fase de “Exaustão”, que pode em última instância levar o indivíduo à morte. A compreensão desta síndrome permite perceber as dimensões catastróficas que uma exposição contínua a um determinado stressor pode ter sobre o indivíduo (Payne & Donaghy, 2010).

Atualmente são considerados quatro tipos de stress: o *stress agudo*, que se trata do tipo mais comum e reconhecível, em que o sujeito sabe qual a origem do stress, sendo os efeitos sentidos a curto prazo; o *stress pós-traumático*, que resulta de um evento traumatizante ou de uma experiência negativa intensa, onde o indivíduo pode, com o decorrer do tempo, recuperar; o *stress crônico*, que ocorre devido a acumulações de pressões contínuas durante um longo período de tempo, onde o sujeito sente que não tem forma de recuperar; e o *stress agudo episódico*, em que o indivíduo experiencia os eventos de vida diários como caóticos, fora do seu controlo e muito stressantes (Taylor, 1995, cit. in Ekundayo, 2014).

Relativamente às causas de stress no indivíduo, estas podem ser agrupadas em três categorias, sendo elas, os fatores ambientais (como os fatores económicos, políticos e tecnológicos), os fatores organizacionais (relativos ao ambiente de trabalho e situação profissional do sujeito), e os fatores individuais (problemas familiares e pessoais) (Cooper, 1985, cit. in Ekundayo, 2014). Para Vaz-Serra (2000) são diversos os eventos que podem originar stress, embora os mais frequentes possam dever-se a eventos traumáticos (considerados como algo catastrófico para o sujeito), a acontecimentos significativos da vida (como a morte de um parente), a relações com os pares que acabam por influenciar negativamente a vida do indivíduo, a “micro indutores de stress” (acontecimentos diários que acabam por se tornar ameaçadores), a “macro indutores de stress” (relacionados com o contexto onde o sujeito está inserido), e a traumatismos ocorridos na infância. No entanto o significado psicológico que o sujeito atribui a um determinado estímulo ou situação é que deve ser considerado como a causa que explica a reação de stress (Vaz-Serra, 2000).

Quando o indivíduo entra em stress, são diversas as consequências que este pode trazer para o seu organismo, ocorrendo de forma concomitante e influenciando-se mutuamente. Quando o stress é intenso e prolongado, podem ocorrer alterações a nível das funções intelectuais, onde a perceção do contexto fica distorcida levando o indivíduo a fazer interpretações incorretas de algumas situações, prejudicando-o também a nível atencional, fazendo com que este tenha mais dificuldade em detetar erros nas tarefas que realiza. Quando o sujeito fica frustrado por ver as suas capacidades a diminuir, pode começar a recorrer ao consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias para suprimir essa frustração,

podendo igualmente desenvolver manifestações psicopatológicas. A nível da sua saúde física o stress pode desencadear doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças do aparelho digestivo, e debilitar o sistema imunitário do indivíduo, prejudicando a sua qualidade de vida (Adler & Matthews, 1994, cit. in Vaz-Serra, 2000).

2.1 Stress Ocupacional

Como abordado anteriormente, o stress pode ocorrer em qualquer pessoa e em qualquer contexto, sendo que quando este se refere especificamente ao meio laboral e às funções que o indivíduo desempenha, é designado por “stress ocupacional”. Este fenómeno ocorre quando os profissionais percecionam os seus recursos como insuficientes para enfrentar as exigências do seu meio laboral (Santos, 2010). Na perspetiva de Paschoal e Tamayo (2004, cit. in Santos, 2010), o stress ocupacional trata-se um processo de resposta a um determinado stressor, que se baseia num conjunto de fatores do trabalho que excedem a capacidade de enfrentamento do indivíduo (stressores organizacionais) e nas suas respostas psicológicas, fisiológicas e comportamentais a esses eventos stressores.

As respostas disfuncionais dadas pelo indivíduo perante um evento stressor no seu meio laboral podem ocorrer quando o profissional se sente inapto no controlo das condições de trabalho, quando sente não possuir estratégias de *coping* adequadas para enfrentar a situação de uma forma eficaz ou quando experiencia a falta de apoio social (por parte de colegas, chefes ou familiares). Estas situações podem desencadear diversos tipos de reações a nível comportamental, fisiológico, emocional e cognitivo (Gomes & Cruz, 2004).

McGrath (1976; cit in Melo, Gomes & Cruz, 1997), considera a existência de seis fontes de stress a nível organizacional, que se baseiam nas relações entre o stress e o comportamento do sujeito no local de trabalho: o *stress baseado na tarefa*, que assenta na sobrecarga de trabalho e o grau de dificuldade sentido; o *stress baseado no papel*, que corresponde aos conflitos, ambiguidade de papéis, entre outros; o *stress intrínseco*, que diz respeito aos comportamentos do sujeito; o *stress do ambiente físico*, relacionado com o contexto; o *stress do ambiente social*, que diz respeito aos conflitos interpessoais; e o *stress pessoal*, que é sentido pelo próprio sujeito, podendo ter sintomatologia depressiva e podendo levar à síndrome de *burnout*.

São diversas as conseqüências do stress ocupacional para o indivíduo.

Segundo Shirom (2003, cit. in Paulos, 2009) estas consequências podem ocorrer a nível pessoal ou a nível organizacional. A nível pessoal o profissional pode sofrer de cansaço, insónias, insegurança, frustração, ansiedade, instabilidade emocional, depressão, falta de autocontrolo, perturbações psicossomáticas e do comportamento alimentar, problemas cardiovasculares, entre outros. A nível organizacional pode ocorrer o absentismo, acidentes, uma diminuição da produtividade e da criatividade, insatisfação com o trabalho, dificuldade em tomar decisões, entre outros (Shirom, cit. in Paulos, 2009).

Visto o stress ocupacional ter repercussões negativas na qualidade de vida pessoal e profissional do sujeito, torna-se essencial recorrer-se a estratégias e intervenções no âmbito da prevenção do stress no trabalho, podendo estas serem de três níveis: *prevenção primária*, a nível do ambiente de trabalho e das estruturas organizacionais, através por exemplo da alteração dos estilos de gestão e da flexibilidade de trabalho; *prevenção secundária*, onde o alvo são os trabalhadores e o objetivo é a modificação das respostas dadas pelo profissional aos estímulos stressores, como por exemplo através de formações em gestão do stress e comunicação; e *prevenção terciária*, cujo alvo também são os trabalhadores e o objetivo é reduzir as consequências dos stressores ajudando os profissionais a lidarem eficazmente com as situações stressantes, podendo esta ser realizada através de programas de apoio aos trabalhadores e a implementação de programas de relaxação terapêutica (Clarke & Cooper, 2004, cit. in Paulos, 2009).

2.2 Síndrome de *Burnout*

O termo *burnout* (palavra inglesa cujo significado é “queimar até à exaustão”) foi proposto pela primeira vez pelo professor e psicanalista Herbert Freudenberger (1974) após constatar que ele próprio sofria desta síndrome. Segundo o autor, o *burnout* trata-se de um estado de exaustão mental e físico causado pela vida profissional do sujeito, traduzindo-se num conjunto de sintomas e sinais que advém desta exaustão de energia e recursos pessoais, sendo eles a depressão, fadiga, irritabilidade, inflexibilidade e rigidez (Freudenberger, 1974).

Segundo Maslach e Jackson (1986) o *burnout* diz respeito a uma síndrome que se baseia em níveis elevados de exaustão emocional e despersonalização e sentimentos de baixa realização profissional e pessoal. A exaustão emocional ocorre quando o sujeito percebe que cessou as suas energias (físicas e psicológicas) para desempenhar as suas funções laborais, podendo isto dever-se à

sobrecarga de trabalho, conflitos com os colegas ou chefes, entre outros. A despersonalização pode ser considerada como uma defesa, onde o sujeito adota comportamentos negativos para com o outro, acabando por agir de forma cínica, rígida e pouco ou nada empática. A falta de realização pessoal deriva da sensação de insatisfação que a pessoa passa a ter por ela própria e pelo desempenho das suas funções no trabalho, levando a um sentimento de ineficiência. A primeira fase a surgir é a exaustão emocional que advém das elevadas exigências do trabalho, ocorrendo de seguida como forma de defesa a despersonalização. Por último ocorre o sentimento de falta de realização pessoal (Maslach & Leiter, 1999).

Desta forma, deve assumir-se que o *burnout* se refere a uma fase final de um longo processo, sendo resultado de uma exposição do sujeito a elevados níveis de tensões e pressões laborais (Melo, Gomes & Cruz, 1999), podendo constituir um problema psicológico mas não necessariamente uma perturbação mental (Paine, 1982, cit. in Melo, Gomes & Cruz, 1999). O aparecimento e desenvolvimento desta síndrome depende de diversos fatores, podendo serem organizacionais, laborais, pessoais e/ou sociais, tratando-se assim de um processo multicausal (França, Martino, Aniceto & Silva, 2012).

A sintomatologia da síndrome de *burnout* manifesta-se através de quatro fatores: *físicos*, como por exemplo a fadiga, as perturbações do sono, a perda de peso e de apetite, os problemas cardiovasculares e respiratórios e as dores musculares; *psicológicos*, como a perda de memória, de atenção, os problemas de ansiedade, a impaciência, as alterações de humor e a frustração; *comportamentais*, como a agressividade, a negligência, o distanciamento e a indiferença para com o outro; e *defensivos*, onde o sujeito recorre ao isolamento, ao cinismo e à ironia (Silva & Marcucci, 2009).

Relativamente ao diagnóstico desta síndrome, este só pode ser realizado após o término do processo de *burnout*, existindo cinco elementos comuns nesta fase: predomínio de sintomas disfóricos (como a depressão, a exaustão emocional e a fadiga); predomínio de sintomas comportamentais e mentais relativamente aos sintomas físicos; os sintomas desta síndrome são específicos de situações laborais; estes sintomas podem ser manifestados por pessoas que nunca sofreram nenhuma desordem psicológica; a ocorrência de uma diminuição do rendimento e eficácia do profissional na realização das suas tarefas laborais (Maslach & Leiter, 1999).

2.3 Stress e Síndrome de *Burnout* nos profissionais de enfermagem

A enfermagem é considerada a quarta profissão mais stressante do setor público, acarretando diversas consequências e prejuízos para a saúde física e mental dos profissionais de enfermagem. Na profissão de enfermagem existe uma estreita relação entre o enfermeiro e alguns fatores ou eventos associados ao meio laboral, como é o caso da morte, da dor, do sofrimento, da irritabilidade e de outras reações relacionadas com a doença dos seus pacientes (Farias, Teixeira, Moreira, Oliveira & Pereira, 2011).

Estudos realizados em Portugal revelam altos níveis de exaustão emocional e de despersonalização, baixos níveis de realização pessoal e uma maior prevalência da síndrome de *burnout* nos enfermeiros portugueses comparativamente aos outros profissionais de saúde (Campos et al., 2015; Dias, 2012; Ferreira, Azevedo, Cunha, Cunha & Cardoso, 2015; Galindo, Feliciano, Lima & Souza, 2012; Guimarães, Soares & Oliveira, 2012; Mata, Machado, Moutinho & Alexandra, 2016; Reatto & Araújo, 2016; Réus, Ronchi, Gava, Medeiros, Dagostim, Ceretta & Soratto, 2014; Tavares, Souza, Silva & Kestenberg, 2014).

Um estudo realizado com 965 enfermeiros de todos os hospitais sob a alçada da Administração Regional de Saúde do Norte, com o objetivo de averiguar quais os fatores considerados mais stressantes para os profissionais de enfermagem, constatou que o ter que lidar com a morte de um paciente é considerado o fator mais desgastante desta profissão (Santos e Teixeira, 2009). Para além deste fator, o ter de lidar com o sofrimento, a falta de recursos a nível organizacional, a pressão do tempo, a pressão dos resultados, o sentimento de impotência para com o tratamento permanente dos pacientes e o ter de lidar com as necessidades emocionais não só dos seus pacientes, mas também das suas famílias, são outros dos fatores considerados mais stressantes para os enfermeiros (Santos & Teixeira, 2009). Por outro lado, o *International Council of Nurses* (2007, cit. in Borges & Ferreira, 2013) destaca como as causas comuns de stress no trabalho do enfermeiro as relações no trabalho, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho, a estrutura e o ambiente da organização, o conflito e ambiguidade das funções de cada elemento da equipa, a sobreposição trabalho-família, a natureza do posto de trabalho e o desenvolvimento da carreira a nível profissional. Torna-se importante referir que os fatores indutores de stress nos profissionais de enfermagem não são somente de natureza psicossocial, podendo ser também de natureza física, química ou biológica, que são percebidos pelo enfermeiro e que poderão estar associados a estados de stress que se mantêm ao longo do tempo

(Sacadura-Leite & Sousa-Uva, 2012).

Em Portugal, um estudo realizado por Queiros, Carlotto, Kaiseler, Dias e Pereira (2013) em quatro hospitais da cidade do Porto no ano de 2011, procurou identificar os preditores da síndrome de *burnout* em enfermeiros tendo constatado que a idade, o género, os anos de exercício na função, a satisfação no trabalho e a interação trabalho-casa foram preditores significativos da incidência desta síndrome nestes profissionais. Um estudo realizado com 286 enfermeiros de hospitais e centros de saúde portugueses, constatou que 30% dos participantes tinha experiências significativas de stress, sendo mais evidente em enfermeiros do género feminino, mais novos, com menor experiência, que trabalham por turnos e que trabalham mais horas (Gomes, Cruz e Cabanelas, 2009).

Num estudo realizado por Jodas e Haddad (2009) com o objetivo de observar a sintomatologia do *burnout* no trabalho dos profissionais de enfermagem, constatou-se que o sentimento de pouco tempo para si, as dores nos ombros e nuca, o sentimento de cansaço mental, os problemas com o sono e a taquicardia foram os sintomas mais frequentes. Seguidos a estes apareceram a insónia, a tensão muscular, as dores de cabeça, a pressão arterial alta, as úlceras e o declínio do sistema imunológico (Jodas & Haddad, 2009). Num outro estudo mais recente realizado com 45 enfermeiros constatou-se que os sintomas mais frequentes eram os problemas de sono, de memória e concentração, a irritabilidade, as dores nos ombros e na nuca, a fadiga, o cansaço mental e físico e a taquicardia (Holmes, Farias, Holmes, Viana & Santos, 2014).

Desta forma, torna-se importante salientar que a realização dos estudos abordados anteriormente reforçam a necessidade da realização de intervenções para melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros que resultarão numa melhoria da saúde e da qualidade dos serviços prestados por parte destes profissionais (Campos et al., 2015; Galindo et al., 2012; Ferreira et al., 2015; Guimarães, Soares & Oliveira, 2012; Marôco, Marôco, Leite, Bastos, Vazão & Campos, 2016; Mata et al., 2016; Reatto & Araújo, 2016; Queiros et al., 2013; Réus et al., 2014; Tavares et al., 2014; Valeretto & Alves, 2013).

2.4 Marcadores bioquímicos do stress

São inúmeras as vantagens do recurso a marcadores bioquímicos salivares, visto poderem ser analisados de forma não invasiva, uma vez que a recolha de saliva não necessita da utilização de seringas (como é no caso da recolha de

sangue), não causa incómodo ao sujeito que sofre a recolha, podendo, este fluido, ser recolhido de forma contínua, visto que a saliva é constantemente produzida pelo organismo (Michael, Daugherty, Santos, Ruby & Kalns, 2012).

Atualmente, são diversos os biomarcadores salivares utilizados em pesquisas relacionadas com o stress, estando entre eles a Amilase, a Imunoglobulina A e o Cortisol (Yi & Mochhala, 2013), sendo este último considerado o biomarcador mais promissor para avaliar a resposta do organismo ao stress (Campos & David, 2014).

O cortisol é produzido pelas glândulas adrenais e aumenta os seus níveis nas últimas horas de sono com o objetivo de preparar o organismo para a vigília. A concentração de cortisol é maior no momento em que o sujeito desperta, e vai diminuindo ao longo do dia (Michael, Daugherty, Santos, Ruby & Kalns, 2012).

O cortisol salivar é considerado um medidor fiável da adaptação do Eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenocortical (HPA) ao stress. As alterações no funcionamento deste eixo são examinadas através dos níveis de cortisol, possibilitando uma medição da reação fisiológica do organismo ao stress sentido (Kudielka, Gierens, Hellhammer, Wust & Schlotz, 2012). Desta forma, quando o organismo se sujeita a situações indutoras de stress, o eixo HPA estimula a produção de hormonas que segregam cortisol para a corrente sanguínea. Após este processo, apenas 1 a 15% do cortisol fica livre e biologicamente ativo no sangue, sendo esta fração possível de ser medida através da saliva. Desta forma, o cortisol salivar permite observar a desregulação do eixo HPA que ocorre quando o organismo é sujeito ao stress e a perturbações a ele associadas (Yi & Mochhala, 2013).

As vantagens da medição do cortisol salivar como biomarcador de stress passam pelo facto de os níveis de cortisol livre presentes na saliva corresponderem aos mesmos presentes no sangue e pela transferência de cortisol do plasma para a saliva ser feita em poucos minutos, facto importante nas pesquisas que se centram no estudo do *stress*. Outra vantagem é que o cortisol se mantém estável na saliva, isto é, as recolhas podem ser realizadas e guardadas durante várias semanas sem que os valores de cortisol sofram alterações (Yi & Mochhala, 2013).

As limitações da utilização deste biomarcador são que o cortisol presente na saliva não corresponde ao níveis totais de cortisol no plasma (corresponde a 90%), os níveis de cortisol salivar podem ser influenciados por diversos fatores (como o tabagismo, a cafeína, a gravidez, menstruação, entre outros), e o facto de diferentes pessoas poderem responder de forma diferente a um mesmo nível de cortisol (Yi & Mochhala, 2013).

2.5 Stress e estados de humor

Ainda não existe uma definição operacional de estados de humor que constitua um consenso entre os investigadores. Na maioria dos casos, o humor, o afeto, a emoção e o bem-estar são mencionados como sinónimos, referindo-se à saúde psicológica, mental ou bem-estar psicológico; outras vezes são mencionados como estados psicológicos distintos (Ekkekakis & Petruzzello, 2000).

Segundo Ekkekakis e Petruzzello (2000), a emoção trata-se de um estado afetivo específico relacionado com um objeto, de curta duração e alta intensidade, que ocorre após a realização de avaliação cognitiva (positiva ou negativa) desse objeto, fazendo com que este seja considerado benéfico ou prejudicial ao bem-estar do sujeito. O humor é menos intenso e de maior duração, tendo origem cognitiva e não relacionada a um objeto, dizendo respeito ao que a pessoa é diariamente (como ela vê o mundo, a si mesma e como reage num determinado ambiente). Por fim o afeto diz respeito à “soma” de todas as experiências emocionais, tendo um carácter mais geral e envolvendo vários sentimentos. Desta forma, emoção, humor e afeto pertencem a uma estrutura hierárquica que vai do mais específico para o mais geral, partindo de um com maior envolvimento cognitivo para um de menor envolvimento cognitivo, nesta ordem. Apesar de conceitualmente diferentes, ambos promovem e facilitam a adaptação do indivíduo às exigências do ambiente (Ekkekakis e Petruzzello, 2000).

Para Lane e Terry (2000), a emoção e o humor influenciam-se entre si, visto que o humor altera o modo como se reage a uma determinada emoção e a resposta emocional dada a uma determinada situação permite por sua vez reforçar ou modificar a intensidade do estado de humor. Desta forma, os estados de humor representam algo cumulativo e que se vai alterando ao longo do tempo, onde uma série de respostas emocionais a eventos diários se combinam para formar um estado psicológico que vai permanecendo até que novas emoções promovam novas alterações. Assim pode dizer-se que os estados de humor se referem a uma disposição psicológica para avaliar, interpretar e agir de um determinado modo, o que acaba por influenciar a cognição e o comportamento do sujeito, bem como as suas decisões e a execução de habilidades motoras (Lane e Terry, 2000).

A influência do stress nos estados de humor tem sido estudada ao longo dos últimos anos, demonstrando que a exposição do sujeito a situações indutoras de stress negativo faz com que este recorra a estados de humor negativos (como a

hostilidade, tensão, fadiga, ira, entre outros), assim como se for exposto a situações de stress positivo recorre a estados de humor positivos (como por exemplo o vigor e a alegria) (Eck, Nicolson & Berkhof, 1998; Giles, Mahoney, Brunyé, Taylor & Kanarek, 2014). Outro ponto a ter em conta é a influência dos estados de humor na percepção do stress, visto que se um indivíduo estiver com um estado de humor positivo, a sua percepção de uma situação stressante ou os níveis de stress sentidos podem ser alterados (Heo, Kim, Park & Kil, 2016; Kim, Kook, Kwon, Son, Ahn & Kim, 2015).

Relativamente à influência da relaxação terapêutica nos estados de humor, são já alguns os estudos que comprovam a eficácia de diversos métodos de relaxação terapêutica na melhoria dos estados de humor dos seus praticantes. Como por exemplo, um estudo realizado por Lesiuk (2015) com 15 mulheres diagnosticadas com cancro da mama a fazerem tratamento de quimioterapia, onde se realizaram sessões de musicoterapia e *mindfulness* durante 4 semanas (uma hora por semana), demonstrou uma melhoria nos estados de humor destas pacientes após a intervenção, principalmente a nível dos sentimentos relacionados com a fadiga.

Um estudo realizado por Yoshihara, Hiramoto, Sudo e Kubo (2011) com 75 participantes, onde 38 (grupo experimental) eram praticantes de yoga, constatou-se que este grupo, comparativamente ao grupo de controlo que não realizava relaxação terapêutica, sofreu uma diminuição nos níveis referentes à hostilidade, fadiga e tensão, aumentando os valores de vigor.

Taniguchi, Hirokawa, Tsuchiya e Kawakami (2007) realizaram um estudo com 79 profissionais da área da saúde, onde implementaram uma única sessão de relaxação terapêutica com a duração de 10 minutos. Após a intervenção foi constatada uma diminuição dos estados de humor relativos à fadiga e confusão.

Num outro estudo realizado por Hashim e Yusof (2011) com 16 adolescentes praticantes de futebol, através da implementação de um programa de 12 sessões de Relaxação Progressiva de Jacobson e Treino Autógeno de Schultz, observou-se uma diminuição dos estados de humor referentes à confusão, depressão, fadiga e tensão, constatando-se mais uma vez a eficácia da implementação de programas de relaxação terapêutica nos estados de humor.

3. A relaxação terapêutica como estratégia de *coping* na gestão do stress

As estratégias de *coping* permitem que os indivíduos se mantenham

adaptados ao contexto em que se encontram inseridos, compreendendo esforços a nível cognitivo e comportamental que permitem reduzir ou eliminar fatores ou situações consideradas stressantes. Trata-se de um processo dinâmico que se vai alterando ao longo do tempo de acordo com as exigências do contexto ou da situação (Paulos, 2009). Assim, estas estratégias referem-se às habilidades que um sujeito utiliza diariamente para lidar com situações indutoras de stress (Vaz-Serra, 1988), situações essas que segundo Monat e Lazarus (1985; cit. in Vaz-Serra, 1988) podem tratar-se de situações de dano (relacionadas com aspetos de tolerância ou reinterpretação da situação ameaçadora; centrado no presente), ameaça (antecipação do que poderá acontecer; centrado no futuro) ou desafio (onde o sujeito sente que consegue alcançar ou ultrapassar as exigências).

São considerados dois tipos principais de estratégias de *coping*: as *estratégias focadas no problema* (onde o sujeito age ativa e diretamente sobre o problema/situação que lhe causa sofrimento; situação avaliada como pouco intensa e controlável); e as *estratégias focadas na emoção* (o sujeito enfrenta o problema centrando-se nas suas emoções, estando estas estratégias relacionadas com a regulação dos estados emocionais associados ao stress; stress intenso e situação avaliada como inalterável). Neste segundo tipo de estratégias, o sujeito pode optar por procurar apoio, fugir à situação (através do recurso a outras atividades) ou reagir sobre a emoção, adotando estratégias de autorregulação como é o caso da relaxação terapêutica (Vaz-Serra, 1988).

Vários estudos demonstram a eficácia da relaxação terapêutica como estratégia de *coping* (Banerjee, 2016; Chaudhuri, Ray, Saldanha & Sarkar, 2015; Chicayban & Malagris, 2014; Isa, Moy, Razack, Zainuddin & Zainal, 2013; Koloverou, Tentolouris, Bakoula, Darviri & Chrousos, 2014; Nair & Meera, 2014; Priyanka & Tamilselvi, 2013). Alguns destes estudos têm-se focado especificamente na gestão do stress dos enfermeiros (Albuquerque & Cavalcanti, 1998; Chaudhuri, Ray, Saldanha & Bandopadhyay, 2014; Smith, 2014). Por exemplo, a participação num programa de *mindfulness* e meditação durante seis semanas resultou numa diminuição dos níveis de stress, *burnout* e sintomas depressivos de um grupo de enfermeiros (Santos, Kozasa, Carmagnani, Tanaka, Lacerda, & Nogueira-Martins, 2016). A implementação de cinco minutos de *mindfulness* antes de cada turno de trabalho resultou numa diminuição dos níveis de stress dos profissionais de enfermagem (Gauthier, Meyer, Greff, & Gold, 2015). Também a relaxação progressiva de Jacobson se revelou eficaz na gestão do stress de enfermeiros (Borges & Ferreira, 2013). A participação num programa com frequência trissemanal (120 minutos por sessão) resultou na diminuição do ritmo

cardíaco e da pressão sanguínea, bem como num aumento do grau de relaxamento global.

III - METODOLOGIA

1. Tipo de estudo

Este é um estudo de investigação de natureza quantitativa, de caráter experimental e de tipo longitudinal, em que se pretende estudar o efeito de um programa de relaxação terapêutica na gestão do stress em enfermeiros. Os estudos deste tipo visam estudar um determinado processo ou variáveis ao longo de um determinado período de tempo, com o objetivo de analisar as mudanças que resultam de uma determinada intervenção (Hochman, Nahas, Filho & Ferreira, 2005).

2. Desenho de estudo

O presente estudo utilizou um desenho experimental, onde a intervenção (programa de relaxação terapêutica) foi realizada apenas pelo grupo experimental, sendo realizado um pré e um pós-teste em ambos os grupos. Podemos assumir neste estudo três fases distintas que se complementam: uma fase inicial, de avaliação pré- intervenção; uma fase intermédia, de aplicação do programa de intervenção; e uma fase final, de avaliação pós-intervenção.

Desta forma, o estudo iniciou-se com a realização das avaliações a ambos os grupos. A recolha de dados foi realizada em locais diferenciados. No caso do grupo experimental (GE) as avaliações decorreram na sala destinada às sessões, e no caso do grupo de controlo (GC) numa sala disponibilizada pelo Serviço de Urgência do hospital. Ambos os locais tinham um ambiente calmo e controlado.

Após esta fase, foi implementado o programa de intervenção junto do GE, enquanto o GC manteve a sua rotina habitual. O programa de intervenção durou oito semanas com uma periodicidade de duas sessões semanais de 20 minutos, perfazendo o total de 16 sessões.

Após o programa de intervenção, foram novamente realizadas as avaliações a ambos os grupos.

3. Participantes

O presente estudo envolveu dois grupos de enfermeiros que exercem as

suas funções no Hospital Espírito Santo de Évora. O recrutamento dos participantes foi realizado com a colaboração do Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho, bem como do Gabinete de Comunicação e Marketing do hospital, através da realização e partilha de cartazes alusivos ao estudo (Anexo II) e através de contacto pessoal.

Todos os enfermeiros que integraram os grupos foram participantes voluntários e foram informados sobre o estudo e sobre os procedimentos inerentes ao mesmo, passando posteriormente para o preenchimento do Questionário Sóciodemográfico e assinando o termo de consentimento informado (Anexo III).

A formação dos grupos foi influenciada pela disponibilidade de cada enfermeiro para a realização do programa de intervenção. Os critérios de inclusão para este estudo foram: exercício da profissão de enfermeiro há pelo menos seis meses; não participar num programa de intervenção similar há pelo menos um ano; não apresentar limitações físicas para a participação no programa de intervenção; não utilizar fármacos que pudessem influenciar as variáveis dependentes.

No total voluntariaram-se 41 enfermeiros de três serviços diferentes (Serviço de Urgência, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental - Internamento, Ortopedia e Cirurgia), sendo que a maioria (84%) exercia as suas funções no Serviço de Urgência.

De acordo com os critérios de inclusão não foram elegíveis para o estudo 11 voluntários (sete que frequentavam aulas de Yoga ou Pilates regularmente em contexto de ginásio e quatro que tomavam Antidepressivos ou Ansiolíticos). Desta forma, ficaram elegíveis para o estudo 30 participantes, dos quais, após seleção de conveniência, 15 integraram o GE e os restantes o GC.

A amostra final integrou participantes de ambos os sexos, existindo uma maior prevalência do número de mulheres (26 – 86,7%) relativamente ao número de homens (4 – 13,3%). Relativamente ao estado civil, 9 participantes (30%) eram solteiros, 18 (60%) casados ou em união de facto, e 3 (10%) divorciados ou separados. No que diz respeito ao número de filhos, 19 participantes (63,3%) tinham filhos (destes 18 – 94,7% tinha entre um a dois filhos e um participante – 5,3% tinha três filhos) e 11 – 36,7% não tinha nenhum filho.

O tempo de exercício profissional variava entre 3 a 31 anos e cerca de 8 participantes (26,7%) possuíam Especialização (3 – 37,5% Especialização Médico-Cirúrgica, 3 – 37,5% em Psiquiatria e Saúde Mental, e 2 – 25% em Enfermagem de Reabilitação Física e Motora). No que diz respeito à Unidade de Serviço em que exerciam as suas funções, 24 participantes (80%) pertenciam ao Serviço de Urgência, 4 – 13,3% ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

(Internamento), 1 – 3,3% pertencia ao Serviço de Ortopedia e o restante elemento ao Serviço de Cirurgia. O tempo de permanência no serviço variava entre 1 a 25 anos (no Serviço de Urgência entre 1 a 25 anos, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental entre 11 a 15 anos, no Serviço de Ortopedia o tempo de exercício era de 4 anos e no Serviço de Cirurgia de 2 anos).

Na Tabela 1 são apresentados os dados referentes ao sexo, idade, habilitações académicas, tempo de exercício profissional, carga horária e modalidade de horário dos participantes do GC, GE e amostra total.

Tabela 1 - Características demográficas e profissionais da amostra.

	Grupo de Controlo		Grupo Experimental		Amostra Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Género						
Feminino	13	86,7	13	86,7	26	86,7
Masculino	2	13,3	2	13,3	4	13,3
Idade						
21-30	1	6,7	2	13,3	3	10
31-40	3	20	6	40	9	30
41-50	11	73,3	7	46,7	18	60
Habilitações Académicas						
Licenciatura	11	73,3	12	80	23	76,7
Bacharelato	1	6,7	0	0	1	3,3
Mestrado	3	20	3	20	6	20
Tempo de Exercício Profissional						
1 – 10	3	20	5	33,3	8	26,7
11 – 20	2	13,3	5	33,3	7	23,3
21 – 30	9	60	5	33,3	14	46,7
31 – 40	1	6,7	0	0	1	3,3
Carga Horária Semanal						
35h	3	20	6	40	9	30
40h	12	80	9	60	21	70
Modalidade de Horário						
Rotativo	14	96,3	12	80	26	86,7
Fixo	1	6,7	3	20	4	13,3

4. Procedimentos

As avaliações e o programa de intervenção estipulado para o GE foram realizados numa sala (disponibilizada pelo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do hospital) destinada à prática de relaxação terapêutica e outras atividades. Trata-se de uma sala acolhedora, com temperatura regulada e com possibilidade de regulação da luminosidade. Todos os materiais necessários (colchões e resguardos) estavam disponíveis na mesma. Visto a sala se encontrar no local de trabalho dos participantes, a deslocação dos mesmos ficou facilitada. Recorreu-se na maioria das

sessões a música ambiente relaxante.

Na primeira e última sessão (décima sexta) foram aplicados os instrumentos de avaliação (questionários) e realizadas, à mesma hora, as recolhas salivares a todos os participantes. Na segunda e décima quinta sessão também foram realizadas as recolhas de amostras salivares a todos os participantes, antes e após a sessão, para assim se observarem os efeitos agudos da sessão de relaxação nos níveis de cortisol. Relativamente ao GC, na data da primeira e última sessão, foi realizado o preenchimento dos questionários, e procedeu-se à recolha das amostras salivares, sempre à mesma hora do dia. O período do estudo decorreu de Março a Maio de 2016.

5. Instrumentos de avaliação e variáveis

No presente estudo utilizaram-se cinco instrumentos de avaliação distintos, sendo eles o Questionário Sociodemográfico, a Escala de Stress Profissional em Enfermeiros (Gray-Toft & Andreson, 1981; Santos e Teixeira, 2008), o Inventário de Resolução de Problemas (Vaz-Serra, 1988), o Inventário de Burnout de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (Maslach & Jackson, 1996; Melo, Gomes & Cruz, 1999) e o Questionário de Perfil de Estados de Humor (McNair, Lorr & Droppleman, 1971; Viana, Almeida & Santos, 2001). Como referido anteriormente, foram também realizadas recolhas de amostras salivares com o objetivo de estudar os níveis de cortisol de cada participante.

Desta forma, as variáveis dependentes são o stress, as estratégias de *coping*, a Síndrome de *Burnout*, os estados de humor e emocionais e, ainda, o cortisol salivar. A variável independente é um programa de relaxação terapêutica.

5.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico (Anexo IV) elaborado no âmbito desta dissertação, tem como objetivo a caracterização da amostra, através de questões relativas a dados pessoais (nome – para criação de código, contato, género, idade, estado civil e filiação) e à atividade profissional (habilitações académicas, serviço/unidade onde exerce, tempo de serviço, carga horária semanal e modalidade de horário).

5.2. Escala de Stress Profissional em Enfermeiros

A ESPE (Anexo V) resulta da tradução e adaptação para a população portuguesa do “Nursing Stress Scale” (Gray-Toft & Anderson, 1981) por Santos e Teixeira (2008), tendo como objetivo, através de afirmações que descrevem situações que ocorrem a nível hospitalar, avaliar a frequência com que os inquiridos sentem determinadas situações como stressantes (Santos & Teixeira, 2008).

Trata-se de um instrumento de auto-registo, sendo constituído por 34 itens divididos por sete subescalas, que por sua vez fazem parte de três fatores, agrupando-se de seguinte modo (Santos & Teixeira, 2008):

- Uma subescala referente ao fator Ambiente Físico: *Carga de trabalho* (6 itens), que diz respeito a situações consideradas stressantes que ocorrem a nível laboral, compreendendo afirmações como “Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho” ou “Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço”;

- Quatro subescalas referentes ao fator Ambiente Psicológico: *A morte e o morrer* (7 itens), que pretende avaliar as situações stressantes resultantes do sofrimento e morte dos pacientes, com afirmações como “A morte de um doente” ou “Ver um doente em sofrimento”; *Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares* (3 itens), referente à capacidade dos enfermeiros no reconhecimento das necessidades emocionais dos pacientes e das suas famílias, com afirmações como “Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais” ou “Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente”; a subescala *Falta de apoio dos colegas* (3 itens), que se refere à capacidade de compreensão por parte do enfermeiro dos melhores momentos para exprimir sentimentos negativos ou partilhar experiências, compreendendo afirmações como “Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço” ou “Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço”; e por fim, a *Incerteza quanto aos tratamentos* (5 itens), que se refere às situações stressantes relacionadas com o tratamento dos pacientes, com afirmações como “Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente” ou “Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica”;

- Duas subescalas referentes ao fator Ambiente Social: *Conflitos com os médicos* (5 itens), que diz respeito às situações stressantes criadas através da interação do enfermeiro com os médicos, com afirmações como “Ser criticada por um

médico” ou “Conflito com um médico”; e *Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes* (5 itens), com questões que abordam as situações conflituosas que ocorrem entre enfermeiros e chefes, como por exemplo “conflito com um superior hierárquico” ou “Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal”.

Tratando-se de uma escala de tipo *Likert*, apresenta quatro hipóteses de resposta que variam entre o “Nunca” e o “Muito frequentemente”, sendo-lhes atribuída individualmente uma pontuação de 0 a 3. Todos os itens são cotados na mesma direção, onde se considera que quanto maior o resultado obtido, maior é o stress a que o enfermeiro está exposto em determinado fator (Santos & Teixeira, 2008). De acordo com Santos e Teixeira (2008), a escala apresenta bons níveis de consistência interna (α de Cronbach = 0,93).

5.3. Inventário de Resolução de Problemas

O IRP (Anexo VI) foi criado e validado para a população portuguesa em 1988 (Vaz-Serra, 1988), apresentando ao inquirido situações representativas de ameaça, dano e desafio, tendo como objetivo avaliar as estratégias de *coping* que o sujeito utiliza para enfrentar os problemas do dia-a-dia e situações indutoras de tensão/stress. É pedido ao inquirido que indique o seu comportamento habitual e não o que pode resultar de um estado de espírito momentâneo, pois este pode não traduzir as estratégias de *coping* normalmente utilizadas (Vaz-Serra, 1988). Para o autor, neste instrumento de avaliação estão implícitos nove fatores, sendo eles denominados:

- *Pedido de ajuda* (5 itens), com afirmações como “Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer” ou “Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema”;
- *Confronto e resolução ativa dos problemas* (7 itens), compreendendo afirmações como “Não fugir do confronto com as situações que são desagradáveis” ou “Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias”;
- *Abandono passivo perante a situação* (3 itens), com afirmações como “Vou deixar correr esta situação: o tempo ajuda a resolver os problemas” ou “O melhor é não fazer nada até ver onde isto vai parar”;
- *Controlo interno/externo dos problemas* (8 itens), compreendendo afirmações como “Estou perdido; este acontecimento deu cabo da minha vida” ou “Pensar continuamente sobre os factos que me preocupam”;
- *Estratégias de controlo das emoções* (4 itens), com afirmações como “Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem” ou “Meto-me

na cama durante longas horas”;

- *Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências* (4 itens), com afirmações como “Não vou permitir que este acontecimento interfira no que tenho que fazer no meu dia-a-dia” ou “Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão”;

- *Agressividade internalizada/externalizada* (2 itens), compreendendo as afirmações “Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta” ou “Chego a bater em mim próprio”;

- *Autorresponsabilização e medo das consequências* (4 itens), com afirmações como “Se não me tivesse comportado daquela maneira isto nunca teria ocorrido; tive toda a culpa do que aconteceu” ou “Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer”;

- *Confronto com os problemas e planificação de estratégias* (3 itens), que compreende afirmações como “Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo” ou “Passo longas horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada”.

Trata-se de uma escala de autoregisto de tipo *Likert* com 40 questões diferentes, tendo cada uma cinco hipóteses de resposta que variam entre o “Não concordo” e o “Concordo MUITÍSSIMO”, sendo-lhes atribuída individualmente uma pontuação de 0 a 4.

Todos os itens são cotados na mesma direção, à exceção de 12 itens que têm um sentido negativo (Vaz-Serra, 1988). O inventário tem uma pontuação mínima de 0 pontos e máxima de 160 pontos. Pontuações mais elevadas são representativas da utilização de estratégias de *coping* mais adaptativas (Vaz-Serra, 1988).

O IRP apresenta uma boa consistência interna, um coeficiente de Spearman-Brown de .860 e uma boa fiabilidade temporal, com um teste-reteste de $r=.808$ (Vaz-Serra, 1988).

5.4. Inventário de Burnout de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos

O MBI-PSH (Anexo VII) resulta da tradução, adaptação e validação para a população portuguesa do *Maslach Burnout Inventory - HSS* (Maslach & Jackson, 1986) e permite averiguar a existência ou não da Síndrome de *Burnout* nos inquiridos (Melo, Gomes & Cruz, 1999). Trata-se de um instrumento de auto-registo com 22 itens relativos a sentimentos relacionados com o trabalho, sendo distribuídos por três subescalas/dimensões: a *Exaustão Emocional* (9 itens), que pretende analisar sentimentos de sobrecarga emocional bem como a incapacidade de resposta às

exigências ocupacionais, com afirmações como “Sinto-me emocionalmente insatisfeito(a) com o meu trabalho” ou “No final do meu dia de trabalho, sinto-me como se tivesse sido usado(a)”, podendo pontuar entre 0 e 54; a *Despersonalização* (5 itens), que pretende medir respostas negativas ou “frias” dadas aos utentes, compreendendo afirmações como “Sinto que trato alguns clientes como se fossem objetos pessoais” ou “Tornei-me mais cruel com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão”, que podem pontuar entre 0 e 30; e a *Realização Pessoal* (8 itens), que permite avaliar sentimentos de incompetência e falta de realização pessoal, com afirmações como “Lido de forma eficaz com os problemas dos meus clientes” ou “Sinto-me com muitas energias”, que podem pontuar entre 0 a 48, onde valores menos elevados correspondem a menores níveis de realização.

A frequência da ocorrência de cada sentimento é avaliada através de uma escala tipo *Likert* de sete opções, que variam entre “Nunca” e “Todos os dias”, sendo-lhes atribuída uma pontuação individual que poderá ir de 0 a 6 pontos.

A avaliação total das respostas dadas pode variar entre 0 e 132 pontos, onde o valor máximo reflete elevados níveis de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Elevados níveis de *burnout* estão associados a elevados valores de exaustão emocional e despersonalização, e baixos valores de realização pessoal (Melo, Gomes & Cruz, 1999). O MBI-PSH revela uma boa validade e fiabilidade (Gomes, 2014).

5.5. Questionário de Perfil de Estados de Humor

O POMS (Anexo VIII) foi construído por McNair, Lorr e Droppleman em 1971, tendo sido adaptado e validado para a população portuguesa por Viana, Almeida e Santos (2001), com o objetivo de avaliar os estados de humor e os estados emocionais através da utilização de adjetivos que o inquirido terá que selecionar de acordo com a forma como se sentiu durante a semana.

A escala é composta por 36 itens que se agrupam em seis subescalas: *Tensão/Ansiedade* (6 itens), constituída por adjetivos que descrevem o aumento da tensão músculo-esquelética e de preocupação, como por exemplo “Tenso” ou “Inquieto”; *Depressão/Melancolia* (6 itens), que está associado a uma inadequação pessoal, representando um estado emocional de tristeza, infelicidade e solidão, constituída por adjetivos como “Triste” ou “Desencorajado”; *Hostilidade/Ira* (6 itens), que diz respeito a um estado emocional de antipatia e cólera relativamente ao outro e a si mesmo, compreendendo adjetivos como “Irritado” ou “Mal-humorado”;

Vigor/Atividade (6 itens), que se relaciona com um estado de energia físico e psicológico, constituída por adjetivos como “Animado” ou “Ativo”; *Fadiga/Inércia* (6 itens), que representa um cansaço e baixa energia física e mental, compreendendo adjetivos como “Esgotado” ou “Fatigado”; e *Confusão/Desorientação* (6 itens), que se caracteriza por um estado de baixa lucidez e confusão, sendo representada por adjetivos como “Confuso” ou “Baralhado”. Este instrumento apresenta ainda mais seis itens adicionais (36+6) que compõem a *Escala de Desajuste ao Treino* (itens 3, 11, 23, 33, 36 e 42) (Raglin & Morgan, 1989) que permite apoio no diagnóstico da Síndrome de Sobre-treino e que não foi utilizada no presente estudo. Os fatores Tensão/Ansiedade, Depressão/Melancolia, Hostilidade/Ira, Fadiga/Inércia e Confusão/Desorientação são considerados os estados negativos do humor, enquanto o fator Vigor/Atividade é considerado o fator positivo (Viana, Almeida & Santos, 2001).

Cada adjetivo é avaliado numa escala tipo *Likert* de cinco opções, que variam entre “Nunca” e “Muitíssimo”, sendo-lhes atribuída uma pontuação individual de 0 a 4 pontos, sendo todos os itens cotados na mesma direção com exceção de três adjetivos (Tranquilo, Eficaz e Competente) que são cotados de forma inversa. Pode ainda obter-se uma avaliação total (Perturbação Total de Humor) através da soma das escalas Tensão/Ansiedade, Depressão/Melancolia, Hostilidade/Ira, Fadiga/inércia e Confusão/Desorientação, pela subtração do resultado da escala Vigor e pela soma de 100 de forma a evitar-se um resultado negativo (Viana, Almeida & Santos, 2001).

Todas as escalas apresentam um valor de *alpha de cronbach* superior a 0.70, o que revela uma boa consistência interna (Viana, Almeida & Santos, 2001).

5.6. Análise Bioquímica – Cortisol Salivar

A colheita salivar foi realizada a ambos os grupos no momento do preenchimento dos instrumentos de avaliação (pré e pós intervenção), bem como antes e após uma sessão de relaxação terapêutica (somente ao GE, na segunda e na décima quinta sessão de intervenção). Após instrução por parte do investigador, esta recolha foi realizada pelos próprios participantes, que tinham que colocar a sua saliva dentro de um tubo durante cinco minutos. Após a recolha o tubo era colocado num local fresco para manter as condições das amostras necessárias para sua posterior análise. Os participantes foram previamente informados que não poderiam fumar, tomar café ou chá uma hora antes da recolha de saliva. Após a recolha salivar, as amostras foram levadas para laboratório para serem analisadas por especialistas em análise salivar. A seleção das amostras foi aleatória.

6. Programa de intervenção

O GE participou num programa de relaxação terapêutica durante oito semanas, com frequência bissemanal e a duração de 20 minutos por sessão. O programa de intervenção centrou-se em exercícios de consciencialização corporal, respiração e contração-descontração muscular. As sessões foram desenvolvidas por uma psicomotricista licenciada em Reabilitação Psicomotora, autora do presente estudo.

Da 2ª à 15ª sessão foi aplicado o programa de intervenção. Cada sessão era dividida em cinco momentos: o *Diálogo inicial*, onde os participantes se descalçavam e sentavam nos colchões, sendo-lhes posteriormente perguntado como se sentiam; a fase de *Consciencialização Corporal*, com o objetivo de centrar a atenção no próprio corpo através de exercícios de descontração neuromuscular e de tomada de consciência do próprio corpo; a fase de *Dissociação muscular*, com o objetivo de aceder à passividade em determinadas partes do corpo, mantendo a atividade das outras partes; a fase da *Respiração*, com o objetivo de aceder ao controlo e consciência do processo respiratório através de exercícios de consciencialização respiratória; e por fim o *Diálogo final*, onde os participantes partilhavam as sensações e as dificuldades experienciadas.

Durante as sessões, enquanto todos os participantes estavam deitados nos colchões em decúbito dorsal, a psicomotricista dava instruções verbais relativas às atividades e aos movimentos a realizar, que eram demonstrados no início da sessão.

Os exercícios realizados nas sessões basearam-se em técnicas já utilizadas na área da Psicomotricidade. Nos exercícios de auto-consciencialização corporal foi utilizada como referência a *Eutonia* de Gerda Alexander (1957), onde os participantes seguiam as instruções dadas pela terapeuta, de forma a focarem a sua atenção em determinadas zonas do corpo, para uma melhor autoconsciência das mesmas, como por exemplo: “Sintam todas as partes do vosso corpo que estão em contato com o solo... Não se esqueçam de nenhuma... Mentalmente, enumerem todas essas partes... Todos esses contatos... Observem como repousam cada parte do vosso corpo... Os calcanhares... Os gémeos...” Nos exercícios de dissociação muscular baseámo-nos no método *Relaxação Progressiva* de Jacobson (1938) e alguns exercícios de alongamentos, onde os participantes seguiam as instruções dadas de forma a contraírem-descontraírem determinadas zonas do corpo, ou a alongar as mesmas, como por exemplo: “Centrem a vossa atenção nos vossos dedos dos pés... Contraíam... E relaxem... Contraíam... E relaxem... Centrem-se agora no dedos das

mãos... Contraíam... E relaxem... Contraíam... E relaxem... Agora sintam as vossas pernas... Contraíam... E relaxem...”. Nos exercícios de respiração baseámo-nos na técnica *Mindfulness Breathing* de Jon Kabat-Zinn (1994), através de instruções que levassem os participantes a focarem a sua atenção no processo respiratório, como por exemplo: “Focuem toda a vossa atenção no ato de respirar... Prestem atenção à forma como respiram... Reparem no ar a entrar pelo nariz e a ir até aos pulmões... Observem com curiosidade se as vossas inspirações e expirações são frias... ou quentes... Observem todo o processo da respiração... à medida que o ar entra... e sai...”.

A planificação das sessões era realizada semanalmente, garantindo que à medida que o número de sessões avançava, o grau de dificuldade dos exercícios era aumentado, bem como o nível de autonomia e da capacidade de relaxação de cada participante.

Habitualmente, as sessões realizavam-se por volta das 16:30h, horário que coincidia com a saída dos participantes do turno e com a disponibilidade da sala utilizada. Recorreu-se ao uso de música ambiente na maioria das sessões, por forma a evitar que algum barulho ou estímulo exterior afetasse o decorrer das sessões.

Durante o período em que o GE realizou o programa de intervenção, foi pedido ao GC que mantivesse a sua rotina diária habitual.

7. Análise estatística

Os dados recolhidos através dos instrumentos de avaliação foram codificados de forma a manter o anonimato dos participantes, e organizados em base de dados para posterior análise descritiva e inferencial do presente estudo. Os dados obtidos através dos questionários demográficos e profissionais foram lançados no programa de estatística SPSS 22 (*Statistical Package for Social Sciences*), bem como os dados dos instrumentos de avaliação, quer no primeiro momento de avaliação (pré intervenção), quer no segundo momento (pós intervenção).

Para a estatística descritiva recorreremos ao cálculo das médias, desvios padrão e intervalos de confiança com 95% ($p < 0.05$). Praticamente todas as variáveis seguiam uma distribuição normal (teste de *Shapiro-Wilk*) e apresentavam homogeneidade de variâncias, confirmada através do teste de *Levene*. O cálculo do teste-*t* para amostras independentes foi usado para estudar as diferenças das médias entre o GC e o GE no início da intervenção. O teste-*t* para amostras emparelhadas foi usado para comparar os dados referentes a cada grupo (comparação intra-grupo) antes e após o programa de intervenção (início e após oito semanas).

Para avaliar se o GC e o GE evidenciaram diferenças significativas após as 8 semanas de intervenção, recorreu-se à análise de covariância (ANCOVA), utilizando-se os valores da avaliação inicial como covariável. De referir que a ANCOVA é muito robusta a violações da normalidade (Rutherford, 2001). Os tamanhos de efeito são relatados através do Eta parcial-quadrado (η^2), com valores de corte de .01, .06, e .14 para pequenos, médios e grandes efeitos (Cohen, 1988). Os resultados são redigidos como $M \pm DP$. A significância tinha um valor de $p \leq .05$ para todos os testes dos instrumentos de avaliação, quer no primeiro momento de avaliação (pré intervenção), quer no segundo momento (pós intervenção).

Para a estatística descritiva recorreremos ao cálculo das médias, desvios padrão e intervalos de confiança com 95% ($p < 0.05$). Praticamente todas as variáveis seguiam uma distribuição normal (teste de *Shapiro-Wilk*) e apresentavam homogeneidade de variâncias, confirmada através do teste de *Levene*. O cálculo do teste-*t* para amostras independentes foi usado para estudar as diferenças das médias entre o GC e o GE no início da intervenção. O teste-*t* para amostras emparelhadas foi usado para comparar os dados referentes a cada grupo (comparação intra-grupo) antes e após o programa de intervenção (início e após oito semanas).

Para avaliar se o GC e o GE evidenciaram diferenças significativas após as 8 semanas de intervenção, recorreu-se à análise de covariância (ANCOVA), utilizando-se os valores da avaliação inicial como covariável. De referir que a ANCOVA é muito robusta a violações da normalidade (Rutherford, 2001). Os tamanhos de efeito são relatados através do Eta parcial-quadrado (η^2), com valores de corte de .01, .06, e .14 para pequenos, médios e grandes efeitos (Cohen, 1988). Os resultados são redigidos como $M \pm DP$. A significância tinha um valor de $p \leq .05$ para todos os testes.

IV – RESULTADOS

Apresentam-se de seguida os resultados da análise estatística de comparação, ilustrando os efeitos de um programa de relaxação terapêutica de oito semanas na gestão do stress em enfermeiros.

Avaliação dos fatores de stress profissional dos enfermeiros

A tabela 2 apresenta os resultados obtidos pelos grupos na ESPE, onde se pode observar que não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, quer na avaliação inicial, quer na avaliação final.

Podemos também verificar que o fator que mais frequentemente é sentido como stressante por ambos os grupos é o que está relacionado com a *Carga de trabalho* ($1.83 \pm .56$ para o GE e $1.90 \pm .41$ para o GC) e o menos frequente o *Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes* ($1.04 \pm .57$ para o GE e $1.12 \pm .52$ para o GC).

Tabela 2 - Distribuição de médias, desvios padrão e diferenças entre médias das subescalas da Escala de Stress Profissional em Enfermeiros

Variável	Grupo	Início M (DP)	8 semanas M (DP)	Diferenças entre médias, M (IC 95%)	p
Ambiente Psicológico	GE GC	1.23 (.45) 1.34 (.45)	1.30 (.42) 1.36 (.49)	.07 (-.11, .26) .01 (-.26, .29)	.93
<i>A morte e o morrer</i>	GE GC	1.60 (.55) 1.70 (.61)	1.45 (.52) 1.56 (.39)	-.15 (-.34, .04) -.13 (-.50, .24)	.61
<i>Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares</i>	GE GC	1.04 (.64) 1.20 (.40)	1.20 (.53) 1.20 (.60)	.15 (-.24, .55) .00 (-.23, .23)	.72
<i>Falta de apoio dos colegas</i>	GE GC	1.04 (.60) 1.13 (.72)	1.30 (.49) 1.31 (.73)	.22 (-.07, .51) .18 (-.20, .56)	.99
<i>Incerteza quanto aos tratamentos</i>	GE GC	1.57 (.48) 1.49 (.51)	1.57 (.45) 1.41 (.49)	.00 (-.29, .29) -.08 (-.31, .15)	.43
Ambiente Físico	GE GC	1.82 (.51) 1.88 (.41)	1.83 (.56) 2.02 (.42)	.01 (-.23, .26) -.14 (-.45, .16)	.76
<i>Carga de trabalho</i>	GE GC	1.82 (.51) 2.02 (.42)	1.83 (.56) 1.90 (.41)	.01 (-.23, .26) -.14 (.45, .16)	.80
Ambiente Social	GE GC	1.23 (.54) 1.24 (.52)	1.17 (.41) 1.26 (.38)	-.06 (-.30, .18) .02 (-.24, .28)	.48
<i>Conflitos com os medicos</i>	GE GC	1.37 (.55) 1.48 (.51)	1.30 (.46) 1.40 (.42)	-.08 (-.28, .12) -.08 (-.33, .17)	.70
<i>Conflitos com os outros enfermeiros e com os chefes</i>	GE GC	1.08 (.62) 1.00 (.58)	1.04 (.57) 1.12 (.52)	-.04 (-.41, .33) .12 (-.19, .43)	.55

Nota: IC = Intervalo de confiança. Os valores de p são referentes à análise de variância - Ancova.

GE – Grupo experimental. GC – Grupo de controlo.

Avaliação das estratégias de coping utilizadas pelos enfermeiros

A tabela 3 apresenta os resultados obtidos pelos grupos no IRP, onde se pode observar que não foram encontradas diferenças significativas inter-grupo em função da intervenção. Observa-se, no entanto, uma alteração significativa ($p=.039$) antes e após a intervenção no GE, no fator *Confronto e resolução ativa dos problemas*.

Na avaliação final, constatou-se que a estratégia de *coping* mais utilizada por ambos os grupos foi *Abandono passivo perante a situação* ($3.60 \pm .49$ para o GE, $3.44 \pm .50$ para o GC), enquanto a menos utilizada pelo GE foi o *Pedido de ajuda* ($1.91 \pm .66$) e pelo GC a *Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências* ($2.02 \pm .50$).

Tabela 3 - Distribuição de médias, desvios padrão e diferenças entre médias das subescalas do Inventário de Resolução de Problemas

Variável	Grupo	Início M (DP)	8 semanas M (DP)	Diferenças entre médias, M (IC 95%)	P
<i>Pedido de ajuda</i>	GE	2.03 (.61)	1.91 (.66)	-.12 (-.36, .12)	0.65
	GC	2.4 (.76)	2.32 (.82)	-.08 (-.27, .11)	
<i>Confronto e resolução ativa dos problemas</i>	GE	2.22 (.32)	2.05 (.15)	-.17 (-.33, -.01)*	0.08
	GC	2.08 (.34)	2.12 (.21)	.04 (-.12, .20)	
<i>Abandono passivo perante a situação</i>	GE	3.53 (.56)	3.60 (.49)	.07 (-.22, .36)	0.30
	GC	3.55 (.54)	3.44 (.50)	-.11 (-.39, .16)	
<i>Controlo interno/externo dos problemas</i>	GE	2.69 (.31)	2.62 (.27)	-.07 (-.21, .07)	0.74
	GC	2.67 (.37)	2.64 (.36)	-.02 (-.20, .15)	
<i>Estratégias de controlo das emoções</i>	GE	3.53 (.32)	3.48 (.49)	-.05 (-.30, .20)	0.72
	GC	3.43 (.53)	3.38 (.48)	-.05 (-.37, .27)	
<i>Atitude ativa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências</i>	GE	1.88 (.74)	2.12 (.52)	.23 (-.25, .72)	0.42
	GC	2.08 (.78)	2.02 (.50)	-.07 (-.41, .27)	
<i>Agressividade internalizada/externalizada</i>	GE	2.00 (.00)	2.00 (.00)	-	0.15
	GC	2.00 (.00)	2.07 (.17)	.07 (-.03, .16)	
<i>Autoresponsabilização e medo das consequências</i>	GE	3.43 (.38)	3.18 (.55)	-.25 (-.52, .02)	0.20
	GC	3.32 (.37)	3.37 (.35)	.05 (-.25, .35)	
<i>Confronto com os problemas e planificação de estratégias</i>	GE	2.84 (.71)	2.80 (.63)	-.04 (-.52, .43)	0.36
	GC	2.89 (.81)	2.62 (.69)	-.27 (-.57, .04)	
Coping total	GE	2.68 (.20)	2.64 (.19)	-.04 (-.13, .04)	0.91
	GC	2.71 (.29)	2.66 (.26)	-.05 (-.18, .08)	

Nota. IC = Intervalo de confiança. Os valores de p são referentes à análise de variância - Ancova.

* $p < .05$ para as alterações intra-grupo (Teste- t emparelhado) GE – Grupo experimental. GC – Grupo de controlo.

Avaliação dos níveis de burnout nos enfermeiros

Na tabela 4 são apresentados os resultados obtidos pelos grupos no MBI-PSH, podendo observar-se que ocorreram mudanças significativas intra-grupo no GE na variável *Exaustão emocional* (-18.2%, $p=.03$) e na variável *Realização pessoal* (-8.2%, $p=.01$) após as oito semanas de intervenção, recordando-se que nesta última variável valores menos elevados correspondem a um menor nível de realização. Na análise inter-grupo observa-se uma diferença significativa entre os grupos após as oito semanas na variável *Exaustão emocional* (-18.2% para o GE e -6.6% para o GC): $F(2, 28)=5.098$, $p=0.032$, $\eta p^2=0.159$.

Tabela 4 - Distribuição de médias, desvios padrão e diferenças entre médias das subescalas do Inventário de Burnout de Maslach – Prestadores de Serviços

Variável	Grupo	Início M (DP)	Humanos		Diferenças entre médias, M (IC 95%)	p
			8 semanas M (DP)			
<i>Exaustão emocional</i>	GE	3.40 (1.71)	2.78 (1.32)		-.61 (-1.17, -.05)*	0.03
	GC	4.10 (1.15)	3.83 (.94)			
<i>Despersonalização</i>	GE	1.84 (1.47)†	1.76 (1.23)		-.08 (-.56, .40)	0.09
	GC	2.88 (1.28)	3.19 (1.50)			
<i>Realização pessoal</i>	GE	4.65 (.59)†	4.27 (.70)		-.37 (-.63, -.11)*	0.80
	GC	4.02 (.77)	3.70 (.85)			

Nota. IC = Intervalo de confiança. Os valores de p são referentes à análise de variância - *Ancova*.

* $p<.05$ para as alterações intra-grupo (Teste *t*-emparelhado)

† $p<.05$ por comparação com o GC (avaliação inicial) GE – Grupo experimental. GC – Grupo de controlo.

Avaliação dos estados de humor nos enfermeiros

Na tabela 5 são apresentados os resultados obtidos pelos grupos no POMS, podendo observar-se que ocorreram mudanças significativas intra-grupo no GE nas variáveis *Depressão/Melancolia* (-63.7%, $p=.01$), *Hostilidade/Ira* (-41.1%, $p=.05$) e *Fadiga/Inércia* (-34.6%, $p=.05$) após as oito semanas de intervenção. Na análise inter-grupo observa-se uma diferença significativa entre os grupos após o período de intervenção na variável *Depressão/Melancolia* (-63.7% para o GE e 7.4% para o GC): $F(2, 28)=10.908$, $p=0.003$, $\eta^2=0.288$.

Tabela 5 - Distribuição de médias, desvios padrão e diferenças entre médias das subescalas do Questionário de Perfil de Estados de Humor

Variável	Grupo	Início M (DP)	8 semanas M (DP)	Diferenças entre médias, M (IC 95%)	p
<i>Tensão/Ansiedade</i>	GE	1.47 (.83)	1.09 (.77)	-.38 (-.77, .02)	0.13
	GC	1.48 (.60)	1.43 (.61)		
<i>Depressão/Melancolia</i>	GE	.80 (.76)	.29 (.47)	-.51 (-.88, -.14)*	0.00
	GC	.94 (.81)	1.01 (.72)		
<i>Hostilidade/Ira</i>	GE	1.41 (1.07)	.83 (.85)	-.58 (-1.15, .00)*	0.57
	GC	1.44 (.88)	1.44 (1.04)		
<i>Fadiga/Inércia</i>	GE	1.88 (1.28)	1.23 (1.28)	-.64 (-1.29, -.00)*	0.10
	GC	2.28 (1.27)	2.10 (1.31)		
<i>Vigor/Atividade</i>	GE	1.99 (.84)	2.17 (.80)	.18 (-.06, .41)	0.32
	GC	1.52 (.79)	1.68 (.69)		
<i>Confusão/Desorientação</i>	GE	.77 (.41)	.61 (.36)	-.15 (-.35, .04)	0.13
	GC	.84 (.46)	.89 (.62)		

Nota. IC = Intervalo de confiança. Os valores de p são referentes à análise de variância - *Ancova*.

* $p<.05$ para as alterações intra-grupo (Teste t -emparelhado) GE – Grupo experimental. GC – Grupo de controlo.

Avaliação dos níveis de cortisol salivar nos enfermeiros

Na figura 1 são apresentados os resultados obtidos pelos grupos na avaliação dos níveis de cortisol salivar. Na análise inter-grupo observa-se uma diferença significativa entre os grupos após as oito semanas (-12.5% para o GE e 59.3% para o GC): $F(2, 28)=4.27$, $p=0.049$, $\eta^2=0.146$.

Na figura 2 são apresentados os efeitos de uma única sessão de relaxação terapêutica no GE (na décima quinta sessão), onde se observam diferenças significativas (-30.77%, $p= <.001$) entre o momento pré ($.13 \pm .06$) e o pós-sessão ($.09 \pm .05$).

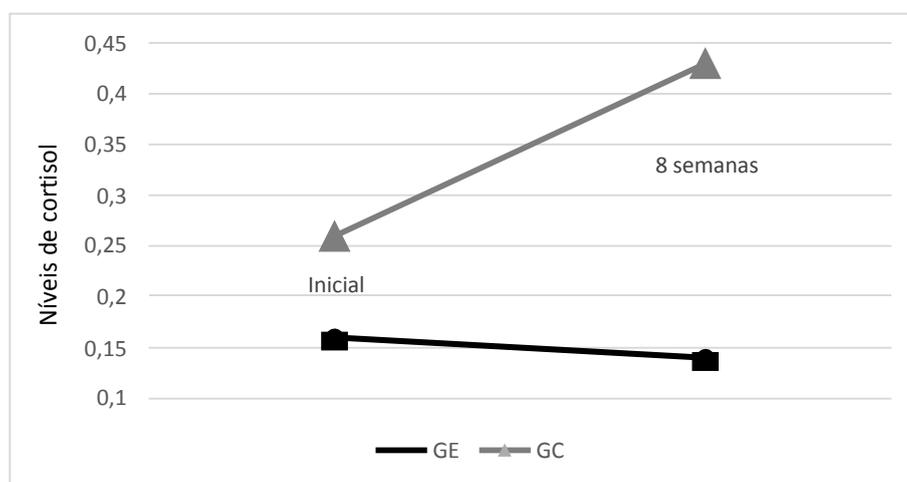


Figura 1 – Valores médios dos níveis de cortisol salivar para o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) na avaliação inicial e final (após 8 semanas).

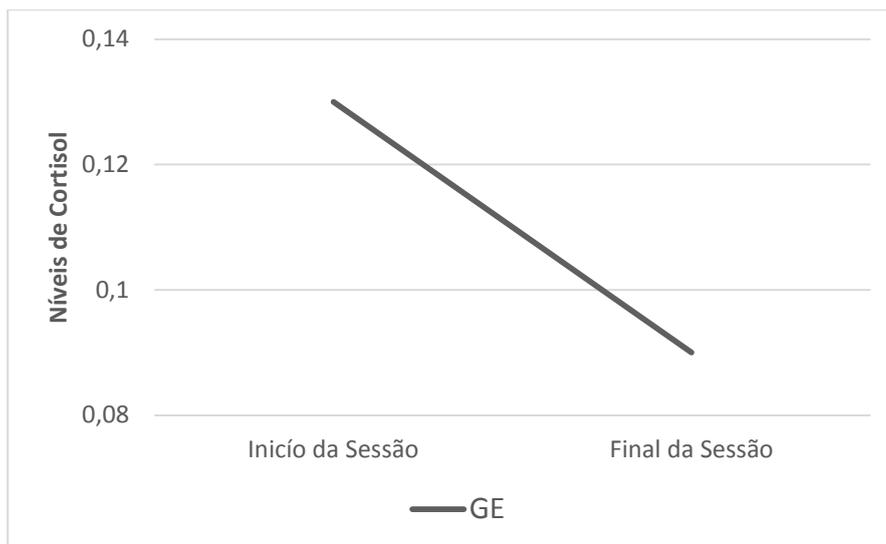


Figura 2 – Valores médios dos níveis de cortisol salivar para o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) na avaliação inicial e final (após 8 semanas).

V - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A enfermagem é uma profissão particularmente exigente ao nível da gestão do stress. O presente estudo teve como objetivo examinar os efeitos de um programa de relaxação terapêutica na gestão do stress, mais especificamente, em termos do stress, da síndrome de *burnout*, das estratégias de *coping*, dos estados de humor e dos níveis de cortisol salivar de um grupo de enfermeiros.

No geral os resultados deste estudo revelaram a eficácia do programa de relaxação terapêutica proposto em alguns dos indicadores de gestão do stress, nomeadamente ao nível dos sentimentos de exaustão emocional, bem como dos estados de humor e da diminuição dos níveis de cortisol salivar.

No que diz respeito ao *burnout*, o facto de os valores referentes à exaustão emocional e à despersonalização serem inferiores aos valores de realização pessoal indica, segundo as diretrizes do Inventário de Burnout de Maslach (Melo, Gomes & Cruz, 1999), que os participantes não sofriam à partida de síndrome de *burnout*. Ainda assim, foram encontrados efeitos significativos da intervenção ao nível da exaustão emocional e da realização Pessoal. Se por um lado se verificou uma diminuição da exaustão emocional do GE relativamente ao GC, por outro lado observou-se uma diminuição significativa dos sentimentos de realização pessoal do GE, embora que tal mudança não tenham sido suficientes para existir uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos no final do período de intervenção. A diminuição dos níveis de exaustão emocional foi também reportada em estudos anteriores focados noutras técnicas de relaxação como por exemplo o *mindfulness* (Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, Kimmel, e Shapiro, 2005).

No que diz respeito à realização pessoal, apesar de este ter sido o fator avaliado com níveis mais elevados, após o período de intervenção, observou-se um decréscimo significativo ao nível da realização pessoal do GE. Apesar de esta diminuição não estar de acordo com os resultados esperados, tal acontecimento pode estar associado a mudanças ou acontecimentos que tenham ocorrido durante o período de intervenção. Por exemplo, segundo Silva e Carlotto (2008), a diminuição dos níveis de realização pessoal pode estar associada a um aumento da carga de trabalho. No presente estudo, através da observação dos resultados da Escala de Stress Profissional em Enfermeiros, constatou-se que o fator Carga de trabalho foi o mais apontado como stressante pelos enfermeiros participantes, tendo sido inclusivamente verificado um aumento da carga de trabalho após o período de intervenção.

Relativamente aos estados de humor dos enfermeiros do GE, observou-se uma diminuição nos níveis de todos os estados de humor negativos (i.e. Tensão/Ansiedade, Depressão/Melancolia, Hostilidade/Ira, Fadiga/Inércia e Confusão/Desorientação) entre o momento inicial e final do programa de intervenção, sendo esta diminuição estatisticamente significativa ao nível da Depressão/Melancolia, Hostilidade/Ira e Fadiga/Inércia. Quando comparado com o GC, esta diminuição foi apenas significativa para a Depressão/Melancolia, tendo-se verificado um grande efeito do programa de intervenção neste estado de humor. Num estudo realizado com 20 adultos com Perturbação Compulsiva Alimentar, após duas sessões de relaxação terapêutica observou-se uma diminuição ao nível dos estados de humor negativos, e um aumento ao nível do Vigor/Atividade (Pawlow, O'Neil, & Malcolm, 2003). À semelhança do estudo de Pawlow e colegas, também o presente estudo evidenciou uma diminuição dos estados de humor negativos e um aumento do vigor/atividade, demonstrando os efeitos positivos da implementação de um programa de relaxação terapêutica nos estados de humor.

No que diz respeito aos níveis de cortisol salivar, apesar de não nos ter sido possível avaliar todas as amostras salivares recolhidas (avaliámos 28 amostras recolhidas antes da intervenção, 28 após a intervenção, e 20 referentes aos momentos pré e pós sessão), constatou-se uma diferença significativa de grande efeito entre os grupos após o programa de intervenção. Enquanto ao longo das 8 semanas o GC viu os seus níveis de cortisol aumentar, o GE assistiu a uma diminuição os níveis de cortisol. Para além dos efeitos crónicos, revelados pelo decréscimo dos níveis de cortisol após a implementação do programa de 16 sessões de relaxação terapêutica, foram também observados efeitos agudos, uma vez que se registou uma diminuição significativa deste marcador bioquímico imediatamente após uma sessão. Os resultados deste estudo sugerem que o programa de relaxação aplicado permitiu que os participantes desenvolvessem a capacidade de auto-indução de estados de relaxamento ao longo do programa, que se traduziu numa diminuição dos níveis de cortisol ao longo do período de intervenção. Este estudo está de acordo com investigações anteriores (Pawlow & Jones, 2002; 2005) que sugerem que a indução de estados de relaxamento leva a uma diminuição dos níveis de cortisol salivar, um dos biomarcadores mais utilizados no estudo do stress. Por exemplo, o estudo realizado por Pawlow e Jones (2002), que consistiu na realização de duas sessões de relaxação terapêutica baseadas no método de relaxação progressiva de Jacobson, com uma semana de intervalo, constatou uma diminuição significativa dos níveis de cortisol salivar dos participantes do estudo. Os mesmos autores

(Paslow & Jones, 2005) evidenciaram uma diminuição significativa dos níveis de cortisol salivar após uma única sessão de relaxação terapêutica baseada no método de Jacobson.

Relativamente aos fatores percecionados pelos participantes como stressantes, torna-se importante salientar que o ambiente psicológico, físico e social não foram percecionados pelos mesmos como muito stressantes uma vez que, ao longo do tempo, os valores médios de todos os fatores variaram apenas entre os valores 1 (Ocasionalmente sentido como stressante) e 2 (Frequentemente sentido como stressante). Estes resultados parecem indicar que o stress vivenciado no contexto laboral dos participantes deste estudo poderia ser encarado como algo positivo e promotor de um desafio a nível pessoal e profissional (Hespanhol, 2005), o que poderá justificar o facto de não se terem sido constatadas melhorias estatisticamente significativas ao nível da perceção dos fatores stressantes.

Por outro lado, é importante notar que a avaliação da perceção do stress foi feita através de um instrumento (i.e., a Escala de Stress Profissional dos Enfermeiros) que tem como característica a estabilidade temporal (Santos e Teixeira, 2008). Tendo em conta a duração relativamente curta (8 semanas) do programa de intervenção, devemos considerar que a ausência de resultados estatisticamente significativos pode dever-se à falta de sensibilidade do instrumento utilizado. Recomenda-se que estudos futuros tenham em conta a estabilidade dos instrumentos de avaliação.

Relativamente às estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes e avaliadas através da aplicação do Inventário de Resolução de Problemas (Vaz-Serra, 1988), não foram observadas melhorias significativas após o programa de intervenção. Contudo, comparando os resultados obtidos com os valores de referência apresentados por Vaz-Serra (1988) relativos à população de adultos portugueses, é possível constatar que as estratégias de *coping* adaptativas utilizadas pelos participantes se encontram ligeiramente abaixo dos valores de referência do autor (i.e.

1.91 vs. 2.74 em relação ao fator “Pedido de Ajuda”; 2.05 vs. 2.82 no fator “Confronto e resolução ativa dos problemas; 2.62 vs. 3.14 no fator “Controlo interno/externo dos problemas”; e 2.64 vs. 3.08 em relação ao *coping* total), demonstrando que os recursos de coping utilizados se podem considerar razoáveis.

Ainda assim, foram observadas mudanças estatisticamente significativas no fator “Confronto e resolução ativa dos problemas” no GE. Tais resultados demonstram que os enfermeiros participantes diminuíram o recurso a esta estratégia, preferindo “fugir” dos problemas ao invés de os enfrentarem e resolvê-los de um forma ativa.

Não obstante, apesar de ao compararmos os valores obtidos pelos participantes do presente estudo no fator “Estratégias de controlo das emoções “ com os valores de referência apresentados pelo autor, e constatarmos que estes se encontram ligeiramente acima (3.48 vs. 3.33 apresentado pelo autor), seriam de esperar melhorias ao nível do mesmo, uma vez que a relaxação terapêutica tem sido avançada por vários autores como uma estratégia de *coping* que permite gerir a resposta emocional e reduzir o stress emocional e a agressividade (Goldin & Gross, 2010; Koole, 2009; Manole, 2014; Meuret, Wilhelm & Roth, 2001; Sharma, 2012). Em futuros estudos será importante encontrar um instrumento de avaliação com maior poder discriminativo das estratégias de *coping* dos profissionais de saúde.

Em suma, os resultados deste estudo sugerem que o programa de relaxação terapêutica desenvolvido, surte efeitos positivos, ao nível da diminuição da exaustão emocional e da despersonalização, relacionada com o síndrome de *burnout*, melhoria dos estados de humor, e na diminuição dos níveis de cortisol salivar.

Limitações e Recomendações para Estudos Futuros

O presente estudo revelou algumas limitações, que porventura podem estar na origem de algumas dificuldades processuais e/ou estar associadas aos resultados alcançados.

Uma das principais limitações foi a dificuldade de marcação das sessões. O facto de a maioria dos participantes trabalhar por turnos rotativos, de necessitar de efetuar trocas repentinas de horários com colegas, bem como de integrar serviços diferentes com horários de entrada e saída diferentes, dificultou a marcação das sessões, que à priori já estava limitada temporalmente, uma vez que a sala para a realização das sessões só se encontrava disponível a partir das 16 horas. Por outro lado, o período da realização da intervenção coincidiu com as férias laborais, levando a que alguns dos participantes tivessem que faltar a alguma sessão. O facto de a maioria dos participantes realizar outro trabalho fora do hospital, também se tornou um fator condicionante na determinação da marcação e da duração das sessões. Ainda assim, todos os participantes cumpriram o limite estipulado quanto às faltas, e nenhum perdeu mais do que duas sessões.

O tamanho da amostra foi também condicionado pelos critérios de exclusão, uma vez que alguns dos participantes que se disponibilizaram para fazer parte do estudo participavam noutros programas que envolviam relaxação ou recorriam a fármacos que poderiam influenciar os estados de humor, uma das variáveis

abordadas no presente estudo.

Apesar de terem sido privilegiados instrumentos de avaliação específicos do âmbito da população em estudo, nem sempre foi possível seguir este critério. Por exemplo, o Inventário de Resolução de Problemas (Vaz-Serra, 1987) utilizado para avaliar as estratégias de *coping* dos participantes, não parece ter sido suficientemente sensível às características da população estudada. Por conseguinte, numa investigação futura, será de equacionar o desenvolvimento de um instrumento de avaliação específico deste contexto profissional, uma vez que, dentro do que conseguimos apurar, ainda não existe nenhum instrumento que se direcione para as estratégias de coping dos profissionais de enfermagem.

Relativamente à avaliação do cortisol salivar, não nos foi possível analisar todas as amostras recolhidas, visto que existia um número limite de amostras passível de ser analisado. Ainda que a seleção das amostras tenha sido realizada de forma aleatória, não é possível estender a aplicação dos resultados a todos os participantes.

Para futuras investigações sugere-se a implementação de um curto programa de exercícios (realizados nas sessões) para os participantes realizarem em casa, como por exemplo a execução de alguns exercícios de respiração antes de adormecerem. A aplicação de outros instrumentos de avaliação bem como o estudo de outras variáveis relacionadas com o stress vivenciado a nível laboral (como por exemplo o tempo e capacidade de resposta, a atenção ou a agressividade) também são recomendados. Em último lugar, sugerimos a replicação do presente estudo com um maior número de participantes

VI - CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivos analisar os efeitos de um programa de relaxação terapêutica na gestão do stress dos enfermeiros, tal como nos estados de humor, estratégias de coping, síndrome de *burnout* e nos níveis de cortisol.

Através da realização do estudo, foi possível constatar-se que a implementação de um programa de relaxação terapêutica de 8 semanas é capaz de diminuir os estados de humor negativos. Constatou-se também uma diminuição da exaustão emocional, prevenindo o aparecimento da Síndrome de burnout, muito frequente nos profissionais de enfermagem. Outro ponto positivo da implementação deste programa, foi a constatação de um decréscimo significativo dos níveis de cortisol salivar, um dos marcadores bioquímicos mais utilizados no estudo do stress, tanto a nível crónico (após as 8 semanas de intervenção) como a nível agudo (antes e após uma sessão). Curiosamente, no grupo experimental, foram encontrados alguns resultados que apontam para uma diminuição da realização pessoal dos profissionais, bem como da utilização de estratégias de coping consideradas adaptativas.

Pode concluir-se que, de uma forma geral, a implementação de um programa de relaxação terapêutica traz benefícios ao nível da gestão do stress em enfermeiros, possibilitando uma melhoria em algumas das variáveis a ele associadas e que muitas vezes prejudicam a qualidade de vida destes profissionais e a qualidade dos serviços prestados aos seus utentes.

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, D., Ramli, A., & Shahar, S. (2016). Effectiveness of a combined dance and relaxation intervention on reducing anxiety and depression and improving quality of life among the cognitively impaired elderly. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 16(1), 47-53. doi: 10.18295/squmj.2016.16.01.009
- Albuquerque, M., & Cavalcanti, M. (1998). Relaxamento: uma estratégia no contexto da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 51(1), 35-52.
- Alexander, G. (1957). L'Eutonie. *Sand et Tchou*, Paris.
- Almeida, S., & Araújo, R. (2005). Avaliação da efetividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo. *Boletim da Saúde*, 19(2), 135-142.
- Arcos-Carmona, I., Castro-Sánchez, A., Matarán-Peñarrocha, G., Gutiérrez-Rubio, A., Ramos-González, E., & Moreno-Lorenzo, C. (2011). Effects of aerobic exercise program and relaxation techniques on anxiety, quality of sleep, depression, and quality of life in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Medicina Clínica*, 137(9), 398-401. doi: 10.1016/j.medcli.2010.09.045
- Avianti, N., Desmaniarti, Z., & Rumahorbo, H. (2016). Progressive muscle relaxation effectiveness of the blood sugar patients with type 2 Diabetes. *Open Journal of Nursing*, 6, 248-254. doi: <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2016.63025>
- Banerjee, M. (2016). Effect of relaxation techniques on management of stress among housewives. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(3), 108-118. doi: 18.01.050/20160303
- Benevides-Pereira, A. (2010). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador (4ª Ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benson, H., & Klipper, M. (1992). *The relaxation response*. New York: Harper Collins.
- Borges, E., & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: estratégia de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10, 37-42. doi: 10.19131/rpesm.0052
- Brieghel-Müller, G. (1998). *Eutonia e Relaxamento*. São Paulo: Summus Editorial.
- Cacciari, P., Haddad, M., Vannuchi, M., & Dalmas, J. (2013). Estado de saúde de trabalhadores de enfermagem em readequação e readaptação funcional.

- Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 860-865. doi:10.1590/S0034-71672013000600008
- Campos, I., Angélico, A., Oliveira, M., & Oliveira, D. (2015). Fatores sociodemográficos e ocupacionais associados à síndrome de burnout em profissionais de enfermagem. *Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(4), 764-771. doi: 10.1590/1678- 7153.201528414
- Campos, J., & David, H. (2014). Análise de cortisol salivar como biomarcador de estresse ocupacional em trabalhadores de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 22(4), 447-453
- Cash, E., Salmon, P., Weissbecker, I., Rebholz, W., Bayley-Veloso, R., Zimmaro, L., Floyd, A., Dedert, E., & Sephton, S. (2015). Mindfulness meditation alleviates fibromyalgia symptoms in women: results of a randomized clinical trial. *Annals of Behavioral Medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 49(3), 319-330. doi: 10.1007/s12160-014-9665-0
- Chaudhuri, A., Ray, M., Saldanha, D., & Bandopadhyay, A. (2014). Effect of progressive muscle relaxation in female health care professionals. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 4(5), 791-795. doi: 10.4103/2141-9248.141573
- Chaudhuri, A., Ray, M., Saldanha, D., & Sarkar, S. (2015). Effects of progressive muscle relaxation on postmenopausal stress. *Journal of the Scientific Society*, 42(2), 62-67. doi: 10.4103/0974-5009.157028
- Chicayban, L., & Malagris, L. (2014). Breathing and relaxation training for patients with hypertension and stress. *Estudos de Psicologia*, 31(1), 115-126. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2014000100012>
- Chien, H., Chung, Y., Yeh, M., & Lee, J. (2015). Breathing exercise combined with cognitive behavioural intervention improves sleep quality and heart rate variability in major depression. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21-22), 3206-3214. doi: 10.1111/jocn.12972
- Chraif, M., Mitrofan, L., Golu, F., & Gâtej, E. (2013). The influence of relaxation music on abstract visual short term memory retrieval task at young students at psychology. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127(22), 852-857. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.03.367
- Coelho, J. (2010). *Prevenção de Riscos Psicossociais no Trabalho em Hospitais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D., Kimmel, S., & Shapiro, S. (2005).

- The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, part II: a quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, 19, 78–86.
- Dias, S. (2012). Síndrome de burnout: um estudo comparativo entre enfermeiros e médicos portugueses. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul* 12(2), 35-41.
- Ditz, C., Stephan, F., Gomes, D., Badaró, A., & Lourenço, L. (2015). A terapia cognitivo- comportamental em grupo no transtorno de ansiedade social. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(3), 1061-1080. doi: 10.12957/epp.2015.19428
- Eck, M., Nicolson, N., & Berkhof, J. (1998). Effects of stressful daily events on mood states: Relationship to global perceived stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(6), 1572-1585. doi: 10.1037/0022-3514.75.6.1572
- Ekkekakis, P., & Petruzzello, S. (2000). Analysis of the affect measurement conundrum in exercise psychology: I. Fundamental issues. *Psychology of Sport and Exercise*, 1(2), 71-88. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1469-0292\(00\)00010-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1469-0292(00)00010-8)
- Ekundayo, J. (2014). Occupational stress and employees productivity in the workplace. *International Journal of Scientific Research in Education*, 7(2), 157-165.
- Farias, S., Teixeira, O., Moreira, W., Oliveira, M., & Pereira, M. (2011). Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 722-729. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300025>
- Ferreira, T., Azevedo, J., Cunha, L., Cunha, A., & Cardoso, N. (2015). Prevalencia de burnout em enfermeiros do hospital metropolitano de urgência e emergência, por meio do questionário Maslach. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 13(1), 175-185. doi: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v13i1.1945>
- Flor, R., Monir, K., Bitá, A., & Shahnaz, N. (2013). Effect of relaxation training on working memory capacity and academic achievement in adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82(3), 608-613. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.318
- França, S., Martino, M., Aniceto, E., & Silva, L. (2012). Preditores da síndrome de burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 68-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100012>

- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Galindo, R., Feliciano, K., Lima, R., & Souza, A. (2012). Síndrome de burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 420-427. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200021>
- Gauthier, T., Meyer, R., Greife, D., & Gold, J. (2015). An on-the-job mindfulness-based intervention for pediatric ICU nurses: a pilot. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(2), 402- 409. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.005>
- Georgiev, A., Probst, M., De Hert, M., Genova, V., Tonkova, A. & Vancampfort, D. (2012). Acute effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well- being in chronic Bulgarian patients with schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, 24(4), 367-372.
- Giles, G., Mahoney, C., Brunyé, T., Taylor, H., & Kanarek, R. (2014). Stress effects on mood, hpa axis, and autonomic response: comparison of three psychosocial stress paradigms. *PLoS ONE*, 9(12), 1-19. doi: 10.1371/journal.pone.0113618
- Giromini, F., Albaret, J., & Scialom, P. (2015). Manuel d'enseignement de psychomotricité: 2.Méthodes et techniques. Paris: De Boeck-Solal.
- Gomes, A., & Cruz, J. (2004). A experiência de *stress* e "*burnout*" em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 2, 193-212.
- Gomes, A., Cruz, J., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307- 318. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000300004>
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. (1981). The nursing stress scale: development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3(1), 11-23. doi: 10.1007/BF01321348
- Greenglass, E., & Fiksenbaum, L. (2009). Proactive coping, positive affect, and well-being: testing for mediation using path analysis. *European Psychologist*, 14(1), 29-39. doi: 10.1027/1016-9040.14.1.29
- Guimarães, E., Soares, M., & Oliveira, Q. (2012). Síndrome de burnout: presença de sintomas e estratégias de enfrentamento em profissionais da enfermagem. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 58-65.
- Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Paris: Heures de France.
- Guiose, M. (2008). Les méthodes de relaxations thérapeutiques. *Santé Mentale*, 129,

22-27.

- Hashim, H., & Yusof, H. (2011). The effects of progressive muscle relaxation and autogenic relaxation on young soccer players' mood states. *Asian Journal of Sports Medicine*, 2(2), 99-105. doi: 10.5812/asjasm.34786
- Heo, E., Kim, S., Park, H., & Kil, S. (2016). The effects of a simulated laughter programme on mood, cortisol levels, and health-related quality of life among haemodialysis patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 25, 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.07.001>
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e stresse ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1/2), 153-162.
- Hochman, B., Nahas, F., Filho, R., & Ferreira, L. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(2), 1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>
- Holmes, E., Farias, J., Holmes, D., Viana, Y., & Santos, S. (2014). Síndrome de burnout em enfermeiros da estratégia saúde da família. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 8(7), 1841-1847. doi: 10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201402
- Isa, M., Moy, F., Razack, A., Zainuddin, Z., & Zainal, N. (2013). Impact of applied progressive deep muscle relaxation training on the level of depression, anxiety and stress among prostate cancer patients: a quasi-experimental study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(4), 2237-2242. doi: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.4.2237>
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Jodas, D., & Haddad, M. (2009). Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 192- 197. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000200012>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are*. New York: Hyperion.
- Kim, S., Kook, J., Kwon, M., Son, M., Ahn, S., & Kim, Y. (2015). The effects of laughter therapy on mood state and self-esteem in cancer patients undergoing radiation therapy: a randomized controlled trial. *THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE*, 21(4), 217–222. doi: 10.1089/acm.2014.0152

- Koloverou, E., Tentolouris, N., Bakoula, C., Darviri, C., & Chrousos, G. (2014). Implementation of a stress management program in outpatients with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Hormones (Athens, Greece)*, 13(4), 509-518. doi: 10.14310/horm.2002.1492
- Koole, S. (2009). The psychology of emotion regulation: an integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4-41. doi: 10.1080/02699930802619031
- Kramer, B. (1993). Expanding the conceptualization of caregiver coping: the importance of relationship-focused strategies. *Family Relations*, 42, 383-391. doi: 10.2307/585338
- Kwon, M., Gang, M., & Oh, K. (2013). Effect of the group music therapy on brain wave, behavior, and cognitive function among patients with chronic schizophrenia. *Asian Nursing Research*, 7(4), 168-174. doi: 10.1016/j.anr.2013.09.005
- Lane, A., & Terry, P. (2000). The nature of mood: development of a conceptual model with a focus on depression. *Journal of Applied Sport Psychology*, 12(1), 16-33. doi: 10.1080/10413200008404211
- Leiter, M., Day, A., & Price, L. (2015). Attachment styles at work: Measurement, collegial relationships, and burnout. *Burnout Research*, 2 (1), 25-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2015.02.003>
- Lesiuk, T. (2015). The effect of mindfulness-based music therapy on attention and mood in women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer: a pilot study. *Oncology Nursing Forum*, 42(3), 276-282. doi: 10.1188/15.ONF.276-282
- Manole, R. (2014). The role of relaxation techniques in diminishing the aggressiveness of young adults. *Romanian Journal of Cognitive Behavioral Therapy and Hypnosis*, 1(1), 1-9.
- Marôco, J., Marôco, A., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses: uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24-30. doi: 10.20344/amp.6460
- Martins, R. (2001). A relaxação terapêutica no contexto da saúde mental – o corpo como ponte a emoção e a razão. In V. Fonseca & M. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade*, 95-108. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach burnout inventory, manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1996). Maslach burnout inventory – human services survey (MBI- HSS). In C. Maslach, S. E. Jackson & M. P. Leiter (Eds.), *MBI*

- Manual*, 3rd ed., 3-17. Mountain View, CA: CPP.
- Maslach, C., & Leiter, M. (1999) *Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa*. Campinas, SP: Papyrus.
- Mata, C., Machado, S., Moutinho, A., & Alexandra, D. (2016). Estudo presburn: prevalência de síndrome de *burnout* nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32, 179-186.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(1), 85- 95.
- McNair, D., Lorr, M., & Droppleman, L. (1971). *Manual for the profile of mood states*. San Diego, California: EdITS/Educational and Industrial Testing Service.
- Mehling, W., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C., Hecht, F., & Stewart, A. (2009). Body awareness: construct and self-report measures. *PLoS ONE*, 4(5), e5614. doi: 10.1371/journal.pone.0005614
- Melo, B., Gomes, A., & Cruz, J. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 2, 53-72.
- Melo, B., Gomes, A., & Cruz, J. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para os profissionais de psicologia. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Eds.), *Avaliação psicológica: formas e contextos*, 5, 596-603. Braga: APPORT Universidade do Minho.
- Meuret, A., Wilhelm, F., & Roth, W. (2001). Respiratory biofeedback-assisted therapy in panic disorder. *Behavior Modification*, 25(4), 584-605.
- Michael, D., Daugherty, S., Santos, A., Ruby, B., & Kalns, J. (2012). Fatigue biomarker index: an objective salivary measure of fatigue level. *Accident Analysis & Prevention*, 45, 68- 73. doi: 10.1016/j.aap.2011.09.029
- Moritz, S., Cludius, B., Hottenrott, B., Schneider, B., Saathoff, K., Kuelz, A., & Gallinat, J. (2015). Mindfulness and relaxation treatment reduce depressive symptoms in individuals with psychosis. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(6), 709-714. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.05.002
- Nair, P., & Meera, K. (2014). Effectiveness of progressive muscle relaxation in reducing academic stress of secondary schools students of kerala. *Journal Of Humanities And Social Science*, 19(8), 29-32.
- Naoroibam, R., Metri, K., Bhargav, H., Nagaratna, R., & Nagendra, H. (2016). Effect of integrated yoga (iy) on psychological states and CD4 counts of HIV-1 infected patients: a randomized controlled pilot study. *International Journal of Yoga*, 9(1), 57-61. doi: 10.4103/0973-6131.171723

- Netto, L., & Ramos, F. (2002). Enfermeiro: o papel que se define nas relações conflituosas. In Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium, Brasil: São Paulo. Norell-Clarke, A., Jansson-Fröjmark, M., Tillfors, M., Holländare, F., & Engström, I. (2015). Group cognitive behavioural therapy for insomnia: effects on sleep and depressive symptomatology in a sample with comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 80-93. doi: 10.1016/j.brat.2015.09.005
- Ong, J., Manber, R., Segal, Z., Xia, Y., Shapiro, S., & Wyatt, J. (2014). A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia. *Sleep*, 37(9), 1553- 1563. doi: 10.5665/sleep.4010
- Onieva-Zafra, M., García, L., & Del Valle, M. (2015). Effectiveness of guided imagery relaxation on levels of pain and depression in patients diagnosed with fibromyalgia. *Holistic Nursing Practice*, 29(1), 13-21. doi: 10.1097/HNP.0000000000000062
- Park, E., Oh, H., & Kim, T. (2013). The effects of relaxation breathing on procedural pain and anxiety during burn care. *Burns*, 39(6), 1101-1106. doi: 10.1016/j.burns.2013.01.006
- Paulos, C. (2009). *Riscos Psicossociais no Trabalho*. Lisboa: Verlag Dashöfer.
- Pawlow, L., & Jones, G. (2002). The impact of abbreviated progressive muscle relaxation on salivary cortisol. *Biological Psychology*, 60(1), 1-16. doi: 10.1016/S0301- 0511(02)00010-8
- Pawlow, L., & Jones, G. (2005). The impact of abbreviated progressive muscle relaxation on salivary cortisol and salivary immunoglobulin A (sIgA). *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30(4), 375-387. doi: 10.1007/s10484-005-8423-2
- Pawlow, L., O'Neil, P., & Malcolm, R. (2003). Night eating syndrome: effects of brief relaxation training on stress, mood, hunger, and eating patterns. *International Journal of Obesity*, 27, 970–978. doi: 10.1038/sj.ijo.0802320
- Payne, R., & Donaghy, M. (2010). *Payne's Handbook of relaxation techniques – a practical guide for the health care professional*. (4th Ed.). Elsevier Health Sciences.

- Price, C., & Thompson, E. (2007). Measuring dimensions of body connection: body awareness and bodily dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(9), 945-953. doi: 10.1089/acm.2007.0537
- Priyanka, R., & Tamilselvi, S. (2013). Effectiveness of relaxation technique to reduce stress among drivers. *International Journal of Science and Research*, 4(9), 867-868.
- Probst, M., & Vliet, P. (2005). A terapia psicomotora aplicada a pacientes psiquiátricos adultos numa perspectiva flamenga. *A Psicomotricidade*, 6, 15-33.
- Queiros, C., Carlotto, M., Kaiseler, M., Dias, S., & Pereira, A. (2013). Predictors of burnout among nurses: an interactionist approach. *Psicothema*, 25(3), 330-335. doi: 10.7334/psicothema2012.246
- Queiros, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Raglin, J., & Morgan, W. (1989). Development of a scale to measure training-induced distress. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 21(Suppl.), 60. doi: 10.1055/s-2007-1021025
- Reatto, D., & Araújo, D. (2016). Estresse ocupacional: estudo multifuncional com profissionais da saúde de um hospital de Araçatuba (SP). *Archives of Health Investigation*, 5(3), 165-171. doi: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v5i31328>
- Réus, K., Ronchi, M., Gava, F., Medeiros, I., Dagostim, V., Caretta, L., & Soratto, M. (2014). A síndrome de burnout dos enfermeiros na esf. *Revista Inova Saúde*, 3(2), 109-129.
- Rutherford, A. (2001). *Introducing Anova and Ancova: a GLM approach*. New York: SAGE Publications Ltd.
- Sacadura-Leite, E., & Sousa-Uva, A. (2012). Factores indutores de stress em profissionais de saúde. *Saúde e Trabalho*, 8, 7-21.
- Santos, A., & Cardoso, C. (2010). Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e stressores ocupacionais em saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 245-253. doi: 10.1590/S1413-73722010000200003
- Santos, J., & Teixeira, Z. (2008). The nursing stress scale: desenvolvimento da versão português da escala. *Revista Investigação em Enfermagem*, 18, 29-40.
- Santos, J., & Teixeira, Z. (2009). O stresse profissional dos enfermeiros. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 368-378.
- Santos, T., Kozasa, E., Carmagnani, I., Tanaka, L., Lacerda, S., & Nogueira-Martins, L. (2016). Positive effects of a stress reduction program based on mindfulness meditation in brazilian nursing professionals: qualitative and quantitative

- evaluation. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, 12(2), 90-99. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2015.12.005>
- Scherz, N. (2015). Mindfulness meditation improves sleep quality in the elderly. *Praxis*, 104(11), 591-5932. doi: 10.1024/1661-8157/a002018
- Sharma, A. (2012). Monitoring aggression in adolescents: yoga as a panacea. *Global Journal of Human Social Science Arts & Humanities*, 12(15), 32-46.
- Silva, A., & Marcucci, R. (2009). A síndrome de burnout e a saúde do enfermeiro. In: *12º Congresso de Iniciação Científica, 6ª Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação*, 542-549. São Paulo: Universidade de Santo Amaro.
- Silva, T., & Carlotto, M. (2008). Síndrome de burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. *Revista da SBPH*, 11(1), 113-130. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000300015>
- Smith, S. (2014). Mindfulness-based stress reduction: an intervention to enhance the effectiveness of nurses' coping with work-related stress. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(2), 119-130. doi: 10.1111/2047-3095.12025
- Taniguchi, T., Hirokawa, K., Tsuchiya, M., & Kawakami, N. (2007). The immediate effects of 10-minute relaxation training on salivary immunoglobulin A (s-IgA) and mood state for Japanese female medical co-workers. *Acta Medica Okayama*, 61(3), 139-145.
- Tavares, K., Souza, N., Silva, L., & Kestenberg, C. (2014). Ocorrência da síndrome de burnout em enfermeiros residentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 260-265. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400044>
- Topcu, S., & Findik, U. (2012). Effect of relaxation exercises on controlling postoperative pain. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 13(1), 11-17. doi: 10.1016/j.pmn.2010.07.006
- Valeretto, F., & Alves, D. (2013). Fatores desencadeantes do stress ocupacional e da Síndrome de Burnout em enfermeiros. *Revista Saúde Física & Mental – UNIABEU*, 3(2).
- Vancampfort, D., Correll, C., Scheewe, T., Probst, M., De Herdt, A., Knapen, J., & De Hert, M. (2013). Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: a systematic review of randomized controlled trials. *Clinical Rehabilitation*, 27(4), 291-298. doi: 10.1177/0269215512455531
- Vázquez, M. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Espanha: Editorial Síntesis.
- Vaz-Serra, A. (1988). Um estudo sobre coping: o "Inventário de Resolução de

- Problemas". *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 301-316.
- Vaz-Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 261-278.
- Vaz-Serra, A. (2005). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. (3ª Ed.). Coimbra: A. V. Serra.
- Viana, M., Almeida, P., & Santos, R. (2001). Adaptação portuguesa da versão reduzida do perfil de estados de humor – POMS. *Análise Psicológica*, 1(19), 77-92. doi: 10.14417/ap.345
- Vorkapic, C., & Rangé, B. (2011). Os benefícios do yoga nos transtornos da ansiedade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 50-54.7
- Wang, F., Luo, D., Kanb, W., & Wang, Y. (2015). Combined intervention with education and progressive muscle relaxation on quality of life, functional disability, and positive symptoms in patients with acute schizophrenia. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(3), 159-165. doi: 10.1089/acm.2014.0128.
- Wang, T., Chang, C., Lou, M., Ao, M., Liu, C., Liang, S., Wu, S., & Tung, H. (2014). Biofeedback relaxation for pain associated with continuous passive motion in taiwanese patients after total knee arthroplasty. *Research in Nursing & Health*, 38(1), 39-50. doi: 10.1002/nur.21633
- Willhelm, A., Andretta, I., & Ungaretti, M. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1), 79-86. doi: 10.4013/ctc.2015.81.08
- Wong, D., & Baker, C. (1988). Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatric Nursing*, 14(1), 9 - 17.
- Yi, T., & Moochhala, S. (2013). Mini-review article – current opinion on salivary biomarkers as a measurement for stress and fatigue. *The Open Biomarkers Journal*, 6, 9-14. doi: 10.2174/1875318301306010009
- Yoshihara, K., Hiramoto, T., Sudo, N., & Kubo, C. (2011). Profile of mood states and stress-related biochemical índices in long-term yoga practitioners. *BioPsychoSocial Medicine*, 5(6), 1-7. doi: 10.1186/1751-0759-5-6
- Zheng, Y., Zhou, Y., & Lai, Q. (2015). Effects of twenty-four move shadow boxing combined with psychosomatic relaxation on depression and anxiety in patients with type-2 diabetes. *Psiquiatria Danubina*, 27(2), 174-179.

ANEXOS

Anexo I - Aprovação do estudo pela Comissão de Ética do Hospital Espírito Santo de Évora – E.P.E.

Exm.º Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital Espírito Santo de Évora - EPE

Exm.º Sr. Presidente da Comissão de Ética do Hospital Espírito Santo de Évora - EPE

Vimos por este meio submeter à vossa consideração um projeto de investigação que envolve profissionais e técnicos da Universidade de Évora e do Hospital Espírito Santo de Évora. Este projeto centra-se sobre os efeitos de um programa de relaxação terapêutica na gestão do stress em enfermeiros do Serviço de Urgência, e será controlado e implementado por uma equipa de investigadores que inclui uma técnica superior de Reabilitação Psicomotora, Andreia Rodrigues, e dois docentes da Universidade de Évora, Professora Doutora Guida Veiga e Professor Doutor José Marmeleira. Juntamente com o projeto segue o modelo de consentimento informado que será entregue a cada um dos participantes voluntários. Informamos que o projeto de investigação vai também ser submetido para apreciação pela Comissão de Ética responsável da Universidade de Évora.

Grátos pela vossa atenção.

Évora, 17 de Novembro de 2015

Andreia Rodrigues
(Licenciada Andreia Sofia Dias Rodrigues)

*Mas tem (pressão) stress
a Comissão de Ética
M. Mateus
Reunir*

*A Seguinte do trabalho,
El meu é Comissão de Ética
para esse de fazer*

Carlos Mateus Gomes
Vogal Executivo

20/11/15

*Solicitado parecer
à comissão ética*

SUSANA NEVES
Responsável de Serviço
Segurança e Saúde no Trabalho

[Assinatura]
20/11/2015

HESE-EPE	
R	RECEBIDO { EM 20/11/15 N.º 2193
	RESPONDIDO { EM / / N.º



Procuramos voluntários para participar num estudo sobre a gestão do *stress* dos enfermeiros



Estamos a desenvolver um estudo sobre os efeitos das técnicas de relaxação na gestão do *stress* dos enfermeiros.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário incluir neste estudo a participação do maior número de enfermeiros. É por isso que **a sua colaboração é fundamental.**

- Em que consiste a minha participação?

Frequentar sessões de relaxação durante 2 meses.

- Qual o horário?

As sessões decorrerão duas vezes por semana e os horários serão ajustados à disponibilidade dos participantes. As sessões terão lugar no Hospital.

- Como serão usados os meus dados?

Toda a informação será confidencial. Não iremos estudar cada participante individualmente, mas o grupo de enfermeiros participantes.

Interessado? Disponível?

Contacte-nos através do *e-mail* ou telemóvel:

andrea.s.rodri@gmail.com
965388789

Pode consultar mais informações através do Facebook:

Stress nos Enfermeiros - Relax

Esperamos poder contar com a sua participação neste estudo!

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

O presente documento insere-se no âmbito de uma investigação que visa estudar os efeitos de um programa de relaxação terapêutica sobre os indicadores físicos e psicológicos do stress, bem como nas estratégias de *coping* de um grupo de enfermeiros do Hospital de Évora. Como tal gostaríamos de solicitar a sua colaboração nesta investigação.

Este projeto será controlado e implementado por uma equipa de investigadores que inclui uma técnica superior de Reabilitação Psicomotora, Andreia Rodrigues, e dois docentes da Universidade de Évora, Professora Doutora Guida Veiga e Professor Doutor José Marmeleira.

As sessões práticas ocorrerão pelo menos duas vezes por semana durante um período de 4 meses. A intervenção será composta por sessões em que serão aplicadas técnicas de relaxação. No início e no final do programa de intervenção, os participantes serão realizadas avaliações a fim de perceber as alterações nos parâmetros considerados.

As sessões ocorrerão no Hospital Espírito Santo de Évora. Os participantes podem interromper a participação no estudo em qualquer momento sem nenhum tipo de penalização por esse facto. Todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e será mantido o anonimato.

Gostaríamos de obter a sua autorização para colheitas de saliva e para o preenchimento de questionários, que permitirão analisar os efeitos do programa de intervenção ao nível da gestão do stress. Agradecemos desde já a sua disponibilidade e participação no estudo. Todos os dados serão tratados e analisados de forma confidencial e serão usados exclusivamente para fins académicos e/ou científicos.

A técnica responsável:

(Licenciada Andreia Sofia Dias Rodrigues)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Autorizo

Assinatura: _____ Data: _____/_____/_____

Para assegurar a confidencialidade dos dados vamos atribuir-lhe um código. Para tal, pedimos-lhe que preencha a seguinte informação

Inicial do 1º nome _____ Inicial do último sobrenome _____ Data de Nascimento: _____ - _____ - _____

Por exemplo, se se chamar Madalena da Silva Marques e se tiver nascido a 3 de maio de 1966 o seu código será MM 03 05 66.

Questionário



**UNIVERSIDADE
DE ÉVORA**

Sociodemográfico

Instruções: Por favor não deixe nenhuma pergunta por responder. Nas perguntas fechadas coloque uma cruz (x) na resposta que se adequa à sua situação. Todos os dados serão confidenciais. Obrigada pela sua participação!

1. **Primeiro e último nome:** _____
2. **Contacto** (e-mail e telemóvel): _____
3. **Idade:** _____ (anos)
4. **Género:** Feminino Masculino
5. **Estado Civil:**
Solteiro/a Casado/a ou em União de Facto Viúvo/a Divorciado/a ou separado/a
6. **Tem filhos?** Sim Não Quantos? _____
7. **Habilitações Académicas:** _____
8. **Possui Curso de Especialização?** Sim Não Qual? _____
9. **Tempo de exercício profissional?** _____
10. **Qual a unidade/serviço onde exerce atualmente?** _____
11. **Há quanto tempo exerce nesta unidade/serviço?** _____
12. **Carga horária semanal neste serviço?**
35 horas 40 horas Mais de 40 horas
13. **Modalidade de horário:**
Horário Rotativo Fixo Misto
14. **Participou em algum programa que envolva relaxação** (e.g. Yoga, Tai-Chi, Chi-Kung, Pilates)? Sim Não
Se sim, qual? _____ Durante quanto tempo? _____ Ainda pratica? _____

15. Toma algum fármaco regularmente que possa influenciar o seu estado de humor (e.g Ansiolíticos, Antidepressivos)?

Sim Não Se sim, qual? ____

Anexo V – Escala de Stress Profissional em Enfermeiros (ESPE)

Esta escala apresenta um conjunto de situações que, com alguma frequência, ocorrem numa unidade hospitalar. Coloque, para cada uma delas, um círculo (O) no ponto da escala que considerar mais de acordo com a resposta que pretende dar.

Note bem:

Não lhe peço que me diga “com que frequência estas situações acontecem no seu Serviço”. O que lhe peço é que indique, para cada situação, “qual a frequência com que a sente (quando acontece) como stressante”.

Se há alguma situação que nunca ocorra no seu Serviço, deixe a questão por responder.

ESCALA DE STRESSE PROFISSIONAL EM ENFERMEIROS				
	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequentemente
1. Avaria informática	1	2	3	4
2. Ser criticado por um médico	1	2	3	4
3. Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos	1	2	3	4
4. Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos	1	2	3	4
5. Conflito com um superior hierárquico	1	2	3	4
6. Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte	1	2	3	4
7. Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço	1	2	3	4
8. A morte de um doente	1	2	3	4
9. Conflito com um médico	1	2	3	4
10. Receio de cometer erros ao tratar de um doente	1	2	3	4
11. Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço	1	2	3	4
12. A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade	1	2	3	4
13. Ausência do médico quando um doente morre	1	2	3	4
14. Desacordo em relação ao tratamento de um doente	1	2	3	4
15. Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais	1	2	3	4
16. Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente	1	2	3	4
17. Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente	1	2	3	4
18. Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente	1	2	3	4
19. Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente	1	2	3	4
20. Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal	1	2	3	4
21. Ver um doente em sofrimento	1	2	3	4
22. Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, de outro serviço	1	2	3	4
23. Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente	1	2	3	4
24. Receber críticas de um superior hierárquico	1	2	3	4
25. Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho	1	2	3	4
26. Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente	1	2	3	4
27. Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo	1	2	3	4
28. Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente	1	2	3	4
29. Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço	1	2	3	4
30. Falta de tempo para executar todas as actividades de enfermagem	1	2	3	4
31. Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica	1	2	3	4
32. Não saber o que deve ser dito ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento	1	2	3	4
33. Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado	1	2	3	4
34. Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço	1	2	3	4

Inventário de Resolução de Problemas

(Copyright A. Vaz Serra, 1987)

INSTRUÇÕES

Ao longo da vida todas as pessoas atravessam situações difíceis com que se têm de defrontar.

Os indivíduos não são todos iguais a lidar com os seus problemas.

Cada uma das questões representa uma forma específica de reagir, quando um agente de stress pressiona um indivíduo.

Refira, quando se encontra numa situação difícil, semelhante à que é apresentada, quais são, das questões seguintes, aquelas que

melhor traduzem os seus comportamentos habituais.

Coloque uma cruz (x) no quadrado que, em cada questão, melhor relata a sua maneira usual de reagir.

Não há respostas certas ou erradas. Apenas existem as suas respostas possíveis. Responda, por isso, rápida, espontânea e honestamente a cada uma delas. Não se trata de procurar saber o que considera melhor, mas sim o que se passa realmente consigo.

- / -

Imagine que teve uma discussão séria com uma pessoa amiga de longa data.

Deve-lhe bastante dinheiro, que já devia ter sido pago, e ainda outros favores. Existem numerosos conhecidos comuns.

Na discussão que tiveram, a razão está do seu lado.

Contudo, a outra pessoa, muito zangada, acabou por lhe dizer: "Dou-te uma semana para pensares no que me fizeste e me ires pedir desculpa. Se o não fizeres, hei-de dizer aos outros que não passas de um vigarista e exijo-te que me entregues todo o dinheiro que me deves".

Muito no seu íntimo tem quase a certeza de que a outra pessoa é capaz de cumprir com o que está a dizer. Sabe ainda que não tem todo o dinheiro que precisa para lhe devolver.

Conhece bem que muitos dos amigos comuns são capazes de acreditar no que o outro lhe disser.

Esta situação é susceptível de se prolongar ao longo do tempo, envolvendo indivíduos com quem lida todos os dias.

O assunto resolver-se-ia se tivesse uma conversa séria com essa pessoa, em que fosse capaz de esclarecer, uma vez por todas, os mal-entendidos. É natural que essa conversa fosse, pelo menos de princípio, bastante desagradável. Mas é possível que pudessem voltar a fazer as pazes, a serem amigos como dantes e a ser adiado o problema da dívida.

Contudo, ao relembrar o que se passou por um lado, sente-se ofendido com a prepotência da outra pessoa, por outro lado receia as consequências.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Muitíssimo
1. Vou deixar correr esta situação: o tempo ajuda a resolver os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontra-me como indivíduo e não ligar ao que possa dizer ou fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Não vou permitir que este acontecimento interfira no que tenho que fazer no meu dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se não me tivesse comportado daquela maneira isto nunca teria ocorrido: tive toda a culpa no que aconteceu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.../...

- II -

Considere agora que teve uma situação da sua vida em que ocorreu uma perda económica substancial. Imagine, por exemplo, que segue numa estrada com um veículo novo, acabado de comprar com a ajuda de um empréstimo grande e com bastante sacrifício. Uma camioneta, a certa altura, vem contra si e o seu carro fica bastante danificado. A camioneta põe-se em fuga, não é capaz de lhe ver a matrícula, não consegue sair do local em que se encontra e não vai

ninguém a passar que possa servir de testemunha. Pensa então no transtorno que tudo isto causa à sua vida, a despesa que representa, tendo na altura bastantes dificuldades em a poder enfrentar. Acaba por apanhar uma boleia de uma pessoa que por ali passou, bastante tempo depois e segue para casa. É um problema aparentemente sem solução e que lhe causa dano.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Muitíssimo
6. Estou perdido: este acontecimento deu cabo da minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O melhor é não fazer nada até ver onde isto vai parar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Apesar de tudo tive muita sorte: as coisas poderiam ser bem piores do que realmente são	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida: devido a mim é que este problema está como está.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- III -

Sentindo-se uma pessoa competente, em determinada área, vai ser posto à prova daí a algum tempo, numa situação competitiva importante. Verifica, entretanto, com estranheza, que há um indivíduo que anda a diminuí-lo e a dizer aos outros

que é uma pessoa que não vale o que aparenta. Este facto ofende-o mas, daí a três meses, vai poder provar, aos olhos de todos, se é ou não um indivíduo capaz.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Muitíssimo
12. As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim: que azar o meu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Não me vou aborrecer com esta situação: o tempo há-de correr a meu favor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Estou-me a sentir destruído pelo que me está a acontecer: não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Se querem guerra, tê-la-ão: não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Vou pedir conselho, a amigos meus, sobre a melhor atitude a tomar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. De modo algum me deixo esmagar pelo que me está a acontecer: hei-de remover os obstáculos, um a um, até provar aos outros que realmente sou uma pessoa capaz: sei que hei-de conseguir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.../...

- IV -

Quando me sinto muito tenso, a fim de aliviar o meu estado de tensão:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Multíssimo
22. Passo longas horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Meto-me na cama durante longas horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Procuo fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Desabafo com alguém, procurando que, ao fim, essa pessoa tome o meu partido e me ajude a resolver as dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Chego a bater em mim próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou um psicólogo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- V -

A minha maneira de ser habitual leva-me a que, não só nestas situações como em todos os meus problemas, tenha tendência a:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Multíssimo
30. Pensar continuamente sobre os factos que me preocupam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter sempre coragem para resolver os problemas da minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Envolver-me apenas naquelas acções, de resolução de problemas, que tenho a certeza não me deixem ficar mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Preferir, num problema desagradável, procurar obter informações e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo VII – Inventário de Burnout de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (MBI-PSH)

Inventário de *Burnout* de Maslach - MBI

Na página seguinte encontram-se 22 afirmações sobre sentimentos relacionados com o trabalho. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e decida o que sente sobre o seu trabalho. Se nunca apresentou esse sentimento coloque um círculo no 0. Se já teve indique a frequência que melhor descreve (de 1 a 6).

Nunca	umas vezes por ano	Uma vez por mês	umas vezes por mês	Uma vez por semana	algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

Afirmações	Frequência:
1. Sinto-me emocionalmente insatisfeito(a) com o meu trabalho.	0-1-2-3-4-5-6
2. No final do meu dia de trabalho, sinto-me como se tivesse sido usado(a).	0-1-2-3-4-5-6
3. Sinto-me fatigado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.	0-1-2-3-4-5-6
4. Posso facilmente compreender como é que os meus clientes se sentem em relação às coisas.	0-1-2-3-4-5-6
5. Sinto que trato alguns clientes como se fossem objetos impessoais.	0-1-2-3-4-5-6
6. Trabalhar com pessoas todo o dia constitui realmente uma pressão para mim.	0-1-2-3-4-5-6
7. Lido de forma eficaz com os problemas dos meus clientes.	0-1-2-3-4-5-6
8. Sinto-me esgotado (a) com o meu trabalho.	0-1-2-3-4-5-6
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	0-1-2-3-4-5-6
10. Tornei-me mais cruel com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.	0-1-2-3-4-5-6
11. Preocupa-me o facto deste trabalho me estar a tornar mais “duro(a)” ou “rígido(a)” do ponto de vista emocional.	0-1-2-3-4-5-6
12. Sinto-me com muitas energias.	0-1-2-3-4-5-6
13. Sinto-me frustrado(a) com o meu emprego.	0-1-2-3-4-5-6
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego.	0-1-2-3-4-5-6
15. Não me interessa realmente o que acontece a alguns dos meus clientes.	0-1-2-3-4-5-6
16. Trabalhar diretamente com pessoas gera-me demasiado <i>stress</i> .	0-1-2-3-4-5-6
17. Sou capaz de criar facilmente um ambiente relaxado com os meus clientes.	0-1-2-3-4-5-6
18. Sinto-me contente depois de trabalhar “de perto” com os meus clientes.	0-1-2-3-4-5-6
19. Neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena.	0-1-2-3-4-5-6
20. Sinto-me como se estivesse no limite das minhas capacidades.	0-1-2-3-4-5-6
21. No meu trabalho lido muito calmamente com os problemas emocionais.	0-1-2-3-4-5-6
22. Sinto que os clientes me culpam por alguns dos seus problemas.	0-1-2-3-4-5-6

(Maslach & Jackson, 1996; Tradução e adaptação por Melo, Gomes, & Cruz, 1999)

Planeamento da 2ª Sessão

Duração total prevista: 20 minutos

Guião nº2

Atividade	Descrição	Objetivos Operacionais	Materiais	Duração
Diálogo Inicial	Saudação a todos os elementos do grupo. Preenchimento da escala de avaliação da tensão e recolha das amostras salivares (Cortisol-R2). Enumeração das etapas da sessão e demonstração das mesmas, se necessário. Participantes descalçam-se, deitam-se em decúbito dorsal com os braços ao longo do corpo, as mãos semiabertas e as pernas ligeiramente afastadas, de forma a sentirem-se confortáveis.	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender as atividades e os objetivos da sessão; - Compreender a estrutura da sessão; - Focalizar a atenção no discurso; - Avaliar o grau de tensão sentido. 	Colchão	3 min.
Passividade Global	Seguidamente a terapeuta dá indicações relativas a cada parte do corpo para que os participantes tomem consciência delas.	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar consciência das diferentes partes do corpo; - Aumentar a passividade nas zonas do corpo identificadas. 	Colchão	3 min.
Movimentos Ativo-Passivos	Levantar e deixar cair, repetindo 2x para cada: <ul style="list-style-type: none"> - a mão direita; - a mão esquerda; - o pé direito; - o pé esquerdo; - as mãos e pés ao mesmo tempo; - o punho direito; - o punho esquerdo; - o tornozelo direito; - o tornozelo esquerdo; - os quatro membros ao mesmo tempo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar consciência das partes do corpo mobilizadas, sentindo-as e identificando-as; - Identificar a existência de zonas de tensão; - Concentrar-se nas zonas onde sente tensão; - Aumentar a passividade nas zonas do corpo identificadas. 	Colchão	7 min.
Exercício de Respiração	Os participantes mantém a posição, seguindo as instruções verbais da terapeuta. Pedir que cada elemento abra os olhos quando se sentir preparado e ao seu ritmo, espreguiçando-se seguidamente.	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar consciência das alterações corporais e das componentes envolvidas no processo respiratório; - Focar a atenção na própria respiração; - Excluir de forma consciente os estímulos externos. 	Colchão	5 min.
Diálogo Final	Preenchimento da escala de avaliação da tensão. Recolha de amostras salivares (Cortisol-R3). Perguntar como se sentiram e se sentiram algumas dificuldades em alguns dos exercícios.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar efeitos da sessão/grau de tensão sentido; - Refletir sobre as vivências; - Expor as dificuldades sentidas ao longo de toda a sessão. 	Colchão	2 min.

Planeamento da 10ª Sessão

Duração total prevista: 20 minutos

Guião nº10

Atividade	Descrição	Objetivos Operacionais	Materiais	Duração
Diálogo Inicial	Saudação a todos os elementos do grupo. Preenchimento da escala de avaliação da tensão. Enumeração das etapas da sessão e demonstração das mesmas, se necessário. Participantes descalçam-se, deitam-se em decúbito dorsal com os braços ao longo do corpo, as mãos semiabertas e as pernas ligeiramente afastadas, de forma a sentirem-se confortáveis.	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender as atividades e os objetivos da sessão; - Compreender a estrutura da sessão; - Focalizar a atenção no discurso; - Avaliar o grau de tensão sentido. 	Colchão	3 min.
Passividade Global	Seguidamente a terapeuta dá indicações relativas a cada parte do corpo para que os participantes tomem consciência delas.	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar consciência das diferentes partes do corpo; - Aumentar a passividade nas zonas do corpo identificadas. 	Colchão	3 min.
Exercício de Contato	Os participantes colocam uma bola pequena por baixo do local onde sentem maior tensão, seguindo as instruções do terapeuta.	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar consciência das sensações vindas da bola e do colchão; - Conseguir libertar as tensões sentidas na zona do pescoço. 	Colchão Bola pequena	3 min.
Eutonia no Movimento – Movimentos de Controlo e Alongamentos	Os participantes seguem as instruções da terapeuta, relativas a exercícios de alongamento e de movimentos de controlo.	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar consciência das partes do corpo mobilizadas, sentindo-as e identificando-as; - Identificar a existência de zonas de tensão; - Aumentar a passividade nas zonas do corpo identificadas; - Libertar tensões e alongar determinadas zonas do corpo; - Reforçar o estado de passividade. 	Colchão	5 min.
Exercício de Respiração	Os participantes mantêm a posição, seguindo as instruções verbais da terapeuta. Pedir que cada elemento abra os olhos quando se sentir preparado e ao seu ritmo, espreguiçando-se seguidamente.	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar consciência das alterações corporais e das componentes envolvidas no processo respiratório; - Focar a atenção na própria respiração; - Excluir de forma consciente os estímulos externos. 	Colchão	4 min.
Diálogo Final	Preenchimento da escala de avaliação da tensão. Perguntar como se sentiram e se sentiram algumas dificuldades em alguns dos exercícios.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar efeitos da sessão/grau de tensão sentido; - Refletir sobre as vivências; - Expor as dificuldades sentidas ao longo de toda a sessão. 	Colchão	2 min.