



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Gestão otimista do stresse: um estudo piloto de aplicação dum programa com enfermeiros portugueses**

Fátima Carole Freitas Neves

Orientação: Prof.º Doutor Edgar Galindo

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização: *Psicologia Clínica*

Dissertação de Mestrado

Évora, 2017



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Gestão otimista do stresse: um estudo piloto de aplicação  
dum programa com enfermeiros portugueses**

**Fátima Carole Freitas Neves**

**Orientação: Professor Doutor Edgar Galindo**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização: *Psicologia Clínica*

Dissertação de Mestrado

Évora, 2017

## DEDICATÓRIA

*“A gratidão é o único tesouro dos humildes”*

William Shakespeare

Obrigada à minha família.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, naturalmente, o maior agradecimento vai para o Professor Doutor Edgar Galindo, que orientou a elaboração desta dissertação. Agradeço por todo o incentivo, disponibilidade, ajuda, apoio, compreensão e confiança depositados em mim e em todo o trabalho desenvolvido. A exigência, o conhecimento e a experiência, foram fulcrais para o meu percurso académico e essencialmente para o auxílio na realização desta dissertação.

Agradeço, em especial, à minha mãe Ana e ao meu pai João pela educação, pelo apoio incondicional e por me oferecerem as condições necessárias para a minha formação pessoal e profissional. Ao meu namorado, Guilherme, pela paciência, confiança e presença dedicada. Aos meus irmãos, Dinis e Cátia, e ao meu sobrinho, Diego, pelo carinho e pela força. À minha restante família (cunhados, avós, tios(as), primos(as), madrinhas e afilhadas) pelo afeto e preocupação.

Às minhas amigas, Tânia, Diva, Cristina, por toda a ajuda, amizade e companheirismo durante esta etapa. Aos irmãos e amigos escutas, do Agrupamento 1288, pelos ensinamentos e camaradagem. E a todos(as) os(as) outros(as) amigos(as) fiéis, que apesar de não os mencionar, sempre vibraram e estiveram comigo.

Às enfermeiras pela imprescindível colaboração e incentivo nesta pesquisa. Ao Hospital Espírito Santo de Évora, ao Enfermeiro Diretor e aos restantes funcionários intervenientes pelo consentimento e ajuda na realização deste trabalho.

À Universidade de Évora e ao corpo docente do Departamento de Psicologia por me proporcionar uma formação de elevada qualidade.

Um imenso obrigada, a todos, pelas palavras e gestos motivadores ao longo de todo este percurso. Obrigada de coração.

## RESUMO

### **Gestão otimista do stresse: um estudo piloto de aplicação dum programa com enfermeiros portugueses**

O presente estudo mostra os resultados de uma intervenção baseada na psicologia para a gestão do stresse em enfermeiros. Surge de uma amostra de três enfermeiras que responderam a instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa. A intervenção consistiu na aplicação do programa “*Gestão Otimista do Stresse*”, administrado em diferentes momentos de acordo com o desenho experimental de linha de base múltipla. Procurou-se dotar os enfermeiros de ferramentas para diminuir os níveis de stresse e consequentemente adquirirem competências. Especificamente pretendeu-se ensinar técnicas para lidar com stresse através de programas de treino e posteriormente verificar a sua eficácia. Os resultados obtidos sugerem que a intervenção permite uma diminuição dos níveis de stresse, porém as limitações centraram-se no tamanho da amostra, no horário pós-laboral e na falta de seguimento. As hipóteses foram comprovadas quase na sua totalidade, reforçando a ideia de que deveriam ser implementados programas de gestão do stresse no setor público.

**Palavras-chave:** Gestão do stresse; Stresse; Stresse em enfermeiros

## ABSTRACT

### **Optimistic stress management: a pilot study of the application of a program with portuguese nurses**

The current study shows the results of a psychology based intervention for the stress management in nurses. It arises from a sample of three nurses who answered to quantitative and qualitative evaluation instruments. The intervention consisted on the application of the program "*Optimistic Stress Management*", applied at different times according to the multiple baseline experimental design. We sought to provide the nurses with tools to reduce stress levels and, consequently, to acquire skills. Specifically, it was intended to teach techniques to deal with stress through training programs, and later to verify their effectiveness. The results suggest that the intervention allows a reduction of the stress levels, however the limitations were centered on the sample size, on the post-work hours and lack of follow-up. The hypotheses have been proven almost in their totality, reinforcing the idea that stress management programs should be implemented in the public sector.

**Keywords:** Stress management; Stress; Stress in nurses

## ÍNDICE

<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>VII</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>VIII</b>
<b>LISTA DE ACRÓNIMOS .....</b>	<b>IX</b>
<b>LISTA DE ANEXOS .....</b>	<b>XI</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 1 – O Stresse e os seus Determinantes .....</b>	<b>5</b>
1.1. O Stresse.....	5
1.1.1. O Stresse como problema de saúde pública.....	7
1.1.2. As Teorias do Stresse.....	8
1.2. Respostas ao Stresse .....	10
1.2.1. Diferenças Individuais .....	13
1.2.2. Respostas Mal Adaptativas.....	15
<b>Capítulo 2 – Métodos de Gestão do Stresse.....</b>	<b>17</b>
2.1. Relaxamento Muscular .....	17
2.1.1. Relaxamento Psicológico.....	17
2.1.2. Relaxamento Progressivo .....	19
2.2. Métodos Hipnóticos .....	20
2.2.1. Hipnose.....	20
2.2.2. Treino Autogénico de J. H. Schultz .....	22
2.2.3. Treino Autogénico com Biofeedback.....	23
2.3. Respiração e Exercício .....	25
2.3.1. Respiração de Corpo Inteiro .....	25
2.3.2. Terapia do Exercício .....	27
2.4. Métodos Cognitivos .....	29
2.4.1. Abordagens Cognitivas.....	29
2.4.2. Treino de Inoculação de Stresse.....	31
2.5. Gestão Otimista do Stresse .....	32
<b>Capítulo 3 – O Stresse em Enfermagem .....</b>	<b>35</b>
3.1. O Stresse Ocupacional .....	35
3.2. Fatores Indutores de Stresse em Enfermagem.....	36
3.3. Investigações sobre Stresse em Enfermagem .....	37
3.3.1. Estudos sobre o Controlo do Stresse em Enfermeiros.....	37

3.4. Objetivos e questões de investigação .....	53
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>55</b>
<b>Capítulo 4 – Metodologia.....</b>	<b>55</b>
4.1. Materiais e Métodos.....	55
4.1.1. <i>Participantes e configuração</i> .....	55
4.1.2. <i>Instrumentos e Materiais</i> .....	56
4.1.3. <i>Procedimento</i> .....	59
<b>Capítulo 5 – Resultados .....</b>	<b>65</b>
<b>Capítulo 6 – Discussão.....</b>	<b>73</b>
<b>PARTE III - CONCLUSÕES GERAIS .....</b>	<b>79</b>
<b>Capítulo 7 – Conclusões gerais .....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>1</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>9</b>



## LISTA DE FIGURAS

*Figura 1.* Esquema de intervenção de cada enfermeira (A, B e C)

*Figura 2.* Análise da linha de base múltipla dos resultados obtidos no questionário quantitativo “*Teste de Stresse*” pelas três participantes (Enfermeira A, B e C)

*Figura 3.* Análise da linha de base múltipla dos resultados obtidos no questionário quantitativo “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*” pelas três participantes (Enfermeira A, B e C)

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Características gerais da amostra

Tabela 2 – Calendarização das três intervenções

## LISTA DE ACRÓNIMOS

AAQ-II – Acceptance and Action Questionnaire II  
ABT – Treino Autogénico de Biofeedback  
ACTH – Libertação do Hormona Adrenocorticotrófica  
ANCOVA – Análise Univariada da Covariância  
APA – American Psychological Association  
AT – Treino Autogénico  
BF – Biofeedback  
BSI – Brief Symptom Inventory  
CBI – Copenhagen Burnout Inventory  
CBIs – Intervenções Cognitivo-Comportamentais  
CBSM – Cognitive Behavioral Stress Management  
CRF – Fator Libertador de Corticotropina  
DASS-21 – Depression, Anxiety and Stress Scale  
DERS – Difficulties in Emotion Regulation Scale  
DR – Relaxamento Diferencial  
EEG – Registro Eletroencefalográfico  
ESF - Escala de Saúde Física  
ESQ – Emotional Style Questionnaire  
FFMQ – Five Facet Mindfulness Questionnaire  
FMI - Freiberg Mindfulness Inventory  
HPA – Hipotálamo-Pituitária-Adrenal  
HRMTP – Modelo de Alto Risco de Percepção da Ameaça  
IMC – Índice de Massa Corporal  
JSPE - Jefferson Scale of Physician Empathy  
KIMS - Kentucky Inventory of Minfulness Skills  
MAAS - Mindfulness Attetin Awareness Scale  
MBI – Maslach Burnout Inventory  
MBSR – Mindfulness-Based Stress Reduction  
MCS – Componente de qualidade de vida relacionado à saúde mental  
MOCS-A - Measure of Current Status  
NCI – National Cancer InSTITUTE  
PANAS – Positive and Negative Affect Scale  
PCS – Componente de qualidade de vida relacionado à saúde física

PHQ-9 – Escala para avaliar os sintomas de depressão  
POMS – Profile of Mood States  
PPAQ – Paffenbarger Physical Activity Questionnaire  
PR – Relaxamento Progressivo  
PROMIS – NIH Patient-Reported Outcomes Measurement Information System  
ProQol – Professional Quality of Life  
PSE – Psicoeducação  
PSPT – Perturbação de Stresse Pós-Traumático  
PSS – Perceived Stress Scale  
SCL-90-R - Symptom Checklist-90-R Inventory  
SCS – Self-Compassion Scale-Short Form  
SD – Distúrbios de Sono  
SF-12 – Short Form  
SIT – Treino de Inoculação do Stresse  
SMD – Diferença de Média Padronizada  
SOC – Sensação de Coerência  
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences  
SRLE – Survey of Recent Life Experiences  
SWLS – Satisfaction With Life Scale  
TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental  
tMBSR - Mindfulness-Based Stress Reduction telephonic  
TMS – Toronto Mindfulness Scale  
YBSM – Yoga-Based Stress Management

## LISTA DE ANEXOS

**Anexo A** – Questionário de tipo quantitativo, “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*”, adaptado de Schröder & Reschke (2010)

**Anexo B** – Questionário de tipo quantitativo, “*Teste de Stresse*”, adaptado de Reschke (2011)

**Anexo C** – Questionário de tipo qualitativo, “*Avaliação Qualitativa do Stress*”, elaborado pela Professora Luísa Grácio do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora

**Anexo D** – Autorização do Comité de Ética da Universidade de Évora

**Anexo E** – Carta dirigida às Entidades Competentes

**Anexo F** – Convite para a Sessão de Apresentação do Projeto dirigida aos Enfermeiros do Hospital Espírito Santos de Évora

**Anexo G** – Panfleto Informativo dirigido aos Enfermeiros do Hospital Espírito Santos de Évora

**Anexo H** – Contrato de Participação

**Anexo I** – Termo de Consentimento Informado

**Anexo J** – Questionário Sociodemográfico

**Anexo K** – Certificado de Participação

## INTRODUÇÃO

O “stresse”, embora seja parte integrante da vida, é diferente de indivíduo para indivíduo, aquilo que é stresse para um, pode não o ser para outro. Evitá-lo não será certamente o melhor meio para alcançar a qualidade de vida pois, este pode ser benéfico para pessoas que se sentem realizadas com ele, como os atores, os jornalistas, os pilotos, e muitos outros profissionais do mundo das artes, negócios e gestão. Por outro lado, perder o controlo poderá também ser um problema grave sendo que aumenta a tensão, mas não a capacidade de lidar com ele (O’Hanlon, 2001). O stresse no trabalho é definido como uma situação onde os fatores relacionados com o trabalhador e o trabalho mudam as condições psicológicas e/ou fisiológicas até que a pessoa se sente forçada a sair do seu próprio funcionamento normal (Richardson & Rothstein, 2008, citando Newman, & Beehr, 1979, p.1).

Aquando da avaliação cognitiva a uma situação indutora de stresse é exequível identificar três categorias: 1) a ameaça; 2) o dano, e; 3) o desafio. Enquanto a ameaça relaciona-se com antecipação de uma situação que tem a probabilidade de acontecer, o dano remete para uma condição desagradável que já aconteceu (e.g. doença, morte ou perda de status). Por outro lado, o desafio, marca a ocorrência em que o sujeito confia na probabilidade de enfrentar e/ou ultrapassar a exigência que está exposto (Vaz Serra, 2007). Laal (2013) cita Timby (2008) mencionando que embora toda a população seja dotada de capacidades para se adaptar ao stresse, nem todos respondem a stressores similares exatamente da mesma maneira. A gestão do stresse pode ajudar as pessoas a manter a adaptação psicossocial durante eventos stressantes como fator estabilizador. O stresse tem uma ampla gama de efeitos sobre o comportamento dos trabalhadores, incluindo respostas adaptativas e inadaptadas que resultam em implicações de saúde a curto e longo prazo, abrangendo o abuso de substâncias, a depressão, a ansiedade, os distúrbios do sono e os hábitos alimentares (Munro, Rodwell & Harding, 1998, citado Laal, 2013). Deste modo, a gestão do stresse foi descrita como positiva ou negativa e também como ativa ou reativa. A pesquisa sobre o stresse indica que as pessoas tendem a usar vários métodos diferentes e não apenas um para gerir o seu stresse (Lazarus, 1993; Baum, Singer & Baum, 1981, citados por Laal, 2013). Essas estratégias podem ser terapêuticas e não terapêuticas, sendo que as terapêuticas geralmente ajudam a pessoa a adquirir uma visão, ganhar confiança para enfrentar a realidade e desenvolver a maturidade emocional (Timby, 2008, citado Laal, 2013).

No decorrer das últimas duas décadas, a investigação referente à intervenção aplicada ao stresse no trabalho, bem como as suas vertentes, tem sido notória. Contudo, os números apresentados continuam a ser uma minoria para a atividade atual de prevenção do stresse, sendo que as intervenções direcionadas para o trabalho se mantêm insuficientes e insatisfatórias. Segundo a *American Institute of Stress*, 80% dos acidentes de trabalho estão relacionados com o stresse enquanto que na *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* é mencionado que um terço da população ativa é afetada pelo stresse (Atkinson, 2004; Giga, Cooper, & Farragher, 2003, citados por Richardson, & Rothstein, 2008). Todavia, nos dados recolhidos em investigações internacionais com profissionais de saúde, os autores apontam que o stresse é visível essencialmente em aspetos negativos para a saúde. Como é o caso do bem-estar, e particularmente no que diz respeito à baixa satisfação, às queixas físicas e psicológicas e o absentismo (Irving, Dobkin, & Park, 2009; Silva, & Gomes, 2009).

No estudo de Martín-Asuero e García-Banda (2010), estes relatam que de acordo com a *Fourth European Working Conditions Survey* (citando Agencia Europea, 2007), o stresse afeta pelo menos um em cada cinco trabalhadores na Europa e é um dos quatro problemas de saúde ocupacional mais mencionados. Ao longo dos anos, e devido aos elevados custos e efeitos que o stresse ocupacional provoca ao nível individual e organizacional, este tem sido alvo de inúmeras investigações científicas no que concerne a este domínio, embora em Portugal não seja muito frequente o estudo do stresse em profissionais de saúde (Murphy, Hurrell, Sauter, & Keita, 1995, citado por Silva, & Gomes, 2009).

De outro ponto de vista, Orly, Rivka, Rivka, e Dorit (2012) realizaram a análise de vários estudos relacionados com o stresse em enfermagem. Através desta mesma análise, concluíram que o stresse em enfermagem pode representar um grande desafio para os enfermeiros de forma individual, bem como para a organização de cuidados de saúde visto que este poderá prejudicar a produtividade dos enfermeiros. Estes referem que até 2012, teriam sido apenas utilizados dois tipos de intervenção para reduzir o stresse ocupacional em enfermeiros: 1) uma intervenção, para reduzir as reações negativas, centrada nas mudanças de cultura organizacional, gestão, práticas, implementação da força de trabalho e o design do trabalho, e; 2) uma intervenção individual ou grupal por intermédio de programas educacionais e Intervenções Cognitivo-Comportamentais (CBIs). Porém, os estudos revelam que as CBIs são mais eficazes na gestão do stresse do que as mudanças organizacionais.

A pertinência do tema impõe por isso a necessidade de desenvolver intervenções neste âmbito. “Gestão otimista do stresse: um estudo piloto dum programa com enfermeiros portugueses” é o tema específico da intervenção que consistiu na administração do programa “*Gestão Otimista do Stresse*” desenvolvido pelos professores Harry Schröder e Konrad Reschke. Ambos encaram o stresse como um estado de regulação psicofísica que afeta o indivíduo, quando a sua relação pessoal ser-humano-ambiente atinge a contradição. A relação deixa de ser equilibrada através dos seus comportamentos rotineiros nem das suas respostas automáticas, o que vai ao encontro da perspetiva psicossocial (Schröder, & Reschke, 2010).

A presente dissertação, através do programa de intervenção, tem como finalidade instruir os participantes no que concerne às informações sobre o stresse, ensinar exercícios de relaxamento e de controlo de sentimentos/pensamentos negativos, identificação de fontes de bem-estar, tal como aprendizagem de estratégias e técnicas de gestão do stresse para que possam aplica-los no seu quotidiano. Em suma, este programa fomenta o desenvolvimento de competências, para além de analisar individualmente o problema e fornecer informação e aconselhamento (Schröder, & Reschke, 2010).

O principal instrumento utilizado foi o programa de intervenção “*Gestão Otimista do Stresse*”, desenvolvido pelos professores Harry Schröder e Konrad Reschke (2010), traduzido e adaptado pelos professores da Universidade de Évora. Para medir o stresse nos enfermeiros, foram administradas metodologias de análise quantitativa e qualitativa: 1) dois questionários de tipo quantitativo, “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*” (adaptado de Schröder & Reschke, 2010) e o “*Teste de Stresse*” (adaptado de Reschke, 2011) administrado semanalmente, via e-mail; 2) um questionário de tipo qualitativo, “*Avaliação Qualitativa do Stress*”, elaborado pela Professora Luísa Grácio do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora, administrado pré e pós-intervenção.

Com o intuito de demonstrar a eficácia do programa “*Gestão Otimista do Stresse*”, foi aplicado um desenho de investigação quase-experimental de linha de base múltipla (Johnson, & Pennypacker, 2009) inter-sujeitos, com aplicação sucessiva da variável independente (pacote de treino) em enfermeiros (Galindo, 2015).

Assim, e tendo em conta todas as implicações positivas associadas a gestão do stresse, a presente dissertação de mestrado visa compreender a eficácia desta intervenção enquanto potencializadora de aquisição de estratégias para, de forma adequada, aumentar a capacidade de autogestão das situações stressantes do dia a



dia dos enfermeiros, bem como averiguar a veracidade da atribuição dos resultados à aplicação da intervenção.

Em termos de estrutura, esta dissertação encontra-se dividida em três partes, sendo a primeira o enquadramento teórico que é composto por dois capítulos, que visam fazer a revisão bibliográfica das temáticas inerentes ao stresse, stresse ocupacional em enfermagem e aos métodos de gestão do stresse.

O capítulo 1 diz respeito a uma revisão da literatura sobre o stresse e os seus determinantes, dado que, ao longo do mesmo é feita a exposição sobre esta temática enquadrando o stresse como problema de saúde pública; as teorias existentes sobre o stresse; terminando com a exibição das respostas ao stresse. Posteriormente no capítulo 2, denominado de métodos de gestão do stresse, é feita a distinção de uma panóplia de métodos existentes nomeadamente, o relaxamento muscular; os métodos hipnóticos; a respiração e o exercício; os métodos cognitivos e; a gestão otimista do stresse, intervenção inovadora e empregue como método nesta dissertação. O enquadramento encerra com o capítulo 3, o stresse em enfermagem, abarcando os conceitos de stresse ocupacional; os fatores indutores de stresse em enfermagem e; por fim as investigações realizadas neste âmbito.

Posteriormente, a segunda parte desta dissertação equipara-se ao estudo empírico. Deste modo, é constituída pelos capítulos 4, 5 e 6. No capítulo 4 é apresentada a metodologia, onde se insere os materiais e métodos subdivididos em participantes e configuração, instrumentos e materiais e os procedimentos, culminando com a inserção dos objetivos, gerais e específicos. Seguidamente, o capítulo 5 apresenta os resultados adquiridos, através da sua exposição e finalmente, o capítulo 6, com a respetiva discussão.

Por último, na terceira parte são ostentadas algumas conclusões gerais no que concerne ao estudo empírico, que remete para o capítulo 7, subsequentemente, para uma reflexão geral sobre os principais resultados adquiridos e a sua conjugação acerca das implicações, das perspetivas futuras e das limitações inerentes à investigação. A parte fecha com a enumeração das referências bibliográficas usufruídas, bem como os anexos que foram parte integrante e importante da dissertação.

## PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Capítulo 1 – O Stresse e os seus Determinantes

O primeiro capítulo, stresse e os seus determinantes, surge com o objetivo de definir o conceito de stresse e a sua problemática na saúde pública, sustentando-o através do elencar de um conjunto de três teorias principais do stresse: a Síndrome de Adaptação Geral de Selye (GAS), o modelo de Lazarus e a teoria da alostose de McEwen. Posteriormente será realizada uma abordagem às respostas ao stresse, incluindo também as diferenças individuais e as respostas mal-adaptativas. A pertinência deste capítulo emerge da necessidade de dar a conhecer principalmente o conceito de stresse de uma forma ampla e fundamentada, para que possa ser encarado como uma problemática cada vez mais sentida e comunicada entre todo o mundo.

#### 1.1. O Stresse

A origem da palavra stresse vem do latim *stringere* que significa *espremer*. Vários autores mencionam que a palavra stresse consta do vocabulário anglo-saxónico desde o século XVII, sendo utilizado para descrever “adversidade” ou “aflição”. Posteriormente passa a ser empregada para expressar “pressão” ou “forte esforço” do corpo humano. Somente no século XX é que o termo ganha a conotação científica atual (Cooper, Cooper, & Eaker, 1988; Rossi, 1991; Selye, 1959). No século XIX, o stresse tornou-se um termo científico preciso empregado na física, usado para se referir a força aplicada nos objetos que poderiam resultar em deformação ou tensão. Selye (1975), o pai do stresse, define-o como sendo um conjunto de reações que o organismo tende a desenvolver quando se depara com uma situação que exige esforço, ou origina rutura no equilíbrio do individuo, ao longo do processo de readaptação vivido.

Na atualidade, o conceito de stresse tem sido utilizado de forma desmedida, chegando mesmo a tornar-se parte do senso comum. A consciência dos efeitos adversos do stresse nunca foi maior. Por outro lado, pode ser negativo, visto que os meios de comunicação de massa têm veiculado o conceito de forma indiscriminada, despoletando alguma confusão acerca do verdadeiro significado do termo. Na vida moderna, o stresse tem sido apontado como a causa de todos os males que acontecem, sendo considerado mais central para a saúde do que realmente pode ser (Figueira, & Hippert, 1999; Woolfolk, Lehrer, & Allen, 2007).

A maioria das pessoas, quando é solicitado para definir o stresse, indica que é sinónimo de sentir-se sobrecarregado, ansioso ou sob pressão, sendo apenas pensado na perspetiva do que causa. Se pensarmos no stresse em termos de fonte (stressor) podemos aí encontrar o dilema subjetivo que ocorre quando um evento ou circunstância stressante não é percebido da mesma maneira entre um grupo de diferentes indivíduos. O facto de haver uma interação complexa entre os processos fisiológicos, psicológicos e comportamentais faz com que seja impeditivo o desenvolvimento de uma definição singular de stresse baseada na resposta física. Assim, há uma necessidade de considerar os stressores e os elementos de resposta ao stresse para que haja uma construção científica ao estudar o stresse (Thiel, & Dretsch, 2011).

O corpo humano compreende a importância do stresse, embora também admita a possibilidade de dano que este pode causar e por isso, está equipado com sistemas centrais e periféricos que promovem e o suprimem (Sapolsky, Romero, & Munck, 2000, citado por Thiel, & Dretsch, 2011). A ativação dos sistemas representa uma habilidade evolutivamente conservada de um organismo para lidar com as circunstâncias que exigem vigilância, excitação e/ou ação (Neese, & Young, 2000 citado por Thiel, & Dretsch, 2011). Além de facilitar a perceção e o processamento do stresse, a resposta é projetada, também, para restaurar o equilíbrio, ou seja, os neurotransmissores, péptidos e as hormonas são libertadas em resposta ao stresse com a função de proteger o organismo. Os mediadores estimulam os tecidos a responder de forma apropriada e adaptativa à circunstância stressante. Assim, o componente fisiológico da resposta pode posteriormente ser modificado por processos psicológicos, como o enfrentamento e a avaliação, que podem auxiliar, ou prejudicar, o restabelecimento do equilíbrio (McEwen, 2000b; McEwen, & Seeman, 1999, citados por Thiel, & Dretsch, 2011).

O excesso de stresse prolongado no tempo pode ter consequências adversas para a saúde e para o comportamento, porém, o inverso, nunca poderá ser apontado como inatividade, tédio e incapacidade de responder adequadamente às adversidades internas e externas. Existem uma panóplia de causas internas e externas do stresse geralmente subdividas em duas categorias: stressores sistémicos ou fisiológicos e psicogénicos. Os stressores sistémicos representam uma ameaça fisicamente baseada em um organismo sem necessidade de processamento cognitivo, incluindo fatores internos, como inflamação ou hemorragia, e fatores externos, como queimaduras ou mordidas. Os stressores psicogénicos representam um distúrbio mais psicologicamente baseado no processamento cognitivo, envolvendo um componente antecipatório juntamente com a avaliação em tempo real (Thiel, & Dretsch, 2011).

De um modo geral e popularmente conceituado, Thiel, e Dretsch (2011), definem o stresse como qualquer evento físico ou psicológico, real ou imaginário, que perturbe os processos homeostáticos dentro de um organismo, enquanto que o stressor será qualquer coisa que põe em risco um estado de equilíbrio ou homeostase, dentro do organismo. Apesar da conotação negativa que este tem, o stresse não é necessariamente negativo, pois em condições adequadas este pode ser benéfico. Este aspeto é fundamentado pela distinção feita por Selye entre dois tipos de stresse: o “eustresse”, representa uma força capaz de promover um desafio, e o “distresse”, que surge quando não existe alívio da tensão provocada pelo agente de stresse, tornando-se patológico (Hespanhol, 2005).

### 1.1.1. O Stresse como problema de saúde pública

O stresse da vida moderna é apontado como principal foco de ascensão das doenças físicas degenerativas, tal como os altos níveis de sofrimento psicológico. Porém, não só na vida moderna existe stresse, na vida pré-moderna as guerras, as pestes e outros fatores semelhantes eram também grandes fontes de stresse. No entanto, as diferenças fundamentais no ambiente sociocultural do mundo moderno, podem promover uma espécie de tensão incessante na vida humana. Não só a sociedade moderna é um panorama em constante mutação, como a taxa de mudança é cada vez mais significativa. A vida é um pouco assim para todos nós. Há necessidade de estar em constante mudança, adaptando-nos constantemente a um mundo que se transforma rapidamente a cada dia que passa (Woolfolk, Lehrer, & Allen, 2007).

Na época da Revolução Industrial delineou-se dois tipos básicos de organização social, *Gemeinschaft* e *Gesellschaft*. *Gemeinschaft*, ou comunidade, apoia-se nas formas de organização mais tradicionais, orgânicas e não estatutárias como famílias, comunidades locais, comunidades maiores e mais abstratas (e.g. negros, imigrantes, homossexuais, denominada “sociedade civil”), colocando em ênfase o “grau de envolvimento do ser humano” numa comunidade. Os objetivos comuns desta organização social não são definidos *a priori*, nem os meios para alcançá-los. *Gesellschaft*, ou sociedade, no sentido de estatutária, fundamenta-se no direito, nas instituições e na regulamentação explícita (e.g. o governo, as áreas e atividades do sector privado regidas, por exemplo, da “sociedade civil”, quando organizada de acordo com estatutos e regulamentos de direito positivo) (Kornbeack, 2001).

No mundo moderno, a família extensa quase desapareceu e até a família nuclear está enfraquecida, sendo o isolamento social uma fonte de stresse nesta forma mais

moderna da sociedade. Desta forma, a perda da comunidade está diretamente relacionada com a falta de significado da vida contemporânea. Todavia, e apesar das grandes mudanças que ocorreram da modernização, da finitude, da fragilidade e da mortalidade, a condição humana é inalterada (Woolfolk, Lehrer, & Allen, 2007). Todos os seres humanos, independentemente da faixa etária e da origem, vivenciam situações de stresse. Apesar das condições de estar sob stresse poderem existir em qualquer altura da vida, os fatores desencadeadores variam ao longo da evolução da vida das pessoas. Os investigadores depararam-se, na última década, com um grande aumento do stresse sentido. Por exemplo, quase um quarto dos entrevistados pela *American Psychological Association* (APA), para o relatório anual de stresse nacional, indicaram que estavam experienciando um alto nível de stresse (8, 9 ou 10, numa escala de 10 pontos). Em 2010, cerca de 44% dos americanos referiram que tinham experienciado um aumento do stresse nos últimos 5 anos (APA, 2009; 2010, citado por Daele, Hermans, Audenhove, & Bergh, 2012).

Apesar de na vida quotidiana ser inevitável uma certa quantidade de stresse, benéfico para o indivíduo, atualmente é amplamente reconhecido que o stresse crónico é um grande fardo para a saúde, tanto física como mental. Os altos níveis de stresse auto percetivo são relacionados, normalmente, com a síndrome metabólica, a doença coronária, o AVC isquémico e o aparecimento de distúrbios de saúde mental, como a depressão. De um modo mais geral, o stresse está associado ao aumento da pressão arterial, ganho de peso, raiva, depressão, ansiedade, menor qualidade de vida relacionada com a saúde, sobretudo piores comportamentos de saúde, dieta, exercício e uso de álcool (Daele, Hermans, Audenhove, & Bergh, 2012). Além disso, a pesquisa mostra que o stresse prolongado e as respostas inadaptativas podem culminar numa série de impactos emocionais e físicos de cariz negativo. As respostas de stresse podem incluir altos níveis de cortisol, que interferem com a memória de trabalho e o processamento de informação, bem como a função digestiva, incluindo úlcera, síndrome do intestino irritável e colite ulcerativa (Bazarko, Cate, Azocar, & Kreitzar, 2013).

### 1.1.2. As Teorias do Stresse

Existem três teorias principais que fundamentam o conceito de stresse: a Síndrome de Adaptação Geral de Selye (GAS), o modelo de Lazarus baseado na perceção diferencial do stresse e a teoria da alostose de McEwen (McGrady, 2007). Selye definiu o stresse como a resposta inespecífica do corpo a qualquer demanda sobre ele. Subjacente à teoria de Selye estão as respostas estereotipadas físicas ao

stresse que compreendem as três fases: alarme, resistência adaptativa e exaustão, expandindo o trabalho de Cannon e os comportamentos como respostas estereotipadas. Na fase de alarme, o corpo mostra as alterações características da primeira exposição a um stressor, diminuindo a sua resistência. A fase de resistência, ocorre se a exposição contínua ao stressor for compatível com a adaptação, desaparecendo os sinais corporais característicos da reação de alarme e subindo a resistência. Na fase de exaustão, após a longa exposição contínua ao mesmo stressor, eventualmente a energia de adaptação fica esgotada. Os sinais da reação de alarme reaparecem, mas agora de forma irreversível. Estas foram as primeiras teorias sobre stresse limitadas a descrições de resposta física inespecífica, pois o stresse a longo prazo era inexplicável (Greenberg, 2011; McGrady, 2007).

Por sua vez, Lazarus baseado na percepção diferencial do stresse, define-o como um resultado da transação entre a pessoa e o meio, dando destaque aos processos cognitivos e considerando como acontecimento precipitante um estímulo interno ou externo percebido pela pessoa. É nesta linha que Lazarus exhibe as três etapas do processo de avaliação cognitiva onde o indivíduo vai sentir-se em stresse ou não: avaliação primária, secundária e reavaliação. Aqueles que não conseguem lidar mantêm a excitação mais longa do que aqueles que se adaptam às novas experiências mais rapidamente. (Lazarus, 1984; McGrady, 2007). Por fim, a teoria da alostase de McEwen, em que o funcionamento ótimo dos sistemas reguladores, liga o sistema nervoso central aos sistemas endócrino e imunológico. A alostase, relacionada com à homeostase é a manutenção adaptativa da vitalidade nesses sistemas em resposta a mudanças nas circunstâncias ambientais. Por sua vez, a carga alostase refere-se ao desgaste biológico cumulativo que pode resultar de ciclos de resposta excessivos nesses sistemas, na medida em que mantem a alostase face ao desafio ambiental. À medida que os sistemas se tornam taxados e desregulados, estes começam a exhibir desequilíbrios nos mediadores primários da resposta ao stresse. Desta forma, as respostas ao stresse protegem e são fundamentais para a sobrevivência, embora possam também prejudicar a pessoa, levando-a à morte (Greenberg, 2011; McGrady, 2007).

O stresse crónico advém da longa duração, sem diminuição, do estado de alarme (Schröder, & Rescheke, 2010), o que pode afetar os sistemas psicológicos, fisiológicos, cognitivos e comportamentais. O sistema nervoso central coordena respostas comportamentais e imunes ao stresse via fator libertador de corticotropina (CRF), quer com adaptação saudável ou adaptação patológica (mal adaptação). Uma resposta

aguda apropriadamente dirigida pode se desenvolver ao longo do tempo em doenças crônicas, à medida que o suprimento de energia física se esgota e os recursos psicológicos de enfrentamento se esgotam. Adaptação cognitiva falha se o indivíduo não pode, eficientemente, processar novas informações ou recuperar informações aprendidas no passado (McGrady, 2007).

No presente estudo é fulcral abordarmos a importância da parte cognitiva como meio de suprimir o stresse, tendo em conta que, a mudança de pensamento irá ajudar a reconhecer, deter e trocar os pensamentos e as atitudes que reforçam o stresse, fazendo que cada indivíduo aprenda a autocontrolar-se e a transformar o seu pensamento. Assim, o trabalho cognitivo será a porta de entrada para, posteriormente, trabalhar a parte emocional e comportamental (Schröder, & Reschke, 2010).

## 1.2. Respostas ao Stresse

Segundo McGrady (2007), a interação entre a genética e o ambiente determina as respostas ao stresse. Os indivíduos expostos às mesmas situações stressantes podem reagir de formas diferentes, alguns conseguem adaptar-se enquanto outros experienciam problemas emocionais a longo prazo. Todavia, existem determinadas situações stressantes que são mais prováveis de acontecer em determinados períodos de desenvolvimento do ser humano.

Desde sempre, ouvimos falar sobre os efeitos das emoções da mulher grávida sobre o feto como algo prejudicial se as emoções forem negativas e causadas pelo stresse e ansiedade. Deste modo, o stresse e as emoções negativas da mãe provocam uma série de reações hormonais e de variações no fluxo sanguíneo que influencia diretamente meio intrauterino. O stresse materno, durante a gravidez, atua sobre o desenvolvimento do feto como um fator teratogénico, uma substância que pode afetar negativamente o desenvolvimento da criança, tal como como o álcool e as drogas. As crianças sentem a tensão dos seus pais em formas não verbais, bem como pelo timbre e o tom da voz ou por outras ações (McGrady, 2007; Porges 1992).

Nos recém-nascidos, os ataques ambientais de natureza psicológica aumentam a vulnerabilidade para disfunções posteriores, tanto nos domínios emocionais como nos físicos, sendo que reações mal adaptativas ao stresse podem ser identificadas no bebé, dependendo do tempo de gestação (prematuros tem maior vulnerabilidade de frequência cardíaca do que os não prematuros). As primeiras interações entre a mãe/cuidador e a criança é a expressão facial, fazendo com que mais tarde a criança aprenda a associar certas expressões e sons com a emoção, através das interações

que for sujeita. Desta forma, as ações calmantes da mãe em relação à criança diminuem a resposta ao stresse e a ativação associada do cérebro e do sistema endócrino. Quando não existe resposta ao stresse, surge efeitos físicos e psicológicos como a falta de prosperidade, problemas de sono e depressão na infância. De um modo geral todas as experiências positivas e negativas, ocorridas durante os primeiros anos de vida, têm o poder de mudar o cérebro. No entanto, os padrões comportamentais e a reatividade emocional são estabelecidos no final da adolescência e fica totalmente concluída na fase adulta. É durante a adolescência, 13 aos 19 anos, em que existe mais confrontação com as mudanças, quer a nível físico (transformações do corpo) quer a nível social (na relação de pares) (McGrady, 2007; Porges 1992).

O declínio biológico que ocorre no processo de envelhecimento e no aparecimento progressivo de doenças, conjuntamente com as dificuldades funcionais, auxilia a conceção de que a velhice é um período de decadência e improdutividade. Tal como as alterações de saúde contribuem para a diminuição da inserção social dos idosos, as perdas sensoriais (e.g. défices visuais e auditivos), os problemas osteoarticulares, os défices cognitivos, entre outros, são fatores que criam obstáculos à autonomia e independência, afetando o bem-estar que incide sobre o stresse na terceira idade. O envelhecimento fisiológico acarreta alterações nas funções orgânicas e mentais, levando a um desequilíbrio homeostático do organismo e de todas as funções fisiológicas que começam gradualmente a declinar. O organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente à diminuição da funcionalidade, porém, quando submetido as situações de stresse físico, emocional, ou outro, poderá apresentar dificuldades em manter a sua homeostase. Assim sendo, manifestará sobrecarga funcional, a qual pode culminar em processos patológicos, uma vez que há o comprometimento dos sistemas endócrino, nervoso e imunológico (McGrady, 2007; Pereira, et al., 2004).

Seguidamente, debruçamo-nos sobre a análise da fisiologia do stresse, explorando as suas respostas. As respostas ao stresse são observadas em vários sistemas psicofisiológicos, com ligações entre o cérebro, o sistema endócrino e o imunológico, originando o coração coletivo da resposta ao stresse (Cacioppo, 1994). O cortisol é uma hormona que tem um papel importante na ativação da resposta ao stresse. Esta limita a atividade do sistema imunitário e a capacidade de aprender e relaxar. Quando a situação que provoca stresse desaparecer, o cortisol é gradualmente reabsorvido pelos recetores, ou dispersado pelas enzimas, e o equilíbrio é restabelecido. Todavia, o stresse prolongado pode danificar o hipocampo, fazendo com



que os recetores de cortisol se desliguem e com que este se torne menos sensível e capaz de informar o hipotálamo que já se produziu cortisol suficiente. Através dos centros localizados na espinhal medula, no tronco cerebral e no hipotálamo, o sistema nervoso autónomo é ativado. Os sinais eferentes autónomos são transmitidos para o corpo por intermédio de duas principais subdivisões, o sistema nervoso simpático e o sistema nervoso parassimpático. Aquando uma situação de stresse, a estimulação dos nervos simpáticos das medulas suprarrenais faz com que grandes quantidades de adrenalina e noradrenalina sejam libertadas na circulação sanguínea, chegando a vários tecidos do corpo. Muitas vezes, o sistema nervoso simpático afeta diversos números de sistemas biológicos, inclusive o sistema cardiovascular, o sistema gastrointestinal, as glândulas exócrinas e a medula adrenal, provocando mudanças nestes sistemas (McGrady, 2007; Pereira et al., 2004).

O sistema nervoso como comanda o corpo exerce controlo sobre quase todas as suas funções, sendo que as hormonas do sistema endócrino ao atuarem sobre o sistema nervoso fazem com que ele seja um sistema de controlo com feedback, não só pelas vias nervosas condutoras de impulso, como também pelas hormonas. No cérebro, o hipotálamo e as estruturas do sistema límbico integram os estímulos internos e externos, regulando a hipófise que conseqüentemente vai controlar a função de outras glândulas endócrinas principais. O feedback das informações das glândulas e tecidos alvos é recebido em forma de mensagem bioquímica e neuronal, influenciando o cérebro e o hipotálamo nos controlos reguladores. Em oposição os efeitos do sistema nervoso autónomo, as hormonas secretadas no sistema neuro endócrino (hipotálamo-pituitária) têm efeito logo-duradouro no corpo, sendo a secreção destes alterada direta ou indiretamente durante o stresse (McGrady, 2007; Pereira et al., 2004).

Desta forma, os comportamentos autodestrutivos aumentam em frequência durante o stresse de longo prazo, tal como as pessoas se refugiam no álcool, no tabaco e no excesso de hidratos de carbono, como tentativa de melhorar o humor. Dos comportamentos de saúde, a influência modificadora do ciclo do sono é muitas vezes ignorada apesar do fato de que o sono normal está relacionado com a eficiência e responsividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA). A resposta neura endócrina ao stresse mais conhecida é a ativação do eixo HPA, que consiste na libertação do CRF pelo hipotálamo, e em seguida pela libertação da hormona adrenocorticotrófica (ACTH) pela glândula pituitária, resultando na secreção de hormona glicocorticóides da glândula adrenal. O organismo face à situação de stresse, percebe o estímulo e transmite-o através do tronco cerebral para o hipotálamo, provocando a libertação do CRF.

Posteriormente a produção de cortisol, irá gerar um efeito de feedback negativo direto sobre o hipotálamo, onde diminuirá a formação de CRF, bem como da glândula pituitária para diminuição do ACTH. Assim sendo, estes efeitos irão permitir o controlo e a regulação da concentração plasmática do cortisol, ou seja, quando a concentração se eleva, os feedbacks automaticamente reduzem o ACTH para um nível normal. Em suma, a resposta do eixo HPA ao stresse promove a síntese e a libertação de glicocorticóides pelo córtex adrenal, que em conjunto com as catecolaminas da medula adrenal produzem glicogenólise, lipólise e catabolismo de proteínas, permitindo ao organismo restabelecer condições para o seu equilíbrio (homeostasia), através da produção e mobilização dos substratos energéticos durante o stresse (McGrady, 2007; Pereira et al., 2004).

O sistema respiratório é outro alvo para os efeitos destrutivos do stresse. As fibras simpáticas e parassimpáticas inervam os pulmões, com broncodilatação resultante da estimulação simpática e bronco constrição mediada por nervos parassimpáticos. Durante o stresse, a pessoa pode hiperventilar (i. e. respiração rápida e superficial) e a estimulação simpática pode ser seguida por uma ativação de repercussão do sistema parassimpático. Em alguns pacientes com asma, as respostas de stresse específico, tais como constrangimento, pode desencadear bronco constrição (McGrady, 2007; Pereira, et al., 2004).

Como já referido anteriormente, os tipos de stresse que afetam os seres humanos variam consoante a sua idade e estágio de desenvolvimento. Tendo em consideração as atividades bioquímicas e fisiológicas que estão subjacentes às respostas de stresse agudo e crónico em termos gerais, vale a pena enfatizar algumas das diferenças (McGrady, 2007).

#### *1.2.1. Diferenças Individuais*

O fisiologista Walter Cannon realizou trabalhos em fisiologia experimental denominando de homeostase o princípio do “meio interno”. Antes de formalizar este conceito, já havia investigado os efeitos das emoções sobre a resposta fisiológica dos organismos, introduzindo o conceito de “reação de luta ou fuga” (*fight or flight response*), para descrever as reações autónomas que se expressam numa situação desafiadora e interligando posteriormente o conceito de homeostase com o de resposta de stresse, como meio de compreensão dos mecanismos de regulação e ajuste do organismo face aos desafios (Sousa, Silva, & Galvão-Coelho, 2015).

Existe uma panóplia de tipos de respostas ao stresse. Todavia, são maioritariamente formulados em termos de organismos individuais que se defendem contra a ameaça da reação luta ou fuga. Os biólogos evolucionistas tendem a produzir uma resposta ativa contra uma resposta passiva ao stresse, fazendo distinção entre “falcões”, proativos e ousados, e “pombas” passivas, reativas e não agressivas, sendo que cada estilo tem as suas vantagens evolutivas (Woolfolk, Lehrer, & Allen, 2007).

Vários artigos recentes argumentam que os machos e as fêmeas podem responder ao stresse de maneira diferente. Enquanto que os machos respondem ao stresse através do *figth or flight response*, as fêmeas utilizam a resposta *tend-and-befriend*, que reflete a propensão das fêmeas para afiliação, cooperação e cuidado. Desta forma, o *tending* envolve atividades nutricionais destinadas a proteger os filhos, promovendo a segurança e reduzindo o sofrimento. O *befriending* consiste na criação e manutenção de redes sociais auxiliem este processo. Deste modo, a agressividade demonstrada pelo género masculino pode ser mediada pela excitação do sistema nervoso simpático, enquanto que o género feminino a agressividade não é associada de forma confiável à excitação simpática, suscitando não poder ser um componente do adrenomedular de “alarme inicial” à resposta ao stresse (Taylor, 2011; Taylor, Klein, Lewis, & Gruenewald, 2000).

As diferenças significativas entre os géneros face ao stresse levam à necessidade de analisá-las sistematicamente para prevenir os efeitos negativos no funcionamento humano. Todavia, há diferenças de género que do ponto de vista biológico favorecem o desenvolvimento de psicopatologias em homens e mulheres, sendo que as mulheres apresentam mais quadros de estado de ansiedade, indicando que estas são mais ansiosas devido ao nível de circulação de estrogénio e progesterona (Spielberger, 1976, citado por Calais, Andrade, & Lipp, 2003). Assim, as mulheres tendencialmente experienciam duas vezes mais problemas emocionais do que os homens, desde a adolescência até a fase adulta, relacionando-se com fatores como autoestima, atratividade física percebida e valorização pessoal (Sousa, 2007). As diferenças de género, face à manifestação da depressão, estão relacionadas com os tipos de stresse da vida. O género feminino apresenta mais eventos stressantes, maior prevalência do transtorno depressivo major e fobias, bem como uma maior restrição de atividades comparativamente ao género masculino (McGrady, 2007).

A forma como o indivíduo percebe o stresse, e como se adequa à visão do mundo, influencia as suas respostas fisiológicas e bioquímicas ao stresse. Quando a visão pessimista do mundo predomina, a pessoa está em constante encontro com

provas de que a situação atual terá um desfecho negativo, observando danos potenciais em todos os lugares e em todos. Dessa forma, o modelo de alto risco de percepção da ameaça (HRMTP) propôs que os indivíduos com afeto negativo, e com poucas compensações, estavam em maior risco de somatização da angústia em sintomas físicos. Neste sentido, existem múltiplos fatores individuais e específicos do estímulo que afetam a extensão e a duração da resposta ao stresse (Wickramasekera, 1995, citado por McGrady, 2007).

### *1.2.2. Respostas Mal Adaptativas*

As respostas neuroendócrinas têm um papel essencial na mediação tanto das respostas adaptativas, como mal adaptativas, agindo em aspetos específicos da fisiologia de cada tecido. Embora a reação ao stresse possa resultar em doenças, é ela que torna possível a sobrevivência e adaptação dos seres vivos aos inúmeros estímulos ambientais a que estão constantemente expostos. As respostas mal adaptativas ao stresse podem ser compostas pela perturbação de stresse pós-traumático (PSPT), a doença cardiovascular, a síndrome metabólica (hipertensão essencial, diabetes tipo 2, hiperlipidemia e obesidade), depressão e a perturbação da ansiedade (McGrady, 2007).

O PSPT, possui duas grandes categorias de resposta ao trauma, que incluem o estado de hipervigilância e a dissociação. Esta perturbação exemplifica ambas as reações em momentos diferentes, recria e reexperimenta o evento traumático original desafiando o sistema e aumentando ao longo do tempo a sensibilidade do indivíduo a situações que conduzam ao evento inicial. As reações psicofisiológicas normais ao stresse agudo e crónico são modificadas após o trauma. As respostas de hipervigilância são mais observadas em adolescentes e homens e, as respostas de dissociação são mais características das crianças e das mulheres mais jovens (McGrady, 2007).

A doença cardiovascular possui uma etiologia complexa, compreendendo fatores genéticos, físicos e psicossociais que incluem reatividade excessiva ao stresse, variabilidade reduzida da frequência cardíaca, comportamentos pouco saudáveis, depressão e ansiedade. O padrão de comportamento de tipo A, particularmente a hostilidade, além do stresse de vida elevado e das redes sociais pobres, aumenta o risco de eventos cardiovasculares agudos e de doença arterial coronariana de longo prazo (McGrady, 2007). O braço de glicocorticóide da resposta ao stresse também é relevante para a função do sistema cardiovascular, afetando o sistema de controle do reflexo barorreceptor arterial de forma parcialmente independente das alterações da pressão arterial (Scheuer, & Mifflin, 2001).

O desenvolvimento da síndrome metabólica tem sido correlacionado com a ativação repetida do eixo HPA e do sistema nervoso simpático em pessoas geneticamente em risco. Níveis de stresse repetido aumentam a tendência para desenvolver resistência à insulina, obesidade central, hipertensão essencial e hiperlipidemia. Os fatores ambientais mais propensos a perturbar o sistema normal de feedback durante o stresse são características depressivas e ansiosas, consumo de álcool e tabagismo. Dessa forma, a relação entre a ativação da resposta ao stresse e o risco para a síndrome metabólica é mediada pelo CRF, pelos sistemas autónomos do *locus ceruleus-norepinephrine*, pelo eixo HPA e pelos efetores periféricos (Chrousos, 2000; McGrady, 2007).

As características da doença depressiva centram-se num eixo HPA anormalmente funcional, cortisol alto e interrupção de ritmos endócrinos normais. Cerca de metade dos pacientes com depressão não mostram a supressão esperada da resposta da secreção de cortisol à dexametasona, o que pode ser relevante para a escolha dos antidepressivos em tratamento (Pariante, & Miller, 2001). Os sintomas físicos de sono fraco e da perda de apetite são controlados pelo eixo hipotálamo-hipófise e serotonina neuronal. Problemas de sono preveem a depressão, mas a falta de sono profundo também parece aumentar a experiência sensorial, particularmente a dor. Assim, pessoas com dificuldade em dormir reagem exageradamente a stressores menores e tem uma perceção da vida mais stressante do que aqueles que têm sono restaurador (McGrady, 2007).

Por fim, a ansiedade como resposta mal adaptativa é sentida em respostas fisiológicas simultâneas de taquicardia, hiperventilação, transpiração, excitação intensa, desrealização e dificuldade de concentração (Sadock, & Sadock, 2003). A ansiedade pode assim sobrepor-se aos transtornos do humor através da agitação, dos distúrbios do sono, da fadiga, da agitação e da irritabilidade. Quando a capacidade de enfrentamento está esgotada, a pessoa pode sentir-se desesperada e deprimida emocionalmente, ao mesmo tempo que a capacidade do eixo HPA de responder através de mecanismos normais de feedback também é alterada (McGrady, 2007).

Em resumo, sabemos que o stresse é uma reação vital perante um perigo ou uma exigência especial, ocorrendo como um mecanismo de defesa natural que prepara energias adicionais para enfrentar os stressores (i.e., fatores que produzem stresse). É neste seguimento que erguer-se a congruência do próximo capítulo intitulado métodos de gestão do stresse, como forma expor várias técnicas utilizadas por todo o mundo para controlar o stresse, e assim evitando que seja o stresse a controlar o indivíduo.

## Capítulo 2 – Métodos de Gestão do Stresse

A gestão do stresse é um tema muito importante para todos, e neste estudo em particular, para as organizações. O presente capítulo abordará uma gama de métodos de gestão de stresse conhecidos em todo o mundo. Primeiramente serão expostos métodos de relaxamento muscular, seguido de métodos hipnóticos, respiração e exercício, métodos cognitivos e finalmente o método de gestão otimista do stresse utilizado no presente estudo. Os métodos de gestão são importantes para a aquisição de técnicas que auxiliam o indivíduo a lidar com o stresse do seu dia a dia, permitindo a melhoria do seu bem-estar físico e em consequência aumente a sua energia vital.

### 2.1. Relaxamento Muscular

#### 2.1.1. Relaxamento Psicológico

Muitos foram os estudos sobre o que é fundamentalmente o relaxamento. No século XX Jacobson (1938) e Schultz (1932) introduziram o relaxamento muscular progressivo e o treino autogénico como métodos para processos neuromusculares e autónomos. Atualmente, os conceitos de redução de excitação, não específica ou específica, continuam a constituir a principal justificativa para o treino de relaxamento na maioria dos programas de gestão do stresse, sendo estes modelos persuasivos e fáceis de explicar aos profissionais. Deste modo, a teoria psicológica constitui uma base de outras formas de realizar a gestão do stresse (citado por Smith, 2007).

A teoria do relaxamento psicológico inicia-se com uma simples pergunta “o que sente quando relaxa?”. Muitas são as respostas, desde sonolência, a alegria, passando por vários estados psicológicos positivos. O primeiro passo para o desenvolvimento da teoria do relaxamento psicológico foi sistematicamente identificar e mapear os estados psicológicos positivos associados ao relaxamento, o que foi denominado de *R-States* (estados de relaxamento). Através da análise de 200 textos básicos sobre relaxamento muscular progressivo, treino autogénico, yoga, exercícios respiratórios, imagens, visualização criativa, tai chi, auto hipnose, meditação, contemplação e oração, e nove estudos fatoriais publicados com mais de 40 técnicas e atividades de relaxamento, apontam atualmente para o mínimo de 12 *R-States* básicos: 1) aceitação; 2) facilidade/pacífica; 3) consciente/focado/nítido; 4) desvinculado; 5) alegre; 6) mistério; 7) otimista; 8) fisicamente descontraído; 9) quieto; 10) reverente/oração; 11) sonolento; 12) intemporal/sem limites/infinito/de acordo, conjuntamente com outros setes

adicionais: 13) inocente; 14) centralização; 15) despertar; 16) energizado; 17) grato/amoroso; 18) descansado/atualizado. Em suma, estas 12 *R-States* podem ser encaradas como o início de um léxico básico ou uma “linguagem natural” e universal do relaxamento psicológico (Smith, 2007).

Os *R-States* são poderosos reforçadores para iniciar e manter a prática do relaxamento. Através da explicação, da medição e da discussão dos *R-States*, ocorre uma sensibilização por parte dos clientes para as potenciais recompensas da prática continuada, para além do possível relaxamento positivo. Os *R-States*, auxiliam os clientes a articular os seus objetivos de relaxamento e integrá-lo com o resto da vida. Desta forma, a teoria do relaxamento psicológico propõe quatro grupos de potenciais objetivos de relaxamento: metas negativas, objetivos positivos e práticos, objetivos positivos expressivos e metas transcendentais (Smith, 2007). Segundo os profissionais de saúde as inúmeras técnicas de relaxamento resumem-se em cerca de seis categorias: 1) alongamento de ioga; 2) relaxamento muscular progressivo; 3) exercícios de respiração; 4) treino autogénico; 5) imagens / autoafirmações positivas; 6) meditação / *mindfulness* (Smith, 2005, citado por Smith, 2007).

A teoria do relaxamento psicológico, como muitas outras teorias, tem implicações para o treino e para a prática. A hipótese prática central passa pelas diferentes abordagens ao relaxamento evocarem diferentes padrões de *R-States*. Um treino de relaxamento que implementa múltiplas técnicas irá cultivar um maior número de *R-States* e contribuir para uma maior adesão ao tratamento, eficácia e generalização além da sessão prática (Smith, 2007).

Smith (2007), aborda como ele próprio ensina o relaxamento, frisando que existem três elementos importantes comuns com os métodos tradicionais: 1) uso de técnicas de várias famílias de relaxamento; 2) inicialmente, não enfatizar versões relativamente puras de técnicas para que os clientes possam diferenciar e identificar os efeitos únicos de cada família de técnicas; 3) só depois de ensinar várias famílias de relaxamento é que se combina famílias de relaxamento com um programa individualizado. O relaxamento é muitas vezes generalizado, como uma “pílula de ansiedade genérica”. Todavia, deve ser vista como uma “dieta equilibrada” que seleciona cuidadosamente várias famílias básicas de abordagem. Cada família de relaxamento é um “grupo alimentar básico” de exercícios, que visa um conjunto diferente de habilidades de relaxamento e estados psicológicos. O relaxamento completo é uma combinação individualizada e equilibrada de exercícios selecionados para atender às necessidades e metas dos profissionais (Smith, 2007).

### *2.1.2. Relaxamento Progressivo*

Edmund Jacobson, marcou o nascimento do relaxamento progressivo (PR) através do estudo, por conta própria, da reação de sobressalto a um barulho inesperado, descobriu que não havia surpresa óbvia ao ruído súbito em participantes mais relaxados (McGuigan, & Lehrer, 2007).

O PR inicia-se com o conceito de descanso e o seu valor. Muitas vezes prescrever o descanso, o repouso na cama não será o suficiente. Há necessidade de que o paciente aprenda hábitos de descanso eficazes, para que evite o desenvolvimento de uma grave doença de tensão e use a energia corporal com maior eficiência. O PR é baseado no princípio que as funções encobertas do corpo também podem ser controladas através de ligeiras tensões musculares. Na sensação de tensão, denominada de sinal de controlo, os músculos exercem o controlo das atividades do corpo enquanto interagem com o cérebro através de circuitos neuromusculares. Através da observação sensorial interna, é possível reconhecer sinais de controlo em toda a musculatura esquelética, o que, por intermédio da prática, esse controlo pode ser ativado ou relaxado. O relaxamento produz um estado de repouso ao longo dos circuitos neuromusculares (reduzindo atividade do cérebro). O objetivo a longo prazo do PR é que o corpo consiga monitorizar instantaneamente todos os seus sinais de controlo, a fim de controlar e aliviar de forma automática as tensões (McGuigan, & Lehrer, 2007).

O relaxamento diferencial (DR) consiste na contração de apenas os músculos necessários para realizar uma determinada finalidade, ou seja, sendo apenas esses músculos contraídos na medida necessária para realizar o propósito pedido, mantendo os restantes músculos do corpo relaxados. Ao aprender a utilizar o DR 24 horas por dia, a pessoa pode salvaguardar energia considerável e as tensões relevantes são mais eficientemente direcionadas para a realização de objetivos específicos. Depois de desenvolver o controlo sobre os músculos, será importante detetar os sinais de controlo mais subtis (McGuigan, & Lehrer, 2007).

Segundo McGuigan, e Lehrer (2007), os eventos mentais (cognitivos) são gerados pela interação seletiva de circuitos neuromusculares reverberantes. Segundo o modelo atual, esses eventos são gerados quando os sistemas seletivos do corpo interagem através de circuitos neuromusculares integrados. A maioria dos processos mentais são gerados quando os músculos dos olhos e as regiões de fala tornam-se tensos ativando circuitos especializado de/para o cérebro. Assim, concluímos que foi possível verificar que o PR pode ser adequadamente aplicado à redução de tensões do quotidiano, como o DR pode proceder à eliminação de síndromes relacionadas ao



stresse e à tensão. No DR as especificações aos distúrbios cognitivos e somatoformes significam que outras aplicações são excluídas probabilisticamente, constituindo assim uma limitação. Já o PR, existem alguns relatos do efeito adverso da terapia do relaxamento, denominando-a como “ansiedade induzida por relaxamento”, justificando com o medo da experiência de ansiedade que os indivíduos possam sentir, embora aparentemente esta resulta do uso de métodos de relaxamento que diferem do PR.

Em suma, McGuigan, e Lehrer (2007) afirmam que existe uma panóplia muito diversificada de procedimentos de relaxamento muscular. Porém, o critério primário, para avaliar a eficácia de um procedimento de gestão do stresse, cinge-se à extensão na qual o indivíduo é capaz de permitir seletivamente que as suas fibras musculares se alonguem sob comando, ou seja, relaxar diferencialmente face ao stresse. Se o indivíduo pode exercer controlo sobre as suas auto operações, então consegue de forma racional lidar com a situação stressante em vez de responder de forma reflexa.

## 2.2. Métodos Hipnóticos

### 2.2.1. Hipnose

A hipnose é encarada como o procedimento psicoterapêutico mais antigo ainda usado na psicoterapia convencional. As raízes dos modernos procedimentos hipnóticos remontam para Viena e Paris de Franz Anton Messmer (1734 - 1815). Messmer foi um médico qualificado que pensou que havia uma força invisível, o fluído magnético animal, que ele poderia acumular no seu corpo e depois transmitir aos doentes, restaurando-lhes a saúde (Ellenberger, 1970, citado por Karlin, 2007). Na prática contemporânea, a hipnose é usada para melhorar uma panóplia de distúrbios físicos e psicológicos, como ferramenta de gestão do stresse e como tratamento específico para a dor crónica e aguda (Flammer, & Bongartz, 2003), porém desde 1970 esta tem sido igualmente usada para influenciar, erroneamente, a reconstrução de memórias, como o abuso infantil incestuoso (McNally, 2003, citado por Karlin, 2007).

Nos últimos 50 anos, várias questões têm sido centrais para a pesquisa experimental e a teorização sobre a hipnose, evidenciando que existem dois fatores que explicam a sua eficácia. O fator 1 aborda as diferenças estáveis na hipnotizabilidade, que representa uma diferença muito estável entre os indivíduos. A suscetibilidade à hipnose é definida pelas respostas dos participantes a *scripts* padronizados para indução da hipnose, seguidos de uma série padronizada de sugestões, sendo para isto usado a escala de *Stanford* ou seus derivados. Por outro lado, o fator 2 consiste na

definição da situação referente ao transe *versus* não transe. As pessoas comumente falam de ser hipnotizado ou estar em transe hipnótico, sendo que a teoria mais precoce sobre o estado hipnótico emprega raciocínio circular (Karlin, 2007).

Todavia, a eficácia da hipnose que será abordada posteriormente centra-se numa exploração de duas áreas, na eficácia das instruções de analgesia hipnótica, em que a hipnose é usada para melhorar diretamente a percepção do stressor, e o uso adjuvante da hipnose com a terapia cognitivo-comportamental (TCC), incluindo o treino de relaxamento. A analgesia hipnótica mais recente, Patterson, e Jensen (2003) forneceram uma revisão detalhada e ponderada da literatura sobre ensaios controlados de hipnose e dor em situações clínicas, começando pelo estudo de dor aguda em que havia clara lesão tecidual ou quando havia um procedimento médico doloroso. Assim, concluíram que era apropriado classificar as instruções de analgesia hipnótica para a dor aguda como “eficazes e específicas”. Já a hipnose como adjunto à TCC, Kirsch, Montgomery, e Sapirstein (1995) encontraram 18 estudos que compreendiam 20 comparações de grupos hipnóticos com TCC não hipnóticos, de um total de 90 efeitos e 577 participantes. Dois estudos em grupos grandes de obesidade, com tamanhos de efeito positivo extremamente altos (5,57, n = 40; 3,65, n = 109). Este tamanho do efeito é quase idêntico ao do efeito global e do tamanho do efeito para participantes moderadamente hipnotizáveis no estudo de Montgomery, DuHamel, e Redd (2000).

Em suma, é possível verificar que a hipnose é frequentemente utilizada para facilitar a TCC, embora possa envolver também uma terapia de longo prazo e possa ser usada sinergicamente. Podemos observar que a hipnose tem dois conjuntos de efeitos específicos: os relacionados à capacidade de alucinar em resposta à sugestão verbal simples e os relacionados com o cenário criado por crenças sobre a hipnose. A grande maioria dos pacientes é moderadamente hipnotizável, capazes de experimentar fenómenos hipnóticos menores, mas são incapazes de alucinações reais, a menos que seja um indivíduo com dor aguda ou outros problemas físicos. Em vez disso, depende da capacidade de usar crenças sobre a hipnose, muitos deles fortemente enraizados na cultura e factualmente incorretos, para criar situações que são boas para o paciente, visto que, a gestão do stress ou o tratamento da psicopatologia é preocupação do terapeuta. Quando envolvidos na técnica de hipnose, as autoafirmações positivas e outras técnicas de TCC podem ser percebidas como mais fortes e ter mais credibilidade, maior probabilidade de serem utilizadas e maior eficácia (Elkin et al., 1989; Karlin, 2007).

### 2.2.2. Treino Autogénico de J. H. Schultz

Johannes Heinrich Schultz (1884 - 1970), um neurologista alemão, foi o grande homem que desenvolveu e promulgou o treino autogénico (AT), descrevendo como um procedimento auto-hipnótico. A descoberta do AT veio depois de Schultz abrir a sua própria prática médica em neurologia e psiquiatria, em Berlim de 1924, e em 1926 deu-se a sua primeira apresentação formal sobre o AT (Linden, 2007).

O termo autogénico advém das palavras gregas *autos* e *genos*, traduzidos adequadamente como “auto-exercício” ou “terapia de autoindução”, sendo o AT um raciocínio fisiológico conceitualmente sensível e auto-hipnótico. Porém, e apesar da aplicação mais típica do AT seja reduzir a excitação autónoma excessiva, a lógica do AT engloba um modelo homeostático bidirecional, ou seja, é útil também para elevar baixos níveis de função autónoma. O objetivo cinge-se assim à permissão da autorregulação em qualquer direção através da “concentração passiva”, descrita também como “auto-hipnose”. No AT o indivíduo concentra-se nas suas sensações corporais de maneira passiva, sem forçar direta ou voluntariamente a mudança. Se a concentração não for fácil, o indivíduo é informado para deixar os seus pensamentos vaguearem durante um tempo ou para reorganizar a posição do corpo de forma mais confortável, em vez de forçar a concentração interna (Linden, 2007).

Durante vários anos Schultz desenvolveu a sua ideia através de seis fórmulas padrão para conseguir, de forma confiável, o relaxamento profundo e as suas sensações de acompanhamento em várias partes do corpo. As seis fórmulas padrão são: 1. a fórmula de peso; 2. a fórmula do calor; 3. a prática da fórmula de regulação do coração; 4. a fórmula de regulação da respiração; 5. a prática da fórmula dos “raios solares”; 6. a fórmula da “testa fria” (Linden, 2007). Cada fórmula contém uma função corporal específica, sendo que as sensações e as imagens sugeridas pelas fórmulas derivam de relatos de relaxamento profundo e estados de transe, em vez de serem teoricamente derivados. A “magia” da hipnose está assim ligada ao foco e ao aumento da consciência das sensações somáticas. Porém, existe ainda outro fenómeno que não é descrito na literatura, as “descargas autogénicas” que são encaradas como uma forma súbita e imprevisível de “ Descarregamento” de pensamentos reprimidos, processos sensoriais e atividade muscular (Luthe, 1970b, citado por Linden, 2007). Contudo, presume-se que o AT tenha um efeito geral, suave e lento sobre a autorregulação autónoma, o conceito de descargas autógenas incorpora a ideia de que parte da autorregulação pode ocorrer através de curtos rajadas da atividade do sistema nervoso central (Linden, 2007).

Para os profissionais que utilizam o AT, é fundamental que haja consciência de que tipo de indivíduo pode aprender e beneficiar do AT, tal como saber com antecedência que este é realmente o melhor método para ele. A idade em que se pode ensinar o AT é entre os 6 e os 10 anos, de forma individual, sendo o treino mais caro, mas que pode ser mais facilmente ajustado às diferenças de ritmo e de necessidades individuais, ou de forma grupal, importante para o desenvolvimento da coesão e do servir como sistemas de apoio mútuo, despoletando um impacto positivo. Porém, existe inúmeras combinações possíveis de técnicas de tratamento, sendo que apenas uma inclui o AT para a gestão do stresse. Deste modo são ensinadas diferentes técnicas de intervenção: análise situacional para identificar os sinais de stresse, conjuntamente com o uso de procedimentos de controlo de estímulo para evitar que estes desencadeiem stresse; modificação da resposta aguda ao desafio através da reestruturação cognitiva e treino de habilidade de assertividade; e aquisição de uma habilidade comportamental de enfrentamento para reduzir a excitação fisiológica e subjetiva através do AT. Através do relaxamento do AT o indivíduo consegue perceber potenciais aspetos impulsionadores de stresse e saber como responder a eles (Linden, 2007).

### *2.2.3. Treino Autogénico com Biofeedback*

No final dos anos 1960 e início dos anos 1970, o treino autogénico de biofeedback (ABT) representa uma integração de duas técnicas distintas de autorregulação, o treino autogénico (AT) e o biofeedback (BF). Elmer Green, um físico, e a sua esposa, Alyce Green, uma psicóloga e conselheira, são os co-fundadores e desenvolvimentistas dos métodos ABT. Estes iniciaram o seu trabalho, na Fundação Menninger, primeiramente a medição dos correlatos fisiológicos de AT, sem incorporar o uso do feedback, observando assim as consequências térmicas reais de repetir tal fórmula verbal do AT padrão. Descobriram que existe uma forte relação entre o alívio sintomáticos de uma cefaleia e a vasodilatação nas mãos, levando diretamente à primeira integração do AT, bem como do feedback simultâneo das consequentes mudanças psicofisiológicas, tornando claro o ABT. Deste modo, o casal Green desenvolveu um plano para estudar o controlo dos processos inconscientes por intermédio dos seus relatos fisiológicos na função nervosa autónoma (Norris, Fahrion, & Oikawa, 2007).

O estudo, "*Voluntary Control of Internal States*" (Green, Ferguson, Green, & Walters, 1970, citado por Norris, Fahrion & Oikawa, 2007; Green, Green, & Walters, 1970b), preocupou-se com a formação de estudantes universitários, com o auxílio de

feedback para que, de forma simultânea 1) reduzir o nível de disparo muscular no antebraço como indicação de relaxamento estriado; 2) aumentar a temperatura da mão como indicação do relaxamento autónomo; e 3) aumentar a densidade do ritmo das ondas alfa no registro eletroencefalográfico (EEG) como indicação do relaxamento do sistema nervoso central, culminando assim na primeira pesquisa sobre o BF. Tendo em conta as bases teóricas e os fundamentos para o ABT, é necessário que ocorra uma análise do âmbito de aplicação da técnica a fim de avaliar a gama de resultados para a qual essa teoria deve ser tida em conta. Para além das diferenças significativas face às línguas e aos locais de publicação, os artigos sobre o ABT variam acentuadamente na sofisticação do *design*, no uso de terapeutas experientes *versus* não experientes, no número adequado de sessões de treino, nas populações das quais os indivíduos foram extraídos e na profundidade do relaxamento fisiológico alcançado. Estas diferenças desencadeiam uma comparação de resultados problemáticos (Norris, Fahrion, & Oikawa, 2007).

O ABT tem sido utilizado para o tratamento do alcoolismo, de doenças mais significativas na infância (e.g. incontinência e hiperatividade), de doença vascular de colagénio, de câibras, de crises falciformes, entre outras. Todavia, o ABT também teve impacto em outras áreas não clínicas, como em ambientes educacionais com crianças com perturbações emocionais, com prisioneiros encarcerados, com crescimento pessoal e em outras aplicações de saúde, exercício físico e desporto. O objetivo terapêutico do ABT é manter e promover os níveis desejáveis de harmonia funcional, não focando só na redução da ansiedade através do relaxamento profundo. As melhorias do funcionamento fisiológico não se centram apenas na ativação fisiológica crónica, na homeostática perturbadora dos sistemas autónomos e muscular como resultado do stresse, mas sim como padrões habituais de funcionamento fragmentado de atividade corticolímbica aferente e eferente. São estes padrões psicofisiológicos perturbados que são corrigidos pelas funções de normalização, de autorreparo e facilitados pela descarga autogénica, superando assim a capacidade restrita de autorregulação. Este processo de auto neutralização parece ser facilitado e estabilizado pela visão do indivíduo sobre os padrões de reação anti homeostática anteriores e condicionamento distorcido (Norris, Fahrion, & Oikawa, 2007).

Para além das áreas já referidas anteriormente, o ABT é também utilizado como tratamento adjuvante para distúrbios em que o stresse pode desempenhar um papel na redução dos sintomas, enquanto potencializa outros tratamentos médicos em doenças como o cancro, diabetes e esclerose múltipla. É possível observar que a terapia de

gestão do stresse com indivíduos mais perturbados leva muito mais tempo, particularmente em altos níveis de medicamentos psicoativos, que podem ter efeitos benéficos definitivos, mas que podem só ter efeito durante o período de tratamento (Norris, Fahrion, & Oikawa, 2007).

## 2.3. Respiração e Exercício

### 2.3.1. Respiração de Corpo Inteiro

Dixhoorn aplicou os conceitos de Edmund Jacobson para reduzir a tensão muscular residual, e desnecessária, associada à respiração, que foi adicionado por elementos do sistema dinâmico de Feldenkrais. Em resultado desta aplicação, surgiu um modelo para padrões de respiração em relação ao movimento esquelético, essencialmente a coluna vertebral, sendo que as instruções projetadas influenciam o movimento de respiração em todo o corpo. Posteriormente foi aplicada uma perspectiva de sistemas, onde a respiração foi vista como uma interação contínua com estados de tensão mental e física, sendo a principal função a autorregulação desta tensão (Dixhoorn, 1998a, citado por Dixhoorn, 2007).

O conceito respiração consiste numa contração rítmica acompanhada pela expansão do corpo, como resultado do qual o ar flui dentro e fora dos pulmões. A ventilação consiste na ação do ar que entra e sai dos pulmões, onde o ar exterior que entra fornece oxigénio fresco e o ar que sai dos pulmões contém dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>). Estes gases são importantes para o metabolismo (aeróbio) que fornece a energia que o sistema vivo necessita. O CO<sub>2</sub> é fundamental para a determinação da acidez do sangue ou pH, que é vital para a homeostase e deve ser regulado dentro de um intervalo delimitado. Se o CO<sub>2</sub> diminui, o sangue torna-se menos ácido, e vice-versa. No que concerne ao oxigénio dissolvido (pO<sub>2</sub>), quando este diminui, a saturação diminui lentamente, mas deixa suficiente armazenado. No entanto, quando a acidez do sangue diminui devido aos baixos níveis de CO<sub>2</sub>, o oxigénio é ligado firmemente à hemoglobina e passa menos facilmente para os tecidos, denominando estes o efeito Bohr (Lumb, 2000, citado por Dixhoorn, 2007).

A respiração pode corresponder ao relaxamento do sistema, indicado por pausa de exalação mais longas ou participação do abdómen no movimento da respiração, passando estas características a ser um guia para a regulação. Porém não se segue o sistema relaxamento automático quando estas são imitadas. A modificação voluntária da respiração em um estado de alta tensão pode dar uma sensação de controlo, mas

pode ser igualmente prejudicial, pois não é fácil medir a respiração “espontânea”. Por outro lado, qualquer manobra de respiração envolve tanto alterações respiratórias quanto alterações no estado mental e físico. Assim, embora seus efeitos possam ser atribuídos à respiração, eles também podem ser causados por mudanças concomitantes em todo o sistema do corpo que afetam tanto a respiração como o parâmetro de resultado. Através da definição de respiração, a instrução respiratória e a dispnéia podem ser vistas de várias perspectivas. A definição mais comum refere-se à passagem de ar que serve para a função pulmonar e ventilação, sendo esta medida através de parâmetros da função pulmonar tais como taxa, tempo de inalação e de expiração, pausas, volume corrente e de minuto, fluxo, saturação de O<sub>2</sub> e CO<sub>2</sub> final. A mecânica pela qual o ar é movido dentro e fora dos pulmões é de importância secundária, porque eles dificilmente influenciam a função pulmonar. Existe uma panóplia de estratégias para modificar a respiração, diretas ou indiretas, que muitas vezes consistem em combinações de instrução de respiração com instrução de atenção e/ou movimento, e que são utilizadas a respiração ou regulação da tensão ou ambos, tais como: cronometragem; acoplamento ao movimento; passagem aérea; distribuição da respiração; foco de atenção e; dispositivos de feedback (Dixhoorn, 2007).

Através de várias reuniões para discussão de quais os critérios corretos para padrão de respiração adequada, os investigadores concluíram que neste método a característica chave da respiração funcional é a sua variabilidade. Dixhoorn (1998a, citado por Dixhoorn, 2007), através do seu manual, afirmou que o objetivo principal não será trabalhar um padrão particular de respiração, mas sim uma respiração flexível e adaptada às demandas em mudança sem causar um senso de esforço. Resumidamente, um indivíduo com um padrão de respiração errático, e altamente irregular, pode beneficiar de medidas para introdução do ritmo e da estabilização da respiração, contudo, não é um padrão ideal uma vez que o indivíduo pode beneficiar de medidas que exigem respostas respiratórias variáveis.

Antes de iniciar o tratamento, é fundamental que haja uma verificação se o problema é adequado a este método, se é causado, minimamente, por tensão disfuncional e/ou respiração disfuncional. Todavia, e apesar de poucos efeitos colaterais terem sido explorados pela literatura, a experiência clínica diz-nos que eles ocorrem e que são motivo de cautela, sendo alguns deles inespecíficos, mas outros específicos para a respiração, tais como: Hiperventilação; Aumento da consciência desagradável; Overdose de relaxamento; Ansiedade induzida por relaxamento; Respostas catárticas e; Arritmia cardíaca (Dixhoorn, 2007).

### 2.3.2. Terapia do Exercício

Muitos dos efeitos agudos do exercício auxiliam na diminuição dos sintomas de stresse e tensão, sendo que os efeitos metabólicos e bioquímicos a longo prazo servem para moderar o ataque dos desafios. Por outro lado, é do conhecimento que a atividade física em excesso pode ser um stressor importante para o corpo, essencialmente se precipita lesões por excesso de uso, sendo que a tensão muscular e a dor nas articulações são efeitos colaterais comuns em indivíduos que se tornem dependentes do exercício para amenizar os efeitos psicológicos do stresse emocional (Sime, 2007).

A terapia do exercício, ou terapia *walk/talk*, é uma prática que combina um programa de exercício com a psicoterapia tradicional, sendo que consiste numa caminhada realizada durante uma sessão de aconselhamento sob a orientação de um terapeuta de exercício experiente. Para além desta terapia, o indivíduo é incentivado a estabelecer um programa regular de exercícios diários em que possa continuar com um padrão de hábitos de vida, sem supervisão, após a conclusão da terapia. Em geral, estes hábitos continuam porque causam satisfação inerente para além dos benefícios psicológicos. Os exercícios quando incluídos na psicoterapia podem ser benéficos para os indivíduos que sofrem de uma grande variedade de problemas de saúde mental e problemas interpessoais. Porém, é fundamental ser cauteloso e certificar-se de que o indivíduo tenha obtido autorização do médico (Sime, 2007).

Sime (2007), refere que a história do exercício como método partiu do psiquiatra Thaddeus Kostrubala que levou muitos dos seus pacientes a caminhar ou correr na praia. As modalidades de exercício podem variar de diferentes formas, desde atividades funcionais da vida diária até outros exercícios mais específicos como: o exercício aeróbio de intensidade moderada, como caminhadas, jogging, ciclismo e natação, numa duração de 30-60 minutos pelo menos 3-5 dias por semana, para alterar os níveis de humor e aptidão; o exercício anaeróbio, como levantamento de peso e exercícios intensos e curtos de atividade; exercícios recreativos ou de lazer, como caminhadas, ciclismo, raquetes, são eficazes para o humor, quando conduzidas em condições meteorológicas moderadas, para além dos jogos competitivos (Sime, 2007).

No que concerne aos efeitos específicos do exercício sobre a depressão, a prevalência da mesma nos indivíduos aparentemente saudáveis, de meia-idade, é maior do que a que anteriormente se conhecia. Com cultivo e a pesquisa de levantamento destes exercícios, é possível verificar que muitos indivíduos relatam efeitos positivos, efeitos de “bom sentimento” face aos exercícios, especialmente no período pós-exercício imediato, desde que a duração e a dosagem não excedam a tolerância ao



exercício do indivíduo. Para além disso, foi demonstrado que o exercício moderado combate sintomas relacionados com o stresse, tais como a depressão, sendo possível haver uma equivalência à intervenção farmacêutica. Quando se mantém uma atividade regular e contínua do estilo de vida, a utilização de exercício, isoladamente e em combinação com medicação antidepressiva, promove uma redução significativa dos sintomas depressivos (Sime, 2007).

Relativamente aos efeitos específicos do exercício na ansiedade, os níveis de ansiedade e pânico associados à ameaça percebida estão relacionados com os efeitos agudos e crónicos do exercício. Em estudos realizados com seres humanos, o exercício tem sido uma intervenção eficaz para a perturbação de stresse pós-traumático (PTSD), resultando em reduções significativas na ansiedade, embora os efeitos tenham persistido no mês seguinte (Manger, & Motta, 2005). No entanto, como em todas as terapias, em algumas circunstâncias, o exercício não é a intervenção mais adequada nem a mais eficaz para a gestão do stresse, pois embora haja mais benefícios do que riscos, na literatura e na investigação, não é provável que estes benefícios sejam universais, nem a prescrição do exercício deve nunca substituir a necessidade de psicoterapia tradicional (Sime, 2007).

A terapia *walk/talk* (exercício) é uma técnica adjuntiva terapêutica mais usada como uma alternativa entre terapias tradicionais, mas não é indicado durante a sessão inicial com um novo indivíduo. No início é importante explorar as experiências passadas de atividade física, reações positivas e negativas, bem como fazer uma entrevista ao indivíduo (com uma lista de perguntas previamente feitas). Quando é introduzida a opção da terapia *walk/talk*, é fulcral dar ao indivíduo várias noções básicas sobre esta terapia, nomeadamente avisos face aos preparativos adequados (e.g. uso sapatos adequados), ao ritmo da caminhada, entre outros. Esta terapia é composta por dez sessões, sendo que na conclusão destas dez sessões é fundamental haver uma avaliação do progresso usando um ou mais testes psicológicos padronizados e bem aceites (e.g. o Inventário de Depressão de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)) e ainda avaliar os hábitos do sono e controlo do apetite. É feito um plano de revisão do programa de exercícios com base no feedback do indivíduo em intervalos de 2-4 semanas. Durante este processo é necessário manter aprovação médica para os exercícios. Em suma, o uso do exercício desta forma terapêutica ainda está em fase pioneira e deve ser objeto de uma maior investigação e muitos mais ensaios clínicos (Sime, 2007).

## 2.4. Métodos Cognitivos

### 2.4.1. Abordagens Cognitivas

O facto de os seres humanos responderem às suas representações internas das situações e não à própria situação objetiva, é um dos aspetos da abordagem da terapia cognitiva que nos faz entender a variação individual nas respostas aos stressores. Segundo Lazarus (1966), citado por Pretzer, e Beack (2007), os seres humanos estão avaliando constante e automaticamente as situações que encontram, sendo que essas avaliações desempenham um papel central na nossa resposta a estas. Por outro lado, a análise de Aaron Beck sobre as variações individuais em resposta ao stresse (Beck, 1983, 1984, citado por Pretzer, & Beack, 2007; Pretzer, Beck, & Newman, 1989) resultou em uma série de proposições que fornecem uma estrutura conceitual para entender a variação individual em resposta a stressores.

A organização é composta por sistemas de componentes estruturais, ou seja, esquemas cognitivos. Quando ocorre um evento externo, os esquemas cognitivos específicos são ativados e usados para classificar, interpretar, avaliar e dar significado a um evento. O conteúdo temático dos esquemas cognitivos determina a natureza da resposta afetiva e das inclinações comportamentais. Assim, se o conteúdo é relevante para o perigo, são experienciados sentimentos de ansiedade e desejo de fugir, conjuntamente com uma invasão de raiva e o desejo de atacar. No modelo cognitivo de stresse, os seres humanos avaliam constante e automaticamente as situações que encontram em termos das exigências que elas lhes colocam e em termos da capacidade em lidar com elas, suscitando tanto inclinações comportamentais quanto respostas emocionais. Deste modo, podem surgir efeitos sobre a situação que o indivíduo defronta, desencadeando ou desencorajando o apoio social, expandindo ou diminuindo as habilidades e recursos de enfrentamento do indivíduo (Pretzer, & Beck, 2007).

Os níveis problemáticos de stresse podem surgir por várias razões: 1) as exigências da situação podem ultrapassar a capacidade que o indivíduo tem para lidar com a ela; 2) o indivíduo pode superestimar as exigências da situação e/ou subestimar sua capacidade de lidar com a situação; 3) o indivíduo pode exagerar as consequências de ser incapaz de lidar com a situação; 4) o indivíduo pode tentar lidar com a situação de forma que se mostre ineficaz ou disfuncional; 5) os medos, as inibições, as crenças, as expetativas, entre outros, podem bloquear o indivíduo na utilização de habilidades de enfrentamento necessárias; 6) o indivíduo pode não ter um sistema de apoio adequado;

7) os medos, as inibições, as crenças, as expectativas, entre outros, podem bloquear o indivíduo de fazer uso do seu sistema de apoio (Pretzer, & Beck, 2007).

Estas perspectivas sobre o stresse fornecem uma base para uma abordagem estratégica na gestão do stresse. Através da avaliação dos fatores que contribuem para os problemas do indivíduo é exequível escolher uma intervenção específica para cada indivíduo. Deste modo, após a escolha da abordagem estratégica para a gestão do stresse, é necessário avaliar vários aspetos como: 1) os stressores, importantes para a compreensão dos problemas do indivíduo com stresse; 2) a importância dos significados; 3) os pensamentos disfuncionais; 4) as distorções cognitivas; 5) as crenças fundamentais; 6) as estratégias interpessoais; 7) os estilos de vida. Muitos indivíduos, não familiarizados com a terapia cognitiva, assumem que os clínicos se concentram apenas na modificação das cognições do indivíduo, ignorando o comportamento e as emoções, sendo importante que os indivíduos sejam informados que estas também fazem parte (Pretzer, & Beck, 2007).

Na abordagem da terapia cognitiva para a gestão do stresse o objetivo geral do clínico é modificar qualquer processo cognitivo que contribua para o stresse do indivíduo, permitindo o aumento da sua capacidade de lidar adaptativamente com as situações stressante, reduzindo os stressores e aumentando o apoio social. Existe uma vasta variedade de intervenções cognitivas, comportamentais, interpessoais, entre outras, que podem ser utilizadas para alcançar este objetivo, tais como: 1) “tire uma folga”, reduzindo a exposição às situações stressores ou quando não é prático para o indivíduo, utiliza-se técnicas de relaxamento, biofeedback, meditação ou técnicas para diminuir a excitação e cognições relacionadas com o stresse; 2) identificando cognições disfuncionais (e.g. pensamentos, impulsos e sentimentos); 3) compreender os significados; 4) modificando as cognições disfuncionais (e.g. enquadrar as cognições como ideias que podem ou não ser verdadeiras, criando um olhar crítico); 5) intervenções comportamentais (e.g. auto monitorização dos pensamentos automáticos negativos); 6) mudanças de estilo de vida; 7) prevenção de recaídas, através da identificação de situações de alto risco e “sinais de alerta” (Pretzer, & Beck, 2007).

Assim, a abordagem cognitiva para o tratamento das reações de stresse centra-se na redução da hiperatividade dos esquemas de controlo do indivíduo, modificando cognições disfuncionais e melhorando a capacidade do indivíduo de lidar com esta problemática, dado que o indivíduo é encorajado a examinar os fatores internos, identificar os seus significados e posteriormente corrigi-los (Pretzer, & Beck, 2007).

#### 2.4.2. *Treino de Inoculação de Stresse*

Elliott, e Eisdorfer (1982), citado por Meichenbaum (2007), observaram que os eventos stressantes vêm de diversas formas que incluem exposição a: 1) stresse agudo limitado no tempo; 2) uma sequência de eventos stressantes que podem resultar da exposição a eventos traumáticos; 3) stressores intermitentes crónicos que envolvem exposições repetidas a stressores, tais como avaliações repetitivas e atuações competitivas em curso; 4) stresse crónico contínuo como incapacidades físicas resultantes da exposição a eventos traumáticos ou exposição a sofrimento prolongado, bem como a exposição a perigos ocupacionais persistentes e stressores em profissões (e.g. enfermagem).

Os eventos stressantes podem ser diferenciados entre os que são limitados no tempo, e que requerem ajustes situacionais, e aqueles que são eventos stressantes crónicos persistentes e que exigem adaptação a longo prazo. Porém, podem ainda ser diferenciados face à sua potencialidade controlável ou não controlável, previsível ou imprevisível, de curta duração ou crónica, intermitente ou recorrente, e ainda atual ou distante no passado que, apesar de serem experiências traumáticas vivenciadas no passado, têm grande probabilidade de afetar continuamente o bem-estar do indivíduo, chegando a modificar o sistema imunológico do mesmo, devido às sequelas emocionais, cognitivas e comportamentais de longa duração (Seegerstrom, & Miller, 2004).

A inoculação é um conceito central subjacente ao treino de inoculação do stresse (SIT), que tem sido usada na medicina, mas também na pesquisa sociopsicológica sobre a mudança de atitude. O SIT permite aos indivíduos experienciarem stressores menores de forma a promover a sua preparação psicológica e a resiliência. Na área de mudança de atitude, observou-se que a exposição prévia às informações atitudinais podem proteger ou “inocular” os indivíduos de esforços subsequentes e mais intensos de persuasão (Meichenbaum, 2007). Este baseia-se na noção de que expor os indivíduos a formas mais leves de stresse pode reforçar os mecanismos de enfrentamento e a confiança do indivíduo em usar seu repertório de enfrentamento, projetando o reforço da preparação do indivíduo e desenvolvimento de um senso de domínio. Deste modo, adota uma visão transaccional do stresse e do enfrentamento como a defendida por Lazarus, e Folkman (1984) citado por Meichenbaum (2007).

O SIT como uma forma envolvente de ajudar os indivíduos a tomar consciência do impacto das suas narrativas e dos comportamentos inadaptados que geram stresse, despoletando comportamentos que mantêm e agravam a sua angústia. O treino ajuda os indivíduos a construir uma narrativa mais adaptável, a encontrar "significado" e a

envolver-se em soluções de resolução de problemas mais adaptativas e habilidades paliativas, emocionais, de aceitação e de enfrentamento. O treino consiste em três fases interligadas e sobrepostas: 1) uma fase educacional conceitual; 2) uma fase de aquisição de competências e de consolidação de competências; 3) uma aplicação e fase de acompanhamento. Os objetivos do SIT centram-se no reforçar o repertório de enfrentamento dos indivíduos, nas habilidades intra e interpessoais, bem como a implementação da confiança nas aplicações de habilidades de enfrentamento de uma forma flexível (Meichenbaum, 2007).

O SIT é uma forma flexível, individualizada e multifacetada de terapia cognitivo-comportamental, que dado a vasta variedade de stressores que os indivíduos vivenciam, fornece um conjunto de princípios gerais e diretrizes clínicas para o tratamento das dificuldades ou em conjunto com outras intervenções. Assim sendo, pode ser suplemento da exposição prolongada com indivíduos traumatizados ou apoio ambiental e comunitário com indivíduos que enfrentam stressores crónicos. Este treino pode ser realizado com indivíduos, casais, famílias e pequenos e grandes grupos, numa duração variável de 20 minutos na preparação dos indivíduos a 40 sessões semanais e quinzenais de uma hora, dependendo da problemática da população. Porém, em geral o SIT consiste em cerca de 8 – 15 sessões, mais reforço e sessões de acompanhamento realizados durante um período de 3 a 12 meses. As três fases podem variar igualmente sendo especificamente orientadas para a população alvo. No entanto existe uma congruência suficiente entre as aplicações SIT, através de um fluxograma processual do procedimento de tratamento do SIT, embora as apresentações clínicas mais detalhadas do SIT são fornecidas por Meichenbaum (2007).

O SIT tem sido aplicado em várias áreas como forma preventiva, numa ampla variedade de indivíduos. Deste modo, as aplicações clínicas têm sido utilizadas, por exemplo, com indivíduos psiquiátricos com transtorno de stress pós-traumático com resultado de agressão sexual, com cancro de mama, com úlcera, com ansiedade de desempenho, com stress relacionado com transições e grupos profissionais (e.g. enfermeiros) (Meichenbaum, 2007).

## 2.5. Gestão Otimista do Stresse

Normalmente as recomendações feitas aos indivíduos para melhorar a gestão do stress centram-se geralmente em duas estratégias de *coping* mencionadas por Lazarus: a gestão interna (e.g. relaxamento, distração, atividade desportiva, procura de conforto, mudança do diálogo interior, reinterpretação dos stressores e das tentativas

de gestão) e a gestão externa (e.g. ações de resolução de problemas, mudança de comportamento de comunicação, mudança dos próprios valores e das rotinas diárias) (Lazarus, & Folkman, 1987). Quando o estado de stresse é originado da interação entre as exigências, as competências para gerir, as necessidades/motivos e os recursos disponíveis, apresentam-se dois pontos de partida principais para a mudança: 1) transformação das exigências que atuam sobre o indivíduo e a organização de condições mais adequadas para gerir a situação, numa abordagem das relações e das condições externas, e; 2) capacitação e treino do indivíduo afetado para gerir as exigências e aliviar os efeitos que afetam a saúde, numa abordagem das competências individuais (Schröder, 2003 citado por Schröder, & Reschke, 2010).

Neste seguimento, Schröder, e Reschke desenvolveram o seu método baseado nas técnicas anteriormente abordadas e descritas, conjuntamente com os seguintes pontos de partida: 1) capacitação para responder às exigências quotidianas e às situações da vida de tal maneira que sejam evitadas (prevenção); 2) sensibilização para reconhecer a aparição das próprias reações de stresse (coping, prevenção); 3) aprendizagem de métodos e técnicas para aliviar os estados de stresse já existentes (paliação); 4) apropriação de estratégias e técnicas para aumentar a eficiência da ação em situações problemáticas que provocam stresse (gestão); 5) reforço de fatores da personalidade através da promoção da identidade, da individualidade e da orientação para o futuro (desenvolvimento de recursos pessoais); 6) promoção das competências para administrar recursos eficientes de gestão do stresse a longo prazo, como reconhecer, aplicar e desenvolver as próprias fontes de apoio (recursos, prevenção, gestão) (Schröder, & Reschke, 2010).

De um modo geral, o programa pode ser aplicado de três maneiras distintas, tendo em consideração os problemas pessoais e as possibilidades de participação dos interessados: 1) curso de longa duração; 2) *check up* do stresse, e; 3) aconselhamento pessoal. As três maneiras distintas têm uma duração igualmente diferente, sendo que enquanto as formas curtas são mais paliativas e mais dirigidas aos sintomas (*check up* do stresse e aconselhamento pessoal), a forma mais longa foca-se nos conhecimentos substanciais do indivíduo e na transformação do estilo de vida e dos aspetos pessoais (curso de longa duração). Porém, as três maneiras não se excluem, complementam-se uma à outra (Schröder, & Reschke, 2010).

O *check up* do stresse foi desenvolvido, essencialmente, para indivíduos com estados de stresse agudo e crónico que, podem mostrar grande interesse, mas não estão motivados para um curso de longa duração, ou porque não têm, aparentemente,

disponibilidade para tal. Este curso destina-se a pequenos grupos de três ou quatro pessoas, com uma duração de pelo menos três sessões de 90 minutos. O facto de o número de participantes ser reduzido centra-se na análise individualizada das condições e dos sintomas da sobrecarga, e de um aconselhamento mais personalizado. Por outro lado, as 3 sessões permitem ainda uma vinculação conveniente de informação e de exercícios. No percurso, os participantes são informados sobre as possibilidades de gestão do stresse e a prevenção (Schröder, & Reschke, 2010).

O aconselhamento pessoal, consiste num aconselhamento de 90 minutos, especialmente acessível e é escolhido principalmente por pessoas: 1) que não tiveram, até agora, experiência na participação em programas de saúde corporal ou psicossocial; 2) não têm tempo para fazer um curso longo, por razões especiais, e, 3) que foram encaminhadas diretamente por conselho de alguém para este procedimento de cuidado da saúde, no contexto de um stresse evidente (Schröder, & Reschke, 2010).

O curso de longa duração, que é efetivamente a forma utilizada no presente estudo, consiste em curso *standard* baseado no manual para a gestão do stresse, “*Gestão Otimista do Stresse*”, desenvolvido pelos professores Harry Schröder e Konrad Reschke. O curso é dividido em 10 sessões de 120 minutos, uma sessão por semana (recomendado), considerando que os participantes devem ter tempo para pensar e aplicar o que tem aprendido e praticado nas sessões. Desta maneira, o curso de longa duração pode aproveitar as observações e as mudanças que acontecem no participante entre as sessões. Os conteúdos e os métodos para cada unidade do curso têm sido elaborados detalhadamente, na sequência adequada. O objetivo do curso consiste em fomentar o desenvolvimento dirigido às competências, bem como a análise do problema individual, dar informação e ainda aconselhamento (Schröder, & Reschke, 2010).

Resumidamente, é importante reter que, ao longo dos últimos anos, Reschke e Schröder desenvolveram este programa, e conseqüentemente as três formas distintas de aplicação, com base na abastada lista de técnicas anteriormente analisadas, com o intuito de controlar o stresse de forma mais adequada, adaptada e individualizada. No presente estudo, o método criado foi aplicado no âmbito do stresse ocupacional, nomeadamente no stresse em enfermeiros, considerando que esta é a quarta profissão que mais incita stresse no setor público (Murofuse, Abranches, & Napoleão, 2005). É neste seguimento que surge a conveniência do terceiro capítulo do presente estudo denominado “O Stresse em Enfermagem”.

## Capítulo 3 – O Stresse em Enfermagem

Atualmente, cada vez mais as organizações sentem os efeitos negativos do stresse nos seus funcionários, essencialmente nos profissionais de saúde, que lidam muitas vezes com pressões e situações ameaçadoras inesperadas. Neste capítulo é feita uma abordagem ao stresse ocupacional, focando posteriormente o stresse em enfermeiros, tendo em conta que são a população alvo deste estudo. Por fim, será analisado um conjunto de resultados de investigações científicas, sobre o controlo do stresse em enfermeiros, fundamentais para escolha do tema e dos procedimentos, bem como meio de comparação com os resultados obtidos no presente estudo.

### 3.1. O Stresse Ocupacional

A vida profissional de um indivíduo constitui um dos domínios centrais na vida humana, logo depois da família e da saúde, integrando grande parte do tempo quer a trabalhar, quer a formar-se para trabalhar. Estima-se que os indivíduos passam no trabalho cerca de um terço das horas que estão acordados (Gonçalves, 2014). Segundo a *American Institute of Stress*, 80% dos acidentes de trabalho estão relacionados com o stresse enquanto que na *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* é mencionado que um terço da população ativa é afetada pelo stresse (Atkinson, 2004; Giga, Cooper, & Farragher, 2003, citados por Richardson, & Rothstein, 2008).

O stresse ocupacional é definido como um problema de natureza percetiva, que resultava da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, culminando em consequências na saúde física, mental e na satisfação no trabalho. Deste modo, no seu modelo, Cooper (citado por Hespanhol, 2005) menciona cinco condições que podem causar stresse ocupacional: 1) a natureza intrínseca ao trabalho (condições físicas do trabalho e os requisitos das tarefas do trabalho), 2) o papel do trabalhador na organização (conflito de papéis, ambiguidade de papéis, a existência de conflitos de limites e grau de responsabilidade), 3) a progressão do trabalhador nas diferentes fases da carreira (início, progressão e manutenção), 4) as afinidades entre pessoas no trabalho e, 5) a estrutura e o clima organizacional (grau de participação no processo de tomada de decisão, estilos de liderança do chefe, entre outros) (Hespanhol, 2005).

Inúmeras são as fontes de stresse no trabalho, porém as mais citadas são a falta de objetivos claros, demasiadas ou escassas exigências, falta de participação nas decisões que afetam os trabalhadores e responsabilidades acrescidas no



desenvolvimento profissional de outros colegas. A interação entre os stressores no trabalho dependem das características do indivíduo, incluído os níveis de ansiedade e neuroticismo dos trabalhadores, a tolerância da ambiguidade e o padrão de comportamento do tipo A. De acordo com Greenberg (2011) existem dois tipos de padrão de comportamento: do tipo A que corresponde a pessoas mais ambiciosas, perfeccionistas e muito stressadas e, do tipo B que diz respeito a pessoas menos stressadas, com menos pressão sobre si próprio. Por outro lado, existem ainda fontes de stresse que são externas ao local de trabalho e fora do trabalhador, denominadas de fontes de stresse extraorganizacionais. Estas são decorrentes de problemas familiares, questões financeiras, crises de vida e fatores ambientais (Greenberg, 2011).

O stresse ocupacional define-se como um desajustamento entre a pessoa e o ambiente, ou seja, entre as exigências e as competências, necessidades ou recursos do indivíduo que variam desde a motivação individual e as potencialidades oferecidas pela organização. O stresse relacionado com o trabalho pode assim ser encarado como um padrão de reação emocional, cognitiva, comportamental e fisiológica a componentes adversos do conteúdo, do trabalho, da organização e do ambiente de trabalho (citado por Gonçalves, 2014).

### 3.2. Fatores Indutores de Stresse em Enfermagem

A identificação das causas organizacionais bem como a relação das mesmas com a produtividade e a saúde dos trabalhadores, são os focos centrais dos especialistas em stresse organizacional. Conhecer os fatores indutores de stresse no trabalho, é fundamental, para a elaboração de intervenções focalizadas na redução dos efeitos negativos do stresse (Ramos, 2001).

Segundo Holt (citado por Câmara, Guerra, & Rodrigues, 2003) foram identificadas seis áreas como fontes de stresse: 1) as características físicas do ambiente de trabalho (e.g. ruído, temperatura, design); 2) as variáveis associadas ao tempo; 3) as características organizacionais, sociais e de enquadramento; 4) as mudanças no trabalho; 5) os papéis desempenhados na organização, e; 6) o stresse extratrabalho. Porém, a reação ao agente que desencadeia stresse ou a fonte, varia em função da intensidade e duração da exposição, da capacidade de absorção e da resposta do indivíduo.

Na base de muitas das ideias em relação à capacidade de resistência dos enfermeiros, está a crença que todos os profissionais de saúde estão imunes à doença pelo facto de deterem conhecimentos. Todavia, este facto não substitui a necessidade

de apoio, essencialmente quando se trata de lidar com emoções, sofrimento ou até morte. Tanto a multiplicidade como a complexidade dos aspetos que caracterizam o contexto hospitalar dos enfermeiros, as situações, como o aumento do fluxo de doentes, as novas situações de doença, de cargas horárias e de relações interpessoais intensas, podem levar a um processo de doença (Mcintyre, McIntyre, & Silveiro, 1999).

Apesar daquilo que foi mencionado anteriormente, por vezes os próprios profissionais de saúde tendem a minimizar os riscos, não só de natureza física e química, como também de natureza biológica e psicossocial, resultantes das suas condições de trabalho nos hospitais e outras instituições de saúde em que haja prestação de cuidados (Estevão, & Estevão, 2006). Vaz Serra (2002) menciona que, de todos os grupos de profissionais da área de saúde, os enfermeiros são os que têm mais condições de stresse. Grande parte destas condições advêm da atenção e dos cuidados permanentes aos doentes, dos conflitos de equipa, da sobrecarga de trabalho, das inseguranças e da falta de autonomia. O autor ainda refere que, os enfermeiros são afetados por transtornos psicopatológicos superiores aos da população em geral.

Vários estudos apontam que os fatores considerados mais stressantes, no que concerne aos profissionais de enfermagem, são: a sobrecarga de trabalho, o envolvimento em situações de morte, a pressão de ser obrigado a executar as tarefas fora das suas competências, conflitos com os restantes profissionais, problemas familiares e controlo do trabalho (Andal, 2006; Kawano, 2008; Tyson, & Pongruengphant, 2004).

### 3.3. Investigações sobre Stresse em Enfermagem

#### *3.3.1. Estudos sobre o Controlo do Stresse em Enfermeiros*

Seguidamente será apresentado e analisado um conjunto de estudos sobre o controlo do stresse em enfermeiros, que estão diretamente relacionados com o tema central da presente dissertação, particularmente no que concerne às investigações realizadas por psicólogos na vertente de técnicas/estratégias de intervenção para gestão do stresse nestes profissionais.

No decorrer das últimas duas décadas, a investigação referente à intervenção aplicada ao stresse no trabalho em enfermeiras tem sido notória. Contudo, os números apresentados continuam a ser uma minoria para a atividade atual de prevenção do stresse, sendo que as intervenções direcionadas para o trabalho se mantêm insuficientes e insatisfatórias (Kompier, & Kristensen, 2003). Segundo Griffiths e

colaboradores (1996) “A falta de avaliação de tais intervenções é um problema sério e uma barreira significativa para o progresso na redução do stresse relacionado com o trabalho” (Kompier, & Kristensen, 2003, p.66).

Para dar início à exposição de várias investigações internacionais sobre o stresse em enfermagem, será primeiramente apresentado um estudo realizado por Borges, e Ferreira (2013) que teve como principal objetivo analisar a eficácia de um programa de gestão do stresse diminuir os níveis de stresse sentidos essencialmente no trabalho e em consequência, nos cuidados prestados pelos enfermeiros.

O estudo foi introduzido no paradigma de investigação quantitativo longitudinal, do tipo descritivo, exploratório e correlacional. A abordagem consistiu num desenho pré e pós-teste, com a análise intra-sujeitos em dois momentos distintos, num intervalo de tempo de seis meses onde foi implementado o programa psicopedagógico de ajuda na gestão das emoções, sem controlo de outras variáveis. A amostra foi constituída por 92 enfermeiros/alunos de cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem (CPLEE) de uma Escola Superior de Enfermagem da região norte de Portugal. O plano de intervenção psicopedagógico fez um total de três sessões de 2 horas cada, sendo que o intervalo de tempo entre a primeira e a segunda foi de 3 a 4 semanas e entre a segunda e a terceira foi de 3 semanas. Ao longo do programa, desistiram 32 participantes, perfazendo um total de 60, em todas as três sessões. Os dados obtidos foram analisados com recurso ao software SPSS (Borges, & Ferreira, 2013).

Através da análise de resultados, foi possível verificar uma diminuição do ritmo cardíaco no final da segunda e terceira sessão, ou seja, após a execução dos exercícios de relaxamento e de imaginação guiada, bem como um aumento do grau de perceção de relaxamento muscular global e nos diferentes grupos musculares. Os resultados evidenciaram a vantagem de implementação do programa com recurso a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, tendo em conta que, através da comparação de médias das variáveis, pulso e grau de relaxamento, podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas para a perceção do grau de relaxamento global, referido pelos participantes no programa (Borges, & Ferreira, 2013).

Muitas são as investigações/estudos relacionados com o stresse em profissionais de saúde, que remetem para a utilização do programa *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR). De seguida, serão apresentados cinco estudos realizados com base neste programa. No primeiro estudo, Irving, Dobkin, e Park (2009), apresentaram uma revisão dos estudos empíricos (qualitativos e quantitativos) que

examinavam o impacto da participação no programa MBSR, com o objetivo de melhorar o bem-estar e a gestão do stresse.

Face aos estudos quantitativos, apresentam uma versão abreviada de 4 semanas do MBSR, realizada por Jain et al., (2007). Desenvolveram um ensaio clínico randomizado de três braços com um grupo misto de estudantes em programas de treino para medicina e enfermagem, comparados posteriormente com um grupo de controlo da lista de espera e um grupo que recebeu o treino de relaxamento. Os sujeitos nos grupos de intervenção mental e de relaxamento foram equivalentes em termos de diminuição da dificuldade. No entanto, os tamanhos de efeito para aumentos no efeito positivo foram maiores para o grupo de meditação de *mindfulness*. A intervenção mental também resultou em diminuições significativas nos pensamentos de distração e de ruminação. Curiosamente, os autores concluíram que a eficácia da intervenção mental foi parcialmente mediada pela redução de pensamentos de ruminação. Por outro lado, devido à escassez de estudos qualitativo, os autores apresentam apenas uma investigação produzida por Christopher, Christopher, Dunnagan, e Schure (2006), sobre o impacto de um curso que incluiu a prática de meditação consciente sobre as práticas de autocuidado de estudantes de psicologia. Os resultados sugerem que os alunos melhoraram nos domínios do funcionamento interpessoal e do enfrentamento do stresse, relatando que sentiram que o programa aumentou o treino clínico. Apesar dos resultados promissores, deve-se afirmar que a prática de *mindfulness* foi apenas um componente do curso.

Os resultados sugerem que este programa de *mindfulness* pode servir como uma ferramenta viável para a promoção do autocuidado e bem-estar. Evidências empíricas indicam que a participação no MBSR produz benefícios para os clínicos nos domínios da saúde física e mental, diminuindo os valores do stresse, apesar de permanecer muitas questões que envolvem os mecanismos através dos quais o treino de *mindfulness* contribui para resultados positivos para a saúde. Assim sendo, os autores recomendam que haja mais iniciativa de pesquisa com foco combinado nas variáveis de processo, resultado e métodos de pesquisa diversificados (Irving, Dobkin, & Park, 2009).

Por outro lado, Lamothe, et al., (2016) introduziram o seu estudo afirmando que embora o MBSR pareça ter um impacto positivo no stresse e *burnout* dos profissionais de saúde, pouco se sabe sobre os processos que estão subjacentes a essas melhorias. O primeiro objetivo foi identificar resultados em estudos sobre o efeito do MBSR em profissionais de saúde, o segundo foi avaliar o impacto do MBSR sobre esses resultados e o terceiro avaliar se alguns desses resultados refletem a empatia e três competências

fundamentais: 1) identificação das próprias emoções; 2) identificação das emoções dos outros, e; 3) aceitação emocional. No método, foi utilizada uma estratégia de levantamento da literatura, através dos bancos de dados, até 22 de janeiro de 2015, envolvendo duas facetas: *mindfulness* e profissionais de saúde. Após o processo de pesquisa e a seleção do estudo, 39 artigos foram incluídos no estudo, dos quais 14 mediam a empatia ou mediam indiretamente as três principais competências emocionais. Os 39 artigos avaliados incluíram 2379 indivíduos entre os 19 e os 60 anos, variando entre os 12 aos 302 participantes por estudo (Lamothe, et al., 2016).

A nível de resultados da saúde mental, 11 diferentes resultados de saúde mental foram medidos, incluindo *burnout*, stresse percebido, ansiedade e depressão, sendo a categoria do stresse percebido pelos profissionais de saúde o resultado mais medido, num total de 19 estudos. Dos 19 estudos, 18 descobriram que o MBSR diminuiu o stresse percebido nos profissionais de saúde. O *burnout* foi o segundo resultado mais medido, num total de 17 estudos. Dos 17 estudos, 9 descobriram que o MBSR reduz o desgaste dos profissionais de saúde. Dez estudos concluíram que o MBSR era eficaz na redução da ansiedade e seis eram eficazes na melhoria do bem-estar mental dos profissionais de saúde. Em geral, os resultados apontam que o MBSR pode afetar, favoravelmente, as dificuldades de saúde dos profissionais de saúde. A nível de resultados do *mindfulness*, apenas 17 estudos na revisão avaliaram a percepção do *mindfulness*. Foram utilizados cinco questionários diferentes: *Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)*, *Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*, *Toronto Mindfulness Scale (TMS)*, *Freiberg Mindfulness Inventory (FMI)* e *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)*. Dos 17 estudos, 14 descobriram que o MBSR aumentou os níveis de atenção dos profissionais de saúde; 10 estudaram a MAAS que mede a atenção disposicional e a consciência de experiências presentes; 4 utilizaram o FFMQ; dois utilizaram TMS; um estudo usou o FMI; um estudo utilizou KIMS. Finalmente, o estudo utilizou uma Escala de *Mindfulness* de 2 fatores, que mede a "observação" das facetas e a "não-reatividade" do FFMQ. A nível dos resultados da avaliação dos estudos que medem a empatia ou competências, foram identificados 14 estudos. Sete, dos 14 estudos, mediam especificamente a empatia, dos quais 5 descobriram que MBSR melhora a empatia, através do *Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)* em 4 estudos. Quanto à identificação das suas próprias emoções, duas escalas do KIMS estavam relacionadas: a escala de "observação" e a "descrição". Um estudo quase-experimental, utilizando o KIMS, descobriu que os scores dos profissionais de saúde MBSR melhoraram a escala de "observação" (Lamothe, et al., 2016).

Em conclusão, os resultados de saúde mental foram aqueles que mais frequentemente foram medidos, confirmando que o MBSR está associado a efeitos favoráveis nos profissionais de saúde (Lamothe, et al., 2016).

Shapiro, Astin, Bishop, e Cordova (2005), realizaram o presente estudo como objetivo de examinar os efeitos do MBSR sobre o desgaste do trabalho e o sofrimento psicológico em profissionais de saúde atualmente envolvidos no trabalho. O estudo piloto, com um design controlado e randomizado, implementou um projeto de estudo 2 (experimental *versus* lista de espera) 2 (linha de base, pós-tratamento), produzindo uma condição de comparação entre grupos. Trinta e oito participantes foram aleatoriamente designados para um grupo de 8 semanas de MBSR (N=18) ou um grupo de controlo (N=20), que recebe a mesma intervenção após o grupo experimental ter completado o programa, mas sem as medidas de pós-intervenção. As medidas utilizadas para este estudo foram: 1) o *Brief Symptom Inventory (BSI)*; 2) o *Maslach Burnout Inventory (MBI)*; 3) o *Perceived Stress Scale (PSS)*; 4) o *Satisfaction With Life Scale (SWLS)* e; 5) o *Self-Compassion Scale*. No final da intervenção, ainda foram administradas duas perguntas complementares: a) “Em uma escala de 1-10, qual o significado do programa MBSR na sua vida?” e, b) “O que acha que obteve com o programa MBSR?”.

Dos 18 participantes do grupo intervenção, 8 não completaram a intervenção, e dos 20 participantes do grupo de controlo, 2. Os resultados apontam diferenças significativas entre os grupos para o stresse percebido, em comparação com o grupo de controlo. O grupo de intervenção demonstrou uma redução média significativa e um aumento para a auto compaixão. No grupo de intervenção 88% dos participantes melhoraram os valores de stresse enquanto que 90% demonstraram um aumento na auto compatibilidade. Em comparação com o grupo de controlo, os participantes da intervenção referenciaram maior satisfação com a vida, diminuição do desgaste do trabalho e do sofrimento. Em conclusão, o MBSR oferece um modelo bem estabelecido para fornecer um programa breve e económico que pode ser implementado facilmente em hospitais e clínicas (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005).

Martín-Asuero, e García-Banda (2010), propuseram um estudo para aprofundar a compreensão dos mecanismos envolvidos no treino de MBSR com os seguintes objetivos em mente: 1) confirmar a eficácia do programa MBSR na redução do sofrimento psicológico associado ao stresse entre os profissionais de saúde; 2) verificar se essa diminuição de dificuldade é mantida até o seguimento após a conclusão da intervenção e; 3) identificar os mecanismos pelos quais o MBSR reduz o sofrimento psicológico relacionado ao stresse. A amostra deste estudo foi composta por 29

participantes, que foram distribuídos em dois grupos após a seleção com base no cronograma de cada classe, culminando em 17 participantes no primeiro grupo e 12 no segundo. Apesar de alguns indivíduos se recusarem a colaborar no estudo, participaram nas aulas perfazendo um total de 22 e 25 participantes, respetivamente.

A nível dos instrumentos, foram utilizados: 1) *SCL-90-R (Symptom Checklist-90-R Inventory)*; 2) *SRLE (Survey of Recent Life Experiences)* conjuntamente com o *Perceived Stress Scale (PSS)*; 3) *Positive and Negative Affect Scale (PANAS)*; 4) *Emotional Control Questionnaire*, e; 5) Questionário de avaliação global da intervenção juntamente com várias questões sobre o tipo de prática preferido e a frequência usada. Por fim, os participantes foram questionados sobre quais as mudanças que ocorreram na sua vida e se estavam assentes na intervenção. Os instrumentos foram administrados, por ordens diferentes, num pré e pós-teste e 3 meses depois. A intervenção seguiu os parâmetros tradicionais (Martín-Asuero, & García-Banda, 2010).

Os resultados sugerem que o atendimento médio nas sessões foi de 92% e as avaliações dos participantes muito favoráveis, ajudando-os a mudar os seus estilos de vida. A adesão aos diferentes componentes do MBSR foi muito alta, uma vez que 93% continuaram a praticar a meditação no final da intervenção e 72% praticaram yoga. Entre a intervenção e o seguimento, houve uma ligeira diminuição na prática de meditação, que caiu para 82%, e um ligeiro aumento na prática de yoga, que subiu para 75% (Martín-Asuero, & García-Banda, 2010).

Resumidamente, Martín-Asuero, e García-Banda (2010) confirmaram que o sofrimento psicológico é significativamente reduzido após o treino de MBSR num grau médio-grande, o que apoia as descobertas de estudos anteriores realizados em Espanha (Martín, García de la Banda, & Benito, 2005; Martín, & García de La Banda, 2007; Martín-Asuero, & García-Banda, 2010). Além disso, descobriram que essa redução havia sido mantida no momento do acompanhamento. O nível de stresse percebido também diminuiu, embora essa diminuição não tenha sido de significativo, contrariamente às expectativas. A diminuição da ruminação e a sua relação com a redução do sofrimento foram significativas. Finalmente, foi produzida uma diminuição no componente negativo do efeito, enquanto o componente positivo não mudou. Considerando as questões anteriormente levantadas, Martín-Asuero, e García-Banda (2010) afirmaram todas elas foram alcançadas com sucesso.

De forma a agregar ao conhecimento sobre a viabilidade de entregas alternativas de MBSR, Bazarko, Cate, Azocar, e Kreitzar, (2013) testou um método de entrega inovador de MBSR chamado MBSR telefónico (tMBSR) que foi projetado para fornecer

acesso a *telecommuters* enfermeiros empregados em uma grande empresa de cuidados de saúde. O objetivo foi medir se a alternativa, que exige menor atendimento em pessoa, poderia afetar positivamente a saúde e o bem-estar dos enfermeiros.

A população alvo desta intervenção foi composta por 41 enfermeiros empregados que preencheram os critérios. Além de participar na intervenção, os participantes foram convidados a completar o seguimento inicial, o seguimento de 2 meses e as medidas de acompanhamento de 4 meses, recebendo ainda um presente monetário e créditos de educação continuada (Bazarko, Cate, Azocar, & Kreitzar, 2013).

A nível de design o estudo foi concebido como um estudo de intervenção pré-pós não-randomizado, para examinar as diferenças dentro do grupo nos enfermeiros nas medidas de saúde e bem-estar administradas nas duas semanas anteriores ao início do período de intervenção tMBSR (tempo 1), imediatamente após o período de intervenção de 8 semanas tMBSR (tempo 2) e uma medida adicional 4 meses após a conclusão do programa tMBSR (tempo 3). Do total de 41 enfermeiros que participaram na intervenção tMBSR, apenas 36 completaram a medida de pesquisa em todos os três pontos de tempo. Um instrumento de pesquisa consolidado online, administrado nos três pontos de tempo e congregou seis medidas que foram amplamente utilizadas: 1) *Perceived Stress Scale (PSS)*; 2) *Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*; 3) *SF-12v2 Health Survey (SF-12)* para medir a saúde física (PCS) e mental (MCS); 4) *Brief Serenity Scale*; 5) *Jefferson Scale of Physician Empathy*; 6) *Self-Compassion Scale* (Bazarko, Cate, Azocar, & Kreitzar, 2013).

Os resultados apontam melhorias estatisticamente significativas para os enfermeiros que participaram do programa tMBSR em quase todas as medidas desde a linha de base (tempo 1) até o pós-intervenção (tempo 2). As mudanças foram sustentadas 4 meses depois (tempo 3) e, em algumas medidas as enfermeiras continuaram apresentando melhorias significativas do tempo 2 ao 3. A nível do stresse percebido, do esgotamento, da serenidade e da empatia, os participantes apresentaram uma melhoria significativa do tempo 1 ao 2, sem alterações do 2 para o 3, o que sugere que a alteração foi mantida ao longo dos 4 meses. A nível da saúde no tempo 1, os participantes estavam a baixo da média em todos os aspetos de saúde mental do SF-12. No tempo 2, os níveis mudaram, e passar a estar acima da média, com melhorias estatisticamente significativas em todos os aspetos de saúde mental, sendo que não houve mudanças do tempo 2 ao 3. A nível da auto compaixão, os participantes apresentaram aumentos significativos nas três áreas positivas e diminuições significativas nas três áreas negativas, do tempo 1 para o 2. Do tempo 2 para o 3, a



mudança foi mantida em *mindfulness*, auto julgamento, isolamento e sobre identificação. Porém, na auto gentileza, na humanidade comum e na auto compaixão em geral, os participantes continuaram a mostrar melhorias significativas do tempo 2 para o 3. Por fim, e no que concerne à questão colocada, 27 enfermeiras relataram que mantiveram a sua prática de MBSR desde a conclusão do programa e a maioria informou que praticavam entre 1 a 5 horas por semana. Os participantes que mantiveram a sua prática foram significativamente maiores nos valores de auto compaixão geral, bem como em todas as áreas positivas que sugerem alta auto compaixão, auto gentileza, humanidade comum e *mindfulness* (Bazarko, Cate, Azocar, & Kreitzar, 2013).

Em conclusão, os resultados deste estudo piloto sugerem que a intervenção inovadora de tMBSR usando médias pessoais e telefónicas teve um impacto positivo nas medidas de saúde e bem-estar auto relatadas das enfermeiras desde a linha de base (tempo 1) até a pós-intervenção (tempo 2), com todas as melhorias sustentadas ou mostrando melhoria contínua 4 meses após a intervenção do tMBSR (tempo 3), particularmente entre aqueles que continuaram a usar as técnicas MBSR por conta própria (Bazarko, Cate, Azocar, & Kreitzar, 2013).

Além do programa MBSR, anteriormente lavrado, existem outras investigações/estudos que procuram, igualmente, reduzir o stresse nos profissionais de saúde. Seguidamente, serão apresentados quatro estudos que remetem para a redução do stresse considerando outras técnicas, nomeadamente o *Cognitive Behavioral Stress Management* (CBSM) e o *Yoga-Based Stress Management* (YBSM), programas educativos e psicoeducativos e ainda uma intervenção no âmbito mental.

Riley et al., (2017), desenvolveram dois estudos com a finalidade de comparar os impactos da *Cognitive Behavioral Stress Management* (CBSM) e do *Yoga-Based Stress Management* (YBSM) para profissionais de saúde. O presente estudo consistiu na criação, e teste, de uma intervenção de bem-estar organizacional de 8 semanas, combinando yoga com aspetos de gestão do stresse cognitivo, nunca antes estudada. Esta junção consiste num novo tipo de intervenção, yoga manualizada baseada nos princípios de Kripalu, como oportunidade para cultivar a *mindfulness* e uma intervenção psicopedagógica na gestão do stresse. Os autores testaram a intervenção de YBSM e seus impactos na saúde mental e física em provedores de cuidados de saúde mental de primeira linha em um estudo piloto pré-pós para viabilidade e eficácia preliminar (estudo 1). Em seguida, realizaram um segundo estudo em que o compararam diretamente a intervenção de CBSM, com prestadores de cuidados de saúde mental,

medindo mudanças em uma variedade de índices de bem-estar por um período de 8 meses (estudo 2).

O estudo 1 foi composto por 38 participantes do *Clinical and Support Options* que completaram as pesquisas da linha de base (tempo 1) e do final da intervenção (tempo 2). Os participantes que manifestaram interesse em participar preencheram um *link* para uma pesquisa online e um formulário de consentimento informado, 2 a 3 semanas antes do início da intervenção. Para proceder à avaliação deste grupo, foram usadas várias medidas: 1) *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)*; 2) *Short Form 12 (SF-12)* para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde física (PCS) e mental (MCS); 3) *Measure of Current Status (MOCS-A)*; 4) *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)*; 5) *Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*; 6) *Self-Compassion Scale-Short Form (SCS)* (Riley, et al., 2017).

Os 38 participantes preencheram questionários de base (YBSM = 19, CBSM = 19), 28 participantes preencheram os questionários do tempo 2, completando os questionários de seguimento de 3 meses e 19 questionários completos de pós-seguimento de 6 meses. Foram realizadas duas sessões de 8 semanas da intervenção com 20 participantes. Os participantes foram randomizados para um dos quatro grupos de tratamento (duas sessões de 20 participantes cada). Essas duas sessões foram realizadas em parte, simultaneamente, com uma sobreposição de 4 semanas na data de início. Ambas as intervenções duraram 8 semanas e as avaliações foram feitas pré e pós-transformação e no seguimento de 2 meses e 6 meses. Os participantes receberam um pequeno incentivo financeiro pelo tempo gasto em completar cada conjunto de questionários (Riley, et al., 2017).

As medidas utilizadas no estudo 1 e também incluídas no estudo 2 foram: 1) *DASS-21*; 2) *SF-12*; 3) *MOCS-A*. As medidas adicionais de bem-estar físico e mental adicionadas ao estudo 2 foram: 4) Índice de massa corporal (IMC); 5) Pesquisador de frutas e vegetais do *National Cancer Institute (NCI)*; 6) *Paffenbarger Physical Activity Questionnaire (PPAQ)*; 7) Relato da ingestão de álcool nas últimas 2 semanas; 8) Relato do estado de tabagismo atual; 9) *NIH Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)* para distúrbios do sono (SD); 10) *PHQ-9*, e; 11) *Professional Quality of Life (ProQol) 5* (Riley, et al., 2017).

Em termos de resultados de análise estatística descritiva, os dois grupos de intervenção foram estatisticamente similares entre si na maioria das variáveis sociodemográficas. Porém, a amostra de prestadores de cuidados de saúde mental foi, em média, significativamente menos stressada do que as normas nacionais, para além

de os resultados da qualidade de vida profissional desadaptativos, compaixão, *burnout* e stresse traumático secundário foram baixos em comparação com as normas. Os grupos em geral, estavam ligeiramente mais deprimidos do que as médias nacionais. No que concerne aos resultados da modelagem mista linear, a nível dos efeitos de tempo, houve uma série de índices que melhoraram significativamente em ambos os grupos durante o curso de 8 meses enquanto que outras diminuíram. A nível dos efeitos grupais, não houve efeitos principais por grupo para qualquer variável, mas houve nas interações do tempo por grupo. O grupo CBSM aumentou mais em MOCS  *coping confidence*. O grupo YBSM aumentou significativamente mais do que o grupo CBSM na atividade física. O grupo YBSM diminuiu no stresse traumático secundário e aumentou no SF-12 MCS. Por fim, ao nível das mudanças, não houveram mudanças significativas por grupo ou ao longo do tempo na qualidade do sono, álcool, IMC, ansiedade, cigarro ou PCS (Riley, et al., 2017).

De um modo geral, o estudo 2 mostrou que os grupos CBSM e YBSM evidenciaram melhorias significativas nos comportamentos de saúde (ingestão de frutas e vegetais, álcool) e saúde física (diminuição da frequência cardíaca). Muitas melhorias na saúde mental para ambos os grupos também foram observadas, incluindo relaxamento e conscientização, qualidade de vida profissional (ou seja, satisfação de compaixão e *burnout*), depressão e stresse. Estes dados indicam que dois programas diversos que visam o mecanismo compartilhado de gestão do stresse geram efeitos benéficos semelhantes na saúde. Apesar dessas semelhanças, as diferenças entre os resultados do grupo sugerem importantes contribuições diferenciais ou mecanismos de ação entre YBSM e CBSM. Embora a intervenção da CBSM tenha parecido mais eficaz para melhorar a confiança dos participantes na sua capacidade de lidar, o YBSM foi mais eficaz no aumento da atividade física auto relatada, qualidade de vida relacionada à saúde mental e diminuição do stresse traumático secundário. No entanto, ambas as intervenções, incluindo a nova intervenção de YBSM, parecem sugerir eficácia em relação aos profissionais de saúde mental e para outras populações semelhantes, com outros prestadores de cuidados de saúde (Riley, et al., 2017).

De outro ponto de vista, Orly, Rivka, Rivka, e Dorit (2012) realizaram a análise de vários estudos relacionados com o stresse em enfermagem. De um modo geral, as Intervenções Cognitivo-Comportamentais (CBIs) salientam os elementos físicos e cognitivos. Apesar das claras evidências de eficácia das CBIs na redução do stresse ocupacional, poucos foram os estudos que examinaram a sua eficácia na última década. Deste modo, Orly, Rivka, Rivka, e Dorit (2012), desenvolveram um estudo de design

pré-pós teste, como controlo, que tinha como objetivo investigar o efeito das CBIs sobre a sensação de coerência (SOC) nos enfermeiros, o stresse percebido e os estados de humor.

A amostra foi constituída por 36 enfermeiros de um importante hospital regional do sul de Israel, divididos em 2 grupos. No grupo de estudo, participaram 20 pessoas no curso de CBIs, e no grupo controlo participaram 16 pessoas. Esta amostra foi recrutada através da amostragem de bola de neve com pré-requisitos de pelo menos 5 anos de experiência e com papéis duais, clínica e administrativa, que representam uma maior pressão da função. No que concerne aos dados, estes foram recolhidos em dois pontos de medicação, no início do estudo (t1) e 4 meses depois da conclusão do estudo (t2). Neste intervalo, o grupo de estudo participou no curso de CBIs, composto por 16 encontros com duração de 4 horas, e cinco seminários com duração de 3 horas. O grupo de controlo apenas participou nos cinco seminários anteriormente referidos, sem nenhuma intervenção adicional. No curso de CBIs, as intervenções comportamentais incluíram o ensinamento e a prática de técnicas de respiração e treino muscular progressivo, sendo que as intervenções cognitivas abrangeram informação sobre reações potenciais a stressores, identificação de modos de pensar irracionais, habilidades para modificar modos de pensar negativos e adquirir habilidades de resolução de problemas (Orly, Rivka, Rivka, & Dorit, 2012).

Todos os participantes preencheram um consentimento informado, tal como as escalas escolhidas para mediar as reações ao stresse, recursos de personalidade e estados de humor. Para os recursos de personalidade, foi administrado o SOC de 13 itens, nos dois pontos de medicação (t1 e t2), numa escala de *Likert* de 7 pontos. No que diz respeito aos estados de humor foram administrados três instrumentos: 1) o *Perceived Stress Scale (PSS)*; 2) o *Profile of Mood States (POMS)*; 3) questionário sociodemográfico (Orly, Rivka, Rivka, & Dorit, 2012).

No que concerne aos resultados, a partir dos testes do qui-quadrado para examinar as diferenças entre os dois grupos nas variáveis sociodemográficas, não houveram diferenças significativas. Ao realizar a análise da estatística descritiva para examinar médias e desvios padrão das medidas psicológicas na linha de base (t1), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de valores médios de SOC entre o grupo de estudo e o de controlo, bem como nos valores médios de stresse e de todas as subescalas de POMS. A análise univariada da covariância (ANCOVA) foi utilizada para testar os efeitos do grupo sobre as variáveis de personalidade e os estados de humor, sendo definido que os valores de SOC, stresse e todas as

subescalas POMS em t1 como covariáveis. Entre t1 e t2, apenas no grupo de estudo foram detetadas alterações estatisticamente significativas em quatro das medidas psicológicas em t2: em SOC e vigor foi observado um aumento significativo de t2 em comparação com t1, e em stresse e fadiga foi observado uma diminuição significativa de t2 em comparação com t1. Nas restantes quatro subescalas de POMS, não foram observadas tais alterações (Orly, Rivka, Rivka, & Dorit, 2012).

Os resultados mostram que apenas os enfermeiros que participaram no curso de CBIs apresentaram maior SOC e vigor, e menos stresse e fadiga, após a conclusão do estudo, o que vai ao encontro dos estudos previamente analisados pelos os autores. Considerando que os estudos indicavam que maiores valores de SOC são referidos como uma indicação da capacidade de escolher os recursos adequados para lidar com as situações específicas e aumentar o bem-estar, é possível concluir que os enfermeiros do grupo de CBIs, que referiam maiores valores de SOC após a conclusão do curso, sentiram que eram capazes de lidar com o stresse organizacional. Em suma, os autores assumiram que o curso de CBIs reduziu as reações ao stresse e facilitou a reestruturação cognitiva de situações stressantes no trabalho. O facto de a redução da resposta emocional ser conduzida foi deslocando a atenção da situação relacionada ao stresse e originando formas alternativas de interpretação dessas situações. Assim, ao alterar as cognições, presume-se que os enfermeiros puderam enfrentar o stresse relacionado com o trabalho com formas alternativas de pensar (Orly, Rivka, Rivka, & Dorit, 2012).

Uma técnica frequentemente usada para gerir o stresse é a psicoeducação (PSE). O objetivo da PSE é ajudar as pessoas a adquirir competências para gerir o stresse e preservar a sua saúde mental. A transferência de conhecimento e a aquisição de habilidades são alcançadas em encontros individuais, em sessões grupais e/ou através de trabalhos de casa. A PSE pode ser considerada uma intervenção independente no âmbito de uma abordagem cognitivo-comportamental (Bäumli, Froböse, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006). Deste modo, Daele, Hermans, Audenhove, e Bergh (2012), concretizaram uma meta-análise para avaliar a eficácia das intervenções psicoeducativas na redução do stresse e obter mais informações sobre a determinação de características que modificam a magnitude dos efeitos. Para este estudo, em primeiro lugar foi criada uma pesquisa abrangente sobre a literatura, através dos principais mecanismos de busca de banco de dados. Em segundo foi realizada uma pesquisa manual nas revistas mais relevantes, para além da pesquisa das referências

dos estudos incluídos e das avaliações disponíveis. Para identificar os estudos relevantes sobre a eficácia da PSE, foram utilizados sete critérios de busca.

Através da estratégia de busca, foi possível congrega 221 estudos que atendiam aos critérios de inclusão. Devido ao grande alcance da estratégia de busca, alguns dos estudos inicialmente recuperados não foram mantidos, perfazendo um total de 71 artigos que pareciam relevantes. Após um rastreio inicial, 44 foram excluídos devido ao facto de não atenderem a um ou mais critérios de inclusão predefinidos. Por fim, foram aceites 17 artigos, que contabilizavam 19 estudos, dos quais 16 foram utilizados na estimativa do tamanho do efeito, enquanto que todos os 19 poderiam ser incluídos na análise do moderador (Daele, Hermans, Audenhove, & Bergh, 2012).

Os resultados da estimativa do tamanho do efeito apontam que as SMDs no pós-teste, para cada um dos 16 estudos incluídos, variaram de um pequeno efeito negativo de -.03 para um grande efeito de .89. Um efeito positivo geral foi encontrado. A SMD ponderada inversa da variância foi pequena, mas significativo com um SMD de 0,27 (intervalo de confiança de 95% [CI] = [.14, .40],  $p < .0001$ ). A heterogeneidade estatística é de  $I^2 = 35\%$ , ou seja, há heterogeneidade estatística média presente. Os tamanhos de efeitos variaram de -.10 a .78. Contrariamente aos resultados do pós-teste, o efeito não foi globalmente positivo. Apenas um pequeno efeito foi encontrado, e os resultados apresentaram alta heterogeneidade estatística ( $I^2 = 73\%$ ), o que dificulta a interpretação. Em geral, a conclusão é que há evidências variadas quando se trata dos efeitos a longo prazo das intervenções psicoeducativas para o stresse (Daele, Hermans, Audenhove, & Bergh, 2012).

De um modo geral, e começando por responder à questão “as intervenções psicoeducativas eram eficazes na redução do stresse?”, os tamanhos de efeito relatados nesta revisão são pequenos, mas consistentemente positivos, o que indica eficácia para este tipo de PSE. O efeito geral (SMD = 0,27) é maior do que em meta-análises semelhantes, por exemplo, o estudo de Martin, Sanderson, Cocker, e Hons (2009) sobre os efeitos das intervenções de promoção da saúde para depressão e sintomas de ansiedade (SMD = 0,05) ou o estudo de Stice, Shaw, Bohon, Marti, e Rohde (2009) (citado por Daele, Hermans, Audenhove, & Bergh, 2012) sobre programas de prevenção da depressão para crianças e adolescentes ( $r = .15$ ). Apesar de uma grande variedade de formatos de intervenção, parece que o PSE é efetivo para pessoas de diferentes idades, de diferentes origens e com diferentes interesses para seguir um curso psicopedagógico. Por fim, e respondendo à segunda questão “há características de uma intervenção psicoeducativa que a torna menos ou mais eficaz?”, apenas a

duração da intervenção apareceu como um moderador significativo. Um modelo que inclui a duração da intervenção e o género do participante explicou 42% da variação nos efeitos. Aparentemente, as intervenções psicoeducativas de curta duração para as mulheres são mais eficazes. Devido ao facto de estes resultados serem correlacionais, os autores abstêm-se de fazer interpretações causais firmes e avançar sugestões específicas para as intervenções (Daele, Hermans, Audenhove, & Bergh, 2012).

Sob outra perspetiva, Manotas, Eraso, Oggins, e Mc-Govern (2014) desenvolveram um estudo com a finalidade de: 1) replicar os benefícios das intervenções baseadas na mente em uma amostra comunitária de funcionários de saúde em Bogotá, Colômbia, uma nova população e área geográfica; 2) examinar a eficácia de uma intervenção mental de 4 semanas na redução da depressão, ansiedade e stresse percebido, e; 3) testar as sugestões de que a ruminação e a flexibilidade psicológica podem atuar como mediadores entre as facetas da *mindfulness* e a mudança de sintomas psicológicos. A amostra foi composta, de forma randomizada e controlada pela lista de espera, por 83 participantes (39 no grupo experimental, 43 no grupo de controlo e uma desistência) empregados na *La Fundacion Santa Fe de Bogota* em Bogotá, Colômbia.

As medidas utilizadas para este estudo focaram-se numa pré e pós-avaliação da depressão, ansiedade, somatização, sintomas globais, stresse percebido, ruminação, flexibilidade psicológica, curiosidade e cinco facetas de *mindfulness* (observação, descrição, atuação com consciência, não-reatividade e não julgamento). As seis medidas foram: 1) *Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)*; 2) *Emotional Style Questionnaire (ESQ)*; 3) *Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*; 4) *TMS*; 5) *Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II)*; 6) *Perceived Stress Scale (PSS)* (Manotas, Eraso, Oggins, & Mc-Govern, 2014).

Os resultados revelaram reduções significativas na ansiedade, depressão, somatização e stresse percebido, bem como aumentos significativos nas facetas de *mindfulness* de observação e não julgamento. Além disso, os resultados sugerem que a redução do stresse percebido e o aumento da flexibilidade psicológica mediada entre o aumento da *mindfulness* (observação e não julgamento) e sintomas globais reduziram. Em relação à questão se o treino de *mindfulness* aumentaria a atenção e diminuiria a ansiedade, a depressão, a somatização e o stresse percebido no grupo experimental em comparação com o grupo controlo, a análise dos resultados do pré-teste mostrou que, em comparação com outros grupos estudados na literatura, os do presente estudo estavam mais ansiosos e relataram mais atuação com consciência, mas menos

descrição das características de *mindfulness*. Porém, os participantes não diferiram das normas publicadas em outras medidas. Quanto à hipótese de que o treino de *mindfulness* aumentaria a atenção e a curiosidade, os resultados mostraram que o treino aumentou as pontuações nas facetas não judiciais e de observação da FFMQ, mas não teve impacto em descrever, atuar com consciência ou não reagir, embora aumentasse as pontuações no fator de curiosidade do TMS. Como evidenciado pelas diferenças nas mudanças entre os grupos de controlo e experimental, o treino de *mindfulness* foi associada à redução do stresse, depressão, ansiedade, somatização e dificuldade global. O presente estudo também levantou a hipótese de que o treino de *mindfulness* reduziria a ruminação e aumentaria a flexibilidade psicológica. Todos os participantes mostraram melhorias na flexibilidade e mudanças marginalmente significativas na ruminação, mas aparentemente o treino não teve impacto diferencial na ruminação e na flexibilidade psicológica. Finalmente, este estudo relatou os resultados das análises mediáticas para avaliar se a flexibilidade psicológica e o stresse percebido atuavam como mediadores entre as facetas do *mindfulness* e a escala de sintomas globais do BSI. Os níveis de *mindfulness* correlacionaram-se positivamente com a flexibilidade e correlacionaram-se negativamente com o stresse percebido, e uma maior flexibilidade e redução do stresse foram, por sua vez, associados à menor dificuldade global (Manotas, Eraso, Oggins, & Mc-Govern, 2014).

Deste modo, os dados sugerem que as intervenções de *mindfulness* de 4 semanas (em vez de treino de 8 semanas) podem ser um meio efetivo de melhorar o bem-estar entre profissionais ocupados. Além disso, mudanças na observação e não julgamento podem ser os componentes ativos de *mindfulness* nesta breve intervenção. Finalmente, as reduções no stresse percebido e o aumento da flexibilidade psicológica podem mediar os efeitos de *mindfulness* na redução de sintomas. Pesquisas futuras sobre o sequenciamento do envolvimento de facetas de *mindfulness* no treinamento e na mudança de sintoma são exigidas (Manotas, Eraso, Oggins, & Mc-Govern, 2014).

Sucintamente, podemos refletir que, apesar de atualmente haver imensa investigação na área do stresse, ainda é sentida uma falta de investigação direcionada para os profissionais de saúde, principalmente no âmbito da enfermagem. Como refere Daele, Hermans, Audenhove, e Bergh (2012) muitas das intervenções primeiramente oferecidas são as de baixo custo, e as intervenções mais intensivas e onerosas são reservadas para aqueles que não são suficientemente auxiliados pela intervenção inicial. Uma vez que as intervenções intensivas e dispendiosas já estão bem estabelecidas (Andrews, Issakidis, Sanderson, Corry, & Lapsley, 2004, citado por Daele,



Hermans, Audenhove, & Bergh, 2012), é necessária uma maior extensão do atendimento primário de saúde mental através de intervenções com baixos limites financeiros e de acessibilidade (Bebbington, & et al., 2000, citado por Daele, Hermans, Audenhove, & Bergh, 2012). É deste modo que surge a conformidade deste estudo, para que possa ser um pequeno passo na procura de soluções para gerir e controlar o stresse, mais especificamente na área de enfermagem. Objetivamente, é pretendido dotar os enfermeiros de ferramentas para que estes consigam, de forma inconsciente, diminuir ou suprimir os seus níveis de stresse.

Em termos gerais, é fundamental realçar que os estudos anteriormente descritos tiveram um papel fulcral na presente dissertação, considerando que, todos eles contribuíram de alguma forma para o seu desenvolvimento. Se observarmos de forma sucinta os estudos, podemos concluir que cada um deles completaram ou deram a conhecer sobre algum aspeto importante a ser investigado futuramente. Os estudos apresentados são de carácter complementar e basilar para o nosso estudo, uma vez que estes são apologistas do relaxamento como método de diminuição do ritmo cardíaco, e consequentemente do stresse (Borges, & Ferreira, 2013); programas de MBSR, tMBSR, CBSM e YBSM, *mindfulness* e psicoeducativos com o intuito de psicoeducar através de aulas semanais onde os participantes aprendem vários tipos de práticas de meditação (Irving, Dobkin, & Park, 2009; Lamothe, et al., 2016; Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005; Martín-Asuero, & García-Banda, 2010; Bazarko, Cate, Azocar, & Kreitzar, 2013; Riley, et al., 2017; Daele, Hermans, Audenhove, & Bergh, 2012; Manotas, Eraso, Oggins, & Mc-Govern, 2014) investigar o efeitos das CBIs sobre a sensação de coerência, stresse percebido e os estados humor, como forma de realiza a reestruturação cognitiva de situações stressantes no trabalho (Orly, Rivka, Rivka, & Dorit, 2012); e dessa forma gerir de melhor forma o stresse. Outros aspetos importantes a reter dos estudos é o facto de os autores afirmarem que seria importante haver um maior investimento e uma maior sensibilização dos gestores para a implementação de programas de intervenção na gestão do stresse laboral, essencialmente em Portugal.

É nesta medida que pretendemos com o desenvolvimento do nosso estudo, não só utilizar as técnicas anteriormente exploradas, mas também aglomerar diversas áreas. Pretendemos começar por dar a conhecer o que é o stresse, o reconhecimento dos sintomas e da dinâmica de grupo, numa perspetiva de consciencializar o participante. Posteriormente ambicionamos ensinar a gerir o stresse, através de técnicas baseadas na psicologia e cientificamente testadas, começando pelo reconhecimento da relação entre a cognição-emoção-comportamento, fazendo da cognição a porta de entrada para

trabalhar a nível emocional e comportamental. Por fim, levamos os nossos participantes a refletir sobre o passado, o presente e o futuro, como forma de interiorizar todo o processo desenvolvido anteriormente. O facto de direcionarmos o nosso projeto para profissionais de enfermagem, surge na procura de resultados favoráveis, de respostas mais eficientes e adequadas para estes profissionais que sofrem com o stresse, mas, como afirma Borges, e Ferreira (2013) é necessário um maior investimento nesta área.

#### 3.4. Objetivos e questões de investigação

Considerando a literatura anteriormente descrita e a análise das várias investigações/estudos aqui apresentados, podemos verificar que é possível gerir o stresse em contexto laboral. A presente dissertação tem a finalidade de instruir os participantes no que concerne às informações sobre o stresse, ensinar exercícios de relaxamento e de controlo de sentimentos/pensamento negativos, identificação de fontes de bem-estar, tal como aprendizagem de estratégias e técnicas de gestão do stresse para que possam aplica-los no seu quotidiano. De um modo geral, o objetivo passa por fomentar um desenvolvimento de competências, para além da análise individual do problema e do fornecimento de informação e aconselhamento (Schröder, & Reschke, 2010), focando a hipótese central que é possível reduzir o nível de stresse independentemente das suas causas.

Devido ao facto de a enfermagem ser considerada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão que mais incita stresse no setor público (Murofuse, Abranches, & Napoleão, 2005), é criticamente necessária uma intervenção da gestão do stresse com estes profissionais de saúde. Para além de garantir o atendimento eficiente e a qualidade de serviços prestados, esta intervenção permite ainda salvaguardar a organização na medida em que o desempenho prestado pelos seus funcionários seja favorável, mas fundamentalmente para que seja garantida a qualidade de vida à própria pessoa (i.e., o enfermeiro), quer a nível físico, emocional e mental. É deste modo pertinente que esta intervenção seja encarada como realista, viável e aplicável, para que possibilite mudanças positivas e para gerir de forma otimista os resultados negativos da exposição a fatores de stresse.

Resumidamente, para a presente dissertação foram delineados os seguintes objetivos:

**Objetivo geral:** dotar os profissionais de enfermagem de ferramentas para diminuir ou suprimir os níveis de stresse e em consequência adquirirem competências para lidar com os problemas do quotidiano de um modo mais adequado.

**Objetivos específicos:** 1) contribuir para que os profissionais de enfermagem aprendam a lidar e a gerir adequadamente o stresse; 2) implementar programas de treino para aquisição de competências, a fim de diminuir os níveis de stresse, e; 3) verificar a sua eficácia através de uma metodologia científica.

Para responder ao objetivo geral, foram consideradas as seguintes questões de investigação:

- a) Através da presente intervenção, haverá diminuição dos níveis de stresse?
- b) Os resultados devem-se à intervenção ou outros fatores (internos, externos, etc.)?

Para finalizar, foram ainda levantadas seis hipóteses:

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

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

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

**H4:** as três hipóteses anteriores coincidem;

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

**H6:** as melhorias mantêm-se após o treino.

## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

### Capítulo 4 – Metodologia

#### 4.1. Materiais e Métodos

##### 4.1.1. Participantes e configuração

A amostra da presente investigação foi composta por enfermeiras com idades compreendidas 26 e 35 anos, que se encontram a exercer a sua profissão. O método de amostragem foi não probabilístico, acidental, casual ou por conveniência, visto que a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos, isto é, o facto de ter sido proposto aos profissionais de saúde de enfermagem, e por ser pedido a participação voluntária no projeto (Marôco, 2014).

Tabela 1 – Características gerais da amostra

Variável	Intervenção	
	N	%
<b>Idade</b>		
25 -30	1	≈ 33,3
31 - 35	2	≈ 66,7
<b>Género</b>		
Feminino	3	100
Masculino	-	0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a), com namorado	1	≈ 33,3
Solteiro(a), sem namorado	1	≈ 33,3
Casado(a)	-	0
União de facto	1	≈ 33,3
Divorciado/Separado	-	0
Outro	-	0
<b>Tem filhos?</b>		
Sim	1	≈ 33,3
Não	2	≈ 66,7
<b>Quantas horas, em média, trabalha por semana?</b>		
35h – 40h	2	≈ 66,7

41h – 45h	-	-
46h – 50h	-	-
51h – 55h	-	-
56h – 60h	1	≈ 33,3
<b>Quantos anos tem de experiência profissional em enfermagem?</b>		
1 – 5 anos	1	≈ 33,3
6 – 10 anos	2	≈ 66,7

#### 4.1.2. Instrumentos e Materiais

Com o intuito de demonstrar a eficácia do programa “*Gestão Otimista do Stresse*”, foi aplicado um desenho de investigação quase-experimental de linha de base múltipla (Johnson, & Pennypacker, 2009) inter-sujeitos, com aplicação sucessiva da variável independente (pacote de treino) em enfermeiros (Galindo, 2015). Um projeto de linha de base múltipla consiste num arranjo geral em que cada combinação de assunto, classe de resposta e configuração pode fornecer uma linha de base independente para examinar os efeitos das condições experimentais (Sidman, 1960, citado por Johnson, & Pennypacker, 2009). A eficácia quando comparada com uma condição de controlo num ambiente laboratorial é encarada como uma base necessária, mas não suficiente para que a técnica seja considerada clinicamente eficaz para o mundo real. No mundo real as técnicas utilizadas como terapia devem ser clinicamente poderosas para justificar o seu uso e para proporcionar um alívio do sofrimento, bem como uma maior capacidade de funcionar, para que valha a pena o tempo e o esforço que é despendido. Deve ser também aceitável e rentável para proporcionar uma maior adesão ao tratamento. (Woolfolk, Lehrer, & Allen, 2007).

A verdadeira utilidade de um método terapêutico – a sua efetividade – exige outro lado, que o impacto das técnicas terapêuticas seja demonstrado num estudo com alta validade externa. A pesquisa eficaz, exemplificada pela recente geração de estudos de “pesquisa de serviços”, tenta examinar o impacto das intervenções clínicas nos contextos quotidianos do mundo real. Em tais pesquisas, a validade externa da pesquisa deverá ter maior importância do que as considerações de

validade interna, resultando no uso de métodos naturalistas sistemáticos ou modelos quase-experimentais (Woolfolk, Lehrer, & Allen, 2007, p.4).<sup>1</sup>

Os instrumentos administrados na atual dissertação foram escolhidos considerando a sua pertinência e validação no que se refere ao stresse e aos campos de avaliação. Deste modo, e com vista a atingir os objetivos inventariados, neste estudo o principal instrumento foi o programa de intervenção “*Gestão Otimista do Stresse*”, desenvolvido pelos professores Harry Schröder e Konrad Reschke (2010), traduzido e adaptado pelos professores Edgar Galindo, Adelinda Candeias e Isabel Mira, da Universidade de Évora. O manual “*Gestão Otimista do Stresse*” foi publicado em 2010, como segunda edição, pela editora DGVT de Tübingen. Este foi criado para fundamentar e complementar o programa de controlo do stresse. Desenvolvido, avaliado e aplicado durante vários anos, atualmente é um programa individualizado e adaptativo. Tanto o conteúdo teórico como o prático, deverão ajudar o participante a trabalhar com eficiência o seu programa e lembrar os pontos importantes, no seu dia a dia. Este manual é de cariz individual, pessoal e deve ser propriedade do participante.

Todavia foram também utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: 1) dois questionários de tipo quantitativo, “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*”, adaptado de Schröder e Reschke (2010) (Anexo A) e, o “*Teste de Stresse*”, adaptado de Reschke (2011) (Anexo B); 2) um questionário de tipo qualitativo, “*Avaliação Qualitativa do Stress*”, elaborado pela Professora Luísa Grácio do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora (Anexo C).

### **1) Questionários de tipo quantitativo, administrados semanalmente via e-mail:**

“*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*” (Schröder e Reschke, 2010), é um questionário utilizado para avaliar, de forma quantitativa, os níveis de stresse sentidos pelo indivíduo. É constituído por 7 questões com 4 opções de resposta: não corresponde; corresponde pouco; corresponde bastante; corresponde totalmente. A sua

---

<sup>1</sup> The real world utility of a therapeutic method – its effectiveness – requires, on the other hand, that the impact of therapeutic techniques be demonstrated in a study with high external validity. Effectiveness research, exemplified by the recent generation of “services research” studies, attempts to examine the impact of clinical interventions in everyday real-world contexts. In such research the external validity of the research may be accorded more importance than considerations of internal validity, resulting in the use of systematic naturalistic methods or quasi-experimental designs (Woolfolk, Lehrer, & Allen, 2007, p.4).

pontuação obtém-se através da soma dos valores de cada questão. Os níveis de stresse estarão dentro de uma escala de 7 a 28 valores (mínimo e máximo, respetivamente). Se a soma dos valores for inferior a 10, não será obrigatoriamente um sinónimo de pouco stresse, mas se a soma for superior a 18, o stresse será um evidente problema para o inquirido, sendo necessário começar, o mais breve possível, a fazer alguma coisa que combata de imediato este problema.

“*Teste de Stresse*”, adaptado de Reschke (2011), pelo professor Edgar Galindo do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora e os seus orientandos, é um questionário que visa avaliar, de forma quantitativa, os níveis de stresse face à última semana, procurando dar enfoque a três escalas de sintomas distintas: corporais, cognitivos e emocionais. Este é formado por 30 afirmações divididas por 10 itens relacionados com cada escala. Os níveis de stresse estarão dentro de uma escala de 0 a 150 valores (mínimo e máximo, respetivamente). Cada afirmação é assinalada pela escala de avaliação de 6 opções de resposta: não corresponde; corresponde pouco; corresponde às vezes; corresponde frequentemente; corresponde muito; corresponde sempre.

## **2) Questionário de tipo qualitativo, administrado pré e pós-intervenção:**

“*Avaliação Qualitativa do Stress*”, elaborado pela Professora Doutora Luísa Grácio do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora para o projeto, é um questionário que permite avaliar, de forma qualitativa, o stresse sentido na última semana e a existência, ou não, de estratégias para diminuí-lo. É constituído por 6 questões: Descreva no espaço abaixo o stress da última semana (se houve); Na globalidade avalia o meu stress da última semana como (escala de 4 opções: quase inexistente; médio; elevado; muito elevado); Assinale as áreas da sua vida (escala de 4 opções: vida pessoal; vida profissional; saúde; outros aspetos) onde tem sentido mais stress na última semana, indicando o seu grau (escala de 2 opções: elevado; muito elevado) e explicitando os aspetos que considera que mais contribuem para o seu stress na área indicada; Para cada uma das áreas que assinalou como maiores fontes de stress diga quais as principais consequências que o stress tem para si; Fez alguma coisa para tentar diminuir o stress que sente? (escala de 2 opções: sim; não) Diga o que fez para tentar diminuir o stress sentido; De uma forma global acha que o fez para

reduzir o seu stress resultou? (escala de 4 opções: resulta totalmente; resulta bastante; resulta pouco; não resulta) Porquê?.

#### *4.1.3. Procedimento*

A investigação teve início com o pedido de autorização aos responsáveis do Hospital Espírito Santo de Évora, para a divulgação do projeto, explicando-se as metas do estudo e os procedimentos a levar a cabo. Todos os procedimentos relacionados ao estudo foram aprovados, primeiramente pela Comissão de Ética da Universidade de Évora (Anexo D) e seguidamente pela Administração do Hospital Espírito Santo de Évora, pelo o Enfermeiro Diretor e por fim, também pela Comissão de Ética do Hospital, no que diz respeito aos participantes que desenvolvem funções neste Hospital (Anexo E). Após a anuência por parte das entidades, iniciamos o trabalho de campo, com uma sessão de apresentação do projeto, onde decorreu uma pequena e sucinta exposição oral sobre o mesmo (Anexo F). À sessão, compareceram apenas quatro enfermeiros, sendo que somente um demonstrou interesse imediato em fazer parte do projeto. Posteriormente, e devido à falta de afluência por parte dos interessados, houve a necessidade de desenvolver um panfleto informativo. O panfleto explicava os objetivos do projeto, frisando a intenção do programa em reduzir o stress e o aumento do bem-estar, e toda a informação adicional inerente ao programa (Anexo G). Após um intervalo de espera, foram recolhidas um total de cinco inscrições, das quais foram divididas pelas duas mestrandas que estavam a desenvolver o projeto no presente Hospital. Neste seguimento, houve necessidade de recrutar, pelo menos, mais um profissional para poder levar a cabo a intervenção com o mínimo de participantes possíveis. Deste modo, houve mais divulgação do projeto, via internet, e assim perfeitou-se os três profissionais mínimos, para cada uma das mestrandas.

O critério de inclusão consistia em um profissional de saúde atual, enquanto os critérios de exclusão referiam-se a: a) problemas atuais a nível emocional e não estar a fazer medicação para esse efeito, e b) não haver relações conjugais entre os participantes no grupo de intervenção. Depois da identificação da população de enfermeiros alvo, convidámo-los a participar numa sessão de abertura e esclarecimento de algumas dúvidas, bem como a distribuição dos mesmos pelos três momentos de intervenção (i.e. treino), de 10 de abril a 13 de maio, de 15 de maio a 17 de junho e de 19 de junho a 22 de julho, respetivamente. Após a distribuição dos participantes iniciou-se a intervenção semanal, durante cinco semanas consecutivas numa duração máxima de 90 minutos.



No desenvolvimento da dissertação foram consideradas todas as questões éticas e morais respeitantes à intervenção com profissionais de saúde, nomeadamente, confidencialidade e privacidade. Tendo em conta o carácter voluntário das participantes, todas elas, formalmente, assinaram o contrato de participação no programa (Anexo H), bem como o termo de consentimento informado (Anexo I).

Tabela 2 – Calendarização das três intervenções

<b>Intervenções</b>	<b>Sessões</b>	<b>Datas</b>
<b>1ª Intervenção</b>	Primeira	11 de abril
	Segunda	18 de abril
	Terceira	27 de abril
	Quarta	4 de maio
	Quinta	7 de maio
<b>2ª Intervenção</b>	Primeira	16 de maio
	Segunda	25 de maio
	Terceira	30 de maio
	Quarta	5 de junho
	Quinta	13 de junho
<b>3ª Intervenção</b>	Primeira	20 de junho
	Segunda	26 de junho
	Terceira	4 de julho
	Quarta	11 de julho
	Quinta	18 de julho

**Nota.** As datas eram acordadas consoante a disponibilidade do participante e do tutor;

Em simultâneo com o início das intervenções, deu-se igualmente início à avaliação quantitativa que consistia no preenchimento de dois questionários, administrados via e-mail, todas as semanas, ou seja, durante as 15 semanas de 10 de abril a 22 de julho e um final após 5 semanas, para que houvesse um seguimento (*follow up*) após o treino. A nível da avaliação qualitativa, os questionários foram administrados pré e pós-intervenção, isto é, na primeira e na última sessão.

Na primeira sessão, inicialmente cada participante procedeu ao preenchimento do termo de consentimento informado e o contrato de participação, conjuntamente com o questionário sociodemográfico (Anexo J) e o questionário qualitativo (pré-teste). As cinco sessões seguintes foram constituídas por uma parte teórica e uma parte prática. Cada participante recebeu um manual intitulado “*Gestão Otimista do Stresse*”, que serviu de guia e de suporte durante as várias sessões. No final da quinta, e última,

sessão foi administrado o segundo questionário qualitativo (pós-teste). Após o término da avaliação procedeu-se a uma sessão final, conjunta, onde foi entregue o certificado de participação (Anexo K) a todas as participantes que perfizeram os parâmetros anteriormente acordados, bem como o sorteio dos vouchers.

O programa “*Gestão Otimista do Stresse*” consistiu em 5 sessões, subdividas em 20 etapas, de duração máxima de 90 minutos.

**1ª sessão:** antes de qualquer atividade, cada participante assinou, voluntariamente, o contrato e o termo de participante, bem como o questionário qualitativo inicial (pré-teste). Primeiramente, apresentou-se o manual, os objetivos gerais e um breve resumo do que será as 5 sessões, isto é, o treino. De seguida, iniciou-se a sessão propriamente dita com uma definição do conceito de stresse, de forma a introduzir o mesmo. Procedeu-se a apresentação individual de cada participante, começando pelo tutor. Posteriormente foram expostas as regras do grupo e, por fim, passamos para uma parte mais prática onde foi realizado um pequeno teste para medir o stresse, “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*”, a fim de interpretar quais são efetivamente os campos de stresse de cada participante. Para a sessão foram utilizados recursos materiais como o computador e retroprojektor, com a finalidade de dinamizar as sessões, para além do manual.

**2ª sessão:** o início da sessão centrou-se na abordagem positiva à gestão do stresse, ou seja, de certa forma procedeu-se à explicação sobre a veracidade e viabilidade do programa utilizando alguns exemplos de estudos já realizados. Posteriormente a sessão teve como objetivo definir o stresse e esclarecer que qualquer tipo, elevado ou baixo, poderá ser lesivo para o bem-estar físico e anímico; compreender que a gestão do stresse pode ser aprendida; clarificar que existe várias consequências negativas, que podem favorecer o stresse, derivadas das exigências do dia a dia, fornecendo seguidamente medidas de gestão e de descanso para as exigências anteriormente apontadas; no final, da parte teórica, é apresentado um resumo de toda a informação, esclarecendo qualquer questão que surja. Para terminar, procedeu-se a parte prática da sessão, onde foi realizado a atividade “*conhecimentos sobre como gerir o stresse com sucesso*”, descrevendo o seu stresse e o que ajuda ou o que ajudou a combater-lo. Para a sessão foram utilizados recursos materiais como o computador e retroprojektor, com a finalidade de dinamizar as sessões, para além do manual.

**3ª sessão:** a presente sessão teve um caráter mais prático do que as duas anteriores, intercalando a teoria com a prática, o que facilitou a compreensão da mesma. Assim, o objetivo desta sessão baseou-se essencialmente no reconhecimento do

stress; quais são os sinais de stress através do corpo, do pensamento, do comportamento e dos sentimentos, alternando com duas atividades práticas, onde cada participante teria de identificar os seus próprios sinais e posteriormente calcular os seus stressores; dar a conhecer cinquenta sintomas que à primeira vista não associamos ao stress; nomear as causas do stress a nível das relações de trabalho, do meio social e do ambiente; e por fim realizou-se uma atividade para identificar os impulsos internos de cada participante. Para a sessão foram utilizados recursos materiais como o computador e retroprojektor, com a finalidade de dinamizar as sessões, para além do manual.

**4ª sessão:** o objetivo da presente sessão focou-se principalmente nas técnicas para gerir o stress, iniciando com a “*ReDeTrA*”, técnica desenvolvida pelos professores Schröder e Reschke. Assim sendo, começou-se por analisar uma situação problemática específica, de forma individual, seguido de um jogo complementar sobre comportamentos interiorizados e exteriorizados em relação ao stress com o objetivo de transmitir que o ideal será controlar e exteriorizar os comportamentos, embora haja diversas formas de reagir ao stress. Posteriormente, o objetivo foi dar a conhecer algumas perspetivas gerais das técnicas de gestão do stress, começando pelo controlo através do planeamento do programa pessoal, seguido da exposição e aplicação das técnicas de relaxamento, passando pela técnica do ponto sinalizador e finalizando com uma síntese geral de outras possibilidades. Seguidamente, aprofundou-se o stress e os sentimentos realizando um exercício focando uma situação vivida na qual o participante sentiu raiva, medo e/ou agressão; explorou-se as emoções negativas, “*o que pode fazer para se libertar delas?*”; aprendeu-se novas estratégias para regular os sentimentos, através das regras do prazer e; por fim, realizou-se a atividade prática dirigida para as atividades de lazer compensatórias, com a finalidade de conhecer e reconhecer as fontes de prazer. Para a sessão foram utilizados recursos materiais como o computador e retroprojektor, com a finalidade de dinamizar as sessões, para além do manual, bem como os cartões de auxílio para o jogo complementar sobre os comportamentos interiorizados e exteriorizados.

**5ª sessão:** como última sessão do programa, esta baseou-se na reflexão pessoal, quer no que diz respeito ao passado, ao presente e ao futuro. É nessa perspetiva que começamos com um exercício de reflexão sobre os momentos decisivos da vida do participante, fazendo uma retrospectiva pessoal e avaliando cada momento a nível financeiro, piores momentos, estabilidade emocional e felicidade. Seguidamente focou-se no presente, na identidade, com a atividade intitulada “*quem sou eu?*”,

interpolada com informações relacionadas com a identidade e a sua importância para a estabilidade e ainda a rede social como suporte. Posteriormente introduziu-se o futuro e os objetivos através do “teste do círculo” e da prova “esperanças no futuro”. Para terminar, cada participante realizou a atividade referente aos seus objetivos, que foram depois transcritos para uma folha juntamente com as respostas à questão “Como é que me vejo daqui a três/seis meses?”. Esta folha foi colocada num envelope que será, futuramente, enviado a cada participante. Para encerrar, foi feita a reflexão sobre o texto “A vida – um caminho”. Após o término do programa, cada participante preencheu o seu questionário qualitativo final (pós-teste). Para a sessão foram utilizados recursos materiais como o computador e retroprojetor, com a finalidade de dinamizar as sessões, para além do manual, bem como canetas de feltro para a atividade inicial.

### **Esquema da Intervenção (Figura 1.)**

**Objetivo geral:** dotar os profissionais de enfermagem de ferramentas para diminuir ou suprimir os níveis de stresse e em consequência adquirirem competências para lidar com os problemas do quotidiano de um modo mais adequado;

**Objetivo específicos:** 1) contribuir para que os profissionais de enfermagem aprendam a lidar e a gerir adequadamente o stresse; 2) implementar programas de treino para aquisição de competências, a fim de diminuir os níveis de stresse, e; 3) verificar a sua eficácia através de uma metodologia científica;

**Materiais:** manual “*Gestão Otimista do Stresse*”;

**Local:** sala de trabalho/formação;

**Procedimento:** uma vez por semana, durante cinco semanas, cada participante reúne com o tutor para a sessão de intervenção (duração máxima de 90 minutos);

**1)** Pré-teste: primeiro teste qualitativo;

**2)** Treino: pacote de treino; questionário sociodemográfico; contrato de participação; termo de participação; testes quantitativos (aplicados todas as semanas, uma vez por semana e um final cinco semanas depois);

**2.1.)** Conhecer o programa; parte humana de dinâmica de grupos (1ª sessão);

**2.2.)** Saber o que é o stresse; consequências negativas das exigências; (2ª sessão);

**2.3.)** Conhecer o stresse; sinais e causas de stresse (3ª sessão);

**2.4.)** Treinar os participantes; ensiná-los a gerir o stresse através de técnicas baseadas na psicologia (4ª sessão);

**2.5.)** Reflexão sobre o passado, o presente e o futuro (5ª sessão);

**3)** Pós-teste: segundo teste qualitativo.

O treino é considerado bem-sucedido se o participante diminuir/reduzir os seus níveis de stresse ao longo do programa.

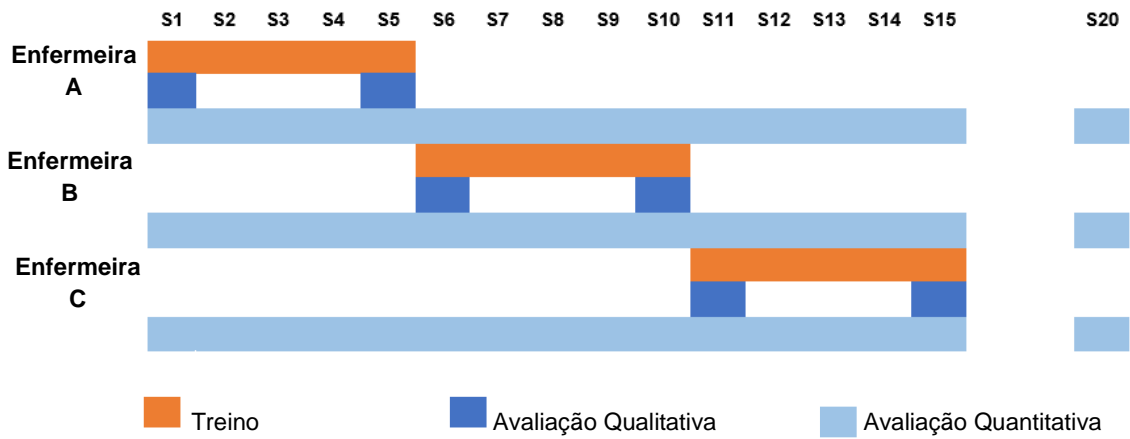


Figura 1. Esquema de intervenção de cada enfermeira (A, B e C)

## Capítulo 5 – Resultados

### Resultados referente à Parte Quantitativa

Os resultados referentes à análise da linha de base múltipla para as três enfermeiras que participaram do presente estudo são apresentados nas Figuras 2. e 3. (“*Teste de Stresse*” e “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*”, respetivamente). Cada participante recebeu o treino de gestão do stresse em três inícios distintos. A enfermeira A foi avaliada uma vez antes do treino na semana 1 (S1), quatro vezes durante o treino da semana 2 à semana 5 (S2 à S5) e onze vezes, da semana 6 à semana 10 e na semana 20 (S6 à S10 e S20), após o treino. A enfermeira B foi avaliada cinco vezes antes do treino da semana 1 à semana 5 (S1 à S5), cinco vezes durante treino da semana 6 à semana 10 (S6 à S10) e seis vezes, da semana 11 à semana 15 e na semana 20 (S11 à S15 e S20) após treino. A enfermeira C foi avaliada dez vezes antes do treino da semana 1 à semana 10 (S1 à S10), cinco vezes durante o treino da semana 11 à semana 15 (S11 à S15) e uma vez após o treino na semana 20 (S20).

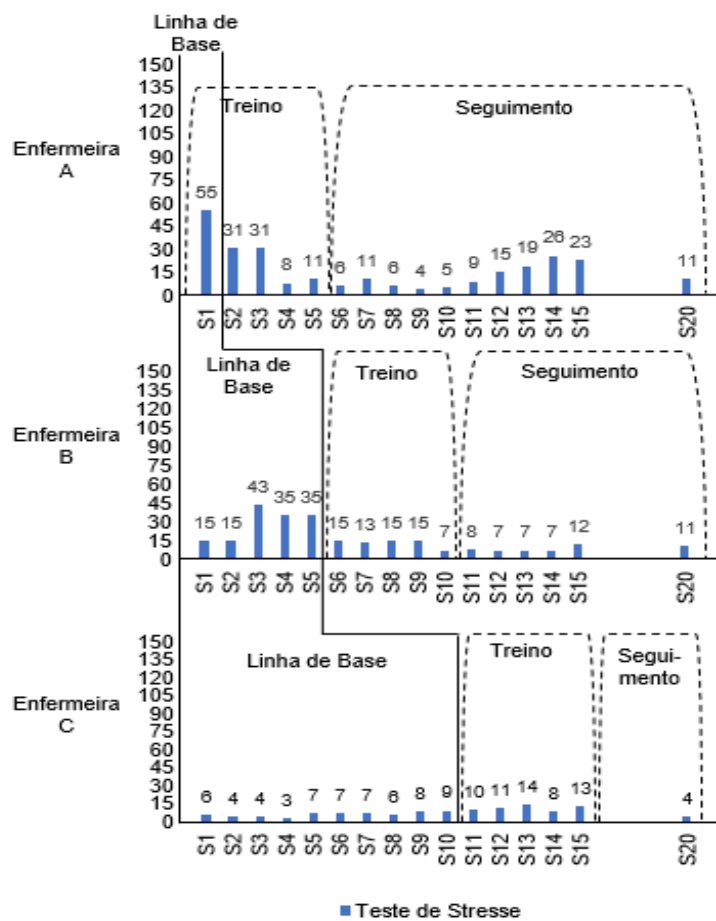


Figura 2. Análise da linha de base múltipla dos resultados obtidos no questionário quantitativo “*Teste de Stresse*” pelas três participantes (Enfermeira A, B e C).

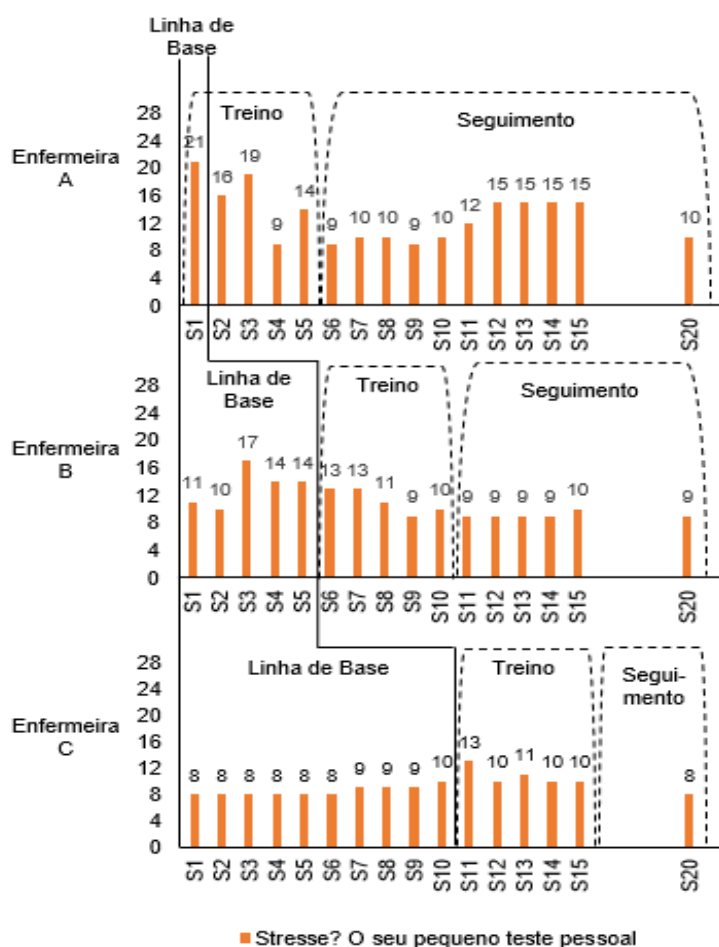


Figura 3. Análise da linha de base múltipla dos resultados obtidos no questionário quantitativo “Stresse? O seu pequeno teste pessoal” pelas três participantes (Enfermeira A, B e C).

A enfermeira A, que obteve o treino da semana 1 (S1) à semana 5 (S5), demonstra uma diminuição dos níveis de stresse durante as semanas seguintes, ou seja, as 10 semanas (S6 à S15). Os dois questionários, “Teste de Stresse” e “Stresse? O seu pequeno teste pessoal”, exibem dados equivalentes. Se observarmos os dados fase a fase, a enfermeira A apresenta um valor alto em S1 para os dois testes (55 e 21 valores, respetivamente). Com o início do treino, conseguimos observar que existe uma diminuição nos valores, em ambos os questionários, de 55 (S1) para 11 (S5) no “Teste de Stresse”, e de 21 (S1) para 14 (S5) no “Stresse? O seu pequeno teste pessoal”. De sessão para sessão (S1 à S5), existe um decréscimo nos valores dos dois questionários quantitativos: no “Teste de Stresse”, na S1 apresenta um nível de stresse correspondente a 55 valores; na S2 diminuiu para 31 valores; na S3 manteve-se nos 31 valores; na S4 voltou a diminuir para 8 valores e; por fim, na S5 aumentou ligeiramente para 11 valores. No “Stresse? O seu pequeno teste pessoal”: na S1 apresentou num

nível de stresse correspondente a 21 valores; na S2 diminuiu para 16 valores; na S3 aumentou para 19 valores; na S4 voltou a diminuir para 9 valores e; por fim, na S5 aumentou, novamente, para 14 valores.

Posteriormente, e novamente em consonância, é possível observar que após o treino os valores do nível de stresse mantiveram-se inferiores aos anteriores. No “*Teste de Stresse*”, a enfermeira A manteve valores baixos entre a S6 e a S11: na S6 apresentou um nível de stresse correspondente a 6 valores; na S7 aumentou para 11 valores; na S8 diminuiu para 6 valores; na S9 voltou a diminuir para 4 valores; na S10 aumentou, um valor, para 5 valores e; no fim, na S11 aumentou, novamente, para 9 valores. Já nas últimas quatro semanas (S12 à S15) denota-se um aumento dos valores: na S12 apresenta um nível de stresse correspondente a 15 valores; na S13 aumenta para 19 valores; na S14 volta a aumentar para 26 valores e, no fim, na S15 diminui para 23 valores. Embora houvesse efetivamente um aumento dos valores nas últimas semanas, estes nunca ultrapassaram os valores iniciais. Na avaliação final obteve 11 valores (S20). Quanto ao questionário “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*”, os valores coincidem, a enfermeira A manteve valores baixos, entre S6 a S11: na S6 apresenta um nível de stresse correspondente a 9 valores; na S7 aumentou para 10 valores; na S8 manteve os 10 valores; na S9 diminuiu para 9 valores; na S10 voltou a aumentar para 10 valores e; no final, na S11 aumenta para 12 valores. No que concerne às últimas quatro semanas (S12 à S15) revela-se um aumento dos valores: na S12 apresenta um nível de stresse correspondente a 15 valores, que se mantém durante as semanas seguintes (S13, S14 e S15). Na avaliação final obteve 10 valores (S20).

A enfermeira B, que obteve o treino da semana 6 (S6) à semana 10 (S10), exhibe uma diminuição dos níveis de stresse durante as semanas seguintes, ou seja, as 5 semanas (S11 à S15). Anteriormente ao treino, da semana 1 (S1) à semana 5 (S5), esta apresentava valores oscilantes de stresse, o que se modificou após a implementação do treino. No questionário “*Teste de Stresse*”, os valores oscilaram entre os 15 e os 43 valores: na S1 apresenta um nível de stresse correspondente a 15 valores; na S2 manteve os 15 valores; na S3 aumentou para os 43 valores; na S4 diminui para os 35 valores e; por fim, na S5 manteve os 35 valores. De igual forma, no questionário “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*” os valores também oscilaram entre os 10 e os 14: na S1 apresenta um nível de stresse correspondente a 11 valores; na S2 diminuiu para 10 valores; na S3 aumentou para os 17 valores; na S4 diminui para os 14 valores e; por fim, na S5 manteve os 14 valores. Dado o início do treino observamos que, tal como na enfermeira A, existe uma diminuição nos valores em ambos os questionários,



de 15 (S6) para 7 (S10) no “*Teste de Stresse*”, e de 13 (S6) para 10 (S10) no “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*”. À medida que as sessões vão decorrendo (S6 à S10), verificamos que no “*Teste de Stresse*” a enfermeira B exibiu uma diminuição dos valores: na S6 apresentou um nível de stresse correspondente a 15 valores; na S7 diminuiu para 13 valores; na S8 aumentou para 15 valores; na S9 manteve os 15 valores e, por fim, na S10 voltou a diminuir para os 7 valores. No “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*”, apresenta-se um decréscimo para as mesmas semanas: na S6 apresentou um nível de stresse correspondente a 13 valores; na S7 manteve os 13 valores; na S8 diminuiu para 11 valores; na S9 voltou a diminuir para 9 valores e, por fim, na S10 aumentou para os 10 valores.

Posteriormente ao treino, os valores do nível de stresse diminuíram, em ambos os questionários. No “*Teste de Stresse*”, os valores oscilaram entre 7 e 12 (S11 à S15): na S11 a enfermeira B apresenta um nível de stresse correspondente a 8 valores; na S12 diminuiu para 7 valores, que manteve nas duas semanas seguintes (S13 e S14) e; no fim, na S15 aumentou para 12 valores. Na avaliação final obteve 11 valores (S20). No que diz respeito ao questionário “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*” manteve, igualmente, valores baixos entre 9 e 10 (S11 à S15): na S11 apresentou um nível de stresse correspondente a 9 valores, que manteve nas três semanas seguintes (S12, S13 e S14) e; no fim, na S15 aumentou para 10 valores. Na avaliação final obteve 9 valores (S20).

A enfermeira C, que obteve o treino da semana 11 (S11) à semana 15 (S15), apresenta um aumento dos níveis de stresse quando aplicado o treino, ou seja, durante as semanas 11 (S11) a 15 (S15). Anteriormente ao treino, da semana 1 (S1) à semana 10 (S10), esta expunha valores baixos de stresse, o que se modificou aquando da implementação do treino. No questionário “*Teste de Stresse*”, os valores oscilaram entre os 3 e os 9 valores (S1 à S10): na S1 apresenta um nível de stresse correspondente a 6 valores; na S2 diminuiu para 4 valores, que manteve na semana seguinte (S3); na S4 diminuiu para os 3 valores; na S5 aumentou para 7 valores, que manteve nas duas semanas seguintes (S6 e S7); na S8 diminuiu para 6 valores; na S9 aumentou para os 8 valores e; no final, na S10 voltou a aumentar para 10 valores. Ao passo que, o questionário “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*” os valores foram aumentando desde o 8 até aos 10 (S1 à S10): na S1 apresenta um nível de stresse correspondente a 8 valores, que manteve nas cinco semanas seguintes (S2, S3, S4, S5 e S6); na S7 aumentou para 9 valores, que manteve nas duas semanas seguintes (S8 e S9) e; no final, na S10 aumentou para os 10 valores.

Ao iniciar o treino, analisamos um aumento nos valores do questionário “*Teste de Stresse*”, de 10 (S11) para 13 (S15): na S11 a enfermeira C apresenta um nível de stresse correspondente a 10 valores; na S12 aumentou para 11 valores; na S13 aumentou, novamente, para os 14 valores; na S14 diminuiu para 8 valores e; finalmente, na S15 voltou a aumentar para 13 valores. Na avaliação final obteve 4 valores (S20). Por outro lado, no “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*”, houve uma diminuição nos valores de 13 (S11) para 10 (S15): na S11 apresenta um nível de stresse correspondente a 13 valores; na S12 diminuiu para 10 valores; na S13 aumentou para os 11 valores e; no final, no S14 diminuiu para 10 valores, que manteve na semana seguinte (S15). Na avaliação final obteve 8 valores (S20).

### **Resultados referente à Parte Qualitativa**

Os resultados referentes à avaliação qualitativa são apresentados seguidamente através da análise dos questionários administrados às três enfermeiras participantes (A, B e C). Cada enfermeira respondeu ao questionário em três inícios distintos, numa avaliação de carácter pré e pós-teste referente à última semana. Os dados foram avaliados da seguinte forma: a enfermeira A foi avaliada qualitativamente uma vez antes do treino (pré-teste) na semana 1 (S1) e avaliada após o término do treino (pós-teste) na semana 5 (S5). A enfermeira B foi avaliada qualitativamente uma vez antes do treino (pré-teste) na semana 6 (S6) e avaliada após o término do treino (pós-teste) na semana 10 (S10). A enfermeira C foi avaliada qualitativamente uma vez antes do treino (pré-teste) na semana 11 (S11) e avaliada após o término do treino (pós-teste) na semana 15 (S15). De forma genérica, as mudanças em todas as três enfermeiras, após o treino, são visíveis, não havendo evidências de mudanças negativas em qualquer uma.

A enfermeira A, que realizou o pré-teste na semana 1 (S1), descreve o stresse da última semana como uma causa do trabalho, associada a procedimentos burocráticos e à falta de tempo para a execução de tarefas (que poderá ser conduzida à hipótese de frustração), bem como às consequências das alterações do estado físico associada aos turnos (“falta de descanso”) e às alterações relacionadas com a vida pessoal (“mudanças de turnos”, que poderá ser conduzida à hipótese de imprevisibilidade). Esta avalia o stresse sentido, face à última semana, como médio. Na avaliação, aponta como áreas com um grau elevado de stresse, a vida profissional e a saúde. No âmbito da vida profissional, a enfermeira A mantém o mesmo registo anteriormente mencionado (i.e., alterações relacionadas com a vida pessoal, alterações do estado físico e as causas do trabalho associadas à falta de tempo para execução de

tarefas), com consequências psicológicas e físicas (“ansiedade” e “dores de cabeça”) e no sono (“alterações do sono”). Na saúde, indica as “infecções recorrentes” como aspetos que contribuem para o seu stresse e a “debilitação do sistema imunitário” como principal consequência, o que demonstra que o seu estado saúde físico está alterado. Refere ter procurado soluções para reduzir o stresse através de atividades de exercício físico e relaxamento mental (“yoga”) e de descontração/maior autocontrolo (“exercícios respiratórios”), indicando que estes resultam bastante (“reduz ansiedade, distrai a atenção da fonte de stresse”).

Comparativamente, o pós-teste na semana 5 (S5), a enfermeira A referiu que não teve muitos eventos stressantes na sua vida profissional, fazendo apenas referência às consequências das alterações relacionadas com a vida pessoal (“mudanças de turnos”, que poderá ser conduzida à hipótese de imprevisibilidade), o que demonstra uma contextualização sobre a redução da desorganização laboral. Esta avalia o stresse como quase inexistente, o que representa uma melhoria em comparação ao pré-teste. Na avaliação do stresse, a enfermeira A assinala apenas a vida profissional como área específica, mantendo o grau como elevado. Nos aspetos que contribuem para o seu stresse, mantém as alterações relacionadas com a vida pessoal (“mudança de turnos”), e as consequências psicológicas e físicas (“ansiedade” e “dores de cabeça”), no sono (“perturbações do sono”) e acrescentando as alterações relacionadas com a vida pessoal (“mudança de turnos”). Quanto às estratégias para suprimir o stresse, a enfermeira A refere atividades de exercício físico e relaxamento mental (“exercício físico-yoga”, “exercícios de relaxamento”), “ir passear e estar com os amigos” e a recuperação de energias (“descansar mais”), referindo que estas resultam totalmente (“senti-me mais tranquila, sem focar a atenção nos eventos stressantes” e “reduziu ansiedade”). Após a comparação dos resultados pré e pós-teste qualitativo, os dados revelam que houve uma mudança positiva face à avaliação do stresse.

A enfermeira B, que realizou o pré-teste na semana 6 (S6), inicialmente não descreve episódios de stresse referente à última semana, embora avalie o seu stresse como médio. Na avaliação, assinalou como áreas com grau elevado de stresse, a vida pessoal e a vida profissional. No que concerne à vida pessoal, a enfermeira B aponta como aspetos que contribuem para o seu stresse as consequências das alterações no relacionamento pessoal (“filha”) e os “trabalhos domésticos”, com consequências psicológicas (“ansiedade”) e nos sentimentos (“irritabilidade” e “preocupação”). Na vida profissional, menciona como aspetos que contribuem para o aumento do stresse as causas do trabalho, associados ao “excesso de trabalho e de exigências”, com

consequências psicológicas (“ansiedade”) e nos sentimentos (“irritabilidade” e “preocupação”). Quanto às estratégias para suprimir o stresse alega atividades de exercício físico (“exercício físico”) e “atividades prazerosas”, assinalando que estes resultam pouco (“precisava de ter mais tempo para o fazer”).

Em confrontação, o pós-teste na semana 10 (S10), a enfermeira B continuou a não descrever nenhum episódio de stresse, face à última semana. Contudo, avalia o stresse como quase inexistente, o que representa uma melhoria comparativamente ao pré-teste. Porém, e considerando o facto de não haver resposta no pré e no pós-teste, possivelmente seria proveitoso, neste caso, a aplicação de um método de recolha de dados (entrevista). Na avaliação, indica apenas a vida profissional como área específica, atribuído novamente um grau elevado à mesma. Os aspetos que contribuem para o seu stresse são, novamente, as causas do trabalho, associadas ao “excesso de trabalho”, ao horário de trabalho e à “desorganização do serviço”, com consequências no pensamento (“não sou capaz”), nos sentimentos (“irritabilidade”) e “taquicardia” e “sudorese”. Quanto às estratégias para eliminar o stresse, refere várias atividades (“realizei exercício físico e ouvi música”, “realizei atividades prazerosas em família” e “sai com os amigos”), expondo que estas resultam bastante (“porque quando o estou a realizar consigo abstrair-me dos pensamentos”). Se compararmos a eficácia das estratégias implementadas no pré e no pós-teste, conseguimos verificar que o treino surtiu efeitos positivos, pois esta já conseguiu organizar a sua vida e pôr em prática as estratégias que possuía, mas não tinha tempo para desenvolvê-las. Após a confrontação dos resultados pré e pós-teste qualitativo, os dados revelam que houve uma mudança positiva face à avaliação do stresse.

A enfermeira C, que realizou o pré-teste na semana 11 (S11) descreve o stresse da última semana como uma causa do trabalho, associada à sobrecarga de trabalho por falta de profissionais, avaliando o seu stresse como elevado. Na avaliação, aponta como áreas com um grau elevado de stresse, a vida profissional e a saúde. Na área da vida profissional, a enfermeira C refere igualmente as causas do trabalho, associado à sobrecarga de trabalho (“tempo livre quase inexistente”), com consequências no “descanso”. Na saúde, como aspetos que contribuem para o seu stresse, alega “horas de refeições/exercício físico”, com consequências no “descanso”. Face às estratégias para reduzir o stresse, a enfermeira C refere o “café + tabaco”, mencionando que estas resultam bastante (“diminuição do stresse”).

Em comparação, o pós-teste na semana 15 (S15), a enfermeira C não descreve episódios de stresse referente à última semana. Todavia, esta avalia o stresse como

quase inexistente, o que representa uma melhoria comparativamente ao pré-teste. Na avaliação, mantém a saúde como área específica que mais sente stresse, embora tenha aumentado o grau para muito elevado devido às “intolerâncias (descoberta)”. As principais consequências apontadas são a “perda de peso” e o sentimento de “preocupação”. Quanto às estratégias para suprimir o stresse, a enfermeira C refere o recurso à “assistência médica” e aos “pensamentos mais positivos”, expondo que estes resultam totalmente (“consegui abstrair do problema”). Após a comparação dos resultados pré e pós-teste qualitativo, os dados revelam que houve uma mudança positiva face à avaliação do stresse. Apesar de haver um aumento no grau de stresse, face à área da saúde, esta conseguiu introduzir estratégias mais eficazes e eficientes.

Se compararmos os resultados das três participantes entre si, conseguimos ver alguns pontos comuns no pré-teste, nomeadamente nas às áreas específicas e nos aspetos que mais contribuem para o stresse. Nas áreas específicas de stresse, todas as participantes assinalaram a vida profissional como fonte de stresse, enquanto que nos aspetos que mais contribuem para o stresse, todas se queixam de excesso de exigências e sobrecarga de trabalho, corroborando os vários estudos que apontam como fatores mais stressantes em enfermagem: a sobrecarga de trabalho, o envolvimento em situações de morte, a pressão de ser obrigado a executar as tarefas fora das suas competências, conflitos com os restantes profissionais, problemas familiares e controlo do trabalho (Andal, 2006; Kawano, 2008; Tyson, & Pongruengphant, 2004), o que justifica que, seja um ponto de consenso entre todas as participantes. Segundo a *American Institute of Stress*, 80% dos acidentes de trabalho estão relacionados com o stresse (Atkinson, 2004; Giga, Cooper, & Farragher, 2003, citados por Richardson, & Rothstein, 2008).

Em síntese podemos concluir que antes do treino, apesar de as três participantes enumerarem algumas estratégias para diminuir o stresse, todas elas avaliaram o stresse da última semana como médio e elevado. Após o treino, todas as enfermeiras avaliaram o seu stresse como quase inexistente, referindo ainda algumas estratégias do pré-teste, mas essencialmente acrescentando outras sugeridas durante o treino. É ainda possível afirmar que todas as participantes, após o treino, indicam uma maior eficácia das estratégias adquiridas. Concluimos assim que o treino foi proveitoso e benéfico para todas as participantes, visto que, todas elas apresentam melhorias significativas na sua avaliação do stresse, bem como na eficácia das estratégias utilizadas.

No capítulo seguinte serão analisados, comparativamente, os dados quantitativos e qualitativos anteriormente explorados.

## Capítulo 6 – Discussão

Ao longo das sessões, as participantes demonstraram bastante interesse em aprender e pôr em prática os exercícios propostos, indicando vontade em prosseguir no projeto, para que futuramente pudessem praticar com outros colegas e, sobretudo, no seu cotidiano.

Com base nos resultados anteriormente expostos, é possível afirmar que houve concordância entre as participantes, com exceção da enfermeira C. Considerando que o estudo indicava, após o início do treino, melhorias a nível do stresse, o mesmo não se verificou com a enfermeira C, no que concerne aos dados quantitativos.

A enfermeira A exibe uma concordância nas três medidas, quer a nível quantitativo quer a nível qualitativo. É possível observarmos que nos dois instrumentos do tipo quantitativo a enfermeira A apresenta uma diminuição dos níveis de stresse após o início do treino, bem como no seu seguimento. Em concordância estão os dados do instrumento do tipo qualitativo, onde é visível uma diminuição do grau de stresse do pré-teste qualitativo para o pós-teste qualitativo. Igualmente, a enfermeira B mostra uma concordância nas três medidas. Nos dois instrumentos do tipo quantitativo a enfermeira B apresenta uma diminuição dos níveis de stresse após o início do treino bem como no seu seguimento. Na linha de base, o aumento acentuado na semana 3 (S3) deve-se, provavelmente aos problemas familiares, consequentes do fim de ano letivo da filha. Em concordância, estão também os dados do instrumento do tipo qualitativo, onde é observável uma diminuição do grau de stresse do pré-teste qualitativo para o pós-teste qualitativo. Por outro lado, a enfermeira C apresenta um aumento dos níveis de stresse, após o início do treino, nos resultados dos dois instrumentos do tipo quantitativo, embora volte a diminuir no seguimento. Este aumento surge, provavelmente, em consequência de um fator corporal (externo) abordado em sessão, nomeadamente o diagnóstico de problemas de saúde (intolerâncias alimentares). Em contrapartida, no instrumento do tipo qualitativo, a enfermeira C apresenta uma diminuição do grau de stresse do pré-teste qualitativo para o pós-teste qualitativo.

A forma de intervenção utilizada no presente estudo foi totalmente diferente dos outros estudos anteriormente realizados, sendo que, cada participante teve uma forma de intervenção distinta. A enfermeira A foi avaliada a nível quantitativo uma vez antes do treino (linha de base), quatro vezes durante o treino (treino) e onze vezes após o treino (seguimento). A nível qualitativo foi avaliada antes do seu momento de treino (pré-teste) e após o treino (pós-teste). A enfermeira B foi avaliada a nível quantitativo cinco

vezes antes do treino (linha de base), cinco vezes durante treino (treino) e seis vezes após treino (seguimento). A nível qualitativo foi avaliada antes do seu momento de treino (pré-teste) e após o treino (pós-teste). A enfermeira C foi avaliada a nível quantitativo dez vezes antes do treino (linha de base), cinco vezes durante o treino (treino) e uma vez após o treino (seguimento). A nível qualitativo foi avaliada antes do seu momento de treino (pré-teste) e após o treino (pós-teste).

O facto de a amostra ser constituída por apenas três participantes, faz com que esta seja muito reduzida, o qual é comum nos estudos de carácter N=1. Não obstante, provavelmente teria sido mais proveitoso um número maior de participantes, mas não foi possível devido à falta de tempo pós-laboral que, segundo as participantes limita a vida de um profissional de enfermagem.

Em confrontação com os resultados obtidos por outros estudos, podemos encontrar alguns pontos em concordância. Tal como em estudos passados, e considerando a diminuição dos níveis de stresse após o treino no nosso estudo, é exequível compararmos os resultados do nosso estudo com o de Borges, e Ferreira (2013), que evidenciaram a vantagem da implementação de um programa de gestão do stresse com recurso à técnica de relaxamento progressivo de Jacobson. Ou seja, existe aqui uma consonância de resultados, no que concerne à utilização do relaxamento como forma de diminuir o stresse sentido no dia a dia.

O estudo desenvolvido por Martín-Asuero e García-Banda (2010), procurava dar respostas muito similares ao nosso estudo. A forma de intervenção do programa MBSR e o nosso é semelhante em muitos aspetos, nomeadamente na programação e nas aprendizagens teóricas e práticas ao longo das sessões. O objetivo primordial de comprovar que este tipo de programa permite um seguimento positivo após o treino, foi evidenciado no estudo de Martín-Asuero e García-Banda (2010). Tal e qual como no programa de treino MBSR, o nosso estudo também revelou que o programa “Gestão Otimista do Stresse” é eficaz na redução dos níveis de stresse, mantendo-os posteriormente no seu seguimento, concluído que estes são eficazes, credíveis e viáveis não só no momento em que ocorre a intervenção, como também posteriormente. Ainda na mesma linha dos programas de *mindfulness*, como o MBSR, foi possível concluir que todos eles produziram benefícios para os clínicos nos domínios da saúde física e mental, diminuindo os valores de stresse, o sofrimento psicológico e o desgaste no trabalho (Irving, Dobkin & Park, 2009; Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005; Manotas, Eraso, Oggins, & Mc-Govern, 2014).

Orly, Rivka, e Dorit (2012), através da análise de vários estudos, concluíram que o stresse em enfermagem pode representar um grande desafio para os enfermeiros de forma individual, bem como para a organização de cuidados de saúde visto que, este poderá prejudicar a produtividade dos enfermeiros. Dessa forma utilizou-se um programa de CBIs para reforçar a importância das intervenções cognitivo-comportamentais como fonte de redução das reações ao stresse, bem como facilitar a reestruturação cognitiva das situações stressantes no trabalho. Do mesmo modo que os programas de MBSR, o programa de CBIs também reforça a ideia que o ensinamento e a prática de técnicas de respiração, o treino muscular progressivo, as informações sobre reações potenciadoras de stresse, a identificação de pensamentos irracionais, as habilidades para modificar os pensamentos negativos e a aquisição de habilidades de resolução de problemas são técnicas fundamentais para a gestão do stresse.

Em suma, o facto do nosso estudo complementar a dimensão teórica com a dimensão prática, quer em exercícios ilustrativos quer no conhecimento de técnicas de gestão do stresse, faz com que seja mais viável e fidedigno enquanto potencializador de menores níveis de stresse. Considerando que o nosso programa oferece várias medidas de gestão e de descanso e, posteriormente, outras técnicas, faz com este se torne mais acessível às várias problemáticas e às várias personalidades, pois sabemos que não existe um modelo generalizado para todos, é fulcral ter em consideração a idiosincrasia de cada indivíduo pois, cada pessoa lida com os seus problemas e entraves de maneira diferente.

Outra vantagem que podemos apontar sobre o nosso treino é a durabilidade do mesmo. O facto de este ter uma duração mais prolongada, faz com que as sessões sejam mais ricas e mais proveitosas para quem participa neste projeto. A elucidação e a possibilidade de discussão dos vários assuntos, permite que este projeto se torne mais enriquecedor e dinâmico, uma vez que permite o diálogo e a partilha de ideias/experiências, entre participantes e tutor. Também poderá ser considerada como vantagem a forma de intervenção distinta de participante para participante, tendo em conta que podemos ter diferentes perceções face à linha de base e ao seguimento de cada caso. Por outro lado, o facto de proporcionar um alívio significativo do sofrimento (i.e., stresse) e uma maior capacidade de lidar com os problemas, faz com esta seja uma técnica na qual vale a pena despender tempo e esforço. Por fim, o facto de fornecermos um manual de apoio, permitirá que o participante continue a colocar em prática, em casa, as técnicas e os métodos apresentados nas sessões. Futuramente,



poderá sempre lembrar quais os passos e as estratégias que aprendeu durante o treino.

Comparativamente aos outros estudos já realizados na área da gestão de stresse em enfermagem, o nosso estudo diferencia-se em aspetos como a sua realização em Portugal, uma vez que, apesar de haver inúmeras investigações científicas neste âmbito, a maioria são internacionais e raramente nacionais. Outro aspeto está voltado para o enfoque que é dado apenas aos profissionais de enfermagem, em vez de uma amostra constituída por um conjunto de profissionais de saúde (e.g. médicos, enfermeiros, psicólogos, etc.). O facto do nosso estudo ter uma avaliação qualitativa, também será um ponto a favor da implementação do mesmo. Como refere o estudo desenvolvido por Irving, Dobkin, e Park (2009), escassos são os estudos de caráter qualitativo no que concerne à área do gestão do stresse em enfermeiros, ou seja, existe necessidade de estudos que combinem as variáveis de processo, resultado e método de pesquisa diversificado.

Considerando a corroboração parcial do nosso programa podemos ainda contrariar a ideia de que as primeiras intervenções oferecidas são as de baixo custo e consequentemente menos intensivas (Daele, Hermans, Audenhove, e Bergh, 2012). Uma vez que o nosso estudo promove uma intervenção de baixo custo, faz com que este se torne mais acessível para todos os níveis económicos independentemente da sua intensidade. De outra perspetiva, quando olhamos os programas anteriores comparativamente com o do presente estudo é detetável que este torna-se mais benéfico uma vez que são utilizadas técnicas diferenciadoras e adicionais. Nos anteriores o enfoque é voltado para as técnicas de meditação (programa MBSR), enquanto que o nosso oferece uma panóplia de técnicas e estratégias para gerir e lidar com o stresse (técnicas de relaxamento, estratégias de descanso, atividade prazerosas, autorreforço, resolução problemas, etc.). Finalmente, e citando uma vez mais Woolfolk, Lehrer, & Allen (2007):

A pesquisa de eficácia, exemplificada pela recente geração de estudos de "pesquisa de serviços", tenta examinar o impacto das intervenções clínicas em contextos quotidianos do mundo real. Em tais pesquisas a validade externa da pesquisa pode ser dada como mais importante do que as considerações de validade interna, resultando no uso de métodos naturalistas sistemáticos ou projetos quase-experimentais (p.4).

Deste modo, é importante lembrar que, contrariamente às investigações anteriormente desenvolvidas que se focavam no tipo estatístico, o nosso estudo adequa-se, devido à sua problemática, ao tipo experimental.

De acordo com os resultados obtidos, a primeira hipótese (H1) de que o treino é capaz de diminuir os níveis de stresse de acordo com o instrumento “*Teste de Stresse*”, foi corroborada. Ao observarmos detalhadamente o gráfico do instrumento “*Teste de Stresse*” (*Figura 2.*) para cada enfermeira, podemos concluir que, as três enfermeiras diminuíram os seus níveis de stresse com o treino. Apesar de haver algumas oscilações durante a linha de base, o treino e o seguimento, todas as participantes apresentaram, no fim do seguimento, valores inferiores aos primordiais.

Quanto à segunda hipótese (H2) de que o treino é capaz de diminuir os níveis de stresse de acordo com o instrumento “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*”, foi corroborada. Consoante a observação do gráfico do instrumento “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*” (*Figura 3.*) para cada enfermeira, é possível verificar que, tal como na H1, ocorreram oscilações durante a linha de base, o treino e o seguimento. Porém, e também em consonância com H1, no seguimento, todas as participantes apresentaram, no fim do seguimento, valores inferiores aos primordiais.

Em relação à terceira hipótese (H3) de que o treino é capaz de diminuir os níveis de stresse de acordo com o instrumento “*Avaliação Qualitativa do Stress*”, foi corroborada. Apesar de a enfermeira C ter apresentado um aumento no grau de stresse, referente à área da saúde, esta consegue posteriormente aplicar estratégias eficazes que lhe permitiram avaliar o stresse como quase inexistente. Contudo, e considerando a análise comparativa dos resultados do pré e pós-teste qualitativo de cada enfermeira, é exequível afirmar que as três participantes diminuíram os níveis de stresse, uma vez que, todas elas caracterizaram o seu stresse, após o treino, como “quase inexistente” numa escala de quatro hipóteses (muito elevado, elevado, médio e quase inexistente).

Relativamente à quarta hipótese (H4) de que as três hipóteses anteriores coincidem, foi corroborada. Uma vez que todas as hipóteses anteriores apontam para uma diminuição dos níveis de stresse de acordo com os instrumentos utilizados, podemos concluir que os resultados das três profissionais coincidem.

Com respeito à quinta hipótese (H5) de que as melhorias surgem a partir do momento em que existe intervenção, foi corroborada parcialmente, já que a enfermeira C apresenta um aumento dos níveis de stresse durante o treino. Ao analisarmos os gráficos dos instrumentos utilizados (*Figura 2. e 3.*) constatámos que apesar de as enfermeiras A e B apresentarem melhorias a partir do momento que existe intervenção,

a enfermeira C, pelo contrário, piorou os seus níveis de stresse. Como já mencionado anteriormente, este aumento durante o treino da enfermeira C, ocorreu provavelmente devido a problemas de saúde descobertos nessas semanas (i.e., fator corporal). Durante as semanas de treino da enfermeira C, esta deparou-se com vômitos e diarreias recorrentes, necessitando de atendimento médico e exames complementares. Já na última semana, esta obteve os resultados dos exames que identificaram intolerâncias alimentares (lactose), que provocaram estes sintomas e fizeram com que a sua preocupação e os seus níveis de stresse aumentassem. Assim, podemos concluir que neste tipo de programas, haverá sempre a possibilidade de ocorrerem situações inesperadas/fatores externos que são impossíveis de controlar.

Acerca da última e sexta hipótese (H6) de que as melhorias se mantêm após o treino, foi corroborada. Independentemente das oscilações dos níveis de stresse sentidos pelas três enfermeiras após o treino, todas elas apresentam uma diminuição dos níveis de stresse comparativamente à linha de base.

## PARTE III - CONCLUSÕES GERAIS

### Capítulo 7 – Conclusões gerais

O presente estudo tinha como objetivo geral dotar os enfermeiros de ferramentas para diminuir ou suprimir os níveis de stresse e em consequência adquirirem competências para lidar com os problemas do quotidiano de um modo mais adequado, um tema amplamente abordado e investigado na atualidade. Como se pode constatar, pelos resultados anteriormente mencionados, o objetivo foi alcançado.

Como foi demonstrado anteriormente, nem todas as hipóteses deste estudo foram corroboradas, porém, podemos refletir que maioritariamente existe uma verificação das mesmas. A corroboração parcial da H5, e respondendo às questões da investigação, deveu-se, provavelmente, a fatores externos à intervenção, e não ao programa “*Gestão Otimista do Stresse*” que demonstrou ter desencadeado resultados positivos, ou seja, diminuiu os níveis de stresse em todas as participantes.

Uma das principais características inerentes a este estudo é a amostra, visto que esta é de desenho equivalente N=1, o número de participantes torna-se reduzido em comparação com outras investigações. Neste tipo de estudos, a maneira mais comum de corroborar os resultados obtidos é a replicação. Consequentemente, é ainda recomendável realizar outros estudos com as mesmas características, a fim de dar uma maior fundamentação científica aos resultados. Não obstante, teria sido aconselhável ter um maior número de participantes, com o objetivo de reduzir os efeitos das variáveis inesperadas, como aconteceu com uma das enfermeiras neste estudo.

As limitações do estudo assentam essencialmente no facto de este ser desenvolvido em horário pós-laboral, fazendo com que muitos dos participantes não tivessem oportunidade de integrá-lo devido a outras ocupações pessoais/profissionais/familiares. Por fim, surge a limitação de tempo para a intervenção. Um período mais longo de intervenção, permitiria observar, claramente, se os resultados do treino se mantêm num seguimento a longo prazo.

No sentido do presente estudo, é fulcral sensibilizar e formar os profissionais de enfermagem para a valorização da gestão do stresse no trabalho, realçando a importância de também sensibilizar os gestores empresariais para a relevância e os resultados que poderão surgir da implementação de um programa de gestão do stresse em enfermagem, essencialmente no domínio da qualidade dos cuidados prestados. É também fundamental o desenvolvimento de mais investigações e programas no âmbito

do stresse em enfermagem, nomeadamente em Portugal. Apesar de haver vários estudos e programas internacionais, a nível nacional o stresse em enfermagem não está devidamente valorizado como problema de saúde pública.

Em termos futuros, o programa “*Gestão Otimista do Stresse*” poderia e deveria ser incluído ao horário laboral como uma área de formação, facilitando e aliciando os profissionais a participarem no programa. Na mesma medida, existe uma necessidade de estudar os efeitos do tratamento a longo prazo, ou seja, aumentar o tempo de seguimento de cada participante para que, de forma clara, possa ser corroborar a hipótese de que o programa não tem apenas efeitos momentâneos. Finalmente, seria igualmente interessante, e mais vantajoso, analisar detalhadamente cada escala de sintomas (corporais, cognitivos e emocionais) do questionário quantitativo “*Teste de Stresse*”, a fim de identificar se, eventualmente, o programa influencia mais um certo tipo de sintomas do que outro.

Espera-se que, com este estudo, se tenha proporcionado um pequeno contributo para a aprendizagem da gestão do stresse em enfermagem e, essencialmente, promovido uma chamada de atenção sobre esta temática, que por vezes é camuflada e desvalorizada como a doença do século XXI.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andal, E. M. (2006). A pilot study quantifying filipino nurses' perception of stress. *Journal of Health Promotion*, 4(4), 88-95. Retirado de [http://cjhp.fullerton.edu/Volume4\\_2006/Issue4/088-095-andal.pdf](http://cjhp.fullerton.edu/Volume4_2006/Issue4/088-095-andal.pdf)
- Bäumli, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Suppl. 1), 1 – 9. DOI: 10.1093/schbul/sbl017
- Bazarko, D., Cate, R.A., Azocar, F., & Kreitzar, M.J. (2013). The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 28, 107-133. DOI: 10.1080/15555240.2013.779518
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Borges, E., & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: estratégia de intervenção no stress. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, 10, 37-42. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n10/n10a06.pdf>
- Cacioppo, J. T. (1994). Social neuroscience: Autonomic, neuroendocrine, and immune responses to stress. *Psychophysiology*, 31, 113-128. DOI: 10.1111/j.1469-8986.1994.tb01032.x
- Calais, S. L., Andrade, L. M. B., & Lipp, M. E. N. (2003). Diferença de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. *Psicologia: reflexão e crítica*, 16(2), 257-263. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a05v16n2.pdf>
- Câmara, P. B., Guerra, P. B., & Rodrigues, J. V. (2003). *Humanator, Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. Lisboa: Edições Dom Quixote.
- Christopher, J. C., Christopher, S. E., Dunnagan, T., & Schure, M. (2006). Teaching self-care through mindfulness practices: the application of yoga, meditation, and qigong to counselor training. *Journal of Humanistic Psychology*, 46, 494-509. DOI: 10.1177/0022167806290215
- Chrousos, G. P. (2000). The role of stress and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathogenesis of the metabolic syndrome: Neuro-endocrine and target tissue-

- related causes. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 50-55. DOI: 10.1038/sj.ijo.0801278
- Cooper, C. L., Cooper, R. D., & Eaker, R. D. (1988). *Living with stress*. Harmondsworth: Penguin.
- Daele, T. V., Hermans, D., Audenhove, C. V., & Bergh, O.V. (2012). Stress reduction through psychoeducation: A meta-analytic review. *Health Education & Behavior*, 39(4), 474-485. DOI: 10.1177/1090198111419202
- Dixhoorn, J. v. (2007). Whole-Body Breathing. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Ed.), *Principles and practice of stress management* (3rd ed.) (pp. 291 - 332). New York: The Guilford Press.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J., Imber, S., Sotsky, S., Collins, J., et al. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971–982. DOI: 10.1001/archpsyc.1983.01810110013002
- Estevão, C. & Estevão, M. (2006). Enfermagem: Profissão de stress. *Nursing*, 16(215), 41-43. ISSN 0871-6196.
- Figueiras, J. C., & Hippert, M. I. S. (1999). A Polêmica em Torno do Conceito de Estresse. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 19(3), 40-51. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v19n3/05.pdf>
- Flammer, E., & Bongartz, W. (2003). On the efficacy of hypnosis: A meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20, 179–197. DOI: 10.1002/ch.277
- Galindo, P. D. (2015). *Tratamento do insucesso escolar com técnicas da psicologia*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Gonçalves, S. P. (2014). Stress e bem-estar no trabalho. In S. P. Gonçalves (Ed.), *Psicossociologia do trabalho e das organizações* (pp.173 - 231). Lisboa: Pactor.
- Greenberg, J. S. (2011). *Comprehensive stress management* (12<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Grover, S.L., Teo, S.T.T., Pick, D., & Roche, M. (2016). Mindfulness as a personal resource to reduce work stress in the job demands-resources model. *Stress and Health*, 1-11. DOI: 10.1002/smi.2726
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1-2 (7), 153-162. Retirado de <http://www.redalyc.org/pdf/287/28770212.pdf>
- Irving, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress

- reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15, 61-66. DOI:10.1016/j.ctcp.2009.01.002
- Jain, S., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 11-21. DOI: 10.1207/s15324796abm3301\_2
- Johnston, J. M., & Pennypacker, H. S. (2009). *Strategies and tactics of behavioral research* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Karlin, R. A. (2007). Hypnosis in the Management of Pain and Stress. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Ed.), *Principles and practice of stress management* (3rd ed.) (pp. 125 - 150). New York: The Guilford Press.
- Kawano, Y. (2008). Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: Effect of departmental environment in acute care hospitals. *Journal of Occupational Health*, 50, 79-85. DOI: 10.1539/joh.50.79
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214–220. DOI: 10.1037/0022-006X.63.2.214
- Kompier, M. A. J., & Kristensen, S. T. (2003). As intervenções em estresse organizacional: considerações teóricas, metodológicas e práticas. *Cadernos de psicologia social do trabalho*, 6, 37-58. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v6/v6a04.pdf>
- Kornbeck, J. (2001). 'Gemeinschaft' skills versus 'Gesellschaft' skills in social work education and practice. Applying Tönnies' dichotomy for a model of intercultural communication. *Social work education*, 20(2), 247-261. DOI: 10.1080/02615470120044338
- Laal, M. (2013). Job stress management in nurses. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 437-442. DOI: 10.1016/j.sbspro.2013.06.581
- Lamothe, M., Rondeau, E., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., & Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*, 24, 19-28. DOI: 10.1016/j.ctim.2015.11.001
- Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129. DOI: 10.1037/0003-066X.39.2.124



- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping, *European Journal of Personality*, 1, 141-169. DOI: 10.1002/per.2410010304
- Linden, W. (2007). The Autogenic Training Method of J. H. Schultz. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Ed.), *Principles and practice of stress management* (3rd ed.) (pp. 151 - 174). New York: The Guilford Press.
- Manger, T., & Motta, R. (2005). The impact of an exercise program on posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7(1), 49–57. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15869081>
- Manotas, M., Segura, C., Eraso, M., Oggins, J., & Mc-Govern, K. (2014). Association of brief mindfulness training with reductions in perceived stress and distress in Colombian health care professionals. *International Journal of Stress Management*, 21(2), 207–225.
- Marôco, J. (2004). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6.ª Ed.). Lisboa: Gráfica Manuel Barbosa & Filhos.
- Martín, A., & García de la Banda, G. (2007). Las ventajas de estar presente: como el desarrollo de la atención plena reduce el malestar psicológico. [Advantages of being present: the use of mindfulness reduces distress]. *International journal of clinical and health psychology*, 7, 369-384. Retirado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33717060008.pdf>
- Martín, A., García de la Banda, G., & Benito, E. (2005). Reducción de estrés mediante la conciencia plena según la técnica MBSR. [Stress reduction using mindfulness, the MBSR technique]. *Análisis y modificación de conducta*, 139, 557-571. Retirado de <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/download/2149/2119>
- Martin, A., Sanderson, K., Cocker, F., & Hons, B. A. (2009). Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(1), 7-18. DOI: 10.5271/sjweh.1295
- Martín-Asuero, A., & García-Banda, G. (2010). The Mindfulness-based Stress Reduction program(MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 897–905. DOI: [10.1017/S1138741600002547](https://doi.org/10.1017/S1138741600002547)

- McGrady, A. (2007). Psychophysiological mechanisms of stress. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Ed.), *Principles and practice of stress management* (3rd ed.) (pp. 3 - 15). New York: The Guilford Press.
- McGuigan, F. J., & Lehrer, P. M. (2007). Progressive Relaxation. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Ed.), *Principles and practice of stress management* (3rd ed.) (pp. 57 - 87). New York: The Guilford Press.
- Mcintyre, T., Mcintyre, S., & Silverio, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3(12), 513-527. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a08.pdf>
- Meichenbaum, D. (2007). Stress Inoculation Training. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Ed.), *Principles and practice of stress management* (3rd ed.) (pp. 497 - 516). New York: The Guilford Press.
- Montgomery, G., DuHamel, K., & Redd, W. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138–153. DOI: 10.1080/00207140008410045
- Murofuse, N. T., Abranches, S. S., & Napoleão, A. A. (2005). Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 13(2): 255-61. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a19.pdf>
- Norris, P. A., Fahrion, S. L., & Oikawa, L. O. (2007). Autogenic Biofeedback Training in Psychophysiological Therapy and Stress Management. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Ed.), *Principles and practice of stress management* (3rd ed.) (pp. 175 - 205). New York: The Guilford Press.
- O'Hanlon, B. (2001). *Tratamentos práticos para o Stress* (P. Antunes, Trad.). Mem Martins: Europa-América. (Obra original publicada em 1998).
- Orly, S., Rivka, B., Rivka, E., & Dorit, S. (2012). Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses? *Applied Nursing Research*, 25, 152-157. DOI: 10.1016/j.apnr.2011.01.004
- Pariante, C., & Miller, A. (2001). Glucocorticoid receptors in major depression: Relevance to pathophysiology and treatment. *Biological Psychiatry*, 49, 291-404. DOI: 10.1016/S0006-3223(00)01088-X
- Patterson, D., & Jensen, M. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495–521. DOI: 10.1037/0033-2909.129.4.495
- Pereira, A., Freitas, C., Mendonça, C., Marçal, F., Souza, J., Noronha, J. P., Lessa, L., Melo, L., Gonçalves, R., & Sholl-Franco, A. (2004). Envelhecimento, estresse e

- sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. *Ciência & Cognição*, 1, 34-53.  
Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v1/v1a06.pdf>
- Porges, S. W. (1992). Vagal tone: A physiologic marker of stress vulnerability. *Pediatrics*, 9(3), 498-504. Retirado de <http://pediatrics.aappublications.org/content/90/3/498>
- Pretzer, J. L., & Beck, A. (2007). Cognitive Approaches to Stress and Stress Management. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Ed.), *Principles and practice of stress management* (3rd ed.) (pp. 465 - 496). New York: The Guilford Press.
- Pretzer, J., Beck, A. T., & Newman, C. F. (1989). Stress and stress management: A cognitive view. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 3, 163–179. Retirado de [https://www.researchgate.net/publication/233560190\\_Stress\\_and\\_Stress\\_Management\\_A\\_Cognitive\\_View](https://www.researchgate.net/publication/233560190_Stress_and_Stress_Management_A_Cognitive_View)
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio – prevenção de stress no trabalho* (1ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Reschke, K. (2011). *Medizinpsychologische Gesundheitsanalyse von Fahrerlehrer/innen in Bayern 2011*. Leipzig: Institut für Psychologie, Universität Leipzig.
- Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of Occupational Stress Management Intervention Programs: A Meta-Analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69-93. DOI: 10.1037/1076-8998.13.1.69
- Riley, K.E., Park, C.L., Wilson, A., Sabo, A.N., Antoni, M.H., Braun, T.D., Harrington, J., Reiss, J., Pasalis, E., Harris, A.D., & Cope, S. (2017). Improving physical and mental health in frontline mental health care providers: Yoga-based stress management versus cognitive behavioral stress management. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 32(1), 26-48. DOI: 10.1080/15555240.2016.1261254
- Rossi, A. M. (1991). *Autocontrole: nova maneira de controlar o estresse*. Rio Janeiro: Rosa dos ventos.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). Anxiety Disorders. In *Synopsis of psychiatry* (9<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scheuer, D. A., & Mifflin, S. W. (2001). Glucocorticoids modulate baroreflex control of renal sympathetic nerve activity. *American Journal of Physiology: Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 280, R1440-1449. Retirado de <http://ajpregu.physiology.org/content/280/5/R1440>

- Schröder, H., & Reschke, K. (2010). *Optimistisch den Stress meistern*. Tübingen: DGVT Verlag.
- Seegerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A metaanalytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601–630. DOI: 10.1037/0033-2909.130.4.601
- Selye, H. (1959). *Stress, a tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa.
- Selye, H. (1975). *Stress and distress. Comprehensive therapy*. Free Association Books.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176. DOI: 10.1037/1072-5245.12.2.164
- Silva, M. C. M., & Gomes, A. R. S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n3/a08v14n3>
- Sime, W. E. (2007). Exercise Therapy for Stress Management. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Ed.), *Principles and practice of stress management* (3<sup>rd</sup> ed.) (pp. 333 – 359). New York: The Guilford Press.
- Smith, J. C. (2007). The Psychology of Relaxation. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Ed.), *Principles and practice of stress management* (3<sup>rd</sup> ed.) (pp. 38 - 52). New York: The Guilford Press.
- Sousa, A. S. (2007). Respostas ao stress e psicopatologia: diferenças de género nas respostas comportamentais ao stress e as suas relações com a sintomatologia psicopatológica em adultos. *Portal dos Psicólogos*, 1-50. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0068.pdf>
- Sousa, M. B. C., Silva, H. P. A., & Galvão-Coelho, N. L. (2015). Resposta ao estresse: I. Homeostase e teoria da alostase. *Estudos de Psicologia*, 20(1), 2-11. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v20n1/1413-294X-epsic-20-01-0002.pdf>
- Taylor, S. E. (2011). Tend and Befriend Theory. In P. A. M. van Lange, A. W. Kruglanski, and E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (vol. 1, pp. 32-49). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., & Gruenewald, T. L. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: tendand-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107(3), 411-429. DOI: 10.1037/0033-295X.107.3.411
- Thiel, K. J., & Dretsch, M. N. (2011). The basics of the stress response: A historical context and introduction. In C. D. Conrad (Ed.), *The handbook of stress:*

*neuropsychological effects on the brain* (1st ed.) (pp. 3 - 28). Oxford: Wiley-Blackwell.

Tyson, P. D., & Pongruengphant, R. (2004). Five-year follow-up study of stress among nurses in public and private hospitals in Thailand. *International Journal of Nursing Studies*, 41(3), 247-254. DOI: 10.1016/S0020-7489(03)00134-2

Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: G. C. Gráfica de Coimbra, Lda.

Vaz Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor.

Woolfolk, L. R., Lehrer, P. M., & Allen, L. A. (2007). Conceptual Issues Underlying Stress Management. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Ed.), *Principles and practice of stress management* (3rd ed.) (pp. 3 - 15). New York: The Guilford Press.

## ANEXOS

**Anexo A** – Questionário de tipo quantitativo, “*Stresse? O seu pequeno teste pessoal*”, adaptado de Schröder & Reschke (2010)

## **Stresse? O seu pequeno teste pessoal**

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

Não corresponde = 1

Corresponde pouco = 2

Corresponde bastante = 3

Corresponde totalmente = 4

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

**Anexo B** – Questionário de tipo quantitativo, “*Teste de Stresse*”, adaptado de Reschke (2011)

## **Teste de Stresse** **(adaptado de Reschke, 2011)**

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

Não corresponde = 0

Corresponde pouco = 1

Corresponde às vezes: 2

Corresponde frequentemente = 3

Corresponde muito = 4

Corresponde sempre= 5

### **Problemas corporais**

<b>Afirmação:</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Tenho intensas dores de cabeça.						
2. Sofro de infeções frequentes e recorrentes.						
3. Os meus músculos estão constantemente em tensão.						
4. Sinto uma pressão angustiante no peito.						
5. Tenho dificuldades em respirar.						
6. Sofro de dores (costas, articulações, pele irritada, etc.)						



7. Sofro de alterações no coração (palpitações, dores, etc.).						
8. Sofro de problemas de digestão.						
9. Sofro de insónias.						
10. A minha pressão arterial é alta demais ou muito variável.						

### Problemas cognitivos

<b>Afirmção:</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Tenho dificuldades para me concentrar.						
2. Existem muitas coisas que me parecem negativas demais.						
3. Já não tenho prazer a tomar decisões.						
4. Cada vez mais faço erros com maior frequência.						
5. Apenas consigo funcionar mecanicamente.						
6. Tenho perdido a criatividade.						
7. Tenho um pensamento constante que me tortura e não me deixa.						
8. Controlo-me cada vez mais para não fazer erros.						
9. Perdi o domínio sobre a minha vida.						
10. Já não consigo fazer valer as minhas opiniões e						

convencer as outras pessoas.						
------------------------------	--	--	--	--	--	--

### Problemas emocionais

<b>Afirmção:</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Tenho medo do futuro.						
2. Já não sou eu, já não me reconheço.						
3. Estou retraído e evito o contato com outros.						
4. Estou maldisposto/maldisposta, vejo tudo preto.						
5. Já não tenho energia, perdi a motivação.						
6. Sinto-me irritada/irritado e tensa/tenso						
7. Desconfio mais dos outros.						
8. Tenho vergonha, sinto-me fracassada/fracassado.						
9. Fiquei medrosa/medroso, cada vez aceito menos riscos.						
10. Perco facilmente a paciência quando algo não corre bem.						

**Anexo C** – Questionário de tipo qualitativo, “*Avaliação Qualitativa do Stress*”, elaborado pela Professora Luísa Grácio do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO STRESS

AUTOR: LUÍSA GRÁCIO

3/11/2016

**FORMATO QUESTIONÁRIO**

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

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

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

Quase Inexistente .....

Médio .....

Elevado .....

Muito Elevado .....

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

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

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

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

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

**Sim** .....

**Não** .....

**5.1. Diga o que fez para tentar diminuir o stress sentido:**

--

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

**Porquê?**

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

<b>GRAU EM QUE O QUE FAZ RESULTA</b>	<b>PORQUE</b>
<b>Resulta totalmente...</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Resulta bastante.....</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Resulta pouco.....</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Não resulta.....</b> <input type="checkbox"/>	

## Anexo D – Autorização do Comité de Ética da Universidade de Évora

---



Documento

1 7 0 0 3

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

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Jorge Fernandes, Professor Doutor Luís Sebastião e Professora Doutora Constança Pinto, deliberaram dar, na reunião do dia 3 de Abril de 2017, o Parecer Favorável para a realização do Projeto "Uma Intervenção Otimista: A Gestão do Stresse em Enfermeiros do Hospital Espírito Santo de Évora" dos investigadores Edgar Anibal Galindo Cota, Fátima Carole Freitas Neves e Luísa Grácio.

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)

**Anexo E – Carta dirigida às Entidades Competentes**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Évora, 24 de outubro de 2016.

Exma. Senhora Professora Doutora Maria Filomena Mendes

Hospital Espírito Santo de Évora

Venho por este meio informar que este Departamento e o Instituto de Psicologia da Universidade de Leipzig (Alemanha) estamos a desenvolver um projeto de intervenção para a gestão do stresse. As técnicas aplicadas no projeto têm fundamentos científicos sólidos e foram testadas durante vários anos pelos professores da Universidade de Leipzig.

Em Portugal, estamos a aplicar essas técnicas a diferentes populações. Um dos ramos do projeto é a gestão do stresse em profissionais da saúde, nomeadamente enfermeiras. Neste contexto, gostávamos de convidar as enfermeiras do Hospital Espírito Santo de Évora para participar voluntariamente no projeto, que tem como objetivo ensinar as ditas técnicas de gestão quer a pessoas com problemas de stresse, quer a pessoas com interesse na prevenção do próprio stresse.

O Dr. Edgar Galindo, Professor Associado deste Departamento e encarregado deste ramo do projeto, se encontra atualmente na Universidade de Leipzig e estará em Portugal entre 24 e 29 de novembro. No caso de haver interesse da vossa parte, o Professor Galindo está disponível para visitar o seu Hospital entre essas datas, afim de da às autoridades hospitalares e às pessoas interessadas as informações que julguem necessárias.

Atenciosamente,

Adelinda Araújo Candeias

Diretora

## Anexo F – Convite para a Sessão de Apresentação do Projeto dirigida aos Enfermeiros do Hospital Espírito Santos de Évora

parceiros:  UNIVERSIDADE DE ÉVORA  UNIVERSITÄT LEIPZIG

apoio institucional:  Hospital do Espírito Santo EPE  formação 2017



**gestão do stress  
na enfermagem**  
*abordagem às estratégias*

**16 fevereiro / 11~12:00 / sala de formação 1**

### **convite**

*o departamento de psicologia da universidade de Évora e o instituto de psicologia da universidade de leipzig, alemanha, convidam os **profissionais de enfermagem** para uma sessão de apresentação do projeto em desenvolvimento no hospital*



## Gestão do Stresse em Enfermagem

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



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

### Aprenda a gerir o seu stresse !

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

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

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

Inscrições gratuitas em [resp.formacao@hevora.min-saude.pt](mailto:resp.formacao@hevora.min-saude.pt) ou no gabinete de formação do Hospital Espírito Santo de Évora

## Contrato de Participação

Eu \_\_\_\_\_ declaro que me voluntario para participar na avaliação da eficácia do programa “Gestão Optimista do Stresse”, inserido na dissertação de mestrado em Psicologia da aluna Fátima Carole Freitas Neves, intitulada “*Uma Intervenção Optimista: A Gestão do Stresse em Enfermeiros*”, realizada sob a orientação do Professor Doutor Edgar Galindo.

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

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

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

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

---

(Assinatura do Participante)

## Termo de consentimento informado

Eu \_\_\_\_\_ declaro que aceito participar de livre vontade no estudo enquadrado na dissertação de mestrado da aluna Fátima Carole Freitas Neves, orientado pelo Professor Doutor Edgar Galindo, no âmbito do Mestrado em Psicologia pela Universidade de Évora e intitulada “*Uma Intervenção Otimista: A Gestão do Stresse em Enfermeiros*”.

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

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

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

---

(Assinatura do Participante)

## Anexo J – Questionário Sociodemográfico

### Questionário Sociodemográfico

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

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

#### 1. Idade:

\_\_\_\_\_

#### 2. Género:

Feminino: \_\_\_

Masculino: \_\_\_

#### 3. Estado civil:

Solteiro(a), com namorado (a): \_\_\_

Solteiro(a), sem namorado(a): \_\_\_

Casado(a): \_\_\_

União de facto: \_\_\_

Divorciado(a)/Separado(a): \_\_\_

Outro: \_\_\_

#### 4. Tem filhos?

Sim: \_\_\_

Não: \_\_\_

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

\_\_\_\_\_

#### 6. Quantos anos têm de experiência profissional em enfermagem?

\_\_\_\_\_

## Anexo K – Certificado de Participação



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

# Certificado

Certifica-se que \_\_\_\_\_ participou no projeto “Gestão Otimista do Stresse” organizada(o) pelo Departamento de Psicologia, entre os dias 11 de abril de 2017 e 25 de agosto de 2017, num total de 10 horas e 15 minutos, pelos investigadores Edgar Aníbal Galindo Cota, Fátima Carole Freitas Neves e Maria Luísa Grácio da Universidade de Évora.

Direção Departamento de Psicologia

---

Évora, 1 de setembro de 2017.