



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA A GESTÃO DO STRESSE EM ENFERMEIROS DE CUIDADOS CONTINUADOS

Aluno | Rodrigo Miguel Baptista Pires

Orientação | Professor Doutor Edgar Galindo

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA A GESTÃO DO STRESSE EM ENFERMEIROS DE CUIDADOS CONTINUADOS

Aluno | Rodrigo Miguel Baptista Pires

Orientação | Professor Doutor Edgar Galindo

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, 2018

Agradecimentos

Gostaria em primeiro lugar de agradecer ao Professor Doutor Edgar Galindo, pela enorme paciência e disponibilidade que sempre demonstrou para comigo ao longo deste período de trabalho, bem como por todas as aprendizagens que proporcionou.

À Professora Doutora Luísa Grácio, pela sua disponibilidade em ajudar-me com a parte qualitativa da minha tese e pelo estímulo intelectual que sempre me proporcionou quando conversámos acerca deste trabalho.

À minha família, por me ter permitido ter o meu tempo para me envolver neste trabalho e pelo apoio constante durante este último ano da minha formação.

À Joana, por mais uma vez ter sido a minha pedra basilar. Por todos os dias em que me ouviu e amparou os medos e frustrações e em que viveu comigo os momentos bons e frutíferos deste trabalho. Sem ti tinha sido muito mais difícil.

A todos os meus amigos que me foram acompanhando durante esta fase e com quem pude conversar sobre este projecto e sobre todos os outros que ainda tenho para cumprir.

À Sara, minha amiga e colega que me ajudou com o contacto inicial entre os mentores do projeto e a Clínica de Vila Viçosa da Cruz Vermelha Portuguesa.

À Clínica de Vila Viçosa da Cruz Vermelha Portuguesa, que na pessoa do Sr. Eduardo Almeida, se disponibilizou para ouvir a minha proposta de desenvolvimento do programa de treino nas instalações da clínica e me forneceu o espaço sem o qual não teria conseguido fazer a minha tese.

À enfermeira chefe, Ana Leonardo, por ter reconhecido a pertinência deste programa e me ter facilitado o contacto com os membros da equipa de enfermagem da UCC-CVVCVP através da permissão da minha presença nas passagens de turno.

A todos os enfermeiros da equipa que se voluntariaram para participar neste projeto, em especial àqueles que conseguiram participar no estudo. Espero sinceramente que esta iniciativa tenha sido proveitosa para vós.



Resumo

A literatura científica tem reconhecido a enfermagem como uma profissão fortemente stressante devido ao trabalho altamente especializado realizado em condições de considerável pressão, intensidade e com um forte impacto físico e psicológico no enfermeiro. Por conseguinte, o stress ocupacional tem sido considerado um grave problema de saúde pública, com sérias implicações para a saúde dos enfermeiros, qualidade dos cuidados de saúde prestados e custos económicos associados. As intervenções psicológicas têm-se revelado eficazes no auxílio da gestão do stress ocupacional destes profissionais. O presente estudo propôs-se a aplicar e avaliar a eficácia de um programa de gestão de stress numa amostra de enfermeiros (N=5) de uma unidade de cuidados continuados, através de um desenho de intervenção quase-experimental de linha de base múltipla. Os resultados evidenciaram diferentes níveis de redução dos níveis de stress dos participantes, bem como um aumento e melhoria da eficácia das suas estratégias de coping.

Palavras-chave: Stress Ocupacional; Gestão do Stress; Psicologia; Linha de Base Múltipla; Enfermagem; Terapia cognitivo-comportamental.

Abstract

Research has shown that nursing is a stressing profession due to the highly specialized work that is required under conditions of considerable pressure, intensity and with a strong physical and psychological impact. Accordingly, occupational stress has been considered a serious public health problem, with considerable implications on the nurses health, their quality of care and the economic costs associated. Psychological interventions have been shown to be efficacious in the stress management of these professionals. The present study applied and accessed the efficacy of a stress management intervention in a nursing professionals sample (N=5) from an intensive care unit through a quasi-experimental multiple baseline design. Results show diferent levels of stress reduction, as well as an improvement of the number and efficacy of the coping skills of the participants.

Keywords: Occupational Stress; Stress Management; Psychology; Multiple Baseline Design; Nursing; Cognitive-Behavioral Therapy.

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução | 8 |
| Capítulo 1 - O Stresse | 10 |
| 1.1. O Stresse em Enfermagem | 11 |
| Capítulo 2 -Teorias do Stresse | 15 |
| 2.1. Modelos Interaccionais e Transaccionais. | 15 |
| 2.2. Selye | 16 |
| 2.2.1. A Reação de Alarme | 17 |
| 2.2.2. Fase de Resistência ou Adaptação | 17 |
| 2.2.3 Fase de Exaustão | 18 |
| 2.3. Críticas ao modelo de Selye | 18 |
| 2.4. Lazarus | 19 |
| 2.4.1. Avaliação Primária | 21 |
| 2.4.2. Avaliação Secundária | 21 |
| 2.4.3. Coping | 22 |
| 2.4.4. Modelo Atualizado | 23 |
| 2.5. McEwen | 24 |
| 2.6. Outros Modelos Teóricos Importantes | 26 |
| 2.6.1. Teoria da Conservação de Recursos | 26 |
| 2.6.2. Modelo Controle-Demandas. | 27 |
| 2.6.3. Modelo de Ajustamento Pessoa-Ambiente. | 28 |
| 2.6.4. Teoria Cibernética do Stresse. | 28 |
| 2.6.7. Modelo de Desequilíbrio entre Esforços e Recompensas. | 29 |
| 2.7. Implicações Práticas Decorrentes do Campo de Estudo do Stresse | 29 |
| Capítulo 3 -Intervenções Psicológicas Para A Gestão Do Stresse Em Enfermeiros | 30 |
| Capítulo 4 - Estudo Empírico | 45 |
| 4.1. Metodologia | 45 |
| 4.1.1. Pertinência do Presente Estudo | 45 |
| 4.1.2. Hipóteses | 46 |
| 4.1.3. Desenho do Estudo | 46 |
| 4.1.3.1. Descrição do Desenho de Linha de Base Múltipla | 46 |
| 4.1.3.2. Operacionalização do Desenho no Presente Estudo | 48 |
| 4.2. Ambiente | 48 |
| 4.3. Programa de Treino | 48 |
| 4.4. Participantes | 49 |
| 4.5. Instrumentos | 49 |
| 4.5.1. Teste Breve de Stresse | 49 |
| 4.5.2. Teste de Stresse de Reschke | 50 |
| 4.5.4. Questionário Qualitativo | 50 |
| 4.6. Procedimentos | 50 |
| 4.6.1. Preparação | 50 |
| 4.6.2. Avaliação | 51 |
| 4.6.3. Programa de Treino | 52 |
| 4.6.4. Treino para Aplicação do Programa | 52 |
| 4.6.5. Estruturação da Intervenção | 52 |
| Capítulo 5 - Resultados | 53 |
| 5.1. Resultados do Mini Teste de Stresse | 53 |
| 5.2. Resultados do Gráfico do Total de Sintomas | 55 |
| 5.2.1. Resultados do Gráfico de Sintomas Corporais | 58 |

| | |
|--|-------------------------------------|
| 5.2.2. Resultados do Gráfico de Sintomas Cognitivos | 60 |
| 5.2.3. Resultados do Gráfico de Sintomas Emocionais | 62 |
| 5.2.4. Resultados do Gráfico de Sintomas Agrupados | 65 |
| 5.3. Resultados Qualitativos | 65 |
| 5.3.1. Resultados Qualitativos Pré-Intervenção | 65 |
| 5.3.2. Resultados Qualitativos Pós-Intervenção | 66 |
| Capítulo 6 - Discussão | 69 |
| Capítulo 7 - Conclusões | 75 |
| 7.1. Contribuições para a Literatura sobre Stresse em Enfermagem | 75 |
| 7.2. Limitações | 76 |
| 7.3. Recomendações para Estudos Futuros | 77 |
| Referências Bibliográficas | 79 |
| Anexos | Error! Bookmark not defined. |

Introdução

O relatório mundial sobre a felicidade e qualidade de vida da Rede de Soluções para o desenvolvimento sustentável das Nações Unidas liderado por países como Noruega, Dinamarca e Irlanda, colocou Portugal no 89º lugar de uma lista de 155 países (Neves, 2017). O fórum económico mundial de Janeiro de 2017 estima que no ano de 2025, as alterações do mercado de trabalho alterarão a natureza do mesmo, exigindo uma maior capacidade de adaptação psicológica e flexibilidade por parte dos trabalhadores. Neste sentido, recomenda-se a promoção da qualidade de vida no trabalho devido à elevada prevalência de trabalhadores expostos a riscos psicossociais (Neves, 2017). Tal tem vindo a ser evidenciado em diversas investigações realizadas ao longo dos últimos anos a nível Europeu. Por exemplo, dados do quinto inquérito europeu sobre as condições de trabalho referem que cerca de 25% dos trabalhadores europeus reportam um mau estado de saúde e mais de 47% refiram mais de dois problemas de saúde com elevada relação física e mental (Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Saúde e Segurança no Trabalho, 2013). A nível nacional, num estudo com mais de quatro mil trabalhadores portugueses a associação portuguesa de psicologia da saúde ocupacional encontrou níveis elevados de burnout e exaustão na ordem dos 47,6% (Neves, 2017).

A Agência Europeia para a segurança e saúde no trabalho considera o burnout um problema de saúde com sérias implicações negativas para a saúde dos trabalhadores, para a economia e para a sociedade (Neves, 2017). Devido à relação do burnout com níveis elevados de stresse persistente (Bazarko, Cate, Azocar & Kreitzer, 2015), os profissionais de enfermagem são considerados uma população em risco para este tipo de problemáticas (MacRay et al., citado por Duarte & Gouveia, 2016; Thomas citado por Gomes, Santos & Carolino, 2013). Neste sentido, são vários os estudos que têm apontado a necessidade de desenvolvimento e aplicação de intervenções focadas em ajudar os profissionais de enfermagem a lidar mais eficazmente com os seus níveis de stresse (Gomes et al., 2013; Ruotsalainen, Verbek, Mariné & Serra 2015; Smith, 2014; Torshizi & Sadaatjoo citado por Saedpanah, Salehi & Moghaddam, 2016). As intervenções focadas no desenvolvimento de competências têm sido associadas a uma melhoria da saúde mental nestes profissionais (Smith, 2014).

O presente estudo propôs-se a aplicar e avaliar a eficácia de um programa cognitivo comportamental de gestão do stresse numa amostra de enfermeiros inseridos



numa unidade de cuidados continuados. Para o efeito, este trabalho encontra-se dividido em quatro partes.

No primeiro capítulo é feito um breve enquadramento geral da problemática do stresse ocupacional, bem como da sua influência particular no caso da profissão da enfermagem. Deste modo, são explorados dados como a prevalência deste problema de saúde pública, os stressores reconhecidos pela literatura bem como as suas consequências.

No segundo capítulo são apresentadas as principais teorias e modelos explicativos do stresse, nomeadamente, o modelo da síndrome da adaptação geral de Selye, modelo transacional do stresse de Lazarus e modelo regulatório da aloestasia de McEwen. São também mencionados outros modelos teóricos importantes, nomeadamente a Teoria da conservação de recursos, Modelo Controle-Demandas, Modelo de ajustamento pessoa-ambiente, Teoria Cibernética do stresse e Modelo de desequilíbrio entre esforços e recompensas.

O terceiro capítulo aborda o estado da arte das intervenções de gestão do stresse com enfermeiros, nomeadamente intervenções cognitivo-comportamentais, intervenções de redução do stresse baseada em Mindfulness, e outras intervenções de carater diverso.

O quarto capítulo consiste no estudo empírico e é relativo à intervenção realizada com uma amostra de cinco enfermeiros (N=5) da Unidade de Cuidados Continuados da Clínica de Vila Viçosa da Cruz Vermelha Portuguesa. A medição dos níveis de stresse foi realizada semanalmente durante o presente estudo através de três tipos de instrumentos: Um teste breve de Stresse desenvolvido pelos autores originais usado para medir a experiência subjetiva de stresse dos participantes, um teste de sintomas para avaliar o impacto e magnitude da manifestação sintomática do stresse nos participantes e um questionário qualitativo criado por uma investigadora pertencente ao grupo de investigação de onde parte o presente projeto, que visou avaliar a experiência qualitativa de stresse dos participantes, bem como as estratégias utilizadas para a sua redução e respetiva eficácia percebida. Para o efeito, foi utilizado um desenho de linha de base múltipla, o que significou que a intervenção foi aplicada a todos os participantes alternadamente e em períodos de tempo diferentes. O quarto capítulo apresenta ainda os resultados do presente estudo, bem como a sua discussão e as principais conclusões. São ainda apresentadas as principais contribuições para a literatura sobre stresse em enfermagem, as suas limitações e recomendações para estudos futuros.

Capítulo 1 - O Stresse

Embora ao longo dos anos o stresse tenha sido concetualizado de diferentes maneiras, de um modo geral, é possível caracterizá-lo como uma condição que despoleta um estado de elevada ansiedade a excitabilidade corporal devido a uma ou mais demandas incontroláveis, podendo levar ao surgimento de reações de ansiedade ou medo, as quais podem converter-se em respostas de luta ou fuga. A magnitude do stresse e as suas consequências fisiológicas são influenciadas pela perceção do individuo e pela sua capacidade para lidar com o stressor (Fink, 2016). Deste modo, é possível dizer que o stresse é um fenómeno altamente personalizado e que varia de individuo para individuo em função da sua vulnerabilidade individual, tipo de tarefa que desempenha e nível de resiliência (Fink, 2016).

Apelidado de “doença do século vinte” pelas nações unidas (Torshizi & Sadaatjoo citado por Saedpanah et al., 2016), o stresse foi também recentemente reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (doravante designada por OMS) como “Epidemia de Saúde do século 21” devido aos seus efeitos devastadores na saúde física e emocional dos seres humanos (Fink, 2016) e aos custos diretos e indiretos associados.

Uma das mais importantes fontes de stresse na vida de um individuo é a sua ocupação. Por esta razão, o stresse ocupacional (SO) é um problema comum, sério e dispendioso nos locais de trabalho (Saedpanah et al., 2016). O SO tem um impacto negativo ao nível da saúde e bem-estar dos trabalhadores, nomeadamente pela sua relação com doenças cardiovasculares, problemas de saúde mental, sofrimento psicológico e suicídio. Também as organizações são afetadas pelo SO, nomeadamente devido às situações de absentismo, presentismo e diminuição da produtividade. Por fim, é importante também referir que todos os corolários do SO afetam também, em última instância, a sociedade devido ao aumento dos custos de saúde pública que todos fatores supracitados implicam (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2014).

Segundo a Agência Europeia para a Segurança no Trabalho (AEST) (2015), o stresse ocupacional é o segundo problema de saúde mais frequente na Europa. Um inquérito realizado pela AEST indicou que cerca de 4 em cada 10 trabalhadores consideram que o stresse não é devidamente gerido no seu local de trabalho (AEST, 2015). Também para o Eurobarómetro da Comissão Europeia, cerca de 53% dos trabalhadores europeus consideram que o stresse é o principal fator de risco no seu local de trabalho, sendo que 27% dos mesmos declararam experienciar depressão, ansiedade e stresse devido a, ou agravados pelo seu trabalho no ultimo ano (AEST,

2015). Segundo o inquérito de opinião pan-europeu sobre a segurança e saúde ocupacional da AEST (2013), Portugal é considerado o sétimo país da Europa com as mais elevadas taxas de stresse no trabalho, com cerca de 59% dos trabalhadores a reportar como comum a existência de casos de stresse relacionados com o seu contexto laboral.

Embora seja difícil estimar adequadamente os custos do stresse ocupacional (Goldin citado por Bazarko et al., 2015), estima-se que pela sua associação com problemas como absentismo, presentismo, rotatividade de pessoal, custos diretos médicos, incapacitação a curto e longo prazo, compensação dos trabalhadores, custos legais e de acidentes de trabalho, o seu valor ascenda aos trezentos mil milhões de dólares só nos Estados Unidos da América (American Institute of Stress citado por Zeller & Lewin, 2013). Já no panorama Europeu, estima-se que os valores ascendam aos 5,7 mil milhões de libras no Reino Unido e que na França o total de despesas com doenças relacionadas ao stresse ocupacional oscile entre 800 e 1656 milhões de euros (Zeller & Lewin, 2013). Em Portugal, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) estima que os custos diretos e indiretos das empresas portuguesas associados ao stresse ocupacional ascendam aos trezentos milhões de euros por ano (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2014).

1.1. O Stresse em enfermagem

Ainda que o SO não seja específico de um grupo profissional em particular, sabe-se que é especialmente prevalente entre os profissionais de enfermagem (Beck, 2011; Hooper, Janvrin, Wetsel & Reimels 2010). Diversas investigações desenvolvidas ao longo dos anos têm corroborado a ideia de que a enfermagem é uma profissão stressante (Didhevar et al., 2016; Hersch et al., 2016; Mok, Chau, Chan & Ip, 2014; National Institute for Occupational Safety and Health citado por Zeller & Lewin, 2013; Rickard et al., 2012; Sarid, Rivka, Rivka & Dorit, 2012; Wu, Chi, Chen, Wang & Jin citado por Saedpanah et al., 2016). A tal se deve o facto de que a carreira em enfermagem requer competências técnicas sofisticadas, vigilância e capacidade crítica constantes em condições de considerável pressão e intensidade (National Institute for Occupational Safety and Health citado por Zeller & Lewin, 2013).

Os enfermeiros são regularmente afetados por stressores ocupacionais de variada índole, nomeadamente: a escassez de trabalhadores de enfermagem (Kane citado por Saedpanah et al., 2016; Cohen-Katz et al., 2005a; Cohen-Katz et al., 2005b; McVicar citado por Zeller & Lewin, 2013); Sobrecarga de trabalho (Santos & Teixeira,



2009; Thomas, 2004 citado por Didhevar et al., 2016); Sobrecarga horária de trabalho (Aiken, Clarke & Sloane, 2002; Duarte & Gouveia, 2016; Gomes, 2014; McVicar citado por Zeller & Lewin, 2013; Ruggiero citado por Hersch et al., 2016); Constrangimentos de tempo (Aiken et al., 2002; Kimball citado por Gauthier, Meyer, Greffe & Gold, 2015); Cuidar de doentes em estado terminal (Smith, 2014); responsabilidade pelos utentes (Gates, Gillespie & Succop citado por Saedpanah et al., 2016); Lidar com sofrimento dos doentes (Anthony, Bieling, Cox, Enns & Swinson por Duarte & Gouveia, 2016; Fisher & Anderson citado por Cohen-Katz et al., 2005a; Gates, Gillespie & Succop citado por Saedpanah et al., 2016; Smith, 2014; National Institute for Occupational Safety and Health, 2008); providenciar suporte aos doentes e às suas famílias (Aiken et al., 2002; National Institute for Occupational Safety and Health, 2008; Smith, 2014); escassez de recursos no local de trabalho (Gates, Gillespie & Succop citado por Saedpanah et al., 2016); lidar com a imprevisibilidade (Jafary, Kamarzarin, Kordmirza & Sefzadeh citado por Saedpanah et al., 2016); problemas familiares (Kane citado por Saedpanah et al., 2016; Santos & Teixeira, 2009); violência verbal e não-verbal (Gates, Gillespie & Succop Saedpanah et al., 2016); trabalho em equipa ineficaz (Gates, Gillespie & Succop citado por Saedpanah et al., 2016); falta de controlo e poder no local de trabalho (Aiken et al., 2002, Anthony, Bieling, Cox, Enns & Swinson por Duarte & Gouveia, 2016); conflitos internos (Santos & Teixeira, 2009); Indefinição do papel profissional (Santos & Teixeira, 2009); Problemas de comunicação com a equipa (Santos & Teixeira, 2009); Fraca organização hospitalar (Anthony, Bieling, Cox, Enns & Swinson por Duarte & Gouveia, 2016); trabalho por turnos (Cohen-Katz et al., 2005a; Cohen-Katz et al., 2005b; Sousa & Araújo citado por Pereira & Gomes, 2016); Estilos de gestão (Cohen-Katz et al., 2005a); Conflito trabalho – família (Santos & Teixeira, 2009) e trabalho controlado por médicos (Aiken et al., 2002; Bourbonnais, Comeau, & Vézina citado por Gauthier et al., 2015).

A exposição prolongada a stressores ocupacionais, e por conseguinte, a períodos intensos de SO, tem sérias implicações na saúde física e psicológica dos profissionais de enfermagem. Para além de serem uma classe profissional consideravelmente afetada por esta problemática, os profissionais de enfermagem são particularmente vulneráveis ao stresse (Aiken et al., 2002), existindo evidências científicas que referem um risco elevado de stresse crónico nesta população - fator associado ao desenvolvimento de síndromas como burnout (Bazarko et al., 2015; Cohen-Katz et al., 2005b) ou fadiga por compaixão (Zeller & Lewin, 2013). Para além



disso e como anteriormente referido, o SO está também associado a um amplo conjunto de problemas fisiológicos, cognitivos, psicológicos, emocionais e ocupacionais.

A nível físico, o SO está associado a mudanças fisiológicas que podem comprometer a função de diversos sistemas do corpo humano. Por exemplo, ao nível do sistema cardiovascular (McEwen, 2008; National Institute for Occupational Safety and Health, 2009) o SO aumenta o risco de isquemia do miocárdio, enfarte agudo do miocárdio (EAM), piora o prognóstico do mesmo (Bazarko et al., 2015; Kimball citado por Mok et al., 2014; National Institute for Occupational Safety and Health, 2009; Shi, Bai & Shen citado por Cutshal et al., 2011) e está também associado a um aumento da pressão arterial, viscosidade sanguínea e hipertensão (Bazarko et al., 2015; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2011; Kimball citado por Mok et al., 2014). Ao nível do sistema respiratório (McEwen, 2008), o SO está associado a problemas de saúde como asma (Kimball citado por Mok et al., 2016). Já ao nível endócrino, o SO leva a uma menor sensibilidade à insulina (Cutshal et al., 2011). A nível muscular, o SO está associado a lombalgias (Barnett et al., citado por Kravits, McAllister-Black, Grant & Kirk, 2010) e tensão muscular (National Institute for Occupational Safety and Health, 2009). No sistema gastrointestinal, o SO está também associado a problemas como úlceras (Kimball citado por Mok et al., 2014), síndrome do cólon irritável ou colite ulcerosa (Irving, Dobkin, & Park, 2009; Larzelere & Jones, 2008). O SO encontra-se ainda associado ao envelhecimento celular (Pipe et al., 2009) e a um maior risco de morte súbita (Eliot & Buell citado por Cutshal et al., 2011).

Em termos cognitivos, o SO afeta particularmente a memória e a atenção dos enfermeiros (Pipe et al., 2009), levando a um comprometimento da sua capacidade de concentração (Pipe et al., 2009; Rickard et al., 2012) e de pensar claramente. A desatenção aumenta o número de erros de medicação e administração de outras terapêuticas (Institute of Medicine citado por Zeller & Lewin, 2013; Maslach et al., 2011; National Institute for Occupational Safety and Health, 2008; Rickard et al., 2012; West citado por Duarte & Gouveia, 2016), comprometendo assim a capacidade de providenciar cuidados adequados por parte do enfermeiro (Shackman, Maxwell, MacMenamin & Greishar citado por Zeller & Lewin, 2013) e a segurança dos pacientes (Scott, Wang & Rogers citado por Pipe et al., 2009).

Em termos emocionais, para além dos aspetos já referidos, o SO está também fortemente associado a problemas de depressão (Kimball citado por Mok et al., 2014; Mackie citado por Kravits et al., 2010; National Institute for Occupational Safety and Health, 2009; Rickard et al., 2012; Schulz et al., citado por Duarte & Gouveia, 2016),



Ansiedade (Bazarko et al., 2015; Duarte & Gouveia, 2016; National Institute for Occupational Safety and Health, 2009); Fadiga (Schulz et al., citado por Duarte & Gouveia, 2016), Insónia (Duarte & Gouveia, 2016; National Institute for Occupational Safety and Health, 2009; Rickard et al., 2012), Irritabilidade (National Institute for Occupational Safety and Health, 2009; Rickard et al., 2012), menor satisfação com o trabalho (Pipe et al., 2009), menores níveis de qualidade de vida (Cutshal et al., 2011), diminuição do bem-estar e da satisfação (Cox, Griffiths & Real-Gonzáles citado por Gomes et al., 2013).

Por último, para além do maior número de erros cometidos, a presença de níveis elevados de SO em profissionais de enfermagem traduz-se também em maiores níveis de absentismo (Cox, Griffiths & Real-Gonzáles citado por Gomes et al., 2013), presentismo (McKevitt et al., citado por Martinez & Ferreira, 2011), maior rotatividade (Davey, Cummings, Newburn-Cook, & Lo, citado por Zeller & Levin, 2013), menores níveis de produtividade (Pipe et al., 2009) e desempenho (Cox, Griffiths & Real-Gonzáles citado por Gomes et al., 2013; National Institute for Occupational Safety and Health, 2009; Ugur, Acuner, Göktas & Senoglu citado por Sarid, Berger & Engelshin, 2010), problemas de comunicação em equipa (Pipe et al., 2009), maior quantidade de tempo perdido (Pipe et al., 2009), menor eficácia profissional (Pipe et al., 2009), menor perceção do utente face à qualidade dos cuidados prestados (Leiter, Harvie & Frizzell citado por Cohen-Katz et al., 2005) e ao abandono prematuro da profissão (Pipe et al., 2009).

Deste modo, uma vez que o SO é um problema de saúde com um elevado impacto na saúde dos trabalhadores, na qualidade dos cuidados de saúde prestados, nas organizações e na economia, torna-se especialmente importante (Saedpanah et al., 2016). Embora seja impossível anular totalmente o SO da vida dos profissionais de enfermagem, o desenvolvimento e implementação de intervenções com o intuito de ajudar os enfermeiros a melhor lidar com os seus stressores laborais é um objetivo válido e importante (Saedpanah et al., 2016; Smith, 2014). Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses, em contextos organizacionais, o psicólogo como agente para a avaliação dos riscos psicossociais, como é o caso do SO, e para realização de ações de prevenção e intervenção nos mesmos, permite uma melhoria no bem-estar e produtividade, bem como uma redução do absentismo e do presentismo (OPP, 2016). A eficácia das intervenções de gestão do SO são corroboradas pela evidência científica, sendo que as intervenções cognitivo-comportamentais parecem ser o tipo de intervenções mais eficazes para ajudar os enfermeiros a gerir ou reduzir mais

eficazmente os seus níveis de stresse (Milliken et al., 2007; Richardson & Rothstein, 2008; Ruotsalainen, Verbek, Mariné & Serra 2015).

Capítulo 2 - Teorias do stresse

2.1. Modelos interaccionais e transaccionais.

A literatura sobre o stresse pode ser agrupada em duas principais perspetivas: interaccionais e transaccionais (Cooper et al., citado por Eldor *et al.*, 2017).

Os modelos interaccionais concetualizam o stresse enquanto estímulo ou resposta (Macías-Barraza, 2007; Weinberg, Sutherland & Cooper, 2010) enfatizando a interação do estímulo ambiental e/ou da resposta individual como base do stresse (Lazarus & Launier, citado por Eldor et al., 2017). Deste modo, o stresse está integrado no processo de estímulo-resposta de todo o organismo como forma de conservação do seu equilíbrio interno. Estes modelos concebem o stresse de diferentes maneiras, podendo este ser concebido como causa dos fatores nocivos responsáveis pelo desequilíbrio funcional de um organismo (Macías-Barraza, 2007) ou então como resposta física, fisiológica, psicológica ou comportamental a uma série de estímulos nocivos originários do meio ambiente (Macías-Barraza, 2007; Weinberg et al., 2010).

Com o avanço da investigação percebeu-se que esta abordagem era demasiado simplista para permitir a compreensão da natureza da resposta de stresse (Weinberg et al., 2010) uma vez que esta ignorava o processo pelo qual a interação entre o sujeito e o stressor ocorre (Cooper et al., citado por Eldor et al., 2017; Kahn & Byosiére, citado por Eldor et al., 2017). Com o avanço da investigação, percebeu-se que as medidas puramente objetivas das condições ambientais eram desadequadas e não explicavam na sua totalidade a resposta ao stresse. As diferenças individuais parecem ser responsáveis pela variabilidade de respostas a uma mesma situação stressante e como tal, foi necessário integrá-las num novo paradigma compreensivo do processo de stresse: A perspetiva transaccional (Weinberg et al., 2010).

Os modelos transaccionais integram e expandem os pressupostos dos modelos interaccionais, ao reconhecer que as situações são, não inerentemente, mas potencialmente stressantes e que a compreensão do processo de stresse só é garantida ao ter em conta os stressores, os mediadores ou moderadores da resposta e a sua manifestação (Weinberg et al., 2010). O stresse deixa então de ser concetualizado como um aspeto do ambiente externo (estímulo aversivo) ou inerente à pessoa (respostas) para passar a ser concebido como uma interação dinâmica entre a pessoa (p.e através dos seus valores ou crenças) e o seu meio envolvente (Lazarus & Folkman, citado por

Eldor et al., 2017). O processo de stresse deriva então de uma relação inversamente proporcional entre as exigências do meio e a capacidade para lidar com as mesmas. Um pressuposto adicional dos modelos transacionais é o de que um indivíduo pode avaliar cognitivamente como uma ameaça ou um desafio, as demandas a que é exposto (Lazarus & Folkman, citado por Eldor et al., 2017). Assim, o stresse é um estado psicológico que surge na presença de um desequilíbrio ou impossibilidade de adaptação a uma situação (Macías-Barraza, 2007).

De acordo com essa perspectiva, uma experiência de stresse pode consistir na avaliação de que as exigências excedem as próprias capacidades (Macías-Barraza, 2007; Eldor et al., 2017), dificultando o progresso em direção à realização de metas. Quando as demandas são percebidas como ameaças, os sujeitos podem experimentar emoções negativas (ex. ansiedade e frustração) e falta de controlo, o que consequentemente interfere com seu bem-estar e se manifesta como stresse (Cavanaugh, Boswell, Roehling e Boudreau, citado por Eldor et al., 2017; LePine, Podsakoff & LePine, citado por Eldor et al., 2017; Podsakoff et al., citado por Eldor et al., 2017). No entanto, os indivíduos podem também perceber as demandas como desafios que podem promover ganhos e ter um efeito atenuante sobre o stresse (Podsakoff et al., citado por Eldor et al., 2017).

Em seguida são apresentadas algumas das teorias interaccionistas e transaccionistas mais importantes na história da investigação do stresse:

2.2. Selye

De acordo com Selye, o stresse pode ser entendido como um estado manifesto por uma síndrome composta pelas mudanças inespecíficas num determinado sistema biológico. Tal significa que para o autor, o stresse é apenas detetável pelas manifestações de um determinado sujeito sob stresse (Selye citado por Wu, 2016). Deste modo, a resposta ao stresse é uma resposta corporal inespecífica a qualquer tipo de mudança ou exigência, estando por esta razão, explicitamente ligada à homeostasia. A resposta de stresse pode também ser entendida como uma resposta evolutiva, e consequentemente adaptativa, visando sobrevivência do indivíduo e da espécie (Bliese & Edwards & Sonnentag, 2017; Fink, 2016; Murison, 2016).

Para Selye, o stresse é referente a uma reação composta por um conjunto de defesas corporais face a estímulos nocivos – nos quais se incluem as ameaças psicológicas (Lazarus & Folkman, 1984). Esta reação ficou conhecida como “Síndrome da Adaptação Geral” (SAG) (Wu, 2016). A SAG seria ativada por perdas ou

desequilíbrios orgânicos que deveriam ser restabelecidos (Gómez y Escobar citado por Barraza, 2007), desenrolando-se em três etapas – duas primeiras focadas na adaptação a uma determinada exigência e uma terceira indicando o esgotamento da energia adaptativa (Bliese et al., 2017):

2.2.1. A reação de alarme. A primeira fase da SAG é semelhante à resposta de ataque ou fuga perante uma emergência, como concetualizada por Cannon (Santos & Castro, 1998) e nela o organismo apercebe-se do agente stressor, ativando um conjunto de estruturas neuro endócrinas com vista à mobilização de recursos energéticos necessários para o coping do mesmo (Barraza, 2007). Inicialmente, os níveis de ativação corporal sofrem uma ligeira descida, para em seguida aumentarem rapidamente acima dos valores de referência devido à libertação hormonal por parte do sistema endócrino. Neste sentido, a hipófise liberta adrenocorticotrofinas na corrente sanguínea, estimulando a secreção de cortisol por parte das glândulas suprarrenais. Por influência do sistema nervoso simpático, estas últimas são também responsáveis pelo incremento dos níveis de noradrenalina e adrenalina no fluxo sanguíneo. No final da reação de alarme, o organismo encontra-se então mobilizado para enfrentar um determinado stressor. Não obstante, a estimulação orgânica que caracteriza esta reação não pode ser mantida durante muito tempo, uma vez que tal pode ser fatal para o organismo (Santos & Castro, 1998).

2.2.2. Fase de resistência ou adaptação. Se o stressor se mantiver ativo, mas não for suficientemente nocivo ao ponto de causar a morte, dá-se início à fase de resistência (Barraza, 2007; Fink, 2016; Santos & Castro, 1998). Nesta fase, o organismo utiliza os seus recursos energéticos para enfrentar a ameaça, tentando adaptar-se à mesma (Barraza, 2007; Santos & Castro, 1998). Deste modo, a atividade dos sistemas e órgãos desnecessários para a sobrevivência, como é o caso do sistema digestivo sofre uma diminuição, aumentando simultaneamente a atividade nos sistemas necessários à sobrevivência, como é o caso do sistema imunitário. (Barraza, 2007). A capacidade de enfrentar ou resistir a novos stressores pode ficar comprometida por longos períodos de tempo, o que de acordo com Selye é notório pelo progressivo aumento da vulnerabilidade a problemas de saúde que surgem devido ao comprometimento do sistema imunitário (Santos & Castro, 1998). Por esta razão, se um stressor permanecer ativo, um organismo irá desenvolver múltiplas patologias até chegar a perecer (Barraza, 2007).

2.2.3 Fase de exaustão. O enfraquecimento do sistema imunitário e subsequente esgotamento das reservas energéticas do organismo levam a uma redução substancial da capacidade de resistência ao stressor, dando início à fase de exaustão (Barraza, 2007, Santos & Castro, 1998). A ativação fisiológica prolongada em níveis ininterruptamente elevados de stresse é extremamente dispendiosa para o organismo, podendo causar danos irreparáveis, inclusive o seu perecimento (Santos & Castro, 1998).

Selye focou-se nas respostas fisiológicas ao stresse, tais como alterações nos níveis de cortisol, adrenalina e outras hormonas (Bliese et al., 2017). Deu também o nome de “stressor” às exigências ambientais, e postulou que o stresse não era uma exigência ambiental *per se*, mas sim um conjunto fisiológico e universal de reações e processos criados pela mesma (Lazarus & Folkman citado Wu, 2016). Selye distingue assim dois conceitos de stresse: *eustress*, um tipo construtivo de reação associado a um esforço positivo e benéfico; e *distress*, um tipo destrutivo de reação, caracterizado pela raiva ou agressão e deste modo, nocivo para a saúde do organismo (Fink, 2016; Lazarus, 2006; Wu, 2016).

2.3. Críticas ao modelo de Selye

O trabalho de Selye foi alvo de críticas posteriores por vários autores. Cannon foi um dos primeiros a criticar a teoria de Selye ao mostrar-se reticente às ideias do stresse como uma resposta de natureza inespecífica, bem como à forma como um padrão de resposta não-específico poderia ser adaptativo para a sobrevivência de um determinado organismo, tendo em conta a quantidade de stressores experienciados pelo mesmo ao longo do ciclo vital (Selye citado por Fink, 2016).

A distinção entre *eustress* e *distress* foi também fortemente criticada pela sua vaguidade uma vez que a única forma de determinação era através da avaliação dos danos dos tecidos e da morbilidade. Assim, danos nos tecidos pressupunham uma resposta de *distress*, e a sua ausência, uma resposta de *eustress* (Fink, 2016) Apesar da sua vasta disseminação, este conceito não foi ainda adequadamente corroborado ou refutado pela investigação empírica (Lazarus, 2006)

Nos seus trabalhos, Selye não incorporou as respostas do Sistema nervosa central a estímulos emocionais e no entanto a experiência emocional é especialmente saliente em estudos humanos do stresse e da doença (Fink, 2016).

O foco da SAG é exclusivamente centrado no sistema hipotalâmico-pituitário-adrenocortical, ignorando a generalidade de todos os restantes sistemas neuroendócrinos ligados ao stresse (Fink, 2016).

A confusão entre causas físicas e psicológicas do stresse levanta sérias complicações para o conceito de SAG apresentado por Selye. Se o ambiente for nocivo, o organismo irá por norma sentir a presença de uma ameaça, no entanto, é possível que dois tipos de stresse – fisiológico e psicológico – tenham diferentes consequências no corpo, algo não previsto por Selye (Lazarus, 2006).

De um modo geral, visão interacionista (na qual se insere a SAG) é de certo modo tautológica, uma vez que não responde à questão de como é que um determinado estímulo produz uma resposta de stresse, e consequentemente simplista, não permitindo uma real compreensão do processo de stresse, não podendo ser usada para prever uma resposta de stresse (Lazarus, 2006). Esta perspetiva seria apenas passível de ser justificada se todo o tipo de situações de uma determinada índole (ex. morte de um cônjuge) fossem acompanhadas de uma resposta igual em todos os organismos, com um grau correspondente de sofrimento emocional, disfunção ou doença. No entanto, mesmo os eventos traumáticos podem não afetar todos os seres humanos de igual forma. Por esta razão, a visão interacionista impossibilita determinar quais os aspetos que tornam um estímulo, um stressor, uma vez que tal depende em certa parte das características da pessoa exposta ao mesmo. Logo, é necessária a presença de um estímulo stressor e uma pessoa com vulnerabilidade a gerar uma resposta de stresse (Lazarus, 2006).

2.4. Lazarus

As perspetivas transacionais do stresse destacam os processos cognitivo-fenomenológicos que permitem aos indivíduos atribuir significado ao seu ambiente, propondo assim uma conceitualização dinâmica e relacional da transação na qual o stresse pode surgir (Lazarus & Folkman, citado por Biggs, Brough & Drummond, 2017). A perspetiva transacional frisa a natureza dinâmica, recíproca e bidirecional da relação entre o indivíduo e o seu ambiente, argumentando que o stresse não pode ser atribuído unicamente a causas individuais ou ambientais, mas sim às circunstâncias do meio consideradas em relação às características pessoais do indivíduo. (Chandola & Marmott, 2011; Lazarus & Folkman, citado por Biggs et al., 2017; Schonfeld, Presser & Margraff, 2017; Wu, 2016) Logo, a experiência do stresse está, portanto, alicerçada na perceção e na experiência de incompatibilidade, desequilíbrio ou desajuste entre um indivíduo e o seu ambiente (Lazarus, citado por Eldor et al., 2017).

Um dos modelos teóricos mais influentes do stresse psicológico foi a teoria transacional apresentada por Lazarus em 1966 e posteriormente expandida por Lazarus e Folkman em 1984 (Lazarus & Folkman, citado por Bliese et al., 2017). Na teoria de



Lazarus, a dimensão psicológica ganha uma maior relevância reforçando a importância dos fatores subjetivos no processo de stresse e afirmando que os efeitos de potenciais stressores no bem-estar seriam predominantemente determinados pela forma como são cognitivamente avaliados pelo indivíduo (Bliese et al., 2017; Lai, Lyons, Kyle & Kreuter, 2017). Este modelo teórico é focado no stresse geral e forma assim o fundamento meta-teórico da teoria cognitiva do stresse (Lazarus & Folkman, citado por Wu, 2016). O stresse psicológico surge então quando um encontro entre um indivíduo e seu meio ambiente é avaliado como taxativo ou excedente dos recursos do próprio, colocando em risco seu bem-estar (Eldor et al., 2017; Lazarus e Folkman, citado por Lai, Lyons, Kyle & Kreuter, 2017).

O processo de avaliação desencadeia respostas emocionais e quando os estímulos são avaliados como ameaçadores, desafiadores ou nocivos – isto é, como stressores – o stresse resultante leva ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (ou coping), com vista à regulação emocional ou à tentativa de lidar diretamente com os mesmos. Os processos de coping produzem consequências (ex. Uma mudança na relação pessoa-ambiente) que são posteriormente avaliadas como favoráveis, desfavoráveis ou irresolutas. A resolução favorável dos stressores desencadeia emoções positivas, ao passo que as resoluções desfavoráveis ou irresolutas desencadeiam stresse, levando o indivíduo a considerar outras opções de coping para tentar resolver o stressor (Lazarus & Folkman citado por Biggs et al., 2017).

Segundo a teoria de Lazarus, a avaliação cognitiva é um constructo central para a compreensão do processo de stresse, uma vez que é ela que avalia um evento em termos da sua significância para o bem-estar do indivíduo que o experiencia. Deste modo, o stresse é visto como um fenómeno de origem cognitiva, no qual as exigências do ambiente se tornam stressoras e ativadoras da resposta biológica mediante a sua percepção e interpretação como ameaçadoras. As características do ambiente, isto é, o seu potencial nocivo para ser percebido como ameaçador, estão intimamente ligadas às crenças, motivos e atitudes pessoais do indivíduo (Schonfeld et al., 2017).

O modelo de Lazarus permite assim explicar o porquê da existência de vários graus de stresse em indivíduos face a um mesmo evento. A avaliação cognitiva pode também ser realizada por intermédio de processos cognitivos automáticos (Calvo & Gutierrez-García, 2016).

Lazarus distinguiu duas formas de avaliação cognitiva: a avaliação primária, que determina se um stressor potencial é visto como nocivo, ameaçador ou desafiador; e a

avaliação secundária, que considera quais as opções disponíveis para gerir uma situação stressante. (Barraza, 2007; Bliese et al., 2017).

2.4.1. Avaliação primária. A avaliação primária é a avaliação das demandas ambientais e das suas respetivas implicações para os valores, objetivos, identidades e bem-estar psicológico dos indivíduos (Calvo & Gutierrez-García, 2016; Lai, Lyons, Kyle & Kreuter, 2017). Esta é uma avaliação dos aspetos que estão em causa num determinado encontro (Chandola & Marmott, 2011) e através dela, as circunstâncias podem ser avaliadas como irrelevantes - se não forem relativas às necessidades e objetivos do sujeito, não desenvolvendo qualquer tipo de stresse; positivas ou benignas – se forem avaliadas como preservadoras ou potenciadoras do bem-estar pessoal; e stressantes – quando as necessidades ou objetivo pessoais estão implicados na situação, levando ao surgimento da avaliação secundária como forma de avaliação dos recursos pessoais ou das fontes de coping para lidar com a situação (Calvo & Gutierrez-García, 2016; Chandola & Marmott, 2011). Deste modo, é nestas situações em que a avaliação secundária das fontes de coping e opções a tomar ganha uma especial relevância (Chandola & Marmott, 2011).

2.4.2. Avaliação secundária. A avaliação secundária é uma avaliação das opções e recursos para lidar com um encontro stressante por intermédio da minimização da perda de recursos, ou do aumento da perspetiva de ganho de recursos (Chandola & Marmott, 2011; Lai, Lyons, Kyle & Kreuter, 2017). Através da avaliação cognitiva, os indivíduos determinam se algo pode ser feito para mitigar a perda, decidir se necessitam de mais informação ou simplesmente de aguardar. As avaliações primárias e secundárias influenciam-se mutuamente para determinar o tipo e extensão dos resultados emocionais e as respostas de coping que se seguem (Folkman e Lazarus, citado por Lai, Lyons, Kyle & Kreuter, 2017).

Dependendo do resultado da avaliação secundária, quatro principais tipos de stresse podem ser desenvolvidos: ameaça, dano, perda e desafio. A avaliação de ameaça implica a perceção de um evento iminente que pode ter consequências negativas. A avaliação de danos traduz-se na perceção da ocorrência de que algo negativo. A avaliação de perda constitui um tipo específico de avaliação de danos na qual algo que é positivamente avaliado se torna inacessível. Todos estes três tipos de avaliação levam à angústia, considerada por Lazarus e Folkman a forma típica do stresse. Em contrapartida, a avaliação do desafio leva a uma forma diferente de stresse coincidente com a noção de eustress proposta por Selye. A avaliação de desafio envolve

ainda a consideração da situação como exigente, mas também como uma oportunidade para obter benefícios, o que motiva positivamente o esforço e os comportamentos de coping (Calvo & Gutierrez-García, 2016; Chandola & Marmott, 2011).

A avaliação do controlo potencial sobre a relação stressante entre o sujeito e o meio é mencionada como uma forma importante de avaliação secundária (Lazarus & Folkman, 1999), uma vez que, por contraponto às avaliações de ameaça, as avaliações de desafio estão associadas a uma maior sensação de controlo pessoal sobre a interação sujeito-meio (Chandola & Marmott, 2011). Deste modo, a capacidade e as crenças de autoeficácia (Bandura citado por Carver, 2016) são referidas como antecedentes importantes da avaliação cognitiva. As crenças existenciais, nomeadamente a fé em deus ou na ordem natural do universo (Lazarus & Folkman, citado por Carver, 2016) parecem também ser relevantes para a avaliação, na medida em que ajudam os indivíduos a atribuir significado às suas vidas. Também os compromissos motivacionais, nos quais se incluem os próprios objetivos e valores, têm sido identificados como antecedentes importantes das avaliações primárias, na medida em que ajudam a determinar o que está em causa numa determinada situação (Chandola & Marmott, 2011).

2.4.3. Coping. O trabalho de Lazarus também enfatizou particularmente as maneiras pelas quais os indivíduos lidam com o stresse (Lazarus, citado por Bliese et al., 2017).

Quando os sujeitos são confrontados com uma situação potencialmente nociva, tentam fazer algo para evitar o perigo. O coping refere-se então aos esforços empreendidos para resolver uma situação. As manifestações comportamentais de coping variam de acordo com a situação e a forma como a ameaça pode ser controlada (Calvo & Gutierrez-García, 2016; Fink, 2016). Lazarus concetualizou os estilos de coping como diferenças individuais que caracterizam a forma como sujeitos lidam com as transações stressantes entre si e o meio (Bliese et al., 2017).

Folkman e Lazarus (citado por Calvo & Gutierrez-García, 2016) fizeram a distinção entre duas funções básicas, correspondendo a dois tipos diferentes de coping: o coping ativo, ou focado no problema, e o coping passivo ou focado na emoção. O primeiro prende-se com a gestão ou alteração da relação pessoa-ambiente que é fonte de stresse. O coping ativo pode ser cognitivo (p.e. análise lógica ou reavaliação positiva) ou comportamental (p.e. busca de orientação e apoio e ações concretas para lidar diretamente com a situação ou suas consequências). Num contexto aversivo, o coping cognitivo compreende processos mentais destinados a negar ou minimizar a gravidade



da situação ou suas consequências, além da aceitação da situação como ela é. O coping comportamental inclui a busca de estratégias alternativas para enfrentar diretamente o problema (Calvo & Gutierrez-García, 2016). Nos casos em que o problema não pode ser tratado diretamente, pode ser preferível recorrer ao coping passivo, ou centrado na emoção. Este é referente à regulação das emoções stressantes que surgem em resposta ao problema (Barraza, 2007; Chandola & Marmott, 2011; Folkman & Lazarus, citado por Calvo & Gutierrez-García, 2016). O coping focado na emoção consiste numa série de processos cognitivos focados na redução do sofrimento emocional, incluindo evitação, minimização, reavaliação da situação de forma mais positiva, sem realmente alterá-la. No entanto, postula-se que por vezes os indivíduos possam deliberadamente envolver-se em estratégias direcionadas para aumentar o sofrimento, como auto culpabilização ou magnificação do problema, procurando aumentar sua angústia para facilitar um sentimento de alívio subsequente, enquanto outros podem tentar aumentar sua angústia para ajudar a motivá-los a lidar com o problema (isto é, para motivar o coping focado no problema (Lazarus & Folkman citado por Chandola & Marmott, 2011). Muitas vezes, o coping focado no problema e coping focado na emoção são adotados simultaneamente para gerir o stressor e as emoções induzidas (Folkman e Lazarus, citado por Lai, Lyons, Kyle & Kreuter, 2017).

Quando ambos os mecanismos de coping falham, o coping desadaptativo (ex. auto distração, evasão ou busca de uma saída para expressar emoções relacionadas) é utilizado (Carver citado por Lai, Lyons, Kyle & Kreuter, 2017). Os processos de avaliação, emoções, coping e reavaliação tendem a persistir até que o stresse seja aliviado ou resolvido (Folkman e Lazarus, citado por Lai, Lyons, Kyle & Kreuter, 2017).

2.4.4. Modelo atualizado. A investigação tem demonstrado a existência simultânea de emoções positivas e negativas no processo de stresse, mesmo durante as circunstâncias mais difíceis, indicando a necessidade de rever a teoria para explicar o papel do coping na facilitação de emoções positivas (Folkman e Moskowitz, citado por Biggs et al., 2017). Assim, Folkman descreveu duas áreas-chave a serem desenvolvidas: a importância de uma melhor compreensão sobre a função das emoções positivas no processo de stresse e de coping e o papel dos mesmos na facilitação de emoções positivas durante eventos intensamente stressantes (Biggs et al., 2017). No modelo original (Lazarus e Folkman, citado por Biggs et al., 2017), a reavaliação cognitiva determina se os esforços de coping foram adaptativos ou desadaptativos. Resultados adaptativos originaram emoções positivas, enquanto a incapacidade de resolver com êxito uma situação produz angústia, iniciando novas tentativas de

avaliação e coping. No entanto, a teoria revista propõe que o coping desadaptativo e a angústia resultante podem realmente desencadear o coping focado no significado, particularmente quando os stressores são percebidos como avassaladores e incontrolláveis (Folkman, citado por Biggs et al., 2017). O coping focado no significado consiste em recorrer aos valores, crenças e objetivos da pessoa para reordenar as prioridades da vida, atribuir significado positivo aos eventos comuns e se lembrar dos benefícios do stress (Carver e Connor-Smith, citado por Biggs et al., 2017). O coping centrado no significado, por sua vez, suscita emoções positivas, permitindo a restauração dos recursos.

2.5. McEwen

McEwen (1998) propõe um processo através do qual, a ativação prolongada da resposta ao stress pode levar problemas de saúde. Deste modo, introduz o conceito de aloestasia, definido como o processo pelo qual os indivíduos se ajustam às demandas em constante mudança que são colocadas na atividade somática por parte de eventos salientes (Roche, Kostadinov & Fischer, 2017). A adaptação aos desafios da vida cotidiana é mediada por sistemas aloestáticos, como o eixo HPA, o sistema nervoso autónomo, o sistema metabólico e o sistema imunológico. McEwen sustenta que a ativação excessiva e prolongada ou a desregulação do eixo HPA (também conhecida como resposta aloestática) que não for acompanhada por uma recuperação adequada desempenha um papel significativo numa sequência de eventos que levam a mudanças patológicas. Tal pressuposto baseia-se na premissa de que a ativação crónica de sistemas aloestáticos inicialmente protetores (sistema SAM, eixo HPA e sistema imunológico) resulta na supracitada carga aloestática, termo referente à hiperatividade ou inatividade dos sistemas aloestáticos. A carga aloestática, por sua vez, manifesta-se em problemas crónicos do sono, burnout e processos de doenças aceleradas (Ganster e Rosen, citado por Toker & Melamed, 2017; McEwen, 1998). Por exemplo, quando um organismo está sujeito a uma alta demanda por gastos de energia física (carga aloestática, resultado cumulativo de um estado aloestático), a estabilidade dos sistemas fisiológicos que mantêm a vida é reforçada pela mudança de pontos fisiológicos de ajuste (estado aloestático) de outros sistemas e comportamentos associados à resposta a stressores (McEwen & Wingfield, 2003, 2010). Essas mudanças podem ser temporárias ou permanentes. Assim, a manutenção dos estados aloestáticos requer energia. A sobrecarga aloestática pode ocorrer se houver eventos imprevisíveis, como doença ou interações sociais, o que conseqüentemente exigirá



cargas adicionais (McEwen & Wingfield, 2003). Embora o estado aloestático possa ter efeitos protetores e adaptativos a curto prazo, a manutenção prolongada da sobrecarga aloestática pode ser acompanhada por patologias de ordem fisiológica ou psicológica (Goldstein & Kopkin, 2007). Se a demanda de energia exceder a energia disponível, dá-se a sobrecarga aloestática tipo 1 (McEwen, 2010; McEwen & Wingfield, 2003) que leva a condições fisiológicas, como a perda de peso corporal e a supressão da reprodução (Wingfield, Moore e Farner, 1983). No entanto, se o organismo continuar a absorver ou armazenar o mesmo nível ou até mais energia do que precisa, mesmo quando as demandas de energia não são excedidas, a sobrecarga aloestática de Tipo 2 tem início, levando a vários problemas fisiológicos, como a deposição de gordura do consumo de alimentos relacionados ao stresse, escolha de uma dieta rica em gordura, desequilíbrios metabólicos, alterações neuronais (nomeadamente, a perda de neurônios piramidais no hipocampo), colesterol elevado e dor e fadiga crônicas (McEwen, 2010; McEwen & Wingfield, 2003). A carga aloestática de tipo 2 é uma falha na supressão da resposta de stresse na qual, os mecanismos de feedback adequados não são acionados, resultando na superprodução ou supressão de um bio marcador (McEwen, 1998, 2010). A carga aloestática de tipo 3 é uma resposta inadequada na qual o organismo não reage ao stressor, como é o caso da imunossupressão secundária à produção inadequada de cortisol (McEwen, 1998, 2010).

Assim, a sobrecarga aloestática pode ser afetada por vários fatores biológicos, psicológicos e sociais, levando a um conjunto diverso de patologias e a dor crônica. Os estados aloestáticos, portanto, são referentes a níveis contínuos de atividade alterada dos mediadores primários (por exemplo, nível de glucocorticosteróides) que integram comportamentos associados à resposta a ambientes em constante mudança e desafios como interações sociais, clima, doenças, predadores e poluição. Os estados aloestáticos podem produzir desgaste nos sistemas reguladores do cérebro e do corpo. Os termos "carga aloestática" e "sobrecarga aloestática" referem-se aos resultados cumulativos de um estado apostático, pelo que podem ser considerados o resultado das rotinas diárias e sazonais que os organismos usam para obter alimentos para sobrevivência e energia extra para migração, muda, reprodução e outras atividades sazonais. Nos seus limites normais, tais rotinas envolvem respostas adaptativas às sucessivas demandas, no entanto, se a superação de carga adicional de eventos imprevisíveis no meio ambiente, a carga aloestática pode aumentar dramaticamente, convertendo-se numa sobrecarga aloestática. A sobrecarga aloestática não possui um propósito útil e predispõe o indivíduo a doença. Todo sistema corporal responde a

demandas agudas através da alostase, o que leva à adaptação. Quando essas respostas agudas são usadas em excesso ou geridas de forma ineficiente, dá-se início à sobrecarga aloestática.

No cérebro, a secreção de adrenalina e cortisol em resposta a um evento de ameaça iminente promove e aprimora a memória da situação, para que o indivíduo possa manter-se fora de perigo no futuro; contudo, quando o stresse é repetido ao longo de muitas semanas, dá-se a atrofia neuronal, comprometendo as capacidades mnésicas do sujeito. Em contrapartida, outros neurónios crescem, levando a um aumento da reação de medo. No sistema imunológico, o stresse agudo promove a função imune aumentando o movimento das células imunitárias para as zonas necessárias de defender contra patogénicos, no entanto, o stresse crónico usa os mesmos mediadores hormonais para suprimir a função imunológica. A aloestasia serve uma função protetora para o indivíduo e promove a adaptação a curto prazo, no entanto, a sobrecarga da carga aloestática por períodos prolongados de tempo tem efeitos primários (p.e, ansiedade e tensão), secundários (p.e pressão arterial elevada e índice de massa corporal) e terciários (p.e doença cardiovascular, depressão, mortalidade) que podem chegar a ser letais para o indivíduo (Roch, Kostadinof & Fischer, 2017).

2.6. Outros modelos teóricos importantes

2.6.1. Teoria da conservação de recursos. A importância central da avaliação cognitiva sublinhada por Lazarus foi mantida no trabalho teórico subsequente. Um excelente exemplo é a teoria de conservação de recursos (TCR) proposta por (Hobfoll citado por Bliese, Edwards & Sonnentag, 2017). Esta perspetiva é semelhante ao Modelo do ajustamento Pessoa-Ambiente, na medida em que também examina a interação entre o sujeito e o seu meio envolvente, e o grau de correspondência entre as exigências do ambiente e os recursos que o sujeito possui para lidar com as mesmas. Contudo, uma diferença-chave reside no facto da TCR identificar indicadores de ajustamento mais objetivos comparativamente com o modelo anteriormente referido (Dewe, Driscoll & Cooper, 2013).

A TCR postula que o stresse ocorre quando os recursos que o indivíduo considera valiosos são ameaçados ou perdidos. Os recursos na TCR referem-se a objetos externos, condições e características pessoais ou ambientais que são valorizadas por direito próprio ou porque podem ajudar o indivíduo a alcançar ou proteger outros recursos (Dewe et al., 2013). Hobfoll defende que o modelo de Lazarus enfatiza em demasia as dimensões cognitivas, subestimando à dimensão ambiental. Deste modo, para a TCR, as circunstâncias stressantes originam perdas de recursos

(ex. um conflito com outras pessoas pode deixar o indivíduo sem energia, distraí-lo das suas tarefas ou fazê-lo perder tempo, o que significa que irá existir a perda de recursos). Em contraste as condições favoráveis levam a ganhos de recursos, como por exemplo o aumento da autoestima do sujeito perante feedback positivo dos seus supervisores. Apesar de a TCR incorporar perdas e ganhos de recursos, foca-se predominantemente nas perdas, aspeto que segundo Hobfoll é uma maior ameaça à sobrevivência, possuindo predominância sobre os ganhos de recursos perante situações stressantes. Contudo, estes são importantes para o indivíduo desenvolva e aumente os seus níveis de bem-estar psicossocial. Os dois restantes princípios da TCR são: a) espirais de recursos - conceito segundo o qual, quando um indivíduo não possui recursos para lidar com eventos stressantes, são não apenas vulneráveis aos mesmos, como todas as perdas gerarão novas perdas; e b) caravanas de recursos - os recursos podem desenvolver-se mutuamente entre si (ex. autoeficácia e otimismo) (Dewe et al., 2013)

Como referido anteriormente, a TCR foi inicialmente proposta como alternativa às teorias baseadas na avaliação cognitiva, como a teoria de Lazarus, ao dar maior ênfase no ambiente objetivo como determinante do estresse. Contudo, a avaliação cognitiva desempenha um papel fundamental na avaliação de recursos. Embora alguns investigadores tenham argumentado que certos sintomas de tensão, como a excitação afetiva, podem não exigir avaliação cognitiva como precursor, a maioria das teorias contemporâneas de estresse indica que a avaliação desempenha um papel fundamental na tradução de stressores experienciados tensões e processos de coping (Lazarus, citado por Bliese, Edwards & Sonnentag, 2017).

2.6.2. Modelo Controle-Demandas. O modelo de controle-demandas (C-D) pressupõe que, embora as demandas excessivas possam ter um impacto significativo nos níveis de stresse, os indicadores mais importantes do mesmo são sim o controlo dos sujeitos sobre as exigências do meio (Dewe et al., 2013).

O modelo C-D parte de três pressupostos: 1 – O stresse ocupacional manifesto através de fadiga, ansiedade, depressão e doença física surge quando as demandas psicológicas do local de trabalho são grandes por contrapartida a uma escassa capacidade de tomada de decisão do trabalhador; 2- Níveis adequadamente elevados de demandas psicológicas e o controle sobre o trabalho facilitam a aprendizagem e o crescimento profissional; 3 – O modelo C-D possui uma outra dimensão importante: o suporte social, pela sua importância enquanto fator protetor da experiência de stresse (Karasek, citado por Macías-Barraza, 2007).

Em suma, para o modelo C-D, ambientes caracterizados por elevadas demandas e baixos níveis de controle e suporte social, são aqueles com maior risco de doença. (Macías-Barraza, 2007).

2.6.3. Modelo de ajustamento pessoa-ambiente. Outro modelo teórico que tem existido ao longo de um considerável período de tempo, e que tem sustentado outras abordagens ao stresse ao bem-estar é o Modelo de ajustamento entre a Pessoa-Ambiente (AP-E) (Dewe et al., 2013). A teoria de AP-E faz a distinção entre a pessoa objetiva e os fatores ambientais de suas contrapartes subjetivas e enfatiza o ajustamento entre a pessoa subjetiva e o meio ambiente como determinante chave de cargas psicológicas, fisiológicas e comportamentais, em conjunto com mecanismos de coping e de defesa (French, Caplan e Van Harrison citado por Bliese, Edwards & Sonnentag, 2017).

Neste sentido esta teoria defende que uma incompatibilidade entre as necessidades de um sujeito e aquilo que recebe ou com que se confronta origina uma elevada tensão (ou *strain*) entre ambos. Em teoria, os indivíduos experienciam uma tensão quando existe uma incompatibilidade entre as suas preferências e as consequências que o meio envolvente lhes proporciona. No entanto, é provável que esta relação esteja dependente de outros fatores, nomeadamente o facto de o atributo interferir com outras atividades ou situações nas quais o sujeito preferiria estar envolvido (Dewe et al., 2013).

Em suma, ainda que o modelo de ajustamento Pessoa-Ambiente prediga que os desajustamentos aumentem os níveis de tensão, na prática a quantidade de tensão experienciada pelos sujeitos pode variar significativamente em função da situação. Deste modo, a premissa básica deste modo é a de que é necessário que exista um ajustamento entre as competências dos sujeitos e as exigências que recaem sobre eles, estando o desajustamento entre estas duas dimensões associado à criação de tensão psicológica, e consequentemente à redução do seu bem-estar psicológico. No entanto a relação entre a dimensão exigências-competências e a dimensão necessidades-fornecimento é consideravelmente mais relevante quando os estímulos são importantes para o sujeito. (Dewe et al., 2013).

2.6.4. Teoria Cibernética do stresse. A teoria cibernética do stresse ocupacional proposta por Cummings e Cooper (Bliese, Edwards & Sonnentag, 2017) e Edwards (Bliese, Edwards & Sonnentag, 2017) enquadram o estresse como uma discrepância entre percepções e desejos importantes que levam a sintomas psicológicos



e físicos e esforços para resolver discrepâncias percebidas (Bliese, Edwards & Sonnentag, 2017). A teoria cibernética lida com a resposta dos sistemas à informação através dos mecanismos de feedback (Ashby, 1954) baseando-se no pressuposto de que os indivíduos procuram manter um estado de equilíbrio, atuando no sentido do seu restabelecimento sempre que alguma força externa o comprometer - ideia que reflete o trabalho inicial de Cannon sobre as respostas de ataque ou fuga, a síndrome geral de adaptação de Selye e como o conceito de carga alostática (McCarty, 2016; McEwen, 2016).

2.6.7. Modelo de desequilíbrio entre esforços e recompensas. O modelo de desequilíbrio entre esforços e recompensas (DER) postula que a exposição a uma experiência recorrente de não reciprocidade laboral (i.e. elevados custos vs. baixo ganho) aumenta o risco de desenvolvimento de doenças relacionadas ao stresse, como por exemplo, depressão ou doença cardiovascular. Experienciar um desequilíbrio entre esforços e recompensas no trabalho é uma experiência nociva, dado que afeta o bem-estar e a autoestima do sujeito, para além de fomentar estados emocionais negativos que levam a níveis prolongados de atividade do sistema nervoso autónomo e neuro-endócrino. Como consequência a longo prazo, a ativação recorrente dos sistemas fisiológicos ligados à resposta de stresse do organismo pode precipitar o desenvolvimento de perturbações de ordem física ou psicológica (Siegrist, 2016).

2.7. Implicações práticas decorrentes do campo de estudo do stresse

Com o avanço da investigação do processo de stresse foi possível concetualizar de forma cada vez mais compreensiva o processo de stresse, abandonando a conceção inicial do mesmo enquanto um processo puramente biológico, para passar a ser visto como um processo biopsicológico, no qual diversas variáveis de ordem fisiológica, psicológica ou ambiental interagem mutuamente, levando ao surgimento da experiência de stresse.

O presente estudo utiliza um programa de intervenção denominado “Gestão Otimista do Stresse” baseado nas teorias de Lazarus e Folkman (Lazarus, 2006) e McEwen (1998, 2010, 2016).

Capítulo 3 -Intervenções psicológicas para a gestão do stresse em enfermeiros

Considera-se que o stresse ocupacional e o burnout derivam de uma exposição a stressores laborais e que os seus efeitos são mediados pela capacidade de enfrentamento dos sujeitos a eles expostos (Schaufelli, citado por Ruotsalainen et al., 2015). O trabalho de Edwards e Burnard (2003), uma das primeiras revisões de literatura realizadas sobre a temática já no século XXI, conclui que os profissionais de enfermagem podem beneficiar especialmente de treinos comportamentais, de relaxamento, competências terapêuticas e workshops de gestão de stresse em resposta a esta problemática. Tal tem sido corroborado por estudos que apontam a adequabilidade destas formas de intervenção, nomeadamente das intervenções cognitivo-comportamentais (Brunero, Cowan & Fairbrother, 2008; Ewers, Bradshaw, McGovern & Ewers, 2003; Ruotsalainen, Verbeek, Mariné & Serra, 2015; Sarid, Berger & Engelshin, 2010; Sarid et al., 2012) e do relaxamento (Ruotsalainen et al., 2015; Yung, Fung, Chan & Lau, 2005), contudo, têm também surgido novas abordagens com resultados, como é o caso das intervenções organizacionais (Rickard et al., 2012; Ruotsalainen et al., 2015), intervenções de redução de stresse baseadas em mindfulness (RSBM) (Bazarco et al., 2013; Cohen-Katz et al., 2005a, 2005b; Dos Santos et al., 2016; Foureur, Besley, Burton, Yu & Crisp, 2013; Gauthier, Meyer, Gref & Gold, 2014; Mackenzie, Poulin & Seidman-Carlson, 2006; Martín-Asuero & García-Banda, 2010; Moody et al., 2013; Pipe et al., 2008; Smith, 2014); meditação (Ando, Natsume, Kukihara, Shibata & Ito, 2011; Oman, Herdberg & Thorensen, 2006); Intervenções computadorizadas (Cutshall et al., 2014; Gaggioli et al., 2011; Hersch et al., 2016; Villani et al., 2011; Yamagishi et al., 2007) e outras intervenções psicológicas e psicossociais (Ghazavi, Lohrasbi & Mehrabi., 2010; Huss & Sarid 2014; Kravitz, Mcalister, Grant & Kirk, 2010; Rowe 2006; Le Blanc, Hox, Schaufeli, Taris & Peters, 2007; Mealer et al., 2014; Redhead, Bradshaw, Braynion & Doyle, 2011; Saedpanah et al., 2016; Yung et al., 2004).

Em seguida, será realizada uma revisão dos trabalhos supracitados e dos seus contributos para a área da gestão do stresse:

Começando pelos estudos que avaliaram a eficácia de programas cognitivo comportamentais na gestão do stresse, Ewers et al., (2003) avaliaram a eficácia de um programa de intervenção psicossocial nos níveis de burnout, conhecimento e crenças face à esquizofrenia e tratamentos psicológicos de uma amostra de 20 enfermeiros forenses. O programa teve como objetivo o desenvolvimento de competências práticas para a redução do distress e melhoria do funcionamento das pessoas com



esquizofrenia. O conhecimento e crenças face à esquizofrenia foram avaliadas com um questionário criado pelos autores do estudo e os níveis de Burnout através do Inventário de Burnout de Maslach (MBI). A intervenção foi avaliada através de um design quase-experimental de pré-teste/pós-teste e os participantes foram aleatoriamente divididos num grupo experimental ($n=10$) e um grupo de controlo em lista de espera ($n=10$). Os autores encontraram mudanças positivas nos níveis de burnout do grupo experimental por comparação ao grupo de controlo, que apresentou um aumento dos níveis de Burnout no pós-teste. Os autores apontam ainda que os resultados obtidos mostram que o aumento de treino e conhecimento sobre a doença mental permite aos enfermeiros adotar atitudes mais positivas para com os seus clientes e sentir menos os efeitos negativos do stresse decorrente da sua profissão de cuidador (Ewers et al., 2003). Sarid et al., (2010), num estudo que avaliou a eficácia de uma intervenção cognitivo comportamental de 16 sessões nos níveis de sentido de coerência, stresse percebido e estado de humor de uma amostra de 36 enfermeiros. Os autores dividiram a amostra num grupo experimental com 20 participantes ($n=20$), um grupo de controlo com 16 ($n=16$) e utilizaram um design pré-teste/pós-teste para determinar qual o efeito da intervenção. Para avaliação do sentido de coerência foi utilizada uma versão curta da escala de sentido de coerência (Antonovsky, citado por Sarid et al., 2010), para avaliação do stresse percebido foi utilizada a escala de stresse percebido (PSS) (Cohen et al., citado por Sarid et al., 2010) e os estados de humor dos participantes foram avaliados através do perfil de estados de humor (POMS) (McNair et al., citado por Sarid et al., 2010). Os resultados revelaram um aumento estatisticamente significativo de valores de sentido de coerência e de estado do humor vigoroso, bem como uma redução igualmente significativa dos valores de stresse percebido e fadiga após a intervenção. Brunero et al., (2008) avaliaram a eficácia de um workshop cognitivo-comportamental com a duração de oito horas, nos níveis de stresse de uma amostra de 18 enfermeiros. Os autores utilizaram um design pre-teste/pós-teste e para avaliação dos níveis de stresse dos participantes foi utilizada a escala de stresse em enfermagem (NSS). A intervenção consistiu em psicoeducação para o stresse, introdução ao modelo cognitivo-comportamental, identificação dos stressores ocupacionais, aplicação do modelo ABC para a perturbação do comportamento ou emocional segundo a teoria cognitivo comportamental, e por último, a aplicação do modelo cognitivo comportamental aos participantes em contexto de trabalho. Os resultados indicaram uma redução estatisticamente significativa dos níveis de stresse após a intervenção, sugerindo um efeito da intervenção. Sarid et al., (2012), numa amostra de 36 enfermeiros aplicaram



um programa de intervenção cognitivo comportamental em grupo com um total de 64 horas de duração. O programa incluiu o ensino e prática de técnicas de relaxamento, psicoeducação para o stresse, identificação de pensamentos irracionais, competências de disputa de pensamentos negativos e competências de resolução de problemas. Os autores dividiram a amostra num grupo experimental de 20 participantes ($n=20$), um grupo de controlo com 16 ($n=16$) e usaram um design pré-teste/pós-teste para determinar o impacto da intervenção nos níveis de sentido de coerência, stresse percebido e estado do humor dos participantes. Para tal, foram utilizados como instrumentos o questionário de sentido de coerência (SOC) (Antonovsky citado por Sarid et al., 2012), escala de stresse percebido (PSS) (Cohen, Kamarck & Mermelstein, citado por Sarid et al., 2012) e perfil de estados de humor (POMS) (McNair, Lorr & Droppleman, citado por Sarid et al., 2012). No momento da avaliação pré-teste, não existiam diferenças relativamente às variáveis supracitadas, contudo, após o período experimental, os autores verificaram um aumento estatisticamente significativo no sentido de coerência e vigor, bem como um decréscimo estatisticamente significativo nos níveis de stresse percebido e fadiga dos participantes do grupo experimental. Outros estudos têm testado diferentes abordagens para a gestão do stresse. Huss e Sarid (2014) numa amostra de 36 prestadores de cuidados de saúde procuraram comparar duas técnicas de transformação visual de imagens stressantes: uma com recurso ao desenho, outra com recurso a imagética. Os participantes foram divididos por dois grupos, incentivados a evocar imagens stressantes e avalia-las por intermédio de unidades subjetivas de desconforto, em seguida eram incentivados a alterar elementos da sua composição à sua escolha por intermédio do desenho ou imagética e a registarem os elementos alterados na escala de elementos de composição para então avaliar novamente a imagem transformada com a escala de unidades subjetivas de desconforto. Os resultados indicaram que ambas as técnicas foram eficazes na redução dos níveis de stresse dos participantes. Por sua vez, Saedpanah et al., (2016) estudaram o efeito de um treino de regulação emocional com a duração de três semanas, nos níveis de stresse ocupacional de uma amostra constituída por 60 enfermeiros, divididos por um grupo experimental e um grupo de controlo. Os autores supracitados utilizaram como instrumento de avaliação do stresse ocupacional dos participantes uma versão alargada da escala de stresse em enfermagem (ENSS) (Gray-Toft & Anderson citado por Saedpanah et al., 2016). Os autores utilizaram uma metodologia quási-experimental de pré-teste/pós-teste e os resultados indicaram que os valores de stresse ocupacional do grupo experimental sofreram uma elevada redução



estatisticamente significativa comparativamente aos valores de base. Ghasavi et al., (2010) avaliaram a eficácia de um treino de competências de comunicação e psicoeducação nos níveis de stresse ocupacional de uma amostra de 45 enfermeiros, divididos por um grupo experimental de 23 sujeitos e um grupo de controlo com 22 elementos. Para medição dos níveis de stresse ocupacional foi utilizado um questionário utilizado por um dos autores, baseado no questionário de stresse ocupacional de enfermeiros psiquiátricos, de Tuft-Anderson (PNOSS). Os autores supracitados constataram que, embora ambos os grupos apresentassem níveis elevados de stresse ocupacional antes da intervenção, apenas os valores do grupo experimental apresentaram uma redução estatisticamente significativa após a intervenção. Os ganhos mantiveram-se após um mês da intervenção. Mealer et al., (2014), através de um ensaio clínico aleatorizado, estudaram o impacto de um programa multimodal de treino de resiliência numa amostra de 33 enfermeiros divididos por dois grupos: um grupo experimental com 13 sujeitos, e um grupo de controlo com 14. Para avaliação da eficácia do programa, os autores utilizaram a escala de resiliência Connor-Davidson (CD-RISC), a escala de stresse pós-traumático (PDS), a escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS), o inventário de burnout de Maslach e o questionário de satisfação do cliente (CSQ-8). Os resultados da investigação indicaram uma redução significativa dos sintomas de stresse pós-traumático e depressão no grupo experimental. O grupo de controlo apresentou também uma redução significativa dos sintomas de stresse pós-traumático, o que pode ser explicado por um efeito de contaminação entre ambos os grupos. Redhead et al. (2011) avaliaram a eficácia de uma intervenção psicossocial numa amostra de 42 enfermeiros de uma unidade de saúde mental. Foi utilizado um design ensaio aleatorizado, com grupo de experimental e grupo de controlo em lista de espera. Para avaliação da eficácia da intervenção, os autores utilizaram um questionário de escolha múltipla com 20 questões ligadas ao conhecimento face à esquizofrenia e abordagens psicossociais (MCQ), uma escala de atitudes face à utilidade e eficácia de intervenções psicossociais e o inventário de burnout de Maslach. Foi também realizada uma auditoria dos planos de cuidados escritos pelos participantes nos períodos pré e pós-tratamento. Em termos de resultados, os autores referem que o grupo experimental apresentou melhorias significativas no conhecimento face à esquizofrenia e atitudes para com a intervenção, apresentando também uma redução significativa dos níveis de despersonalização – dimensão do burnout. Le Blanc et al., (2007), num estudo que avaliou a eficácia de um programa de gestão do burnout com 664 profissionais de saúde divididos por 9 unidades



oncológicas experimentais e 20 unidades oncológicas de controlo. Os autores utilizaram um design quási-experimental de pré-teste/pós-teste com período de follow-up e utilizaram como instrumentos, a versão holandesa do inventário de Burnout de Maslach (MBI), uma medida de suporte social composta por itens de duas escalas (Peeters, Buunk & Schaufeli citado por Le Blanc et al., 2007), uma escala de perceção de participação nas tomadas de decisão (Van Veldhoven, Meijman, Broersen & Fortuin citado por Le Blanc et al., 2007), uma escala de controlo no trabalho (Biessen & De Gilder, citado por Le Blanc et al., 2007), uma escala de demandas no trabalho baseada na escala de Furda (Furda, citado por Le Blanc et al., 2007), e três escalas de avaliação das demandas ocupacionais emocionais (Kleiber, Gusy, Enzemann & Beerlage, citado por Le Blanc, 2007): uma subescala relacionada com problemas na interação com pacientes; uma escala relacionada com a confrontação com a morte e o morrer, e uma escala de identificação com pacientes. O programa consistiu numa intervenção de grupo focada no burnout e trabalhou aspetos relacionados com o stresse ocupacional, emergência e preservação do comportamento coletivo indesejado, comunicação e feedback, desenvolvimento de redes de suporte, equilíbrio entre investimentos e ganhos laborais, e resolução de problemas. Os resultados indicaram que as unidades experimentais apresentaram níveis significativamente menores de despersonalização e exaustão emocional após a intervenção, e no período de follow-up, 6 meses após a intervenção. Rowe (2006), num estudo com uma amostra de 108 prestadores de saúde, da qual 42 eram enfermeiros, estudou o impacto de um programa de gestão do stresse com a duração de seis semanas. Os participantes foram divididos por três grupos: dois grupos experimentais e um de controlo. Ambos os grupos realizaram o treino de 6 semanas, no entanto, um deles realizou sessões complementares após 5, 11 e 17 meses. O autor utilizou como instrumentos o inventário de Burnout de Maslach (MBI), o inventário de ansiedade traço-estado (STAI), a escala de robustez cognitiva e a escala de formas de coping. Os resultados finais do estudo evidenciaram que ambos os sujeitos integrantes de ambos os grupos experimentais apresentaram uma diminuição dos níveis de burnout, comparativamente ao grupo de controlo, contudo, os sujeitos do grupo que recebeu sessões adicionais mantiveram os ganhos ao longo de um período de quatro anos subsequentes à data do estudo. Yung et al., (2004) realizaram um estudo com uma amostra de 65 enfermeiras no qual formaram aleatoriamente três grupos: um grupo experimental com o qual foi realizado relaxamento muscular, um grupo experimental com o qual foi realizado relaxamento cognitivo e um grupo de controlo. O estado mental dos participantes foi avaliado através da versão chinesa do inventário de ansiedade



traço-estado (C-STAI) e da versão chinesa do questionário geral de saúde (C-GHQ). Os resultados deste estudo indicam que ambos os grupos experimentais apresentaram melhorias ao nível da ansiedade e saúde mental, comparativamente ao grupo de controlo. No entanto, o grupo que realizou relaxamento cognitivo apresentou as diferenças mais acentuadas.

Kravitz et al., (2010) avaliaram a eficácia de um programa psicoeducativo de autocuidado numa amostra de 248 enfermeiros. A intervenção consistiu numa sessão de 6 horas focada no relaxamento, imagética guiada, exploração pela arte de estratégias de coping proactivas, e a criação de um plano personalizado de autocuidado e bem-estar. Os autores do estudo utilizaram o inventário de Burnout de Maslach (MBI) e uma medida de arteterapia em fase de adaptação denominada “Desenho de uma pessoa à chuva” (Carney, citado por Kravitz et al., 2010). Os resultados do estudo indicaram uma redução estatisticamente significativa após a intervenção, nos níveis de exaustão emocional e despersonalização – dimensões do MBI, indicando a eficácia da intervenção. Didhevar et al., (2016), estudaram o impacto de um programa de gestão de stresse numa amostra de 62 sujeitos composta por um grupo de 40 enfermeiras e 22 parteiras. Os autores utilizaram a escala de stresse em enfermagem (NSS) para avaliar os níveis de stresse dos participantes, e um questionário PRECEED-PROCEED para avaliar as estratégias de coping empregues pelos participantes. O programa consistiu em duas sessões de quatro horas, e na fase inicial pré-teste, os autores referem não existiam diferenças estatisticamente significativas entre enfermeiras e parteiras em termos de pontuação nas dimensões de fatores predisponentes, reforçadores, desencadeadores e de stresse ocupacional do questionário PRECEED-PROCEED. Após a intervenção, constatou-se uma melhoria das pontuações de consciência, atitude, fatores reforçadores, e comportamento em ambos os grupos. Os níveis de stresse foram também significativamente diminuídos.

Por último, Delvaux et al., (2004) estudaram o efeito de um treino psicológico numa amostra de 115 enfermeiros de oncologia dividida num grupo de controlo com 58 sujeitos e um grupo experimental com 57 sujeitos. O programa consistiu em três semanas de treino e incluía aproximadamente 30 horas de formação teórica e 75 horas de exercícios experienciais e de roleplay. Os tópicos do treino focaram-se em temas como, comunicação básica em oncologia, dimensões psicossociais associadas ao cancro e o seu tratamento, gestão do distress e incerteza dos pacientes, deteção de reações psicopatológicas ao diagnóstico e prognóstico e discussão da morte e da eutanásia. Os autores utilizaram a escala de stresse em enfermagem (NSS) para avaliar



os níveis de stresse dos participantes, o questionário semântico de atitudes diferenciais (SDAQ) para avaliação das atitudes face aos aspetos psicossociais do cancro, o questionário da organização europeia para a investigação e tratamento do cancro (EORTC QLQ-C30) para avaliar a autoavaliação da qualidade de vida dos doentes oncológicos, e os questionários de satisfação com a entrevista de avaliação (SIAQ) – uma medida desenhada especialmente para o estudo que visava avaliar a satisfação com a comunicação. Comparativamente ao grupo de controlo, os enfermeiros treinados reportaram uma redução significativa dos seus níveis de stresse e atitudes. Foram também encontradas diversas melhorias significativas em diversos domínios das competências de comunicação dos participantes do grupo experimental.

Os programas de RSBM são também outro tipo de intervenções muito estudado nos últimos anos, pelo que é já conhecida a utilidade deste tipo de intervenções para os profissionais de enfermagem (Smith, 2014).

Mackenzie et al., (2006) investigou o impacto de uma versão reduzida do programa original de RSBM (Kabbat-Zin citado por Mackenzie et al., 2006) numa amostra de 30 enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Para o efeito, foi criado um grupo de controlo em lista de espera com 14 sujeitos e um grupo experimental com 16 elementos que passou por programa de 4 sessões mensais de 30 min, tendo este sido também incentivado a realizar prática autónoma do programa em casa. Os participantes do grupo experimental completaram uma bateria de questionários antes e após a intervenção composta pelo inventário de Burnout de Maslach (MBI) Maslach, Jackson & Leiter, citado por Mackenzie et al, 2006), o inventário de disposição para o relaxamento de Smith (Smith citado por Mackenzie et al, 2006), a subescala de satisfação intrínseca laboral do questionário de satisfação laboral (Koeske, Kirk, Koeske & Rautkis, citado por Mackenzie et al, 2006), a escala de satisfação com a vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, citado por Mackenzie et al, 2006) e uma versão de 13 itens do questionário de orientação para a vida de Antonovsky (Antonovsky citado por Mackenzie et al, 2006). Os resultados mostram que comparativamente ao grupo de controlo, os participantes do grupo experimental apresentaram melhorias estatisticamente significativas nos sintomas de burnout, relaxamento e satisfação com a vida. Gauthier et al., (2014) investigou a eficácia de um programa de RSBM com 8 semanas de duração e baseado no programa original, numa amostra de 38 enfermeiros. Os autores do estudo utilizaram o inventário de Burnout de Maslach (MBI) (Maslach & Jackson, citado por Gauthier et al., 2014) para avaliar os níveis de Burnout, a escala de stresse de enfermagem (NSS) (Gray-Toft & Anderson, citado por Gauthier et al., 2014)



para avaliação dos níveis de stresse, a escala de consciência atencional plena (MAAS) (MacKillop & Anderson, citado por Gauthier et al., 2014) para avaliação dos níveis de mindfulness, a escala de auto compaixão (SCS) (Neff, citado por Gauthier et al., 2014) para avaliação dos níveis de auto compaixão, e um item de avaliação da satisfação laboral, a ser respondido numa escala de likert de 7 pontos (1- Concordo fortemente; 7- Discordo fortemente). Os resultados da intervenção indicaram reduções significativas nos níveis de stresse do grupo experimental comparativamente aos níveis obtidos na avaliação pré-intervenção. Os ganhos mantiveram-se até um mês após a intervenção. Foureur et al., (2013) realizaram um estudo piloto com uma amostra de 45 enfermeiras e parteiras. Os participantes ingressaram num workshop de um dia e comprometeram-se a meditar diariamente durante um período de 8 semanas com uma avaliação pré e pós intervenção. Os autores utilizaram a versão reduzida do questionário de saúde geral (GHQ-12) (Goldberg citado por Foureur et al., 2013), o questionário SOC de orientação para a vida (Antonovsky citado por Foureur et al., 2013) e as escalas de ansiedade, stresse e depressão (Lovibond & Lovibond citado por Foureur et al., 2013). Foi também entregue aos participantes um diário no qual deveriam anotar os seus hábitos diários de meditação. Os resultados apontaram para melhorias significativas na escala de saúde geral (GHQ-12), sentido de coerência e subescala de stresse medida pela Escala de Stresse de Enfermagem (ESE). Cohen-Katz et al., (2005a, 2005b) realizaram um estudo quantitativo e qualitativo numa amostra de 27 sujeitos, composta predominantemente por enfermeiras, que foi dividida por um grupo de controlo em lista de espera com 13 elementos, e um grupo experimental que ingressou num programa de RSBM com 8 semanas de duração. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente por ambos os grupos e foram utilizados como instrumentos o inventário de Burnout de Maslach (MBI) para avaliação dos níveis de burnout, o inventário breve de sintomas (BSI) para avaliação do distress psicológico, a escala de consciência plena (MAAS) para medição dos níveis de mindfulness e um questionário de avaliação do programa. Os resultados quantitativos mostram uma redução das pontuações de duas das três subescalas do MBI. Comparações intragrupo revelaram resultados semelhantes. Os ganhos da intervenção mantiveram-se por um período póstumo de três meses. Os dados qualitativos do estudo apontaram para melhorias na capacidade de relaxamento e autocuidado, bem como melhorias nas relações interpessoais. Bazarco et al., (2013), numa amostra de 36 enfermeiros avaliou o impacto de programa de RSBM com 8 semanas de duração. Foi pedido aos participantes eu seguissem uma agenda composta pela prática guiada de meditação, discussão em grupo, yoga e alongamento, tarefas



diárias e acesso a instrução e suporte individualizado. Todas as práticas autônomas utilizaram como recurso gravações com 25 a 30 minutos de duração. Foi aplicado um protocolo de investigação on-line composto por várias escalas em três períodos de tempo diferentes: pré e pós intervenção, e após um período de follow-up de quatro meses após a conclusão da intervenção. O protocolo continha a escala de stresse percebido (PSS) para avaliação dos níveis de stresse dos participantes, o inventário de Burnout de Copenhaga (CBI) como medida de burnout, o questionário de saúde SF-12v2 (SF-12) como medida de saúde física e mental, a escala breve de serenidade (SBI) como medida de espiritualidade e bem-estar, a escala de empatia de Jefferson (JES) como medida de empatia e a escala de auto compaixão (SCE) para avaliação da auto compaixão, isolamento e autojulgamento. Os resultados mostraram que os participantes apresentaram uma melhoria ao nível da sua saúde geral, empatia, Auto compaixão e diminuições dos níveis de stresse e burnout mantidas até ao período de follow-up. Pipe et al., (2008) realizaram um estudo com uma amostra de 32 chefes de equipa de enfermagem, no qual o grupo de controlo participou num treino de liderança e o grupo experimental foi envolvido num programa de 5 sessões de RSBM e prática diária de 30 min de meditação. Os autores utilizaram a Listagem de sintomas (SCL-90) para avaliação do distress global e a escala de eficácia global como medida da autoeficácia e no estabelecimento de um ambiente cuidador com os pacientes. Os resultados mostraram que os participantes do grupo experimental apresentaram diversas melhorias em diversas subescalas da SCL-90 ao reportarem significativamente menos sintomas de stresse comparativamente com o grupo de controlo. Para além disso, os participantes apresentavam também uma melhoria significativa no índice de sintomas positivos de distress, comparativamente ao grupo de controlo. Martin-Asuero & García-Banda (2010) testaram um programa de RSBM realizado por telefone numa amostra de 29 sujeitos, composta predominantemente por profissionais de saúde. A intervenção envolveu um retiro de 8 horas no período inicial, 6 conferências semanais de 90 minutos e outro retiro de oito horas no final do curso. Os participantes foram também encorajados a realizar a prática da meditação de forma autónoma com sessões de 25 a 30 min em dias alternados. Os autores utilizaram o inventário de sintomas SCL-90R (Derogatis, citado por Martin-Asuero & Garcia-Banda, 2010) para avaliação dos níveis de distress, o questionário de experiências de vida recentes (SRLE) (Kohn & Macdonald, citado por Martin-Asuero & Garcia-Banda, 2010) para avaliação do stresse diário, a escala de afetividade positiva e negativa (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, citado por Martin-Asuero & Garcia-Banda, 2010), o questionário de controlo emocional (Roger & Najaran,

citado por Martin-Asuero & Garcia-Banda, 2010). Os resultados após a intervenção apresentaram uma redução considerável dos níveis de distress, ruminação e afeto negativo. Os ganhos da intervenção duraram até ao período de follow-up, três meses após a intervenção. Dos Santos et al., (2016) num estudo misto, aplicaram um programa de RSBM num grupo de 13 profissionais de enfermagem de um hospital do Brasil. O programa consistiu em 24 sessões de 60 minutos baseadas no programa original de Kabbat-Zin e no programa de Burch. Os autores supracitados utilizaram o inventário de depressão de Beck (BDI) (Beck, citado por Dos Santos et al., 2016) para avaliação da sintomatologia depressiva, o questionário de autorrelato (SRQ) para avaliação da sintomatologia física e emocional associada com condições psiquiátricas, a escala de stresse percebido (PSS) para avaliação do nível de stresse dos participantes, o inventário de burnout de Maslach (MBI) para avaliação dos níveis de burnout, o inventário de ansiedade traço-estado (STAI) para avaliação da ansiedade, a escala de satisfação com a vida (SWLS) para avaliar o bem-estar subjetivo e satisfação com a vida, a escala de autocompaixão (SCS) para avaliação dos níveis de autocompaixão, o questionário breve de qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-BREF) para avaliação da qualidade de vida dos participantes e a escala de stresse ocupacional (WSS) como medida de avaliação do stresse ocupacional. A análise dos resultados pós-intervenção revelou uma redução significativa entre as pontuações de stresse percebido, burnout, depressão e ansiedade-estado pré e pós intervenção. O WHOQOL-BREF revelou uma melhoria significativa nos domínios físicos e psicológicos nas pontuações pós intervenção, efeito que perdurou até ao follow-up. Os resultados qualitativos indicaram melhorias na reatividade à experiência interna, uma percepção mais atenta das experiências internas e externas, maior atenção e consciência das ações e atitudes no momento presente e uma influência positiva da intervenção no exercício da profissão da enfermagem. Moody et al., (2013) realizou numa amostra de 48 sujeitos, composta maioritariamente por enfermeiros, a aplicação de um curso baseado em Mindfulness que consistiu em 8 semanas de educação didática e experiencial em grupo. Os instrumentos utilizados para medição das variáveis foram o inventário de Burnout de Maslach (MBI), a escala de stresse percebido (PSS) e o inventário de depressão de Beck (BDI). O curso incluiu um total de 15 horas de aulas, e foram também providenciadas gravações de 10 e 20 minutos aos participantes, tendo estes sido encorajados a praticar diariamente. Os autores referem que praticamente toda a amostra exibia sinais de burnout na avaliação inicial e que embora os resultados quantitativos não tenham revelado diferenças significativas nas pontuações de burnout,



stress percebido ou depressão após a intervenção, a análise qualitativa dos diários de meditação dos participantes revelou índices de redução do stress, melhoria da paz, compaixão e prazer internos, melhoria da concentração e autoconsciência e uma redução dos sintomas somáticos. Lan et al., (2014) avaliaram a eficácia de uma intervenção de terapia cognitiva baseada em mindfulness numa amostra de 41 enfermeiros. Os autores utilizaram a escala de stress percebido (PSS) e as escalas de Stress, Depressão e Ansiedade para avaliação dos ganhos relacionados com o stress. Foram também utilizadas a escala de atenção e mindfulness (MAAS-15) e a escala subjetiva de felicidade (SHS) como forma de avaliação dos ganhos relacionados com o bem-estar. Os autores referem que após concluir o programa, os participantes reportaram melhorias significativas ao nível do stress percebido na escala de stress percebido (PSS), stress, ansiedade e depressão nas escalas de Stress, ansiedade e depressão, mindfulness na escala de atenção e mindfulness (MAAS-15) e felicidade na escala subjetiva de felicidade (SHS). Ando et al., (2011) estudaram também o impacto de uma versão modificada de RSBM, composta por duas sessões de meditação com 30-60 minutos de duração, os participantes foram também incentivados a praticar a mesma regularmente durante duas semanas. A amostra, composta por 28 enfermeiros foi dividida num grupo experimental com 15 participantes e um grupo de controlo com 13 sujeitos. Os autores supracitados utilizaram o questionário de sentido de coerência (SOC) (Antonovsky citado por Ando et al., 2011), o questionário geral de saúde (GHQ) e a escala de avaliação funcional do bem-estar espiritual na doença crónica (FACIT-Sp). Os resultados indicam um aumento da pontuação de sensação de coerência no grupo experimental comparativamente ao grupo de controlo após a intervenção, o que indica que a intervenção é eficaz na melhoria do bem-estar e aumento da sensação de coerência, o que conseqüentemente ajuda aos enfermeiros lidar com o stress.

Dentro das abordagens com recurso à meditação Oman et al., (2006) avaliaram a eficácia de uma intervenção focada em meditação denominada “passage meditation” composta por oito sessões de duas horas. A intervenção foi aplicada numa amostra de 58 sujeitos, 37 dos quais eram enfermeiros. Os autores mediram oito variáveis relativas ao stress e bem-estar através da escala de stress percebido (PSS), os níveis de saúde mental e vitalidade foram avaliados com subescalas do “Medical Outcomes Study” (Ware, Kosinski & Gandek citado por Oman et al., 2006), o inventário de burnout de Maslach (Maslach, Jackson & Leiter, citado por Oman et al., 2006) avaliou os níveis de Burnout dos participantes e a satisfação com a vida foi avaliada através da escala de satisfação com a vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Os



resultados apontam para um efeito benéfico ao nível do stresse e da saúde mental. Os efeitos da intervenção no stresse foram mediados pela adesão às práticas. A redução dos níveis de stresse perdurou durante aproximadamente dezanove semanas após a

Várias investigações têm também avaliado a eficácia de intervenções para a gestão do stresse computadorizadas. Yamagishi et al., (2007) estudaram a eficácia de um treino computadorizado de assertividade numa amostra de 25 enfermeiros. O programa de treino, intitulado “*Internet navigware: Assertion in the Workplace*” incluía informação sobre a definição de assertividade e métodos para melhorar as competências de assertividade dos participantes. As atitudes assertivas foram medidas através da escala de mente assertiva (MAS) (Ito citado por Yamagishi et al, 2007), os comportamentos assertivos pela checklist de assertividade (ACL) (Hiraki citado por Yamagishi et al., 2007), o stresse ocupacional foi medido através do questionário breve de stresse ocupacional (Nishikido et al., citado por Yamagishi et al., 2007), e os níveis de depressão foram avaliados através do questionário breve de stresse (Shimomitsu et al., citado por Yamagishi et al., 2007). Os resultados indicaram um aumento do conhecimento sobre assertividade e comportamento assertivo voluntário após a intervenção. Quanto aos níveis de stresse ocupacional, os autores apontam também para uma redução dos níveis de stresse, mais concretamente, na dimensão de sobrecarga mental da escala do questionário breve de stresse ocupacional (Shimomitsu, citado por Yamagishi et al., 2007). Foi também utilizada uma escala Gaggioli et al., (2011) avaliaram o impacto de um treino de redução de stresse com a duração de 5 semanas baseado em realidade virtual comparativamente a um treino de gestão de stresse cognitivo comportamental com a mesma duração e um grupo de controlo em lista de espera, numa amostra de 121 participantes, dos quais 60 eram enfermeiros. Os autores usaram como medidas primárias de avaliação dos ganhos da intervenção: o inventário de ansiedade traço estado (STAI) para avaliação dos níveis de ansiedade, o questionário de orientação de coping face aos problemas experienciados (COPE) para avaliação das respostas de coping, a escala de stresse percebido (PSS) para avaliação dos níveis de stresse, a medida de stresse psicológico (PSM) para avaliação das perceções individuais do estado cognitivo, fisiológico e comportamental, a escala de satisfação com a vida (SWLS) para avaliação do bem-estar subjetivo. Os autores verificaram que, embora ambas as condições experimentais tivessem apresentado uma redução significativa dos níveis de stresse por comparação ao grupo de controlo, apenas os participantes do grupo experimental do programa de realidade virtual reportaram uma redução significativa da ansiedade-traço. Verificou-se também o mesmo padrão para as



competências de coping, sendo que embora ambos os grupos tenham apresentado melhorias das competências de coping, apenas o primeiro grupo o único apresentou melhorias significativas nos valores de competências de suporte emocional. Cutshall et al., (2014) avaliaram a eficácia de um programa informatizado de meditação com recurso a biofeedback. O programa consistiu em 15 sessões computadorizadas com recurso a biofeedback, tendo os participantes sido incentivados a realizar a prática da meditação com a regularidade de quatro dias por semana, durante quatro semanas. Os autores do estudo utilizaram as escalas de autorrelato linear analógicas de stress, ansiedade e satisfação com a vida, o inventário de ansiedade traço-estado e uma versão reduzida de uma subescala de vitalidade. A amostra de 11 enfermeiros foi reduzida para oito participantes após a intervenção e os resultados da intervenção reportaram melhorias significativas na capacidade de regulação de stresse dos participantes, mais concretamente pela melhoria das pontuações de vitalidade, stresse e ansiedade. Ghasavi et al., (2010), numa amostra de 45 enfermeiros dividida num grupo experimental de 23 participantes e num grupo de controlo com 22, estudaram a eficácia de um programa de treino de comunicação e psicoeducação. Os autores utilizaram um questionário desenhado por um dos investigadores baseado no questionário de Tuft-Anderson, na escala de stresse ocupacional de enfermeiros psiquiátricos (PNOSS) e num questionário de opinião relacionado com as fontes de stresse dos enfermeiros. O questionário possuía seis domínios: lidar com casos ameaçadores, escassez de recursos, conflitos pessoais, problemas de planeamento, carga laboral e falta de preparação para lidar com o stresse ocupacional das alas psiquiátricas. Os resultados indicam que, embora antes da intervenção ambos os grupos apresentassem elevados níveis de stresse ocupacional, após a intervenção, o nível de stresse ocupacional do grupo experimental reduziu significativamente e manteve-se durante o mês subsequente à intervenção. Hersch et al., (2016) estudaram o impacto do programa informatizado de gestão do stresse “BREATHE”. O programa consistiu em sete módulos que envolveram a medição dos níveis de stresse, identificação de stressores, gestão do stresse por intermédio de várias estratégias e ferramentas, prevenção do coping negativo e um módulo adicional focado na depressão e ansiedade, bem como quando procurar ajuda. A amostra deste estudo consistiu em 104 enfermeiros de 5 hospitais norte americanos, divididos num grupo experimental e de controlo com 52 elementos, respetivamente. Os autores utilizaram como medidas de avaliação dos ganhos da intervenção, a escala de stresse em enfermagem (NSS) para avaliação dos níveis de stresse; os sintomas de distress foram avaliados através de uma escala desenvolvida



por Orioli, Jaffe e Scott (1991 citado por Hersch et al., 2016), foi também utilizada uma medida de avaliação das competências de coping dos mesmos autores; foi utilizado um questionário de limitações laborais (WLQ) (Lerner, Amick, Rogers, Malspeis & Bungay citado por Hersch et al., 2016), a escala de satisfação laboral em enfermagem (Ng citado por Hersch et al., 2016) e uma medida criada pelos investigadores que cobria o uso de substâncias para alívio do stresse, frequência e quantidade do consumo de álcool e compreensão da informação do programa sobre depressão e ansiedade. Os resultados indicaram melhorias significativas no grupo experimental em todas as dimensões da ESE e em seis subescalas utilizadas de stresse relacionado com questões de morte ou morrer, conflito com médicos, preparação inadequada, conflitos com outros enfermeiros, carga de trabalho e incerteza face ao tratamento. Villani et al., (2006) avaliaram o impacto de um programa de inoculação do stresse realizado com recurso a telemóveis. O estudo envolveu uma amostra de 30 enfermeiras de unidades de oncologia de seis hospitais italianos divididas num grupo experimental e grupo de controlo de 15 elementos cada. Foram utilizados os seguintes questionários: Medida de stresse psicológico (Di Nuovo et al., citado por Villani et al, 2011); Inventário de ansiedade traço-estado (STAI) (Spielberger, Gorush & Lushene citado por Villani et al., 2011); as competências de coping foram avaliadas através de quatro itens do questionário breve de orientação para lidar com os problemas experienciados (COPE) (Carver, citado por Villani et al., 2006); Por último, foi também usado o questionário do conteúdo laboral para avaliar o contexto ocupacional em termos de demandas, latitude de decisão laboral e suporte social. Os resultados indicaram reduções dos níveis de ansiedade traço e estado, bem como um aumento das competências de coping.

Por último, Rickard et al., (2012) estudaram o impacto de uma intervenção de nível organizacional numa amostra de 484 enfermeiros de dois hospitais. A intervenção incluiu o desenvolvimento e implementação de uma ferramenta de avaliação da carga de trabalho com vista ao alívio da carga laboral dos profissionais, auditorias de lista, aumento da equipa de enfermagem, maior acesso à supervisão e apoio, incentivo ao desenvolvimento profissional por intermédio de formação pós graduada e pequenos workshops, e uma campanha de recrutamento para recém formados e funcionários contínuos. Para avaliação da eficácia da intervenção dos autores supracitados foram utilizados o questionário de saúde geral (GHQ-12) (Goldberg & Williams citado por Rickard et al., 2012) e o inventário de Burnout de Maslach (Maslach, Jackson & Leiter, citado por Rickard et al., 2012) como medidas de avaliação dos ganhos psicológicos, em termos de ganhos ocupacionais foi utilizado a escala de envolvimento no trabalho



de Utrecht (Schaufeli & Baker citado por Rickard et al., 2012) e a satisfação com o trabalho foi medida com um item: “Tomando tudo em consideração, como se sente sobre o seu emprego?” Para ser respondido numa escala de likert de 7 pontos (Warr, Cook & Hall, citado por Rickard et al., 1979). As demandas ocupacionais foram avaliadas através da escala de stresse em enfermagem (NSS) (Gray-Toft & Anderson citado por Rickard et al., 2012), os recursos ocupacionais foram avaliados através de um conjunto de subescalas do questionário de conteúdo laboral (JCQ) (Karasek et al., 1998), o controlo laboral foi avaliado através do questionário psicossocial de Copenhaga (COPSOQ) (Kristensen, 2000). As oportunidades para desenvolvimento pessoal foram avaliadas através de uma escala baseada no trabalho de Alikem e Patrician (2000, citado por Rickard, 2012). Os resultados indicaram uma redução significativa do distress psicológico e exaustão emocional, bem como uma melhoria significativa da satisfação laboral em ambos os hospitais. Para além do mais, no segundo momento de avaliação após a intervenção verificou-se também uma redução do absentismo.

A análise dos estudos anteriormente referidos permite verificar que todos os estudos avaliaram a eficácia de intervenções com vista à gestão do stresse através de grupos de participantes. O presente estudo procura avaliar a eficácia de um programa de gestão do stresse em profissionais de enfermagem por intermédio de um desenho de intervenção quasi-experimental. A utilização deste tipo de desenho permitirá especificar o impacto da intervenção em cada um dos participantes.

Uma vez que em Portugal a existência deste tipo de trabalhos é reduzida, o presente estudo vem contribuir para a investigação sobre o stresse ocupacional em profissionais de enfermagem inseridos numa unidade de cuidados continuados.

Capítulo 4 - Estudo empírico

4.1. Metodologia

4.1.1. Pertinência do presente estudo. O stresse ocupacional em profissionais de enfermagem é considerado um problema de saúde pública com sérias implicações ao nível da saúde física e psicológica dos trabalhadores e com vários custos acrescidos associados. Por esta razão, torna-se importante investigar formas de aliviar ou capacitar os trabalhadores para que possam minimizar o impacto das pressões laborais na sua saúde. Neste sentido, o objetivo do presente estudo é o de aplicar e avaliar a eficácia do programa “*Gestão Optimista do Stresse*” através de um desenho de quase-experimental de linha de base múltipla (Johnston & Pennypacker, 2009).

A intervenção “Gestão otimista do stresse” é um programa de intervenção cognitivo-comportamental e que inclui princípios de psicologia positiva procurando não apenas capacitar os participantes com capacidades para reconhecer, travar e aliviar o efeito do stresse em si próprios, como também potenciar os seus recursos positivos, nomeadamente pelo aumento de comportamentos de autocuidado e facilitação de recursos de suporte psicossociais que permitam aos participantes aumentar o seu grau de resiliência face aos stressores ocupacionais do seu dia-a-dia.

O programa de treino foi desenvolvido e implementado na Alemanha, razão pela qual é importante aplicar o programa com outras populações de modo a poder determinar a sua adequabilidade para a realidade portuguesa.

Para além disso, a avaliação da eficácia do programa de intervenção “Gestão Optimista do Stresse” é congruente com o paradigma de Práticas Baseadas nas Evidências, vigente na prática atual da Ciência Psicológica e que implica a integração da melhor evidência disponível, com a especialização profissional, as características, valores e necessidades daqueles que a necessitam (Defining Evidence Based Behavioral Practice, 2017). Uma vez que em Portugal é parca a evidência sobre este tipo de intervenções com enfermeiros, o presente estudo assume-se como uma contribuição substancial para o enriquecimento das intervenções para gestão do stresse ocupacional nesta classe profissional.

Com a aplicação e estudo da eficácia do programa de gestão do stresse “Gestão Optimista do Stresse” espera-se facilitar um aumento das competências de literacia em saúde mental, particularmente aplicada à problemática do stresse, competências de reconhecimento de reações de stresse expressas na forma de pensamentos, estados emocionais, comportamentos ou reações fisiológicas, competências de gestão do stresse, através do recurso a técnicas de relaxamento ou regulação emocional, e

competências de potenciação dos recursos positivos biopsicossociais com vista à promoção de resiliência face à problemática do stresse ocupacional.

4.1.2. Hipóteses. As hipóteses definidas para o presente estudo foram as seguintes:

H1- O Programa “*Gestão Optimista do Stresse*” diminui os sintomas fisiológicos, cognitivos e emocionais de stresse na amostra estudada, de acordo com o teste de stresse”.

H2- O Programa “*Gestão Optimista do Stresse*” diminui a intensidade subjetiva do stresse na amostra estudada, de acordo com o teste breve de stresse

H3- O Programa “*Gestão Optimista do Stresse*” diminui a experiência de stresse e aumenta o número e eficácia das estratégias de resolução na amostra estudada, de acordo com o questionário qualitativo.

H4- As três medidas coincidem.

H5- As reduções dos níveis de stresse ocorrem imediatamente após a implementação do programa.

H6- As reduções dos níveis de stresse mantêm-se após o treino.

4.1.3. Desenho do estudo.

4.1.3.1. Descrição do desenho de linha de base múltipla. O desenho de linha de base múltipla¹ (LBM) é um desenho experimental de sujeito único² que pode ser usado para avaliar a mudança intra-sujeito³, envolvendo geralmente múltiplos participantes num contexto de replicação. A LBM permite determinar que a mudança de uma variável dependente em vários participantes se deve à introdução de uma variável independente em diferentes períodos de tempo (Smith, 2013). Neste sentido, na LMB, os participantes passam gradualmente de uma fase de linha de base inicial⁴ para uma fase experimental (Christ, citado por Ferron, Moeyaert, Noortgate & Brevet., 2014). A passagem gradual da fase de controlo à fase experimental para um ou mais participantes aumenta o número de oportunidades de comparação dos dados das condições experimentais e de controlo (Johnston & Pennypacker, 2009). A medição

¹ Por linha de base, entende-se o nível de oscilação de uma variável dependente ao longo de um determinado período de tempo (Ex. a oscilação dos níveis de stresse nas cinco primeiras semanas anteriores ao início do treino de gestão do stresse).

² Quando falamos de um sujeito único podemos referir-nos a um indivíduo, um contexto específico (Ex. um hospital) ou um contexto alargado (ex. Comunidade) (James Bell Associates, 2012).

³ Mudança entre a condição pré e pós intervenção.

⁴ Denominamos de “fase de linha de base inicial” o intervalo de tempo no qual a variável dependente em estudo é controlada até à introdução da variável independente (neste caso, a aplicação do treino de gestão do stresse). Esta fase varia para cada participante, em função do período de tempo no qual realizou o treino.

simultânea da variável dependente em diferentes participantes permite estabelecer múltiplas linhas de base que funcionam como condições controlo até à introdução da variável independente em diferentes momentos temporais (Rhonda, Murray, Andridge, Penner & Hade 2011).

A LMB pode ser de tipo concorrente ou não concorrente. Na LMB concorrente, a variável independente é aplicada ao participante com a linha de base mais estável. Após existir a demonstração de um efeito de intervenção e a estabilização das linhas de base dos participantes subsequentes, o procedimento é repetido com o participante mais estável e assim sucessivamente. Este tipo de LMB é o mais comum e requer a avaliação dos níveis de base de dois participantes no mesmo período temporal (Carr, 2005), oferecendo também uma maior flexibilidade de estabelecimento de níveis de base estáveis (Christ, 2007).

Na LMB não concorrente, a aplicação da variável independente é feita de forma consecutiva, permitindo a avaliação dos participantes em diferentes períodos de tempo. Este tipo de desenho pode também ser entendido como uma série de replicações de condições A-B (ausência de tratamento-aplicação de tratamento) nas quais apenas difere a duração da fase de linha de base (Carr, 2005). A LMB não concorrente é especialmente vantajosa na investigação aplicada (Hayes citado por Carr, 2005), oferecendo também uma maior flexibilidade no recrutamento de participantes (Christ, 2007).

Em termos de variantes, a LMB pode ser aplicada inter contextos, comportamentos ou participantes. A LMB utilizada no presente estudo – inter participantes – consiste na aplicação consecutiva de uma variável independente (neste caso, do treino de gestão do stresse) em diferentes sujeitos ao longo de diferentes períodos de tempo (Huytema, 2011). Esta variante permite comparar o efeito de uma intervenção apresentada em diferentes pontos de tempo entre vários sujeitos, permitindo demonstrar uma relação causal entre o tratamento e as mudanças observadas (Watson & Workman, 1981). Tal é possível uma vez que, quando um ou mais sujeitos são expostos a uma sequência devidamente controlada de condições de controlo e experimentais, presume-se que as suas características pessoais permaneçam relativamente estáveis e constantes ao longo de todas as condições. Isto deixa apenas as variáveis externas associadas a cada uma das condições como forma de justificação de diferenças nos dados entre ambas. Com todas as variáveis externas devidamente controladas, é então possível demonstrar controlo experimental. O controlo experimental é uma relação causal apenas possível de ser provada quando

todas as explicações alternativas aos resultados apresentados possam ser descartadas (Johnston & Pennypacker, 2009).

A literatura indica que a utilização de desenhos de LBM tem potencial para fazer contribuições científicas (Christ, 2007) e é vantajosa por diversas razões: Em primeiro lugar, a LBM não requer a retirada da variável independente (Carr, 2005); a duração relativamente curta dos desenhos de LBM evita a influência de efeitos de maturação (Christ, 2007); os desenhos de LBM possuem uma forte validade interna, uma vez que o início da intervenção é temporalmente espaçado entre os participantes (Ferron, Moeyaert, Noortgate & Brevet, 2014), permitindo demonstrar não apenas que as mudanças observadas são resultado da intervenção, mas também a sua significância (Hawkins, Sanson-Fisher, Shakeshaft, D'este & Green, 2007). Por esta razão, a LBM tem sido sugerida como alternativa a ensaios clínicos aleatorizados (RCT's) ou ensaios de grupo aleatorizados (GRT's) uma vez que requer poucos sujeitos para testar uma intervenção, reduzindo os custos e as dificuldades de recolha de uma amostra suficientemente robusta para realizar os tipos de estudos referidos anteriormente (Hawkins et al., 2007; Kelly, 1980). Para além disso, face aos RCT's, os desenhos de LBM requerem menos sujeitos, podendo os mesmos funcionar como os próprios controlos (Hawkins et al., 2007).

4.1.3.2. Operacionalização do desenho no presente estudo. Para a operacionalização do presente estudo, optou-se por um desenho de linha de base múltipla não concorrente inter participantes (Johnston & Pennypacker, 2009). Os participantes foram distribuídos pelos diferentes períodos de intervenção em função da sua disponibilidade de forma a garantir a presença assídua em todas as sessões do programa. O programa foi administrado em 5 sessões de treino com a duração de 90 minutos cada. É também importante referir que, devido a constrangimentos de tempo não foi possível realizar avaliações de follow-up após o término do presente estudo.

4.2. Ambiente

Todas sessões de aplicação do programa “Gestão Otimista do Stresse” foram realizadas numa sala própria dentro da Unidade de Cuidados Continuados da Clínica de Vila Viçosa da Cruz Vermelha Portuguesa, cedida pela direção da instituição.

4.3. Programa de treino

O programa de “Gestão Otimista do Stresse” é uma intervenção cognitivo comportamental manualizada subdivida em psicoeducação para o stresse, análise

individual do problema de stresse, aprendizagem e treino de exercícios de relaxamento, regulação das emoções ou dos pensamentos desadaptativos, potenciação dos recursos positivos e aconselhamento com vista à melhoria do bem-estar e a uma melhor eficácia da gestão do stresse (Schröder, & Reschke, 2010).

4.4. Participantes

Foram definidos como critérios de inclusão para o recrutamento de participantes no presente estudo as seguintes condições: a) ser enfermeiro profissional; b) estar a trabalhar a tempo inteiro na Unidade de Cuidados Continuados da Clínica de Vila Viçosa da Cruz Vermelha Portuguesa. Nove enfermeiros mostraram-se interessados em participar, contudo, apenas cinco completaram o período de treino de gestão do stresse.

Foi construído e entregue aos participantes um questionário sociodemográfico para caracterizar a amostra em termos de sexo, idade, estado civil, número de filhos, experiência profissional e número médio de horas de trabalho por semana. Neste sentido, as características dos participantes são as seguintes:

Participante 1, sexo feminino, 23 anos de idade, solteira, sem filhos, com um ano de experiência profissional e uma média de 40 horas de trabalho semanais.

Participante 2, sexo feminino, 23 anos de idade, solteira, sem filhos, com dois anos de experiência profissional e uma média de 40 horas de trabalho semanais.

Participante 3, sexo feminino, 25 anos de idade, solteira, sem filhos, com 3 anos de experiência profissional e uma média de 40 horas de trabalho semanais.

Participante 4, sexo feminino, 28 anos de idade, casada, sem filhos, com 4 anos de experiência profissional e uma média de 40 horas de trabalho semanais.

Participante 5, sexo masculino, 23 anos de idade, solteiro, sem filhos, 6 meses de experiência profissional e uma média de 40 horas de trabalho semanais.

4.5. Instrumentos

No presente estudo, foram utilizados dois questionários de autorrelato e um questionário qualitativo para avaliação dos níveis de stresse dos participantes. Relativamente à adaptação dos questionários de autorrelato, devido a constrangimentos de tempo apenas foi possível proceder à tradução e retroversão dos mesmos, como recomendado por Moreira (2009). Em seguida serão apresentados mais detalhadamente todos os instrumentos de avaliação supracitados.

4.5.1. Teste breve de Stresse. Escala de avaliação da intensidade subjetiva do stresse crónico. O teste consiste em sete itens relativos a vários aspetos das

experiências de stresse (Ex: “*O descontentamento e a raiva são meus companheiros diários*”) e os respondentes devem utilizar uma escala de Likert de 4 pontos (1- Não se aplica; 4- Aplica-se totalmente). Cada item está associado a um dos seguintes campos de stresse: perda de controlo, perda de sentido, raiva/insatisfação, capacidade de descanso, assuntos pessoais preocupantes e apoio social. Os itens são somados e pelo menos 18 pontos são considerados como ponto de corte para considerar a pontuação total como problema de stresse (Reschke & Schröder, citado por Schröder et al., 2011) (Anexo 10).

4.5.2. Teste de stresse de Reschke. Este é um questionário desenvolvido por Reschke (2011) com 30 itens relativos à sintomatologia de stresse, divididos por três categorias: 10 itens relativos a Sintomas corporais, 10 itens relativos a Sintomas Cognitivos e os restantes 10 a Sintomas Emocionais. Os itens são respondidos numa escala de Likert de 5 pontos (0- Não corresponde; 5- Corresponde 5) (Anexo 11).

4.5.4. Questionário Qualitativo. O questionário qualitativo foi construído por uma das investigadoras do grupo de investigação no stresse do departamento de Psicologia da Universidade de Évora. O questionário avalia a experiência de stresse e os mecanismos de coping usados pelo respondente para lidar com a mesma (Anexo 12).

4.6. Procedimentos

4.6.1. Preparação. Começou-se por enviar o plano detalhado de investigação à comissão de ética da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora com o intuito de obter o seu avale para a realização da intervenção. Após o recebimento da autorização por parte da mesma, contactou-se a direção da Unidade de Cuidados Continuados da Clínica de Vila Viçosa da Cruz Vermelha Portuguesa, com o intuito de realizar a apresentação do projeto e especificar todos os detalhes necessários para obter a autorização para realizar a investigação dentro das instalações da instituição. No seguimento da autorização formal da direção, entrou-se em contacto com a enfermeira chefe da UCC com o objetivo de realizar uma apresentação do projeto e dos seus objetivos, solicitar autorização para apresentar o mesmo nas reuniões de passagem de turno subsequentes e apelar à colaboração dos enfermeiros empregados na unidade.

Foi realizada uma breve apresentação do projeto de treino de gestão do stresse a cada enfermeiro e feito o convite a cada profissional empregue a tempo inteiro na unidade. Dos 11 enfermeiros a tempo inteiro que compõem a equipa, 9 mostraram-se interessados em participar no estudo. Foi entregue a cada um dos interessados um termo de consentimento informado (Anexo 13) com todas as informações necessárias acerca da duração do projeto, utilização dos dados recolhidos e garantia do anonimato e confidencialidade pela participação. Foi também entregue um contrato de participação (Anexo 14) no qual constava a informação sobre as recompensas atribuídas pela participação no estudo.

Antes de iniciar o período de estudo, foi explicado aos participantes quais os períodos de treino que seriam organizados. Tentou-se dispor equitativamente os participantes por cada período de treino uma vez que devido aos períodos de férias de que a maioria da amostra iria beneficiar nos meses seguintes não permitiu uma aleatorização dos participantes pelos períodos de tempo como recomendado por Ferron, Moeyarert, Noortgate e Berevtas (2014). No final, 2 enfermeiras foram atribuídas ao primeiro período de treino, 2 enfermeiras ficaram atribuídas ao segundo grupo de treino, 2 enfermeiras ficaram atribuídas no terceiro grupo de treino e 3 enfermeiros ficaram atribuídos no último grupo. Em colaboração com os participantes foi decidido realizar as sessões de treino individualmente por duas razões: Em primeiro lugar, para facilitar a marcação das sessões e garantir que cada participante se pudesse organizar conforme o seu horário de trabalho. Em segundo lugar, dada a pequena dimensão da equipa e a nem todos os participantes se mostraram à vontade para abordar questões relacionadas com o stresse ocupacional em grupo, o formato individual foi considerado o mais facilitador da motivação para a participação.

4.6.2. Avaliação. Na primeira semana do mês de Maio, foi entregue a todos os participantes preencheram um protocolo de avaliação, contendo o questionário sociodemográfico, o teste breve de stresse e o teste de stresse de Reschke. Nas semanas subsequentes até ao final do estudo, os participantes preencheram semanalmente os questionários quantitativos de modo a avaliar os seus níveis de stresse. No início e final de cada período de treino, cada participante preencheu os questionários qualitativos relativos à sua experiência de stresse e mecanismos de coping face à mesma. No início da intervenção, foi também perguntado aos participantes se realizavam qualquer atividade para a gestão do seu stresse ocupacional. Solicitou-se também que desde o período de início do treino, até ao final do estudo, os

participantes não partilhassem com os seus pares detalhes ou técnicas aprendidas durante o treino de modo a controlar efeitos de contaminação (Almeida & Freire, 2008).

Como forma de controlo das ameaças à validade interna relacionadas com a história, considerada por Christ (2007) como a ameaça mais substancial aos desenhos de LBM, no final de cada período de treino foi perguntado aos participantes durante as últimas 5 semanas teriam ocorrido questões de vida que pudessem ter influenciado os seus níveis de stresse (Almeida & Freire, 2008).

4.6.3. Programa de treino. O programa de treino “*Gestão optimista do stresse*” foi administrado num formato reduzido de 5 sessões. As sessões número 1 e 2 consistiram em psicoeducação para o stresse, tendo sido trabalhados aspetos como o conceito de stresse, diferentes tipos de stressores, identificação dos stressores pessoais, efeitos físicos e fisiológicos, emocionais, cognitivos e comportamentais do mesmo e técnicas de reconhecimento de reações de stresse. Na terceira sessão foi introduzido o conceito de relaxamento e realizado o treino de diferentes estratégias de relaxamento, terminando com um racional para os efeitos da prática do relaxamento no combate ao stresse. Na sessão número quatro foram trabalhados conteúdos relativos ao stresse e emoções, nomeadamente o impacto do stresse nas mesmas, treino de reconhecimento de indicadores emocionais de stresse, bem como estratégias de regulação emocional e atividades de lazer compensatórias. Na última sessão foram trabalhados conteúdos relativos à identidade pessoal e a sua relação com o stresse, a importância do suporte social, estratégias de manutenção de redes de suporte social nos vários contextos de vida do participante e estratégias de resolução de problemas aplicadas à gestão do stresse.

4.6.4. Treino para aplicação do programa. O programa de treino foi aplicado pelo aluno Rodrigo Miguel Baptista Pires, após ter recebido treino na aplicação do mesmo por parte do Professor Doutor Edgar Galindo.

4.6.5. Estruturação da intervenção. O presente estudo decorreu entre os meses de Abril e Agosto, pelo que os participantes ficaram divididos por cinco períodos de tempo diferentes (Anexo 1).

CAPITULO 5 - Resultados

Em seguida apresentaremos os resultados do presente estudo. Em primeiro lugar serão analisados os resultados do gráfico relativo à variação temporal da experiência subjetiva de stresse medida pelo mini teste de stresse. Em seguida, será analisado o gráfico relativo à variação temporal da pontuação total de sintomas de stresse, como medido pelo teste de stresse de Reschke. Após o gráfico relativo à pontuação total teremos quatro gráficos relativos a aspetos diferentes deste questionário: um gráfico relativo à variação temporal dos sintomas corporais, outro relativo à variação temporal dos sintomas cognitivos e um terceiro relativo à variação temporal dos sintomas emocionais. Por último será apresentado um gráfico com a variação temporal dos três tipos de sintomas.

Após a apresentação dos resultados quantitativos, passaremos à apresentação dos resultados qualitativos do presente estudo, como avaliados pelo questionário qualitativo. Em primeiro lugar analisaremos todos os questionários aplicados antes do início da intervenção e em seguida, todos os questionários aplicados no final de cada intervenção.

5.1. Resultados do mini teste de stresse

Passaremos em seguida à análise dos resultados do gráfico relativo à avaliação dos níveis de stresse dos participantes através do mini-teste de stresse de Reschke (Anexo 2).

Analisando o gráfico número 1 é possível verificar que, no período de avaliação da linha de base da participante número 1 esta pontuou um total de 11 pontos de stresse. Após o início da intervenção, na semana nº 2, os valores apresentados foram iguais nas duas primeiras semanas, aumentando para 14 pontos na terceira sessão de intervenção. Nas duas últimas sessões de intervenção, a participante reportou um total de 8 pontos de stresse. No período de follow-up teve início desde a semana subsequente até ao final do estudo, a participante apresentou um total de 7 pontos na semana 7, aumentando para 11 na semana seguinte. Contudo, nas 7 semanas seguintes, a participante número 1 apresentou um total de 7 pontos de stresse, pontuação mínima passível de obter com o teste em questão. Nas semanas 15 e 16, os níveis de stresse da participante aumentaram para um total de 8 pontos, reduzindo novamente para 7 na semana número 17. Na semana número 18, houve um aumento para 9 pontos de stresse, reduzindo para 8 pontos nas últimas quatro semanas do presente estudo.



Quanto à participante número 2, analisando a sua linha de base podemos ver que apresentou um total de 15 pontos na semana número 1, reduzindo para 11 na semana número 2. Nas três semanas seguintes a pontuação total de stresse aumentou para 12, 18 e 19 pontos, respetivamente. Na semana número 6, existiu uma redução para 17 pontos. A partir da fase de intervenção que decorreu na semana seguinte, a participante apresentou 17 pontos na semana número 7, aumentando para 19 nas duas semanas subsequentes. Na semana número 10 houve uma redução para um total de 15 pontos de stresse e na última sessão de treino a participante apresentou um total de 19 pontos de stresse. A partir do período de follow-up que decorreu desde a semana seguinte até ao final do estudo, a participante apresentou um total de 14 pontos na semana número 12, reduzindo nas duas semanas subsequentes para 13 e 9, respetivamente. Na semana número 15, a participante apresentou uma total de 12 pontos, reduzindo para 10 na semana seguinte, e permanecendo nos 9 pontos nas semanas número 17 e 18. Nas semanas número 19 e 20, a participante número 2 apresentou um total de 11 pontos de stresse, contudo, nas últimas duas semanas do estudo existiu uma redução para 8 e 7 pontos, respetivamente.

Na linha de base da participante número 3, podemos verificar que apresentou uma pontuação de 15 pontos na primeira semana e 18 pontos na segunda. Nas duas semanas subsequentes existiu uma redução para 17 pontos, baixando novamente para um total de 13 pontos nas semanas 5 e 6. Na sétima e oitava semanas do estudo, a participante apresentou uma pontuação total de stresse de 15 e 16 pontos, respetivamente. No entanto, nas últimas três semanas antes da intervenção, a pontuação baixou novamente para 15 pontos. Após o início da intervenção, a participante apresentou um total de 13 pontos na primeira sessão de intervenção, tendo reduzido para 10 na semana seguinte. Nas três últimas sessões de intervenção a pontuação total de stresse da participante foi de 14, 15 e 16 pontos, respetivamente. A partir do período de follow-up que teve início na semana seguinte (semana nº 17), a participante apresentou um total de 15 pontos, reduzindo para 7 na semana seguinte. Na semana nº 19 a participante apresentou um total de 15 pontos, reduzindo nas três últimas semanas para 13, 13 e 14 pontos, respetivamente.

A participante nº 4 realizou o treino em simultâneo com a participante nº 3 e na fase de avaliação da linha de base apresentou 9 pontos na primeira semana, 10 pontos na segunda, reduzindo nas duas semanas subsequentes para 8 e 7 pontos, respetivamente. Na semana seguinte, a participante nº4 apresentou uma pontuação de 11 pontos, reduzindo para 7 na semana seguinte e aumentando novamente para 11

pontos. Nas últimas quatro semanas da fase de avaliação da linha de base, a pontuação de stresse da participante número 4 foi de 8,7,7, e 9 pontos, respetivamente. A partir da primeira sessão de intervenção que teve início na semana número 12, a participante apresentou um total de 9 pontos de stresse. Nas três sessões seguintes a sua pontuação total reduziu para 8 pontos, voltando a pontuar um total de 9 pontos na última sessão de treino. No período de follow-up que teve início desde a semana seguinte até ao final do estudo, a participante apresentou um total de 8 pontos na semana nº 17, 9 pontos na semana nº 18 e 10 pontos na semana nº 19. Nas últimas três semanas do presente estudo, os níveis de stresse da participante nº 4 foram de 8, 9 e 7 pontos, respetivamente.

Relativamente ao participante nº 5, a análise da sua linha de base permite verificar que este apresentou dez pontos na primeira semana do estudo, reduzindo para oito pontos na semana seguinte. Na semana número 3, o participante apresentou um total de 10 pontos de stresse e 11 pontos nas duas semanas subseqüentes. Nas duas semanas posteriores existiu uma redução para 10 e 9 pontos, voltando o participante a apresentar um total de 10 pontos de stresse nas semanas número 8 e 9. Nas quatro semanas seguintes, a pontuação de stresse do participante número 5 manteve-se nos 7 pontos, aumentando para um total de 11 pontos nas três últimas semanas de avaliação da linha de base. Na semana número 17 teve início a primeira sessão de treino de gestão do stresse, pelo que o participante número 5 apresentou um total de 12 pontos de stresse. Na segunda sessão de treino existiu uma redução para 11 pontos, aumentando para 12 na sessão subseqüente. Nas duas últimas sessões de treino o participante apresentou um total de 11 pontos de stresse. No período de follow-up que foi realizado na semana seguinte, o participante apresentou um total de 11 pontos de stresse.

5.2. Resultados do gráfico do Total de sintomas.

Analisando os dados do gráfico 2 relativo à avaliação do valor total de sintomas medido pelo inventário de sintomas de Reschke (Anexo 3), podemos ver que a primeira participante registou um total de 29 pontos na primeira avaliação (Linha de base). Na primeira sessão do treino, a participante registou um total de 28 pontos, na segunda a sua pontuação aumentou para 33 pontos e a partir da terceira, até à última sessão de treino, a sua pontuação total de sintomas reduziu para 31, 15 e 18 pontos respetivamente. Após o término da intervenção teve início o período de follow-up na semana seguinte (semana sete), na qual a participante 1 pontuou um total de oito pontos. Na semana seguinte, a pontuação subiu para um total de 18 pontos, para nas duas semanas subseqüentes reduzir para um total de oito pontos. Na 11ª semana, a participante 1 teve uma redução



dos sintomas para um total de cinco pontos, para em seguida existir um aumento na pontuação para os 15 pontos. Na 13^a e 14^a semana, a pontuação total de sintomas de stresse foi de 10 pontos, para reduzir nas duas semanas seguintes para um total de 8 pontos. Na 17^a semana do estudo, a participante 1 obteve uma pontuação total de 6 pontos e na 18^a e 19^a semana a pontuação subiu para 8 e 9 valores, respetivamente. Na vigésima semana do estudo existiu uma descida da pontuação para os sete pontos, para nas últimas duas semanas do estudo a mesma se manter com 10 pontos.

A participante número 2 registou na fase de medição da linha de base um valor de 38 pontos na semana número 1. Esta pontuação reduziu para 16 pontos na semana seguinte, aumentando na terceira semana para 28 pontos. Nas três últimas semanas da linha de base, a pontuação total de sintomas de stresse aumentou para 57, 60 e 65 pontos, respetivamente. O treino de gestão do stresse decorreu a partir da semana número 7, na qual a participante apresentou uma pontuação total de 56 pontos no inventário de sintomas de stresse. Nas duas semanas seguintes, a participante número 2 apresentou um total de 68 pontos de sintomas de stresse, tendo nas últimas duas sessões de treino reduzido a sua pontuação para 53 e 46 pontos, respetivamente. Após o término da intervenção teve início o período de follow-up, no qual a participante apresentou um total de 47 pontos na 12^a semana, reduzindo para 34 e 10 pontos nas duas semanas subsequentes. Na décima quinta semana do estudo, a participante número 2 apresentou um total de 10 pontos, para na semana seguinte reduzir para um total de 7 pontos. Na 17^a e 18^a semana do estudo, a pontuação total de sintomas de stresse da participante número dois situou-se nos nove pontos, tendo reduzido para oito na semana seguinte. Na 20^a semana do estudo houve um novo aumento do total de sintomas de stresse do participante número 2 para 15 pontos, contudo, nas duas semanas seguintes a mesma reduziu para 4 e 3 pontos, respetivamente.

Durante a avaliação da linha de base da participante número 3, esta pontuou um total de 30 pontos na primeira semana, existindo um aumento nas três semanas seguintes para 34, 51 e 66 pontos, respetivamente. Nas semanas número, a pontuação total de sintomas de stresse foi de 36 pontos, aumentando nas duas semanas posteriores para 52. Nas três últimas semanas da fase de medição da linha de base, a pontuação total de sintomas de stresse foi de 48, 46 e 46, respetivamente, sendo que após a última avaliação decorrente na semana número 11 foi iniciado o treino de gestão do stresse. Na primeira sessão de treino o participante número 3 apresentou um total de 40 pontos, na segunda sessão, existiu uma redução para 22 pontos e um novo aumento na sessão número três para 39 pontos. Nas últimas duas sessões de treino a pontuação total de sintomas de



stresse da participante número três foi de 31 e 36 pontos, respetivamente. Após o término do treino, passou-se na semana seguinte (semana 17) à fase de follow-up. Aqui, a participante apresentou um total de 22 pontos, existindo uma redução para 0 na semana seguinte e uma nova subida para 32 pontos na semana número 19. Nas últimas 3 semanas, a pontuação total de sintomas de stresse da participante número três foi de 27, 30 e 33 pontos, respetivamente.

A participante número 4 recebeu o treino durante o mesmo período temporal da participação da participante número três, pelo que a duração das três fases do estudo tem a mesma configuração. Na avaliação da linha de base da participante número 4, esta apresentou um total de 14 pontos na primeira semana, aumentando para 21 na segunda semana e reduzindo novamente nas duas semanas seguintes para 17 e 5 valores, respetivamente. Na semana número 5, a participante apresentou um total de 20 pontos, existindo uma redução para um total de 5 valores na semana seguinte e um novo aumento para um total de 16 pontos na semana número 7. Na semana número 8, a pontuação total de sintomas de stresse da participante número 4 foi de oito valores, reduzindo para 4 valores nas duas semanas subsequentes. Terminada a fase de avaliação da linha de base na semana número 11, a participante número 4 apresentou um total de 11 pontos no inventário de sintomas de stresse. Na semana número 12 teve início a primeira sessão do treino de gestão de stresse, no qual a participante apresentou um total de 7 pontos. Na segunda e terceira sessão do treino, a participante apresentou uma pontuação total de 23 pontos. Na quarta sessão de treino, a participante apresentou uma pontuação de 7 pontos e na quinta sessão, a participante apresentou um total de 22 pontos. No período de follow-up que decorreu desde a semana seguinte, a participante apresentou um total de seis pontos e cinco pontos na 18ª semana. Na 19ª semana, a participante apresentou uma subida da pontuação de sintomas com um total de 14 pontos e nas últimas três semanas apresentou um total de 0, 17 e 5 pontos, respetivamente.

Na fase de avaliação da linha de base do participante número 5, este apresentou um total de nove pontos nas primeiras duas semanas do estudo, reduzindo para 6 pontos na semana número quatro e apresentando 3 pontos nas duas semanas subsequentes. Na semana número 6, o participante apresentou um total de 6 pontos de sintomas de stresse, reduzindo novamente para 3 pontos na semana seguinte. Na semana número 8, o participante apresentou um aumento do número de sintomas de stresse com 8 pontos, reduzindo na semana seguinte para 2 pontos. Na semana número 10, o participante apresentou um total de 5 pontos, tendo pontuado um total de 7 pontos nas três semanas subsequentes. Nas últimas três semanas da fase de avaliação da linha de base do



participante número 5, a sua pontuação total de sintomas de stresse foi de 10, 14 e 14 respetivamente. Com o início do treino de gestão do stresse, o participante apresentou um total de 13 pontos, reduzindo para 9 pontos na segunda sessão. Na sessão número 3, o participante apresentou um total de 24 pontos no inventário de sintomas, contudo, nas últimas três semanas do estudo, a sua pontuação diminuiu para 15, 11 e 11 valores respetivamente. Importa referir que a última avaliação do participante número 5 foi efetuada já fora da fase de intervenção, tendo sido enquadrada no seu período de follow-up.

5.2.1. Resultados do gráfico de sintomas corporais. Analisando os resultados do relativo ao total de sintomas corporais medidos pelo inventário de sintomas de stresse de Reschke (Anexo 4), podemos verificar que no período de medição da linha de base da participante nº1 esta apresentou um total de 13 pontos de sintomas corporais. Ao longo da intervenção, a sua pontuação total de sintomas corporais foi de 12, 10, 11, 7 e 4 pontos, respetivamente. Com o término da intervenção e consequente entrada no período de follow-up até ao final do estudo, a participante apresentou um total de 2 pontos de sintomas corporais na semana 7, aumentando para 9 na semana número 8. Nas três semanas subsequentes existiu uma redução para um total de 3, 3 e 2 pontos, respetivamente. Na semana número 12, a participante apresentou um total de 7 pontos de sintomas corporais, no entanto, a pontuação diminuiu para um total de 4 pontos durante as 5 semanas subsequentes. Na semana número 18, o total de sintomas corporais aumentou para 5 pontos, reduzindo para 3 e 2 nas semanas subsequentes. Nas últimas duas semanas do estudo, a pontuação total de sintomas corporais de stresse aumentou para 6 pontos.

Relativamente à participante número 2, podemos verificar que durante a fase de medição da sua linha de base apresentou 23 pontos de sintomas corporais na semana número 1. A partir da semana número 2 a sua pontuação aumentou de 8 pontos para 13, 31 e 35 nas três semanas subsequentes. Na semana anterior ao início da intervenção a participante apresentou um total de 28 pontos de sintomas corporais. Na semana número 7, na qual teve início o treino de gestão do stresse, a participante número 2 obteve um total de 27 pontos de sintomas corporais, valor esse que aumentou para 32 pontos nas duas semanas seguintes. Nas duas últimas semanas da intervenção, a pontuação total de sintomas corporais reduziu para 21 e 20 pontos, respetivamente. Desde o início do período de follow-up que decorreu desde a semana subsequente até ao final do estudo, a participante número 2 apresentou um total de 19 pontos na semana número 12, reduzindo para 12 e 6 nas duas semanas seguintes. Na semana número 15 houve um



aumento para um total de 7 pontos de sintomas corporais de stresse, reduzindo para 5 pontos na semana seguinte. Nas semanas número 16, 17 e 18 a pontuação de sintomas corporais de stresse da participante manteve-se estável com um total de 6 pontos. Nas três últimas semanas do presente estudo, a pontuação total de sintomas corporais de stresse da participante número 2 foi de 11, 3 e 2, respetivamente.

Durante a fase de medição da linha de base da participante número três podemos verificar que esta apresentou um aumento nas quatro primeiras semanas de medição, passando de um total de 14 pontos para 16, 21 e 26 pontos de sintomas corporais. Nas duas semanas subseqüentes existiu uma redução para 11 pontos, aumentando nas duas semanas seguintes para um total de 15 pontos. Nas três últimas semanas existiu um novo aumento do total de sintomas, situando-se a pontuação total da participante número três nos 17 pontos. Com o início da intervenção na semana subseqüente, a participante apresentou uma redução da pontuação total, com 13 pontos, valor este que voltou a reduzir novamente na segunda sessão de intervenção para 5 pontos. Nas três últimas sessões de treino, a pontuação total de sintomas corporais de participante número três foi de 12 pontos. Com o início do período de follow-up que decorreu desde a semana subseqüente até ao final do presente estudo, a pontuação da participante foi de 10 pontos na semana número 17, reduzindo para 0 pontos na semana número 18 e retornando novamente aos 10 pontos na semana seguinte. Nas três últimas semanas do presente estudo, a pontuação total de sintomas corporais da participante foi de 9, 11 e 13 pontos, respetivamente.

Relativamente à participante número 4, a sua linha de base mostra que na primeira semana do estudo apresentou um total de 9 pontos de sintomas corporais, valor que aumentou para 12 pontos nas duas semanas seguintes. Na semana número 4 a participante apresentou um total de 5 pontos, aumentando para 13 na semana seguinte, para então voltar a regredir para 5 pontos. Desde a sétima até à décima semana de avaliação da linha de base, a pontuação total da participante passou de 11 pontos, para 6, 4 e novamente 4 pontos de sintomas corporais, respetivamente. Na semana antes de iniciar a intervenção, a participante apresentou um total de 8 pontos de sintomas corporais. Com o início da intervenção, a participante número 4 apresentou na semana número 12 um total de 4 pontos de sintomas corporais, valor que aumentou para 11 pontos nas duas semanas subseqüentes. Na semana número 15, aquando da penúltima sessão de treino a participante apresentou um total de quatro pontos de sintomas corporais, no entanto, esse valor aumentou para 10 pontos na última sessão de treino que decorreu na semana seguinte. Com o início do período de follow-up que decorreu desde

a semana seguinte até ao final do estudo, a participante apresentou um total de 3 pontos na semana número 17, valor que aumentou para 5 e 10 nas duas semanas posteriores. Na semana número 20, a pontuação caiu para 0 pontos, aumentando para 8 na penúltima semana e descendo para 2 pontos na última semana do presente estudo.

Relativamente ao participante número 5, ao analisar a sua linha de base podemos verificar que apresentou um total de 5 pontos de sintomas corporais nas duas primeiras semanas do presente estudo, valor que reduziu para um total de 2 pontos nas duas semanas subsequentes. Na sétima semana do presente estudo, o participante apresentou um total de 0 pontos de sintomas corporais, aumentando para 1 na semana seguinte, para reduzir novamente para 0 na semana número 9. Nas 5 semanas seguintes, a pontuação total de sintomas corporais do participante foi de 2 pontos, aumentando para 5 pontos nas duas últimas semanas anteriores à fase de intervenção. Com o início da intervenção, o participante apresentou na semana número 17 um total de 2 pontos, reduzindo para 0 pontos na semana número 18. Na semana número 19, a pontuação total de sintomas corporais aumentou para 11 pontos, reduzindo nas últimas 2 semanas de intervenção para 6 e 4 pontos, respetivamente. Na semana de follow-up realizada com o participante número 5, este manteve a pontuação de 4 pontos de sintomas corporais.

5.2.2. Resultados do Gráfico de Sintomas Cognitivos. Analisando os resultados do relativo aos sintomas cognitivos medidos através do inventário de sintomas de Rescke (Anexo 5), podemos verificar que na fase de avaliação da sua linha de base, a participante número 1 apresentou um total de 6 pontos de sintomas cognitivos. Após o início da intervenção na semana número 2, a sua pontuação passou de 9 pontos, para 5 na semana número 3. Na semana número 4, a participante apresentou um total de 10 pontos na escala de sintomas cognitivos, reduzindo para 3 e 2 pontos nas últimas duas sessões de intervenção. Após o término da intervenção teve início o período de follow-up que durou até ao final do presente estudo. Nesse sentido, na semana número 7, a participante apresentou um total de 2 pontos de sintomas cognitivos, aumentando para três na semana seguinte, para reduzir novamente nas duas semanas subsequentes para 2 pontos. Na semana número 17, a participante apresentou um total de 1 ponto na escala de sintomas cognitivos. A partir da 18ª semana, até ao final do presente estudo, a pontuação da participante manteve-se estável com 2 pontos de sintomas cognitivos.

Analisando os resultados do total de sintomas cognitivos da participante número 2, podemos verificar que durante a fase de avaliação da sua linha de base esta apresentou um total de 6 pontos na primeira semana de avaliação. Desde a segunda até à sexta semana, a pontuação passou de 3 para 7, 12, 14 e 19 pontos de sintomas cognitivos. Na



sétima semana, teve início a intervenção, tendo a participante apresentado um total de 12 pontos, valor que aumentou para 15 pontos nas duas semanas seguintes. Nas últimas duas semanas de intervenção, a pontuação total de sintomas cognitivos da participante reduziu para 12 pontos. Após o término da intervenção teve início o período de follow-up, que decorreu até ao final do presente estudo. Neste sentido, na semana número 12, a participante manteve uma pontuação total de 12 pontos, valor que reduziu para 9, 4 e 1 pontos de sintomas cognitivos. Na semana número 16, a participante apresentou novamente 1 ponto de sintomas cognitivos, valor que reduziu para 0 pontos na semana seguinte. Na semana número 18 existiu um aumento para 2 pontos de sintomas cognitivos, valor que reduziu na semana seguinte para 0 pontos. Nas três últimas semanas do presente estudo a pontuação total de sintomas cognitivos da participante número 2 foi de 2, 0 e 0 pontos.

Relativamente à participante número 3, olhando para a sua linha de base é possível verificar que apresentou 7 pontos de sintomas cognitivos na primeira semana do estudo, valor que aumentou para 8, 15 e 21 pontos nas três semanas subsequentes. Na quinta e sexta semana houve uma redução para 11 pontos, para aumentar novamente para 18 pontos nas duas semanas subsequentes. Nas três últimas semanas de avaliação da linha de base da participante número 3, esta apresentou um total de 16 pontos de sintomas cognitivos. Na semana número 12 teve início o treino de gestão do stress, pelo que a participante apresentou um total de 14 pontos na primeira sessão, valor que reduziu para oito pontos na semana seguinte. Nas últimas três semanas da intervenção, a pontuação de sintomas cognitivos da participante foi de 14, 11 e 11 pontos. Com o término da intervenção teve início o período de follow-up, que decorreu desde a semana seguinte até ao final do estudo. Nesse sentido, a participante apresentou 10 pontos na semana número 17, valor que reduziu para 0 pontos na semana número 18 e voltou a aumentar para 10 pontos nas semanas número 19 e 20. Nas duas últimas semanas do estudo, a pontuação total de sintomas cognitivos aumentou para 11 pontos.

Analisando os resultados do gráfico relativo à participante número 4, podemos verificar que apresentou uma pontuação total de 3 pontos na primeira semana, valor que reduziu para 2, 1 e 0 pontos nas três semanas subsequentes. Na semana número 5, a pontuação total de sintomas cognitivos da participante aumentou para 4 pontos, reduzindo novamente para 0 pontos nas quatro últimas semanas prévias à intervenção. Com o início da intervenção na semana número 12, a participante apresentou 0 pontos na primeira sessão, valor que aumentou para 3 pontos nas duas semanas subsequentes. Na penúltima semana da intervenção o valor reduziu para 1 ponto, aumentando na última

sessão para quatro pontos de sintomas cognitivos. Com o início do período de follow-up desde a semana seguinte ao final do estudo, a participante apresentou um total de 3 pontos na semana número 17. Nas três semanas seguintes, o total de sintomas da participante foi de 0 pontos, aumentando na penúltima semana do estudo para um total de três pontos. Na última semana do presente estudo, o total de sintomas cognitivos apresentados pela participante número 4 foi de 0 pontos.

Relativamente ao participante número 5, ao analisar a sua linha de base podemos verificar que este apresentou um total de 2 pontos nas duas primeiras semanas do presente estudo, valor que reduziu para 1 e 0 pontos nas duas semanas subsequentes. Na semana número 5 o participante continuou a apresentar um total de 0 pontos de sintomas cognitivos, no entanto esse valor aumentou para um total de 1 e 2 pontos, valor que se manteve durante uma semana adicional. Na nona semana do estudo, o participante apresentou um total de 1 ponto de sintomas cognitivos, valor que reduziu para 0 pontos nas quatro semanas subsequentes. Nas últimas três semanas da fase de avaliação da linha de base do participante, a sua pontuação total de sintomas cognitivos foi de 2, 3 e 3 pontos, respetivamente. Com o início da intervenção o participante apresentou um total de 5 pontos na primeira sessão de treino, reduzindo para 3 pontos na sessão número dois. A partir da terceira sessão de intervenção a pontuação reduziu de 6 pontos para 2 e 1 ponto, respetivamente. Na sessão adicional de follow-up o participante nº5 manteve uma pontuação total de sintomas cognitivos de 1 ponto.

5.2.3. Resultados do gráfico de sintomas emocionais. Analisando os resultados do gráfico relativo aos sintomas emocionais medidos pelo inventário de sintomas de stresse de Reschke (Anexo 6), podemos verificar que na fase de avaliação da linha de base a participante número 1 apresentou uma pontuação total de 10 pontos. Com o início da intervenção na semana seguinte, existiu uma redução para 7 pontos, seguida de um aumento para um total de 18 pontos na terceira semana. Na terceira sessão da intervenção a pontuação total da participante reduziu para 10 pontos, fixando-se nos 5 pontos nas duas últimas semanas da intervenção. Após o término da mesma teve início o período de follow-up que decorreu desde o final da intervenção, até ao final do presente estudo. Neste sentido, a participante número 1 apresentou na semana número 7 um total de 4 pontos, aumentando para seis na semana seguinte. Desde a semana número nove até à semana número 12 a pontuação total da participante manteve-se nos 3 pontos, aumentando para 4 pontos nas três semanas subsequentes. Na décima quinta e décima sexta semana, existiu uma redução para um total de 2 pontos de sintomas emocionais, valor que reduziu novamente para 1 ponto nas duas semanas seguintes. Na décima nona



semana do presente estudo a pontuação total da participante aumentou para quatro pontos de stresse, contudo, o valor reduziu para 3, 2 e 2 pontos nas três últimas semanas do presente estudo.

Quanto à participante número 2, é possível verificar que na primeira semana apresentou um total de 9 pontos na escala de sintomas emocionais. A partir da segunda semana o valor aumentou de 5 valores para 8 e 14 nas duas semanas subsequentes, reduzindo para 11 valores na semana seguinte e voltando novamente a aumentar para 18 pontos na semana prévia ao início da intervenção. A partir da semana número 7 foi iniciado o treino de gestão do stresse, pelo que a participante apresentou um total de 17 pontos de sintomas emocionais. Nas duas semanas subsequentes o valor aumentou para um total de 21 pontos, sofrendo uma redução para 20 e 14 pontos nas últimas duas semanas de intervenção. Com o término desta, iniciou-se a fase de follow-up desde a semana número 12 até ao final do estudo, tendo a participante apresentado um total de 16 pontos de sintomas emocionais. Nas quatro semanas seguintes o total de sintomas emocionais começou a reduzir de 13 para 4,2 e 1 pontos, respetivamente. Na décima sétima semana existiu um aumento para um total de 3 pontos, valor que regrediu novamente para 1 ponto na semana seguinte. Na décima nona e vigésima semana do estudo o total de sintomas emocionais aumentou para 2 e 3 pontos, respetivamente, tendo sofrido uma redução para 1 ponto nas últimas duas semanas do presente estudo.

Relativamente à participante número 3, é possível verificar que a sua pontuação total de sintomas emocionais aumenta nas quatro primeiras semanas, passando de 9 para 10, 15 e 19 pontos, reduzindo então para 12 durante as duas semanas subsequentes. Na sétima e oitava semanas, a sua pontuação total aumenta para um total de 19 pontos, reduzindo então para 15, 13 e 13 pontos, respetivamente. Com o início da intervenção na semana número 12, a participante apresentou um total de 13 pontos de sintomas emocionais, valor que diminui na semana seguinte para 9 pontos. Na décima quarta semana existiu um novo aumento para 13 pontos, reduzindo na penúltima semana para 8 pontos. Na última sessão de treino, a pontuação total aumentou para 13 pontos. Com o término da intervenção teve início o período de follow-up desde a semana subsequente até ao final do estudo. Neste sentido, a participante apresentou um total de 12 pontos de sintomas emocionais na semana número 17, valor que reduziu para 0 na semana seguinte e aumentou novamente para 12 pontos na décima nona semana do estudo. Nas três últimas semanas da presente investigação a pontuação total de sintomas emocionais da participante número três foi de 8, 8 e 9, respetivamente.



Quanto à participante número 4 é possível verificar que na fase de avaliação da sua linha de base apresentou um total de 2 pontos de sintomas emocionais na primeira semana do presente estudo. Na segunda semana, a participante apresentou um aumento para um total de 7 sintomas, valor que reduziu para 4 e 0 nas duas semanas subsequentes. Na quinta semana da fase de avaliação da linha de base, a participante apresentou um aumento do número de sintomas, com um total de 3 pontos, no entanto, o valor total reduziu novamente para 0 pontos na semana subsequente. Na sétima semana, a participante apresentou um total de 6 pontos, valor que diminui nas três semanas seguintes para 2, 0 e 0 pontos respectivamente. Na semana anterior ao início da intervenção, a participante apresentou um total de 3 pontos de sintomas emocionais. Com o início da intervenção na décima segunda semana do presente estudo, a participante manteve uma pontuação de 3 pontos de sintomas emocionais, no entanto, esse valor aumentou para 9 pontos nas duas sessões subsequentes. Na quarta sessão de treino existiu uma redução para um total de 2 pontos de sintomas, para aumentar na última semana para 8 pontos. Após o término da intervenção foi então iniciado o período de follow-up desde a semana número 17 até ao final do estudo. Nas semanas número dezassete e dezoito a participante apresentou um total de zero pontos, aumentando para quatro na décima nona semana. Nas últimas três semanas de intervenção, a pontuação total da participante foi de 0, 6 e 3 pontos, respetivamente.

Relativamente ao participante número 5, ao analisar a sua linha de base podemos verificar que apresentou um total de 2 pontos nas duas primeiras semanas, valor que aumentou para três pontos na semana seguinte, reduzindo então para um total de 1 ponto durante quatro semanas seguidas. Na oitava semana o participante apresentou um aumento dos sintomas emocionais com uma pontuação total de 5 pontos, reduzindo na semana posterior para 1 ponto. Na semana seguinte existiu um aumento para 3 pontos de sintomas emocionais, voltando a aumentar para 5 pontos durante as três semanas subsequentes. Nas três últimas semanas da fase de avaliação da linha de base, o participante apresentou um total de 6 pontos na escala de sintomas emocionais. Com o início da intervenção o participante continuou a apresentar um total de 6 pontos durante as duas primeiras sessões de treino, valor que aumentou para um total de 7 pontos nas duas semanas subsequentes. Na última sessão de treino o valor total de sintomas emocionais do participante número 5 foi de 6 valores. No período de follow-up que foi realizado na semana seguinte, o participante manteve a mesma pontuação que havia obtido na semana anterior.

5.2.4. Resultados do gráfico de sintomas agrupados. Ao analisarmos o gráfico relativo aos três tipos de sintomas agrupados (Anexo 7), podemos verificar que os sintomas fisiológicos de stresse são na generalidade, o tipo de sintoma de stresse mais prevalente na amostra, seguidos pelos sintomas emocionais e finalmente os sintomas cognitivos. É também possível verificar que na generalidade os sintomas aparentam variar conjuntamente, pelo que um aumento de um dos tipos de sintomas é acompanhado por um ou pelos dois tipos de sintomas de stresse.

Outro aspeto importante a referir é o de que em todos os participantes há uma redução do seu total de sintomas de stresse a partir da terceira sessão de intervenção. Tal poderá indicar que os efeitos do programa se manifestam nos participantes, uma vez que é também a partir dessa mesma sessão que se dá início ao treino de competências de gestão do stresse, nomeadamente relaxamento, regulação emocional e resolução de problemas.

5.3. Resultados Qualitativos

5.3.1. Resultados qualitativos pré-intervenção. Na totalidade dos sujeitos é possível observar que os stressores presentes na semana prévia à aplicação do questionário se reportam a dois tipos de stressores: “*Vida profissional*” e “*Vida pessoal*”. Foi ainda criada uma terceira categoria denominada “Não respondeu”, para os sujeitos que não identificaram a presença de stressores na semana prévia à aplicação do questionário. Relativamente à categoria “*Vida profissional*” vemos que os aspetos enunciados como fontes de stresse são “*Erros*”, “*Novidade de papéis*” e “*Relações interpessoais*”. Na categoria “*Vida Pessoal*”, o aspeto mencionado como fonte de stresse foi “*Existiu stress acerca da casa que vou construir e não despacham os papéis para iniciar*” – Participante 4. À exceção da participante 1 que não respondeu, indicando uma intensidade de stresse “*Quase inexistente*”, todos os restantes participantes assinalaram uma intensidade “*Média*” relativamente às situações de stresse experienciadas durante a semana prévia ao preenchimento do questionário.

Relativamente às áreas de vida onde foi sentido mais stresse na semana prévia ao preenchimento do questionário, podemos ver que se reportam a três tipos de áreas diferentes: “*Vida pessoal*”, “*Vida profissional*” e “*Saúde*”. Dentro da categoria “*Vida pessoal*” os aspetos identificados pelos participantes como maiores contribuintes para o seu stresse foram “*Construção de uma casa nova*” – Participante 2 e “*A nível da construção da casa*” – Participante 4. Na categoria “*Vida profissional*” os participantes reportaram “*Desorganização*”, “*Desvalorização*”, “*Novidade de papéis*”, “*Sobrecarga de trabalho*”, “*Relações Interpessoais*”, “*Erros*” e “*Perceção de falta de controlo*”. Na

categoria saúde, o aspeto reportado como contribuinte para o stresse experienciado foi “*Aguardar resultado de exames*” – Participante 3. Relativamente ao grau de stresse sentido nas áreas de vida, todos os participantes referiram um grau “*Elevado*” de stresse experienciado na semana prévia ao preenchimento dos questionários.

Quanto às consequências das áreas supracitadas nos participantes, estas referem-se a três tipos diferentes: “*Consequências Emocionais*” – na qual foram criadas subcategorias relativas a “*Irritabilidade*” e “*Ansiedade*”; “*Consequências Cognitivas*” – na qual foi criada uma subcategoria relativa a “*Dificuldades de concentração*”; e uma última denominada “*Consequências fisiológicas*” – dentro da qual foram criadas as subcategorias “*Perturbação do sono*”, “*Taquicardias*”, “*Fadiga*” e “*Dor*”.

Quanto às estratégias para tentar diminuir o stresse experienciado, foram criadas as categorias “*Utilização de estratégias de redução do stresse*” e “*Não utilização de estratégias de redução do stresse*”. Dentro da categoria “*Utilização de estratégias de redução do stresse*” as estratégias referem-se a: “*Atividades de lazer*” – nomeadamente “*Realizo atividades que me dão prazer [...] Ouço música*” – Participante 5, “*Nos tempos livres fazer atividades de que gosto*” – Participante 4, “*Ouvir música, ler um livro*” – Participante 1; “*Atividade desportiva*” – nomeadamente “*Ir ao ginásio duas vezes por semana*” – Participante 3, “*Faço exercício diariamente,*” – Participante 1 e “*[Nos tempos livres fazer atividades de que gosto] como caminhadas*” – Participante 4; e “*Controlo da respiração*” – nomeadamente, “*Respiro fundo*” – Participante 5. Na categoria “*Não utilização de estratégias de redução do stresse*” foi incluída a resposta da participante 2.

Por último, a eficácia das estratégias utilizadas foi classificada pelos participantes como “*Totalmente*”, “*Bastante*” e “*Pouco*”. Na categoria “*Totalmente*” foi incluída a resposta da participante 3 - “*Motivo de distração (...) Meio de socialização com pessoas externas ao quotidiano*” – P.G”. Na categoria “*Bastante*” foi incluída a resposta “*Consigo-me abstrair da situação que me causa stress*” – Participante 1. Já na categoria “*Pouco*” foram incluídas as respostas “*Penso demasiado nos problemas*” do participante número 5 e “*Mais calma e mais assertiva após o exercício*” – Participante 4 (Anexo 8).

5.3.2. Resultados qualitativos Pós-Intervenção. Relativamente aos stressores presentes na semana prévia à aplicação do questionário pós-treino podemos verificar que as respostas dos participantes se reportam a cinco tipos diferentes: “*Vida profissional*”, “*Vida pessoal*”, “*Centrados no individuo*”, “*Inexistente*” e “*Não respondeu*”. Na categoria “*Vida profissional*” os aspetos relativos ao stresse na última semana

preendem-se com *“Acontecimentos Imprevistos”* – nomeadamente *“Encontrar larvas na ferida de um utente deixou-me ansiosa e sem saber o que fazer”* – Participante 2; e *“Sobrecarga de trabalho”* – *“O stress desta semana consistiu em cansaço físico e mental por ter tido muito trabalho e trabalhar vários dias sem folga, o que me fez estar de mau humor e facilmente irritável”* – Participante 3. Quanto à categoria *“Vida pessoal”*, o stresse reportado consistiu em *“Problemas na construção da casa”* – Participante 2. Na categoria *“Centrados no Indivíduo”* o stresse reportado consistiu em *“Tive que tomar uma decisão em relação à compra de um artigo de loja que estava em exposição. Dispunha de poucas soluções de forma a ficar satisfeito, no entanto consegui arranjar uma solução que me beneficiou”* – Participante 5. Na categoria *“Inexistente”* foi reportado *“Na última semana senti-me com menos stress. Tive boas notícias que foi aprovado o projeto da nova casa. Têm sido dias mais fáceis.”* – Participante 4. Por último, na categoria *“Não respondeu”* foi relativa à participante número 1. Quanto à intensidade dos stressores experienciados na semana anterior, os participantes 1, 4 e 5 classificaram a sua intensidade como *“Quase inexistente”*, e as participantes 2 e 3 como *“Média”*.

Relativamente às áreas de vida mais afetadas pelo stresse importa referir que se mantiveram duas das categorias do pré-teste: *“Vida pessoal”* e *“Vida profissional”*. Dentro da categoria *“Vida pessoal”* inserem-se as respostas *“Casa”* da Participante 2 e *“Mais a nível de como vai ocorrer a construção da casa”* – Participante 4. Na categoria *“Vida profissional”* o stresse reportado pelos participantes é referente a *“Sobrecarga de trabalho”* – nomeadamente *“Muito trabalho durante o turno”*- Participante 5, *“Muitos turnos seguidos (cansaço)”* – Participante 1 e *“Poucos trabalhadores para tantos utentes (...) Trabalhar vários dias (6-7 dias) sem folgas”* – Participante 3; *“Escassez de recursos”* – nomeadamente *“falta de recursos”* – Participante 1 e *“Carro dos pensos por repor”* – Participante 2; e *“Eventos imprevistos”* – nomeadamente *“Larvas nas feridas de um utente”* – Participante 2. Todos os participantes reportaram um grau de stresse *“Elevado”* decorrente das áreas de vida supracitadas.

Quanto às consequências do stresse experienciado para os participantes, foram mantidas as categorias obtidas durante o pré-teste: *“Consequências emocionais”*, *“Consequências cognitivas”* e *“Consequências fisiológicas”*. Dentro das consequências emocionais, o stresse experienciado é referente a irritabilidade e ansiedade e nas consequências cognitivas, o stresse experienciado pelos participantes expressa-se na forma de pensamento negativos e pensamentos sucessivos. Por último, nas



consequências fisiológicas o stresse experienciado pelos participantes expressa-se através de fadiga, tensão, sudorese, perturbação do sono e taquicardias.

Relativamente às estratégias utilizadas para diminuir o stresse experienciado, manteve-se a categoria denominada “*Utilização de estratégias de redução do stresse*” na qual foram categorizadas as respostas de todos os participantes. Quanto ao tipo de estratégias utilizadas pelos participantes, podemos mencionar que consistem em atividades de “*lazer*”, “*atividade desportiva*”, “*recurso a suporte social*”, “*descanso*”, “*controlo da respiração*” e “*resolução de problemas*”. Importa referir que para além das categorias criadas na fase pré-intervenção, surgiram duas novas categorias congruentes com aspetos trabalhados pelo programa de intervenção: a procura de suporte social e o descanso.

Por último, no que concerne à eficácia das estratégias utilizadas, todos os participantes referiram que as mesmas resultam “*Bastante*” pelas seguintes razões: “*Porque consigo perceber as alterações a nível físico e mental que me ajudam a trabalhar melhor.*” – Participante 1, “*Enquanto estava no café não estava a pensar em assuntos que me stressavam e ao falar aliviei e ficou o assunto resolvido*” – Participante 2, “*Porque consigo restaurar energias com o repouso e abstrair e socializar quando realizo actividade física no ginásio*” – Participante 3, “*Tirei dúvidas, diminuíram os medos e senti-me menos ansiosa*” – participante 4, “*Porque permite que os meus níveis de stress baixem [...] O trabalho fica feito*” – Participante 5 (Anexo 9).

Capítulo 6 - Discussão

Passaremos em seguida à discussão dos resultados obtidos com a elaboração do presente estudo. O presente estudo teve como objetivo avaliar a eficácia de um programa de intervenção para a gestão do stresse numa amostra de enfermeiros de uma unidade de cuidados continuados. Para o efeito, foi utilizada uma metodologia quási-experimental de linha de base múltipla com vista à sua aplicação sistemática em diferentes períodos de tempo. Ao longo da presente investigação, os níveis de stresse dos participantes foram avaliados semanalmente através de dois questionários de autorrelato e de um questionário qualitativo que foi aplicado na primeira e última sessões de treino de cada participante.

Os resultados do teste breve de stresse (Reschke, 2011) mostram que existiu uma redução dos níveis de stresse após a realização do treino nos participantes 1 e 2. Relativamente aos participantes 3, 4 e 5, os níveis de stresse medidos pelo questionário não sofreram reduções comparativamente aos valores registados durante as fases de avaliação da linha de base, contudo é importante ressaltar que não existiu um aumento dos níveis após a realização do treino.

Os resultados do questionário de sintomas de Reschke mostram que existiu uma redução dos sintomas de stresse nos participantes 1, 2 e 3. No caso dos participantes 4 e 5, não existiu uma redução comparativamente aos valores registados durante a fase de avaliação da linha de base. No entanto, à semelhança dos resultados obtidos pelo teste breve de stresse, os valores não aumentaram comparativamente aos resultados da linha de base.

Ao analisar as dimensões do questionário de sintomas de Reschke, é possível verificar que existem diferenças entre participantes. Relativamente à pontuação total de sintomas corporais medida ao longo do estudo podemos ver que existiu uma redução do total de sintomas após o treino nos quatro primeiros participantes. Os dois primeiros participantes terminaram o estudo com valores inferiores àqueles registados na sua linha de base. As participantes 3 e 4 apresentam no período de follow-up algumas pontuações inferiores às registadas durante a fase de avaliação da linha de base, sendo também importante notar que os seus níveis de sintomas não aumentaram após a intervenção. No caso dos sintomas cognitivos, no período de follow-up existiram reduções dos seus valores comparativamente aos valores registados na linha de base. Os dois primeiros participantes terminaram o presente estudo com valores de sintomas cognitivos inferiores aos registados durante a fase de avaliação da sua linha de base, já a participante número 3 apresentou valores mais reduzidos de sintomas. Os

participantes 4 e 5 não apresentaram valores superiores de sintomas cognitivos. No que concerne aos sintomas emocionais, as participantes 1 e 2 apresentaram uma redução da pontuação de sintomas emocionais com o decurso da intervenção, tendo terminado o presente estudo com valores abaixo dos registados durante a fase de avaliação da sua linha de base. A participante número 3 apresentou em alguns momentos do período de follow-up uma redução dos níveis de sintomas por comparação à sua linha de base, terminando o presente estudo com uma pontuação igual às registadas na fase de avaliação. A participante número 4 apresentou durante o período de follow-up uma pontuação igual à que foi registada durante a fase de avaliação da sua linha de base. Já o participante número 5 manteve os mesmos níveis de sintomas emocionais durante e após a intervenção.

Ao analisar os resultados das escalas de sintomas é importante perceber que, à exceção de um dos participantes (participante número 2), todos os participantes apresentam níveis baixos de sintomas de stresse, razão pela qual é difícil determinar com precisão se existe, de facto, uma redução atribuível aos efeitos da intervenção. Há no entanto duas observações que parecem ser pertinentes acerca do presente estudo:

Em primeiro lugar, analisando o gráfico número 4, relativo à variação temporal dos sintomas corporais é possível verificar que a partir da terceira sessão de treino e à exceção da participante número 3, todos os participantes apresentam reduções subsequentes dos seus níveis de sintomas corporais. Tal poderá ser explicado pelo facto de que a terceira sessão de treino implica o treino de estratégias de relaxamento, pelo que as reduções subsequentes do total de sintomas poderá indicar um efeito atribuível a esta componente do programa. O mesmo pode ser observado no gráfico relativo à variação temporal dos sintomas cognitivos dos participantes ao longo do presente estudo, sendo que todos os participantes à exceção da participante número 4 apresentam valores mais reduzidos de sintomas cognitivos após a terceira sessão.

Em segundo lugar, relativamente à componente qualitativa do presente estudo, observaram-se diversos aspetos que devem ser analisados mais aprofundadamente para compreender as implicações da intervenção. Em primeiro lugar, verifica-se que o número de stressores experienciados na semana prévia ao preenchimento dos questionários aumentou no pós-teste. Não obstante, três dos participantes reportaram de igual forma uma “*elevada*” intensidade nos dois momentos de avaliação (pré e pós teste), enquanto dois participantes reportaram uma experiência de stresse de intensidade “*quase inexistente*” no pós-teste, o que parece indicar que embora tenha havido um aumento de stressores reportados pelos participantes, o seu impacto nos



participantes manteve-se igual em alguns casos, enquanto noutros acabou por ser mais reduzido.

Relativamente às áreas de vida onde os participantes reportaram sentir mais stresse, previamente à intervenção foram identificadas pelos participantes três áreas diferentes: “*Vida pessoal*” “*Vida profissional*” e “*Saúde*”. Das três áreas, existiu uma predominância de stressores relativos à vida profissional, tendo os participantes reportado aspetos desorganização, desvalorização, novidade de papéis, sobrecarga de trabalho, relações interpessoais, erros e perceção de falta de controlo. Importa ainda referir que à exceção da novidade de papéis, todos os aspetos identificados pelos participantes vão de encontro à literatura existente sobre stressores característicos da prática da enfermagem (Gates, Gillespie & Succop citado por Saedpanah et al., 2016; Jafary, Kamarzarin, Kordmirza & Sefzadeh citado por Saedpanah et al., 2016; Santos & Teixeira, 2009). Após a intervenção, a vida pessoal e profissional continuaram a ser as áreas de vida onde os participantes reportaram sentir mais stresse. De salientar que a vida profissional voltou a ser novamente a área mais significativa em termos de intensidade de stresse, tendo os participantes reportado aspetos como a sobrecarga de trabalho, escassez de recursos e eventos imprevistos como aspetos mais stressores.

Quanto às consequências do stresse experienciado, existiu um aumento do número total de consequências identificadas pelos participantes no questionário qualitativo pós-teste, o que poderia indicar um aumento das mesmas após a intervenção. Contudo, se analisarmos o gráfico relativo ao teste de sintomas de Reschke podemos verificar que, na última sessão de treino, à exceção da participante número 4, todos os participantes apresentaram um valor total de sintomas menor do que na primeira sessão do treino. Deste modo, parecem haver indícios não de um aumento dos sintomas de stresse no final das intervenções realizadas, mas sim de uma melhor capacidade de reconhecimento dos sinais de stresse por parte dos participantes – o que se poderia dever à psicoeducação para o stresse que o programa de intervenção possui.

Por último relativamente às estratégias para lidar com o stresse, verifica-se que o aumento geral da eficácia percebida poderá ser explicado pela melhoria ou aquisição das estratégias de redução utilizadas pelos participantes. Por exemplo, o participante número 5 referiu no questionário pré-teste, recorrer ao controlo da respiração para gerir os seus níveis de stresse, embora atribuindo pouca eficácia a essa estratégia. No questionário pós-teste, o mesmo participante referiu utilizar em conjunto estratégias de controlo da respiração e resolução de problemas, atribuindo bastante eficácia a ambas as estratégias. Segundo Folkman (2013), a “*eficácia do coping é determinada*



contextualmente uma vez que o coping eficaz numa situação poderá ser ineficaz numa outra. Por exemplo, a distanciação poderá ser ineficaz quando o sujeito deve utilizar as suas competências de resolução de problemas, podendo no entanto ser adequada quando nada mais pode ser feito (p.1914). Tal parece ser explicativo da mudança de eficácia percebida das estratégias de gestão do stresse do participante 5, ao passar da utilização de uma estratégia de coping focada na emoção (*“Respiro fundo”*) para uma junção de coping focado na emoção (mesma estratégia) e coping focado no problema (resolução de problemas - *“arranjei soluções de forma a que o trabalho estivesse organizado”*) no final da intervenção. Segundo Folkman (2013), as estratégias de coping podem ser usadas em conjunto, pelo que parece pertinente considerar que este caso ilustra um exemplo de aprimoramento de estratégias de coping. Já o desenvolvimento de estratégias de coping parece evidente na participante número 2, que no questionário qualitativo prévio à intervenção reporta não utilizar estratégias para reduzir o seu stresse e após o final da intervenção reporta recurso a suporte social e atividades de lazer como se verifica nos excertos *“ao falar aliviei e ficou o assunto resolvido”* e *“Enquanto estava no café não estava a pensar em assuntos que me stressavam”*. Neste caso, as estratégias desenvolvidas pela participante número 2 podem ser classificadas como estratégias de coping focadas na emoção (Folkman, 2013). A ideia de que a intervenção aumentou as estratégias de gestão do stresse parece ser corroborada pelos dados qualitativos, uma vez que o número total de estratégias de redução do stresse reportadas pelos participantes duplicou para um total de seis tipos estratégias diferentes após as intervenções.

Passaremos em seguida à discussão das hipóteses formuladas no âmbito do presente estudo. Relativamente à H1: *“O Programa “Gestão Optimista do Stresse” diminui os sintomas fisiológicos, cognitivos e emocionais de stresse na amostra estudada, de acordo com o teste de stresse”* – Verifica-se que a hipótese se confirmou parcialmente, uma vez que todos os participantes à exceção do participante número 5 apresentaram valores de sintomas mais reduzidos após a aplicação do programa de treino.

Quanto à H2: *“O Programa “Gestão Optimista do Stresse” diminui a intensidade subjetiva do stresse na amostra estudada, de acordo com o teste breve de stresse”* – É possível verificar que a hipótese se confirma parcialmente, sendo que apenas a participante 1 e a participante 2 apresentam níveis reduzidos da intensidade subjetiva do stresse após o treino.

Relativamente à H3: “O Programa “Gestão Optimista do Stresse” diminui a experiência de stresse e aumenta o número e eficácia das estratégias de resolução na amostra estudada, de acordo com o questionário qualitativo.” - É possível verificar que a hipótese se confirma parcialmente, uma vez que três dos participantes referem reduções da experiência de stresse, uma participante manteve a intensidade referida nas duas avaliações realizadas durante o presente estudo; e uma participante – participante número 3 – apresentou um aumento da experiência de stresse após a intervenção. Antes de mais, é importante verificar que, embora existam dois casos nos quais não há uma redução da experiência de stresse, a mesma pode dever-se a diferentes tipos de stressores presentes no meio e externos à intervenção. Ao analisarmos as estratégias utilizadas para reduzir o mesmo e a sua eficácia percebida, ambas as participantes referem que as suas estratégias de redução “*resultam bastante*”. Importa também referir que, após o final da intervenção, ambas as participantes identificaram questões de vida que no seu entendimento teriam influenciado os seus níveis de stresse durante o treino: no caso da participante número 2 – “*Os problemas de construção da minha casa têm continuado nos últimos tempos*”. Já a participante número 3 identificou: “*Durante os meses de verão temos mais admissões e há menos trabalhadores por causa das férias*”, “*Estou a trabalhar há várias semanas apenas com uma folga por semana*”, “*Tenho feito vários turnos seguidos*”. A relação entre acontecimentos de vida e stresse é conhecida na literatura (Bliese et al., 2017), pelo que se poderia atribuir o aumento dos níveis de stresse não ao programa de treino, mas sim à intensidade dos stressores e à sua presença no dia-a-dia das participantes.

Relativamente à H4 “*as três medidas coincidem*”, é possível verificar que a hipótese se confirma parcialmente pelas razões acima referidas: Existe uma redução dos sintomas, da intensidade subjetiva e da experiência subjetiva do stresse, no entanto, esta redução não ocorre de forma linear em todos os participantes.

Analisando a H5 “*As reduções dos níveis de stresse ocorrem imediatamente após a implementação do programa*” é possível verificar que a hipótese se confirma parcialmente, sendo que existem participantes que apresentam reduções do stresse imediatamente após o início da intervenção, contudo, alguns participantes apenas apresentam reduções nas fases intermédias ou finais do treino.

Quanto à H6 “*As reduções dos níveis de stresse mantêm-se após o treino*” é possível verificar que a hipótese se confirma parcialmente, sendo que tal não se verificou nos participantes 3,4 e 5 no que concerne à intensidade subjetiva do stresse; participante número 5 no total de sintomas de stresse, bem como sintomas corporais,



cognitivos e emocionais; e participantes número 3 e 4 nos sintomas corporais. Todos os restantes participantes apresentaram reduções dos níveis de stresse após a intervenção.

De forma a compreender os resultados do presente estudo – nomeadamente, os motivos que podem explicar a disparidade de resultados nos níveis de stresse dos participantes - é importante ter em conta vários pontos pertinentes:

Um outro ponto importante é o dos níveis de stresse de alguns participantes serem muito reduzidos, dificultando a medição das pequenas variações entre os níveis ao longo das sucessivas avaliações. Não obstante, justifica-se a aplicação do programa uma vez que o mesmo pode ser empregue como medida de prevenção do stresse (Reschke & Schröder, 2010). Para além do mais, uma vez que não foi existem metodologias que permitam prever reduções ou aumentos nos níveis futuros de stresse dos participantes e como os instrumentos utilizados para medir os sintomas de stresse e a intensidade subjetiva do mesmo não possuem pontos de corte, levou a que não fosse considerada a possibilidade de exclusão de sujeitos com níveis de stresse mais reduzidos.

Embora devido às diferenças metodológicas e de instrumentos utilizados não seja possível realizar comparações diretas com os estudos de Ewers et al., (2003), Sarid et al., (2010), Brunero et al., (2008) e Sarid et al., (2012) sobre intervenções cognitivo comportamentais aplicadas à gestão do stresse em enfermeiros, podemos dizer que o presente estudo espelha a eficácia deste tipo de intervenções na gestão desta problemática. Contudo, é importante referir que ao contrário dos estudos anteriores, devido à metodologia utilizada, o presente estudo é sensível às mudanças intra-indivíduo, permitindo perceber pormenorizadamente a variação temporal dos níveis de stresse antes, durante e após a aplicação do programa de treino.

CAPÍTULO 7 - Conclusões

7.1. Contribuições para a literatura sobre stresse em enfermagem

Considera-se que o presente estudo enriquece a literatura existente no que concerne à investigação-ação sobre a gestão do stresse na profissão da enfermagem por duas razões: Em primeiro lugar, pela escassez de estudos em Portugal que se debrucem sobre programas de intervenção para a gestão do stresse ocupacional – mais ainda na profissão da enfermagem.

Com o presente estudo verifica-se que, apesar das diferenças individuais na experiência de stresse, as intervenções de gestão do stresse de curta duração, nas quais se insere o programa “Gestão Optimista do Stresse” podem ser pertinentes para reduzir os níveis de stresse dos seus participantes, bem como forma de desenvolvimento e aprimoramento de estratégias de autocuidado e gestão do mesmo.

Relativamente aos sintomas de stresse, o presente estudo verificou que na generalidade os tipos de sintomas aparentam variar conjuntamente, pelo que estudos futuros poderão focar-se apenas na avaliação de um tipo concreto de sintomas como medida fidedigna da experiência de stresse. Para além disso, os resultados obtidos poderão ser úteis a profissionais de psicologia interessados na aplicação do programa em outros contextos, ou na comparação com outras intervenções de gestão do stresse em profissionais de saúde. Para além disso, o presente estudo reúne também evidências que podem ser do interesse de profissionais de enfermagem ou directores clínicos interessados em implementar práticas de gestão do stresse adequadas às necessidades dos trabalhadores e do contexto ocupacional onde se inserem.

Por último, embora já existam em Portugal outros trabalhos sobre intervenções para a gestão do stresse em profissionais de enfermagem (p.e. Duarte e Pinto-Gouveia, 2016), este trabalho demarca-se pela sua utilização de um desenho de intervenção quasi experimental para avaliação da eficácia de uma intervenção. Este tipo de desenho de estudos não só é considerado como uma alternativa aos ensaios clínicos que utilizem grupos experimentais e grupos de controlo (Hawkins et al., 2007), como também é considerado mais adequado para aplicação em contexto organizacional (Cooper, 2015).

7.2. Limitações

Relativamente às limitações do presente estudo podemos destacar vários pontos importantes:

Em primeiro lugar, os questionários quantitativos foram traduzidos para língua portuguesa, contudo, devido a questões de tempo e operacionalização não foi possível realizar a sua adaptação.

Relativamente à distribuição dos participantes pelos períodos de treino, embora Hawkins et al., (2007) recomendem a aleatorização da ordem dos participantes como forma de melhoria da validade externa, tal não foi possível de realizar no presente estudo uma vez que a distribuição dos participantes teve de ter em conta os períodos de férias de modo para garantir a assiduidades dos participantes nas sessões de treino.

No que concerne à avaliação dos níveis de stresse dos participantes, Christ (2007) recomenda que o período de tempo da avaliação seja especificado *a priori*, referido na secção metodológica do estudo e explicitada na representação gráfica. No entanto, devido ao facto da amostra ser composta por enfermeiros trabalhadores por turnos, não foi possível definir um ponto específico que pudesse ser aplicável para que todos os participantes preenchessem os questionários de avaliação.

À semelhança de outros estudos (House citado por Bliese et al., 2017; Viswesvaran, Sanchez, & Fisher citado por Bliese et al., 2017) os resultados podem espelhar o papel das diferenças individuais e das variáveis contextuais na resposta ao stresse, uma vez que tal como nos trabalhos anteriormente referidos, verificou-se também no presente estudo a influência das questões de vida na experiência de stresse dos participantes.

É também importante referir que no presente estudo, o período de tempo de administração do programa foi encurtado de dez para cinco sessões, o que poderá ter comprometido os efeitos da intervenção e não ter possibilitado aos participantes o tempo necessário para desenvolver e consolidar adequadamente as suas competências de gestão do stresse. Para além do mais, existem fatores que podem ter influenciado os resultados da intervenção: o nível de envolvimento dos participantes, que segundo Cooper (2015) pode afetar a eficácia das intervenções realizadas em contextos ocupacionais, dificultando por conseguinte a persuasão dos participantes para a importância da mesma – aspeto também referido por Cooper (2015) como de elevada nocividade para a eficácia das intervenções de gestão de stresse desenvolvidas em contextos ocupacionais. Para além disso, a existência de exigências na vida dos

participantes poderão ser fatores com influência sobre os seus níveis de stresse, sobre os quais não possuímos qualquer controlo.

Por último, importa ainda referir um aspeto importante também relacionado com a avaliação dos níveis de stresse. No presente estudo foram utilizadas apenas medidas de autorrelato como forma de avaliação da variável em estudo. No entanto, a literatura sobre stresse defende que a inclusão de medidas psicofisiológicas pode acrescentar valor à investigação psicológica ao proporcionar uma avaliação adicional e potencialmente corroborativa das medidas de autorrelato (Metzenthin et al., 2009; Smyth, Huckelbridge, Thorn, Evans & Clow, 2013). Por esta razão, uma limitação do presente estudo prende-se com a não utilização de medidas biológicas de avaliação dos níveis de stresse. Tal poderia ter sido feito através de medidas dos níveis de cortisol salivar, que segundo Rocha, Martino, Grassi-Kassisse e Souza, (2013) são medidas que permitem identificar concisamente a presença de stresse no trabalho de enfermagem.

7.3. Recomendações para Estudos Futuros

Através dos resultados do presente estudo, consideramos algumas recomendações que poderão ser tidas em conta para garantir o desenvolvimento da literatura sobre stresse ocupacional em profissionais de enfermagem.

Em primeiro lugar e como referido anteriormente, estudos posteriores deverão ter em consideração o papel dos marcadores biológicos para a compreensão do processo de stresse. Destacam-se particularmente duas variáveis que parecem ser pertinentes: Em primeiro lugar e como já referido, o cortisol, como marcador associado à atividade do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (Smyth et al., 2013). Em segundo lugar, a variabilidade da frequência cardíaca, que embora ainda que de forma não consensual, parece ser um potencial indicador de stresse (Thayer, Ahs, Fredrikson, Sollers & Wager, 2012) que reflete a atividade do sistema nervoso autónomo.

À semelhança de outros estudos (p.e. Cohen-Katz et al., 2005a; Lan *et al.*, 2014; Sarid et al., 2010), será pertinente avaliar em estudos posteriores o impacto que o programa de intervenção “Gestão Optimista do Stresse” possui noutras variáveis associadas à experiência de stresse, nomeadamente o Burnout, depressão, ansiedade, bem-estar subjetivo ou sentido de congruência.

Devido ao facto de que o presente estudo foi realizado com uma amostra de enfermeiros de um contexto muito específico – os cuidados continuados – é também



muito importante replicar o presente estudo utilizando o mesmo desenho experimental com outras amostras de enfermeiros provenientes de outros contextos profissionais.

Por último, relativamente à avaliação da eficácia do programa “Gestão Optimista do Stresse”, uma vez que existem três modalidades de aplicação com diferentes períodos de tempo (workshop, 5 sessões e 10 sessões), estudos futuros poderão comparar os ganhos terapêuticos obtidos consoante a modalidade de intervenção utilizada.

Referências Bibliográficas:

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA, the Journal of the American Medical Association*, 288(16), 28 – 30. DOI:10.1001/jama.288.16.1987
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Ando, M., Natsume, T., Kukihara, H., Shibata, H., & Ito, S. (2011). Efficacy of mindfulness-based meditation therapy on the sense of coherence and mental health of nurses. *Health*, 3(02), 118. DOI:10.4236/health.2011.32022
- Ashby, W. R. (1954). *Design for a brain*. Londres: Chapman & Hall.
- Barraza, A. (2007). El campo de estudio del estrés: del Programa de Investigación Estímulo-Respuesta al Programa de Investigación Persona-Entorno. *Revista Internacional de Psicología*, 8(2), 1-30.
- Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F., & Kreitzer, 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(2), 107–133. DOI:10.1080/15555240.2013.779518.
- Beck, C. T. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1–10. DOI:10.1016/j.apnu.2010.05.005.
- Biggs, A., Brough, P. & Drummond, S. (2017) Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. Em: Cooper, L. C. & Quick, C. J. (1ª Ed), *The Handbook of Stress and Health: A guide to Research and Practice* (pp. 351-364). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Bliese, P. D., Edwards, J. R. & Sonnentag, S. (2017). Stress and well-being at work: A century of empirical trends reflecting theoretical and societal influences. *Journal of Applied Psychology*, 102(3), 389-402. DOI: 10.1037/apl0000109.
- Brunero, S., Cowan, D., & Fairbrother, G. (2008). Reducing emotional distress in nurses using cognitive behavioral therapy: a preliminary program evaluation. *Japan Journal of Nursing Science*, 5(2), 109-115. DOI: 10.1111/j.1742-7924.2008.00102.x
- Calvo, G. M. & Gutierrez-García, A. (2016). Cognition and Stress, Em: Fink, G. (1ªEdição), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 139-144). Londres: Elsevier.
- Carver, S. C. (2016). Coping. Em: Fink, G (1ªEdição), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 33-37). Londres: Elsevier.
- Chandola, T., & Marmott, G,M (2011). Socioeconomic Status and Stress. Em: Contrada, J. R. & Baum, A. (1ªEdição), *The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology, and Health* (pp. 185-193). Nova York: Springer.

- Christ, T. J. (2007). Experimental control and threats to internal validity of concurrent and nonconcurrent multiple baseline designs. *Psychology in the Schools*, 44(5), 451-459. DOI: 10.1002/pits.20237
- Cohen- Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D. M., Deitrick, L., & Shapiro, S. (2005a) The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a qualitative and quantitative study, part III. *Holistic Nursing Practice*, 19(2), 76-86. Retirado de: <http://journals.lww.com/hnpjjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2005&issue=03000&article=00009&type=abstract>
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., & Shapiro, S. (2005b). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, 19(1), 26-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>
- Cutshall, S. M., Wentworth, L. J., Wahner-Roedler, D. L., Vincent, A., Schmidt, J. E., Loehrer, L. L., . . . Bauer, B. A. (2011). Evaluation of a biofeedback-assisted meditation program as a stress management tool for hospital nurses: a pilot study. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 7(2), 110–112. DOI: 10.1016/j.explore.2010.12.004.
- Defining Evidence Based Behavioral Practice. (2017, Julho 25). Retirado de: <http://www.ebbp.org/ebbp.html>
- Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P., & Cooper, C. L. (2013). Theories of psychological stress at work. Em R. J. Gatchel & I. J. Schultz (Eds.), *Handbook of Occupational Health and Wellness*, (pp. 23-38). Nova York: Springer.
- Didehvar, M., Zareban, I., Jalili, Z., Bakhshani, N. M., Shahrakipoor, M., & Balouchi, A. (2016). The Effect of Stress Management Training through PRECEDE-PROCEED Model on Occupational Stress among Nurses and Midwives at Iran Hospital, Iranshahr. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(10), 1-5. DOI: 10.7860/JCDR/2016/22569.8674.
- Dos Santos, T. M., Kozasa, E. H., Carmagnani, I. S., Tanaka, L. H., Lacerda, S. S., & Nogueira-Martins, L. A. (2016). Positive effects of a stress reduction program based on mindfulness meditation in Brazilian nursing professionals: Qualitative and quantitative evaluation. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 12(2), 90-99. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.12.005>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 98–107. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002.
- Edwards, D., & Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 169-200. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02600.x
- Eldor, L., Fried, Y., Westman, M., Levi, A. S., Shipp, A. J., & Slowik, L. H. (2017). The experience of work stress and the context of time: Analyzing the role of subjective

time. *Organizational Psychology Review*, 7(3), 227-249. DOI: <https://doi.org/10.1177/2041386617697506>

- Ewers, P., Bradshaw, T., McGovern, J., & Ewers, B. (2002). Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses?. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 470-476. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02115.x
- Ferron, J. M., Moeyaert, M., Van den Noortgate, W., & Beretvas, S. N. (2014). Estimating causal effects from multiple-baseline studies: Implications for design and analysis. *Psychological Methods*, 19(4), 493-510. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037038>
- Fink, G. (2016). Stress, Definitions, Mechanisms, and Effects Outlined: Lessons from Anxiety Em: Fink, G (1ª Edição), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 33-37). Londres: Elsevier.
- Folkman, S. (2013) Stress: Appraisal and Coping. Em M. D. Gellman & J. R. Turner (1ª Edição) *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1913-1915). Nova Iorque: Springer.
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulness based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45(1), 114-125. DOI: 10.5172/conu.2013.45.1.114.
- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (2013). Saúde e bem-estar no trabalho: Um relatório baseado no Quinto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho. Retirado de: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2013/021/pt/3/EF13021PT.pdf
- Gaggioli, A., Pallavicini, F., Morganti, L., Serino, S., Scaratti, C., Briguglio, M., ... & Tartarisco, G. (2014). Experiential virtual scenarios with real-time monitoring (interreality) for the management of psychological stress: a block randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(7). DOI: [10.2196/jmir.3235](https://doi.org/10.2196/jmir.3235)
- Gauthier, T., Meyer, R. M., Greife, D., & Gold, J. I. (2015). An on-the-job mindfulness-based intervention for pediatric ICU nurses: a pilot. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(2), 402-409. DOI: 10.1016/j.pedn.2014.10.005
- Ghazavi, Z., Lohrasbi, F., & Mehrabi, T. (2010). Effect of communication skill training using group psychoeducation method on the stress level of psychiatry ward nurses. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 15, 1-6. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3208939/?report=printable>
- Goldstein, D.S., Kopin, I.J. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress*, 10(2)109–120. DOI:10.1080/10253890701288935
- Gomes, A. R. (2014). Positive human functioning in stress situations: An interactive proposal. Em A. R. Gomes, R. Resende, & A. Albuquerque (1ª Ed.), *Positive human functioning from a multidimensional perspective: Promoting stress adaptation* (Vol. 1, pp. 165-194). New York: Nova Science.

- Gomes, S. F., Santos, M. M., & Carolino, E. T. (2013). Riscos psicossociais no trabalho: Estresse e estratégias de coping em enfermeiros em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1282-1289. DOI:10.1590/0104-1169.2742.236.
- Hawkins, N. G., Sanson-Fisher, R. W., Shakeshaft, A., D'Este, C., & Green, L. W. (2007). The multiple baseline design for evaluating population-based research. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(2), 162-168. DOI: 10.1016/j.amepre.2007.03.020
- Henderson, F. D., Nelson, L. D. & Quick, C. J (2017). Social Class, Health, Stress, and Heart Disease: Applying a Prevention Model. Em C. L. Cooper, & J. C. Quick (1ª Edição). *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*. (pp. 630-645) West Sussex: John Wiley & Sons.
- Hersch, R. K., Cook, R. F., Deitz, D. K., Kaplan, S., Hughes, D., Friesen, M. A., & Vezina, M. (2016). Reducing nurses' stress: A randomized controlled trial of a web-based stress management program for nurses. *Applied Nursing Research*, 32, 18-25. DOI: 10.1016/j.apnr.2016.04.003.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-427. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027>
- Huss, E., & Sarid, O. (2014). Visually transforming artwork and guided imagery as a way to reduce work related stress: A quantitative pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 41(4), 409-412. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.07.004>
- Huytema, E. B. (2011). Capítulo 21: Analysis of Multiple Baseline Designs. Em E. B. Huytema (2ª Edição), *The analysis of Covariance and Alternatives: Statistical Methods for Experiments, Quasi-Experiments and Single-Case Studies*. (pp.453-474). Nova Jersey: John Wiley and Sons Inc.
- Irving, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulnessbased stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(2), 61-66. DOI:10.1016/j.ctcp.2009.01.002
- James Bell Associates (2012). Single Case Design Brief: *Selecting Appropriate Single Case Designs for Evaluating MIECHV Funded Home Visiting Programs*. Retirado de: [http://www.jbassoc.com/ReportsPublications/RESEARCH%20&%20EVALUATION%20Single%20Case%20Design%20\(SCD\)%20Brief.pdf](http://www.jbassoc.com/ReportsPublications/RESEARCH%20&%20EVALUATION%20Single%20Case%20Design%20(SCD)%20Brief.pdf)
- Johnston, J. M. & Pennypacker, H.S. (2009). *Strategies and tactics of behavioral research* (3ª Edição). Nova Iorque: Routledge.
- Kelly, J. A. (1980). The simultaneous replication design: The use of a multiple baseline to establish experimental control in single group social skills treatment studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 11(3), 203-207. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916\(80\)90028-2](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916(80)90028-2)

- Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M., & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*, 23(3), 130-138. DOI: 10.1016/j.apnr.2008.08.002
- Lai, P. H., Lyons, K. D., Kyle, G. T., & Kreuter, U. P. (2017). Coping with change in rural landscapes: The psychological stress of rural residents experiencing unconventional gas developments. *Land Use Policy*, 67, 487-497. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.landusepol.2017.05.033>
- Larzelere, M., & Jones, G. (2008). Stress and health. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 35(4), 839-856. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2008.07.011>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nova Iorque: Springer.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer Publishing Company.
- Le Blanc, P. M., Hox, J. J., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Peeters, M. C. (2007). Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. *Journal of Applied Psychology*, 92(1), 213-227. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.92.1.213>
- Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19(2), 105-109. DOI: 10.1016/j.apnr.2005.08.002
- 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: <https://doi.org/10.1017/S1138741600002547>
- Martinez, L. F., & Ferreira, A. I. (2012). Sick at work: Presenteeism among nurses in a Portuguese public hospital. *Stress & Health*, 28(4), 297-304. doi:10.1002/smi.1432
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- McCarty, R. (2016). The Fight-or-Flight Response: A Cornerstone of Stress Research. Em: G, Fink (1ª Edição), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 33-37). Londres: Elsevier.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840(1), 33-44. DOI:10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x
- McEwen, B. S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology*, 583(2-3), 174-185. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2007.11.071>

- McEwen, B. S. (2010). Homeostasis, Rheostasis, Allostasis & Allostatic Load. Em G, Fink (1ªEdição), *Stress Science: Neuroendocrinology* (pp. 10-14). Oxford: Elsevier.
- McEwen, B. S. (2016). Central Role of the Brain in Stress and Adaptation: Allostasis, Biological Embedding, and Cumulative Change. Em: G, Fink (1ªEdição), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 39-55). Londres: Elsevier
- McEwen, B. S., & Wingfield, J. C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and Behavior*, 43(1), 2-15. DOI:10.1016/S0018-506X(02)00024-7
- McEwen, B. S., & Wingfield, J. (2010). What is in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress. *Hormones and Behavior*, 57, 105–111. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2009.09.011
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), 97-105. DOI:10.4037/ajcc2016417
- Milliken, T. F., Clements, P. T., & Tillman, H. J. (2007). The impact of stress management on nurse productivity and retention. *Nursing Economics*, 25(4), 203–210. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17847655>
- Mok, A. L. F., Chau, J. P. C., Chan, D. W. K., & Ip, W. Y. (2014). The effectiveness of cognitive behavioral interventions in reducing stress among nurses working in hospitals: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(7), 12-23. DOI: 10.11124/jbisrir-2014-1601
- Moody, K., Kramer, D., Santizo, R. O., Magro, L., Wyshogrod, D., Ambrosio, J., ... & Stein, J. (2013). Helping the helpers: mindfulness training for burnout in pediatric oncology—a pilot program. *Journal of pediatric oncology nursing*, 30(5), 275-284. DOI: <https://doi.org/10.1177/1043454213504497>
- Moreira, J. M. (2009). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Murison, R. (2016). The Neurobiology of Stress. Em M. Al'Absi & A. M. Flaten (1ªEdição), *The Neuroscience of Pain, Stress, and Emotion: Psychological and Clinical Implications* (pp. 241-249). Londres: Elsevier.
- National Institute for Occupational Safety and Health (2008). Exposure to stress: Occupational hazards in hospitals (Publicação nº. 2008-136). Retirado de: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/pdfs/2008-136.pdf>
- National Institute for Occupational Safety and Health (2009). State of the sector: Healthcare and social assistance (Publicação nº. 2009-139). Retirado de: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2009-139/pdfs/2009-139.pdf>
- Neves, A. (2017). *Psicologia da Saúde Ocupacional Perante os desafios da 4ª Revolução Industrial: Alguns Modelos Prévios*. Artigo apresentado no 1º Congresso de Psicologia, Saúde e Segurança no Trabalho, Coimbra.

- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2014). *Psis21: Revista oficial da Ordem dos Psicólogos Portugueses* (8). Retirado de: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psis21_n8_web.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016). *Propostas de alteração à lei da saúde ocupacional*. Lisboa
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2014) *Intervenção em Riscos Psicossociais e Gestão do Stresse em Contexto Laboral e de Saúde – Contributo dos Psicólogos*. Lisboa
- Pereira, A. M. M., & Gomes, S. R. A. (2016). Stress, burnout e avaliação cognitiva: estudo na classe de enfermagem. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(1), 72-83. Retirado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v68n1/v68n1a07.pdf>
- Pipe, T. B., Bortz, J. J., Dueck, A., Pendergast, D., Buchda, V., & Summers, J. (2009). Nurse leader mindfulness meditation program for stress management: a randomized controlled trial. *Journal of Nursing Administration*, 39(3), 130-137. DOI: 10.1097/NNA.0b013e31819894a0
- Ragen, B. J., Roach, A. E. & Chollak, C.L. (2016). Chronic Stress, Regulation of Emotion, and Functional Activity of the Brain. Em: Fink, G (1ªEdição), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 241-249). Londres: Elsevier.
- Redhead, K., Bradshaw, T., Braynion, P., & Doyle, M. (2011). An evaluation of the outcomes of psychosocial intervention training for qualified and unqualified nursing staff working in a low-secure mental health unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(1), 59-66. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2010.01629.x
- 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
- Rickard, G., Lenthall, S., Dollard, M., Opie, T., Knight, S., Dunn, S., ... & Brewster-Webb, D. (2012). Organisational intervention to reduce occupational stress and turnover in hospital nurses in the Northern Territory, Australia. *Collegian*, 19(4), 211-221. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2012.07.001>
- Roch, A., Kostadinof, V., & Fischer, J. (2017). Stress and Addiction. Em C. L. Cooper, & J. C. Quick (1ªEdição). *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*. (pp. 252-279) West Sussex: John Wiley & Sons.
- Rocha, M. C. P., Martino, M. M. F., Grassi-Kassisse, D. M. & Souza, A. L. (2013). Stress among Nurses: An Examination of Salivary Cortisol Levels on Work and Day Off. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 47, 1187-1194. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500025>
- Rowe, M. M. (2006). Four-year longitudinal study of behavioral changes in coping with stress. *American Journal of Health Behavior*, 30(6), 602-612. DOI: <https://doi.org/10.5993/AJHB.30.6.7>

- Ruotsalainen, J., Verbeek, J., Marine, A., & Serra, C. (2015). *Preventing occupational stress in healthcare workers*. Retirado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002892.pub5/full>
- Saedpanah, D., Salehi, S., & Moghaddam, L. F. (2016). The Effect of Emotion Regulation Training on Occupational Stress of Critical Care Nurses. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 10(12), 1-4. DOI: [10.7860/JCDR/2016/23693.9042](https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/23693.9042)
- Santos, A. M., & Castro, J. J. D. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 16(4), 675-690. Recuperado em 28 de agosto de 2017, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-823119980004000Eldor et al., 2017&lng=pt&tlng=pt.
- Santos, J., & Teixeira, Z. (2009). O stresse profissional dos enfermeiros. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6,368-378. Retirado de: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1290/2/368-378_FCS_06_-3.pdf
- Sarid, O., Berger, R., & Segal-Engelchin, D. (2010). The impact of cognitive behavioral interventions on SOC, perceived stress and mood states of nurses. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 928-932. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.128>
- Sarid, O., Rivka, B., Rivka, E., & Dorit, S. E. (2012). Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses?. *Applied Nursing Research*, 25(3), 152-157. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2011.01.004>
- Schonfeld, P., Preusser, F., & Margraf, J. (2017). Costs and benefits of self-efficacy: Differences of the stress response and clinical implications. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 75, 40-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.031>
- Schönfeld, P., Preusser, F., & Margraf, J. (2017). Costs and benefits of self-efficacy: Differences of the stress response and clinical implications. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.031>
- Schröder, H., Reschke, K., Gärtner, A., Kaczmarek, Ł., Sęk, H., Ziarko, M., & Pasikowski, T. (2011). Psychosocial coping resources and health among Germans and Poles. *Polish Psychological Bulletin*, 42(3), 114-122. DOI: <https://doi.org/10.2478/v10059-011-0016-8>
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>
- Siegrist, J. (2016). Effort-Reward Imbalance Model. Em: G, Fink (1ªEdição), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 81-86). Londres: Elsevier
- Smith, S. A. (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction: An Intervention to Enhance the Effectiveness of Nurses' Coping With Work-Related Stress. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(2), 119-130. DOI: 10.1111/2047-3095.12025

- Smyth N., Hucklebridge F., Thorn L., Evans P., Clow A. (2013). Salivary cortisol as a biomarker in social science research. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(9) 605-625. DOI: 10.1111/spc3.12057.
- Thayer, J.F., Ahs, F., Fredrikson, M., Sollers lii, J.J., Wager, T.D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(2), 747–756. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.11.009>
- Toker, S. & Melamed, S. (2017). Stress, Recovery, Sleep, and Burnout. Em C. L. Cooper, & J. C. Quick (1ª Edição). (2017). *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*. (pp. 168-185) West Sussex: John Wiley & Sons.
- Villani, D., Grassi, A., Cognetta, C., Toniolo, D., Cipresso, P., & Riva, G. (2013). Self-help stress management training through mobile phones: An experience with oncology nurses. *Psychological Services*, 10(3), 315-322. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0026459>
- Watson, P. J., & Workman, E. A. (1981). The non-concurrent multiple baseline across-individuals design: An extension of the traditional multiple baseline design. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12(3), 257-259. DOI: [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(81\)90055-0](https://doi.org/10.1016/0005-7916(81)90055-0)
- Weinberg, A., Cooper, C., Sutherland, V., & Bond, F. (2010). *Organizational Stress Management: A strategic approach*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Wingfield, J., Moore, M., & Farner, D. (1983). Endocrine responses to inclement weather in naturally breeding populations of white-crowned sparrows. *The Auk*, 100, 56–62. Retirado de: <https://sora.unm.edu/sites/default/files/journals/condor/v084n04/p0399-p0409.pdf>
- Wu, H., Chi, T. S., Chen, L. I., Wang, L., & Jin, Y. P. (2010). Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 627-634. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05203.x
- Wu, X. (2016). Occupational Challenge Stress, Hindrance Stress, and Work Outcomes among Chinese Working Employees. *横浜国際社会科学研究*, 20(4), 393-411. Retirado de: https://ynu.repo.nii.ac.jp/?action=repository_action_common_download&item_id=3221&item_no=1&attribute_id=20&file_no=1
- Yamagishi, M., Kobayashi, T., Kobayashi, T., Nagami, M., Shimazu, A., & Kageyama, T. (2007). Effect of web-based assertion training for stress management of Japanese nurses. *Journal of Nursing Management*, 15(6), 603-607. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2007.00739.x
- Yung, P. M. B., Fung, M. Y., Chan, T. M. F., & Lau, B. W. K. (2004). Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: A controlled study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 255–261. DOI: 10.1111/j.1445-8330.2004.00342.x



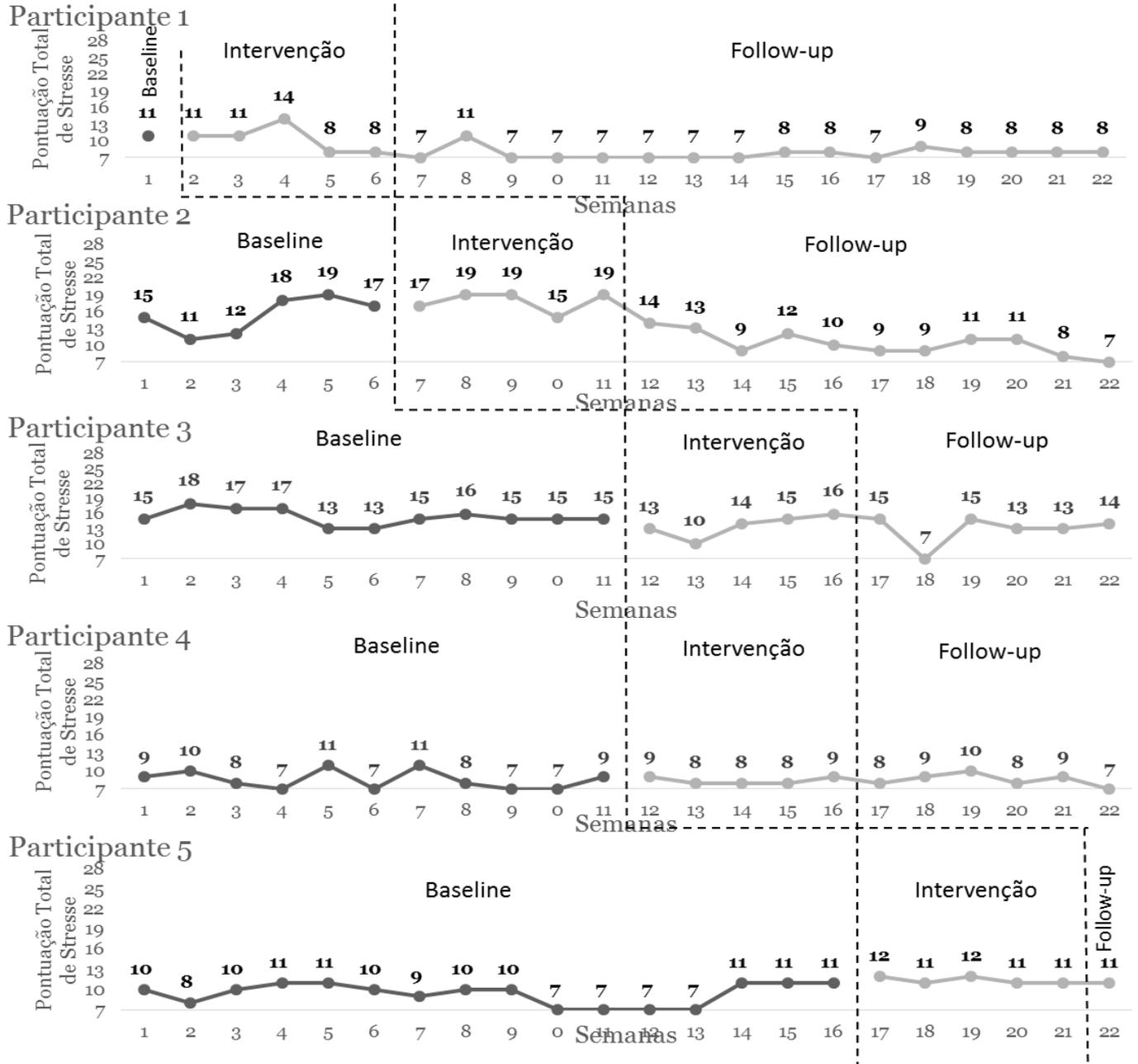
Zeller J. M., & Levin P. F. (2013). Mindfulness interventions to reduce stress among nursing personnel. *Workplace Health and Safety*, 61(2): 85-89. DOI: <https://doi.org/10.1177/216507991306100207>

Anexos

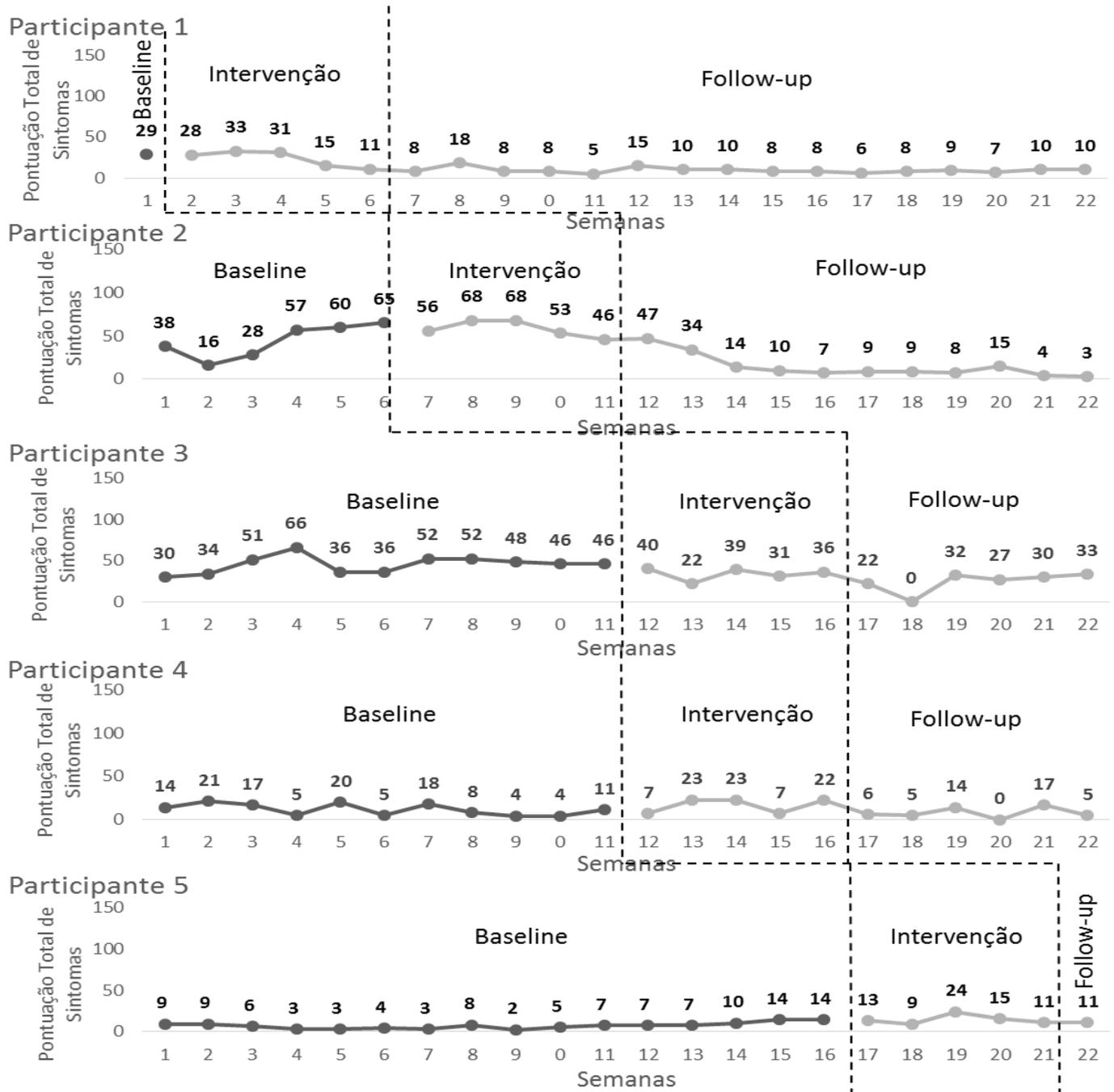
Anexo 1. Gráfico da distribuição temporal das condições experimentais em função dos participantes do estudo.

| Participantes | Semanas de Estudo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------------------|-------------|---|---|---|---|-------------|---|---|----|-------------|-----------|----|----|----|-----------|-------------|----|----|----|-----------|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 1 | L.B | Intervenção | | | | | Follow-up | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Linha de Base | | | | | | Intervenção | | | | | Follow-up | | | | | | | | | | |
| 3 | Linha de Base | | | | | | | | | | Intervenção | | | | | Follow-up | | | | | | |
| 4 | Linha de Base | | | | | | | | | | Intervenção | | | | | Follow-up | | | | | | |
| 5 | Linha de Base | | | | | | | | | | | | | | | | Intervenção | | | | Follow-up | |

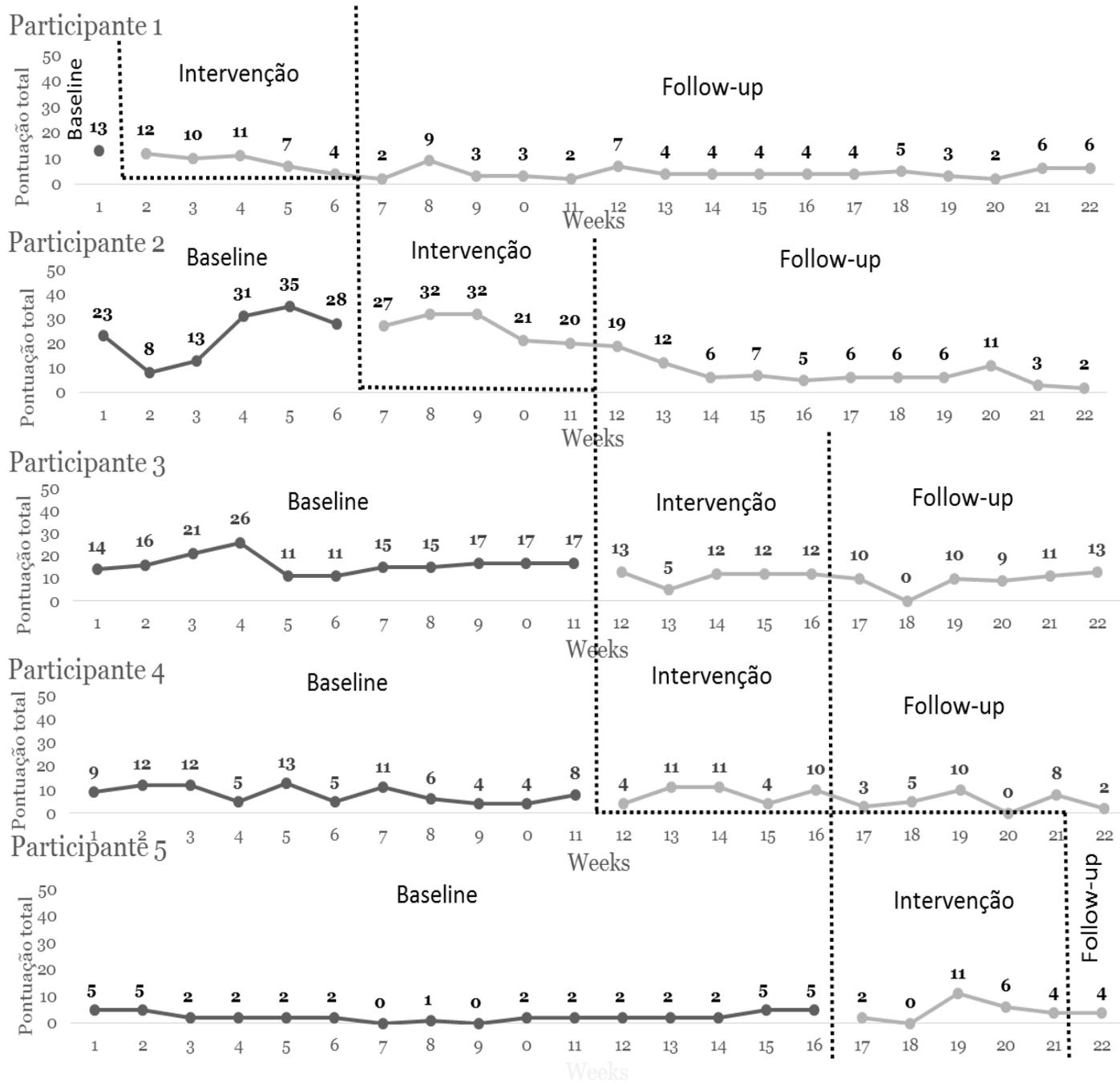
Anexo 2. Gráfico relativo à variação temporal dos níveis de stresse medidos pelo teste breve de stresse em função das condições experimentais. No eixo horizontal podemos ver a amplitude total dos valores do teste breve. No eixo horizontal podemos ver o número de semana ao qual são relativos os valores de stresse.



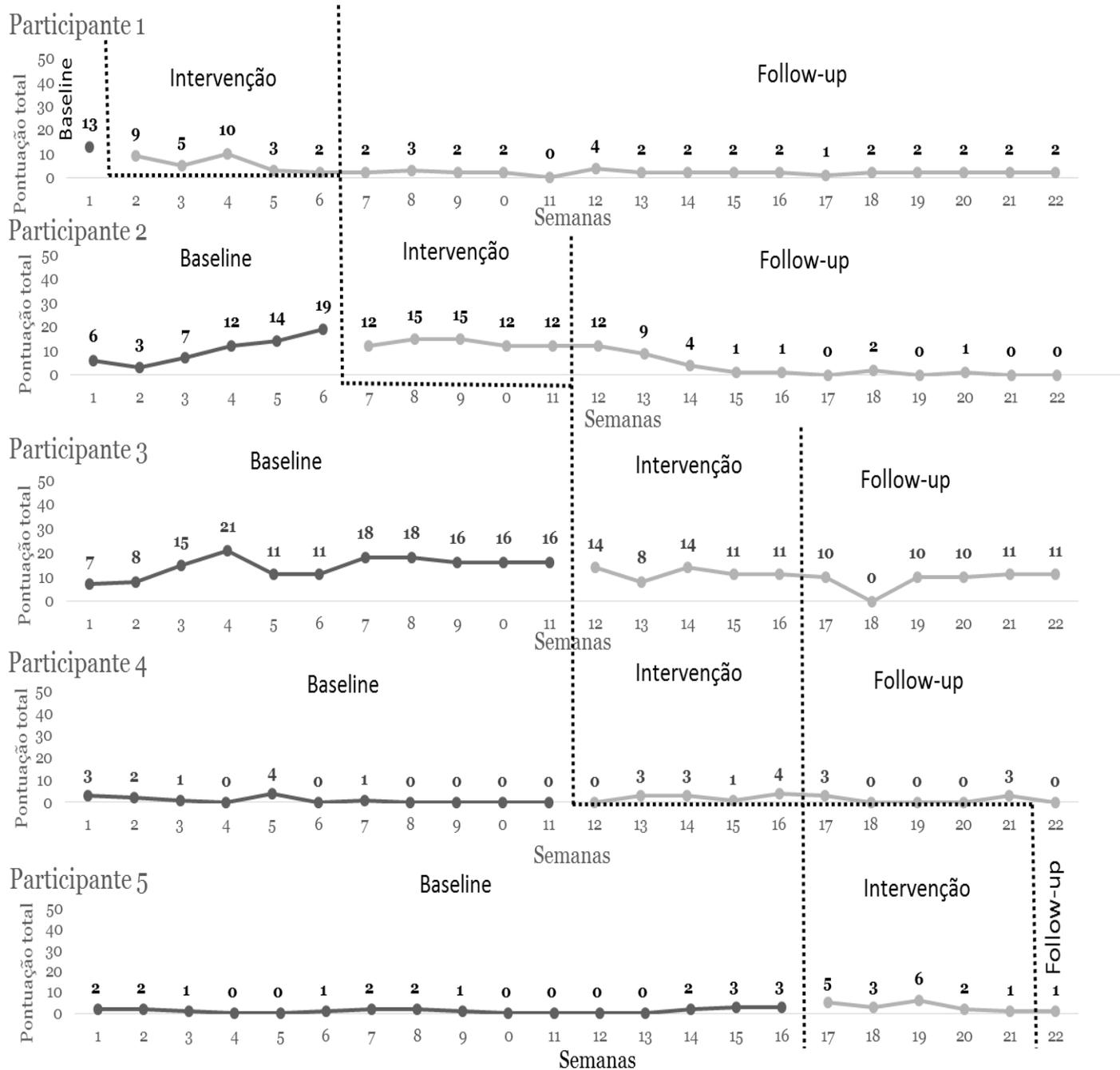
Anexo 3. Gráfico relativo à variação temporal da pontuação total de sintomas de stress medidos pelo teste de sintomas de Reschke, em função das condições experimentais. No eixo horizontal podemos ver a amplitude total dos valores do teste de sintomas. No eixo horizontal podemos ver o número de semana ao qual são relativos os valores totais de sintomas.



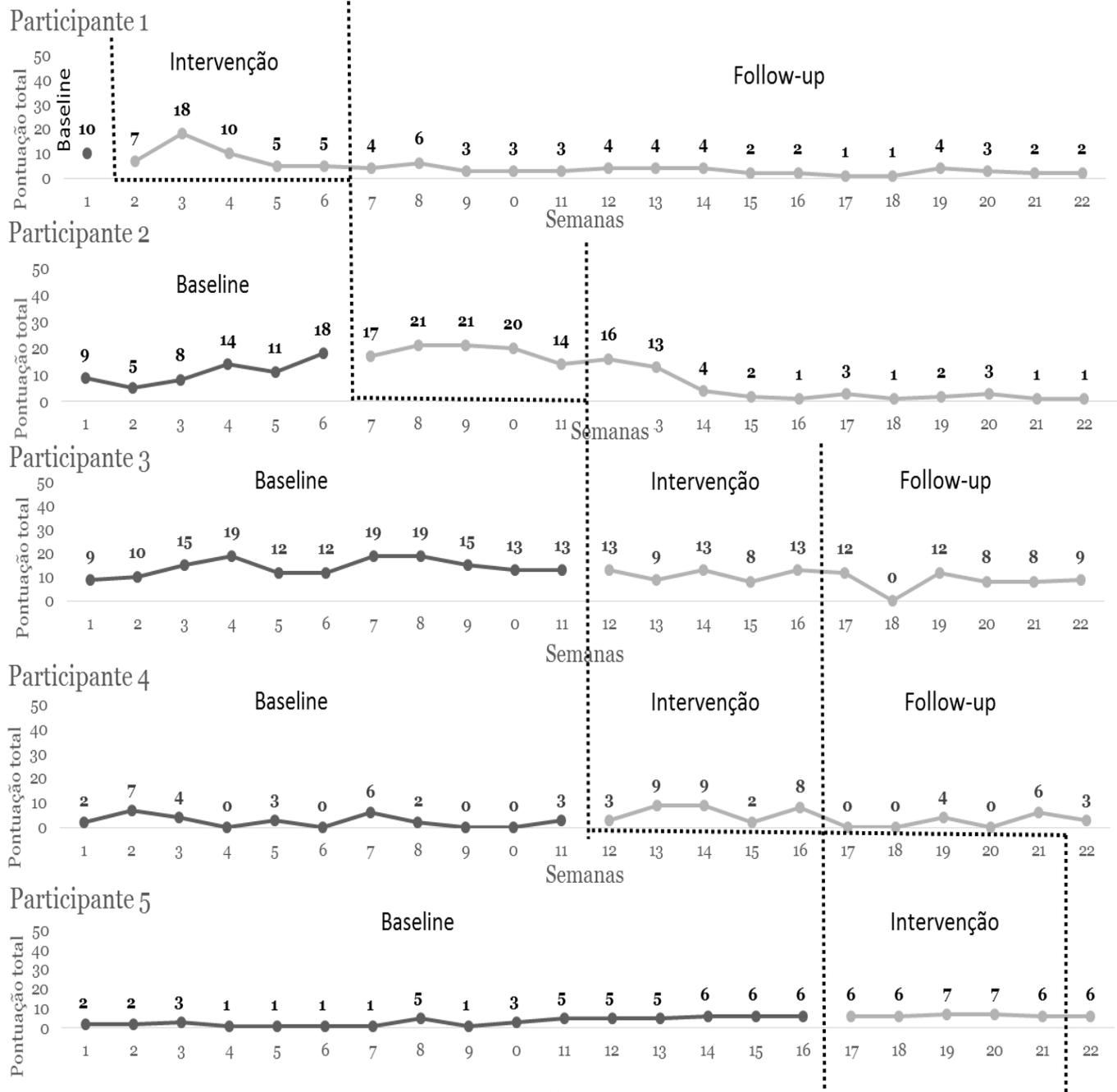
Anexo 4. Gráfico relativo à variação temporal da pontuação total de sintomas corporais medidos pelo teste de sintomas de Reschke, em função das condições experimentais. No eixo horizontal podemos ver a amplitude total dos valores de sintomas corporais. No eixo horizontal podemos ver o número de semana ao qual são relativos os valores de sintomas corporais.



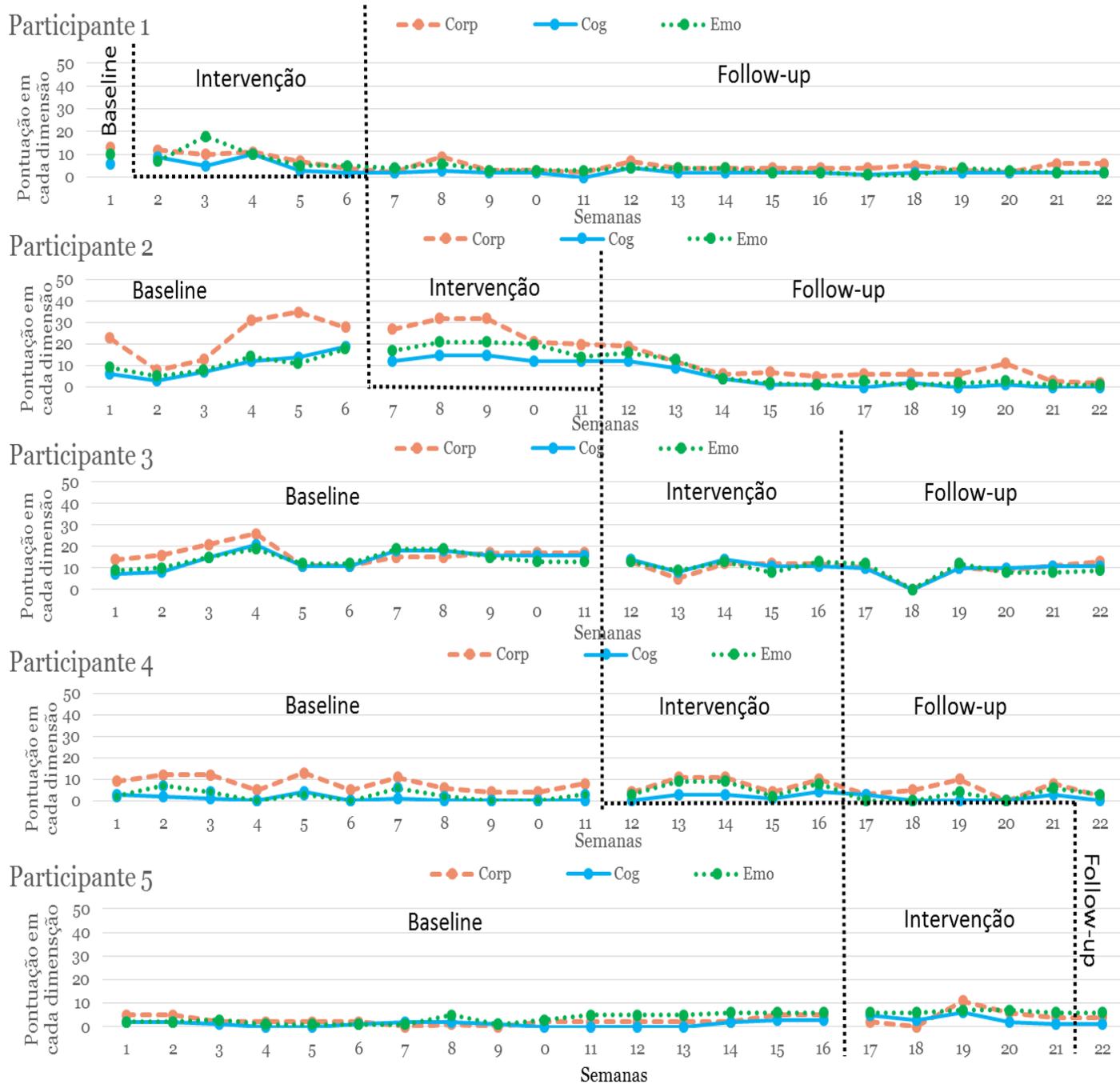
Anexo 5. Gráfico relativo à variação temporal da pontuação total de sintomas cognitivos medidos pelo teste de sintomas de Reschke, em função das condições experimentais. No eixo horizontal podemos ver a amplitude total dos valores de sintomas cognitivos. No eixo horizontal podemos ver o número de semana ao qual são relativas as pontuações de sintomas cognitivos.



Anexo 6. Gráfico relativo à variação temporal da pontuação total de sintomas emocionais medidos pelo teste de sintomas de Reschke, em função das condições experimentais. No eixo horizontal podemos ver a amplitude total dos sintomas emocionais. No eixo horizontal podemos ver o número de semana ao qual são relativos os valores de sintomas emocionais.



Anexo 7. Gráfico relativo à variação temporal da pontuação dos três tipos de sintomas de stresse medidos pelo teste de sintomas de Reschke, em função das condições experimentais. No eixo horizontal podemos ver a amplitude total dos valores de cada dimensão do teste de sintomas. No eixo horizontal podemos ver o número de semana ao qual são relativos os valores de cada dimensão.



Anexo 8. Grelha de categorização dos questionários qualitativos aplicados no início de cada intervenção.

| Grelha Pré-Teste | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|------------------------------------|---------|
| Temática | Categorias | Subcategorias (Se aplicável) | Excerto | 2) Intensidade | |
| 1)Stressores | 1.1) Vida Profissional | 1.1.1) Erros | "A situação que me causou stresse foi quando me enganei a efetuar uma tarefa minha no turno, uma vez que sou muito perfeccionista" - Participante 1 | Média – Participante 1 | |
| | | 1.1.2) Novidade de papéis | "A presença de uma aluna, sendo eu orientadora pela primeira vez, nas últimas semanas tem sido muito desgastante" - Participante 2 | Média – Participante 2 | |
| | | 1.1.3) Relações Interpessoais | "Experienciei episódios de stresse a nível profissional. Principalmente no local de trabalho, em relação aos meus colegas de trabalho" - Participante 5 | Média – Participante 5 | |
| | 1.2) Vida Pessoal | "Existiu stress acerca da casa que vou construir e não despacham os papéis para iniciar" - Participante 4 | | Média – Participante 4 | |
| | 1.3) Não respondeu | Não respondeu (Participante 3) | | Quase Inexistente – Participante 3 | |
| 2)Áreas mais significativas | Categorias | Subcategorias (Se aplicável) | Excertos ilustrativos | Intensidade | |
| | 2.1)Vida Pessoal | "Construção de uma casa nova" – Participante 2 | | Elevado | |
| | | "A nível da construção da casa" – Participante 4 | | | |
| | 2.2) Vida Profissional | 2.2.1. Desorganização | "Falta de organização" – Participante 3 | | Elevado |
| | | 2.2.2 Desvalorização | "Valorização profissional diminuída" – Participante 3 | | Elevado |
| | | 2.2.3.Novidade de papéis | "Aluna de enfermagem sob a minha orientação" - Participante 2 | | Elevado |
| | | 2.2.4) Sobrecarga de trabalho | "Carga horária de trabalho" Participante 5 | | Elevado |
| | | 2.2.5Relações interpessoais | "Colegas de trabalho" – Participante 5 | | Elevado |
| | | 2.2.6 Erros | "Quando cometo algum erro"- Participante 1 | | Elevado |
| | | 2.2.7Perceção de falta de controlo | "Quando as situações fogem do meu alcance, isto é, não tenho controlo sobre" – Participante 1 | | Elevado |
| 2.3) Saúde | "Aguardar resultado de exames" – Participante 3 | | Elevado | | |

| | Categorias | Subcategorias (Se aplicável) | Excertos ilustrativos |
|------------------------|--|--|--|
| 3)Consequências | 3.1) Consequências emocionais | Irritabilidade | "Fico irritada e chateada comigo própria e não consigo relaxar até esquecer ou resolver a situação de stresse" – Participante 1 |
| | | Ansiedade | "Mais irritabilidade" – Participante 4 |
| | | | "Nível elevado de ansiedade" – Participante 3 "Principalmente ansiedade e falta de motivação" – Participante 5 |
| | 3.2) Consequências Cognitivas | Dificuldades de concentração | "Menor concentração" – Participante 4 |
| | 3.3) Consequências fisiológicas | Perturbação do sono | "Insónias [e palpitações]" – Participante 2 |
| | | Taquicardias | " [Insónias] e palpitações" – Participante 2 |
| | | Fadiga | "Mais cansaço" – Participante 4 |
| Dor | | "Cefaleias" – Participante 3 | |
| 4)Estratégias | Categorias (“Faz alguma coisa para reduzir?”) | Subcategorias (Tipo de estratégias) | Excertos ilustrativos |
| | 4.1)Utilização de estratégias de redução do stresse | 4.1.1) Atividades de lazer | "Ouvir música, ler um livro" – Participante 1 "Nos tempos livres fazer atividades de que gosto" - Participante 4 "Realizo atividades que me dão prazer., Ouço música" – Participante 5 |
| | | 4.1.2) Atividade desportiva | "Ir ao ginásio duas vezes por semana" – Participante 3 "Faço exercício diariamente" Participante 1 " [Nos tempos livres fazer atividades de que gosto] como caminhadas" - Participante 4 |
| | | 4.1.3) Controlo da respiração | "Respiro fundo" – M.B |
| | 4.2) Não utilização de estratégias de redução do stresse | | Participante 2 |
| 5)Eficácia | Categorias (Grau) | | Excertos ilustrativos |
| | 5.1)Totalmente | "Motivo de distração (...)" | "Meio de socialização com pessoas externas ao quotidiano" – Participante 3 |
| | 5.2) Bastante | | "Consigo-me abstrair da situação que me causa stress" – Participante 1 "Penso demasiado nos problemas" – Participante 5 |
| | 5.3) Pouco | | "Mais calma e mais assertiva após o exercício" - Participante 4 |

Anexo 9. Grelha de categorização dos questionários qualitativos aplicados no final de cada intervenção.

| Grelha Pós | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--------------------|---------|
| Temática | Categorias | Subcategorias (Se aplicável) | Excerto | 2) Intensidade | |
| 1)Stressores | 1.1) Vida Profissional | 1.1.1) Acontecimentos imprevistos | <i>"Encontrar larvas na ferida de um utente deixou-me ansiosa e sem saber o que fazer"</i> Participante 2 | Médio | |
| | | 1.1.2) Sobrecarga de trabalho | <i>"O stress desta semana consistiu em cansaço físico e mental por ter tido muito trabalho e trabalhar vários dias sem folga, o que me fez estar de mau humor e facilmente irritável"</i> – Participante 3 | Médio | |
| | 1.2) Vida Pessoal | <i>"Problemas na construção da casa"</i> – Participante 4 | | Médio | |
| | 1.3) Centrados no Individuo | <i>"Tive que tomar uma decisão em relação à compra de um artigo de loja que estava em exposição. Dispunha de poucas soluções de forma a ficar satisfeito, no entanto consegui arranjar uma solução que me beneficiou"</i> – Participante 5 | | Quase Inexistente | |
| | 1.4) Inexistente | <i>"Na última semana senti-me com menos stress. Tive boas notícias que foi aprovado o projeto da nova casa. Têm sido dias mais fáceis."</i> – Participante 3 | | Quase Inexistente | |
| | 1.5) Não respondeu | Participante 1 (Não respondeu) | | Quase Inexistente | |
| 2)Áreas mais significativas | Categorias | Subcategorias (Se aplicável) | Excerto | Intensidade | |
| | 2.1)Vida Pessoal | <i>"Casa"</i> – R.C | | Elevado | |
| | | <i>"Mais a nível de como vai ocorrer a construção da casa"</i> – Participante 3 | | | |
| | 2.2) Vida Profissional | 2.2.1) Sobrecarga de trabalho | <i>"Muito trabalho durante o turno"</i> – Participante 5 | | Elevado |
| | | | <i>"Muitos turnos seguidos (Cansaço)"</i> – Participante 1 | | Elevado |
| | | | <i>Poucos trabalhadores para tantos utentes (...) Trabalhar vários dias (6-7 dias) sem folgas"</i> – Participante 3 | | Elevado |
| 2.2.2) Escassez de recursos | | <i>"Falta de recursos"</i> – Participante 1 | | Elevado | |
| | <i>"Carro dos pensos por repar"</i> – Participante 2 | | Elevado | | |
| | 2.2.3) Eventos Imprevistos | <i>"Larvas nas feridas de um utente"</i> – Participante 2 | | Elevado | |

| | Categorias | Subcategorias (Se aplicável) | Excertos |
|------------------------|---|--|---|
| 3)Consequências | 3.1) Consequências emocionais | Irritabilidade | <i>"Mau humor/ Irritabilidade"</i> – Participante 3 <i>"Ficar sem paciência"</i> – Participante 2 <i>"Irritabilidade"</i> – Participante 1 |
| | 3.2) Consequências Cognitivas | Ansiedade Pensamento negativo Pensamentos sucessivos | <i>"Ansiedade"</i> – Participante 2, Participante 5 (2 casos) <i>"Pensamentos negativos"</i> – Participante 1 <i>"Muitos pensamentos ao mesmo tempo"</i> – Participante 4 |
| | 3.3) Consequências fisiológicas | Fadiga | <i>"Cansaço"</i> – Participante 3 |
| | | Tensão | <i>"Tensão muscular"</i> – Participante 5 |
| | | Sudorese | <i>"Suores"</i> – Participante 1 |
| | | Perturbação do sono | <i>"Insónias"</i> – Participante 2 <i>"Alguma dificuldade em adormecer, mas não muito evidente"</i> – Participante 4 |
| | Taquicardias | <i>"Batimentos Cardíacos mais acelerados"</i> – Participante 4 | |
| 4)Estratégias | Categorias ("Faz alguma coisa para reduzir?") | Subcategorias (Tipo de estratégias) | Excertos ilustrativos |
| | 4.1)Utilização de estratégias de redução do stresse | Atividades de lazer | <i>"[Exercício físico] e atividades de que me dão prazer"</i> – Participante 1 <i>"Ouvir música"</i> – Participante 4 <i>"Meditação"</i> – Participante 4 <i>"Fui beber café com familiares e amigos"</i> – Participante 2 |
| | | Atividade desportiva | <i>"Caminhadas"</i> – Participante 4 <i>"Atividade física"</i> – Participante 3 <i>"Exercício físico"</i> – Participante 1 |
| | | Recurso a Suporte Social | <i>"Falei com as pessoas que me são mais próximas"</i> – Participante 2 <i>"Falar com familiares sobre a situação"</i> – Participante 4 |
| | | Descanso | <i>"Repouso"</i> – Participante 3 |
| | | Controlo da respiração | <i>"Respirei fundo [e arranji soluções de forma a que o trabalho estivesse organizado]"</i> – Participante 5 |
| | | Resolução de problemas | <i>"[Respirei fundo e] arranji soluções de forma a que o trabalho estivesse organizado"</i> – Participante 5 |
| 5)Eficácia | | Categorias (Grau) | Excertos ilustrativos |
| | 5.1)Bastante | <i>"Porque consigo perceber as alterações a nível físico e mental que me ajudam a trabalhar melhor."</i> – Participante 1 | |
| | | <i>"Enquanto estava no café não estava a pensar em assuntos que me stressavam e ao falar aliviei e ficou o assunto resolvido"</i> – Participante 2 | |
| | | <i>"Porque consigo restaurar energias com o repouso e abstrair e socializar quando realizo <u>actividade física</u> no ginásio"</i> – Participante 3 | |
| | | <i>"Tirei dúvidas, diminuíram os medos e senti-me menos ansiosa"</i> – Participante 4 | |
| | | <i>"Porque permite que os meus níveis de <u>stress</u> baixem"</i> – Participante 5 <i>"O trabalho fica feito"</i> – Participante 5 | |

Anexo 10. Mini Teste de Reschke

Stresse?

Este é o seu mini-teste personalizado de stresse. Por favor responda a estas frases escolhendo o valor da escala de 4 pontos que se aplica a si.

Não se aplica=1

Aplica-se raramente=2

Aplica-se provavelmente=3

Aplica-se perfeitamente=4

| Afirmação | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| 1. Tenho a sensação de estar apressado, preso ou encurralado. | | | | |
| 2. Às vezes questiono-me sobre qual será o verdadeiro problema que tenho em mãos. | | | | |
| 3. O descontentamento e a raiva são meus companheiros diários. | | | | |
| 4. Acordo regularmente à noite, ou muito antes da hora de me levantar. | | | | |
| 5. Mesmo depois de descanso ou dias de folga, sinto-me cansado e apático. | | | | |
| 6. Existem pontos sensíveis da minha vida que me deixam em sobressalto só de pensar neles. | | | | |
| 7. Se preciso de conversar sobre os meus problemas, geralmente não encontro ninguém que me ouça. | | | | |

Anexo 11. Teste de Stresse de Reschke

Teste de Stresse

(adaptado de Reschke, 2011)

Nas páginas seguintes vai encontrar 30 afirmações sobre sintomas corporais, cognitivos e emocionais. Responda às afirmações com ajuda da escala de avaliação (1 a 6), anotando o que se aplica a si nos últimos 7 dias.

Não corresponde = 0

Corresponde pouco = 1

Corresponde às vezes: 2

Corresponde frequentemente = 3

Corresponde muito = 4

Corresponde sempre= 5

Sintomas corporais

| Afirmação: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Tenho dores de cabeça intensas. | | | | | | |
| 2. Sofro de infeções frequentes e recorrentes | | | | | | |
| 3. Os meus músculos estão constantemente em tensão. | | | | | | |
| 4. Sento uma pressão intensa 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 da digestão. | | | | | | |
| 9. Sofro de problemas para dormir. | | | | | | |
| 10. A minha pressão arterial é alta demais/varia muito. | | | | | | |

Sintomas cognitivos

| Afirmação: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Tenho dificuldades de concentração. | | | | | | |
| 2. As coisas parecem-me frequentemente demasiado negativas | | | | | | |
| 3. Já não tenho prazer a tomar decisões. | | | | | | |
| 4. Erro cada vez mais frequentemente | | | | | | |
| 5. Reajo em vez de atuar, somente consigo continuar a funcionar. | | | | | | |
| 6. Tenho perdido a criatividade. | | | | | | |
| 7. Tenho pensamentos constantes que me incomodam e não me deixam. | | | | | | |
| 8. Controlo-me cada vez mais para evitar errar. | | | | | | |
| 9. Perdi o controlo sobre a minha vida. | | | | | | |
| 10. Já não consigo fazer valer as minhas opiniões e convencer outras pessoas. | | | | | | |

Sintomas emocionais

| Afirmção: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Tenho medo do futuro. | | | | | | |
| 2. Já não sou eu, já não me reconheço. | | | | | | |
| 3. Estou retraído e evito contato com outros. | | | | | | |
| 4. Estou de mau humor, vejo tudo negativamente. | | | | | | |
| 5. Já não tenho energia, perdi a motivação. | | | | | | |
| 6. Sento-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 12. Questionário Qualitativo de Stresse.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO STRESS

AUTOR: LUÍSA GRÁCIO

3/11/2016

FORMATO QUESTIONÁRIO

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

2. Na globalidade avalio o meu stress da última semana como:
(Assinale com uma cruz (X) apenas uma opção)

Quase Inexistente

Médio

Elevado

Muito Elevado

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

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

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

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

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

Sim

Não

5.1.Diga o que fez para tentar diminuir o 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)

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



Anexo 13. Termo de Consentimento informado

Termo de consentimento informado

Eu _____ declaro que aceito participar de livre vontade no estudo enquadrado na dissertação de mestrado do aluno Rodrigo Miguel Baptista Pires, orientado pelo Professor Doutor Edgar Galindo, no âmbito do Mestrado em Psicologia pela Universidade de Évora e intitulada “Avaliação da Eficácia de um programa de gestão do stresse numa amostra de enfermeiros dos cuidados continuados”.

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 14. Contrato de participação

Contrato de participação

Eu _____ declaro que me voluntario para participar na avaliação da eficácia do programa “Gestão Optimista do Stresse”, inserido na dissertação de mestrado em Psicologia do aluno Rodrigo Miguel Baptista Pires, intitulada “Avaliação da Eficácia de um programa de gestão do stresse numa amostra de enfermeiros dos cuidados continuados”, 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 experiência de SPA e relaxamento no Hotel Vila Galé Évora.

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)

