



e s c o l a superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE  
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DAS PROFESSORAS DO ENSINO BÁSICO**  
*Contributos do Enfermeiro Especialista nos Cuidados de Saúde Primários*

Vânia Marisa dos Santos Figueiredo Rodrigues

Coimbra, março de 2017







escola superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DAS PROFESSORAS DO ENSINO BÁSICO**

*Contributos do Enfermeiro Especialista nos Cuidados de Saúde Primários*

Vânia Marisa dos Santos Figueiredo Rodrigues

Orientadora: Doutora Maria Isabel Dias Marques, Professora Coordenadora,  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientador: Mestre Amorim Gabriel Santos Rosa, Professor Adjunto,  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Coimbra, março



*Cultivar estados mentais positivos como a generosidade e a compaixão decididamente  
conduz a melhor saúde mental e a felicidade.*

Dalai Lama



## **Agradecimentos**

A longa caminhada que abraçou esta investigação contou com o apoio, incentivo de diversas pessoas e entidades. O meu especial agradecimento:

À Orientadora, Professora Doutora Isabel Marques, pelo desafio inicial, incentivo e colaboração em todo o decurso, pela exigência e rigor científico, pela empatia e compreensão durante toda a orientação, ainda pela pessoa, e pela dedicação;

Ao coorientador, Professor Mestre Amorim Rosa, pela disponibilidade e empatia, pela partilha de saberes e vivências, pelo apoio, pela consideração inquestionável e reforço, ainda pela pessoa, e pela dedicação;

À minha querida família e aos meus queridos amigos pelo apoio e pelas ausências, mas sempre no coração;

Aos Srs. Enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos, em Especial à Coordenadora Maria Clara Lopes e aos colegas Marisol Castelo Branco e Fernando Carvalho pela graciosa disponibilidade, apoio, incentivo e motivação;

Às Professoras das Escolas Maria Alice Gouveia e Quinta das Flores, especificamente Paula Cabrita, Adelaide Almeida, Glória Saster, pela, gentileza e disponibilidade e ainda às restantes colegas que colaboraram, pela entrega e partilha;

A todos os que me incentivaram, colaboraram neste percurso e na concretização deste trabalho, o meu muito, obrigada!



## **LISTA DE SIGLAS**

**ACS** - Alto Comissariado da Saúde

**AOT's** - Atividades de Ocupação Terapêutica

**BEP** - Bem-estar Psicológico

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CNRSSM** - Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

**CNSM** - Comissão Nacional de Saúde Mental

**EBEP** - Escala de Bem-estar Psicológico

**EEESM** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

**EPS** - Escala de Perceção do Stresse

**ESM** - Enfermagem de Saúde Mental

**EUA** - Estados Unidos da América

**GAD** - Distúrbio de Ansiedade Generalizada (Generalized Anxiety Disorder)

**NHF** - Necessidades Humanas Fundamentais

**OCDE** - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PLPSM** - Planos Locais de Promoção da Saúde Mental

**PNSM** - Plano Nacional de Saúde Mental

**PRT** - Programa de Relaxamento Terapêutico

**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**SCO** - Sentido de Coerência Interno

**SNC** - Sistema Nervoso Central

**SNS** - Sistema Nervoso Simpático

**UE** - União Europeia

**UNESCO** - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura



## RESUMO

Pela presença de ansiedade e mal-estar físico e psicológico que envolve a atividade docente, considera-se importante investir na promoção da saúde mental das professoras. Neste sentido, inserido no âmbito do projeto estruturante da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Promoção do Bem-estar sócio emocional do indivíduo e grupos ao longo da vida e no âmbito do projeto de extensão à comunidade da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra projeto Desvendar cujo berço das experiências piloto é a Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos de Coimbra, decidiu-se realizar um estudo com o objetivo de explorar os efeitos de um programa de relaxamento terapêutico sobre o bem-estar psicológico, percepção de stresse e ansiedade das professoras do Ensino Básico do 2º e 3º Ciclos.

Trata-se de um estudo pré-experimental que envolveu uma amostra de 22 professoras de duas escolas no Conselho de Coimbra cuja área de abrangência pertence ao Centro de Saúde Norton de Matos. Foram sujeitas a um programa de relaxamento terapêutico que inclui 6 sessões em grupo com periodicidade semanal, baseado essencialmente na técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, realizado no período de fevereiro a maio de 2016. Foram respeitados todos os procedimentos ético-formais e institucionais ao longo do processo de investigação. A exploração dos efeitos do programa foi realizada antes e após intervenção tendo por base os seguintes instrumentos: bem-estar psicológico - Escala Bem-estar Psicológico - (Ribeiro & Cummins, 2008), percepção de stresse - Escala de Percepção do Stresse - (adaptada por Ribeiro e Marques, 2009) e ansiedade - Escala Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD - 7), (Spitzer et al., 2006). No teste de hipóteses, foi utilizado o teste *t* para amostras emparelhadas.

Dos resultados obtidos destacam-se os efeitos do programa de relaxamento na evolução positiva das dimensões 'Relações Positivas com os Outros' ( $p=0,017$ ) e 'Objetivos de Vida' ( $p=0,039$ ) inerentes ao Bem-estar Psicológico, apesar de não se validar a hipótese formulada na sua globalidade ( $p=0,115$ ); a diminuição da Percepção do Stresse das professoras ( $p=0,000$ ) e diminuição dos níveis de Ansiedade ( $p=0,038$ ).

Em termos de conclusão, considerando os efeitos positivos de um programa de relaxamento terapêutico na promoção da saúde mental e atendendo à necessidade

urgente de mudança de paradigma de cuidados de saúde com ênfase nos modelos positivos, salutogénico e ecológicos, sublinha-se a criação de projetos de promoção da saúde mental dos trabalhadores em Cuidados de Saúde Primários, com a participação ativa do enfermeiro especialista em saúde mental.

**Palavras-chave:** Cuidados de saúde primários, enfermagem de saúde mental, terapia de relaxamento, stresse, professoras.

## **ABSTRACT**

Due to the presence of anxiety and physical and psychological malaise involving the teaching activity, it is considered important to invest in the promotion of teachers' mental health. In this sense, inserted within the framework of the structuring project of the Health Sciences Research Unit: Nursing, promotion of the individual's emotional well-being and life-long groups and within the scope of the extension project to the community of the Higher Nursing School of Coimbra Unveiling project whose pilot experiments is the Care Unit in the Community of Norton de Matos in Coimbra, it was decided to carry out a study with the objective of exploring the effects of a therapeutic relaxation program on psychological well-being, stress perception and teachers' anxiety of the 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> Cycles of Basic Education.

This is a pre-experimental study involving a sample of 22 teachers from two schools in Coimbra whose area of coverage belongs to the Health Center Norton de Matos. They were subjected to a therapeutic relaxation program that included 6 weekly group sessions, based essentially on Jacobson's progressive relaxation technique, performed from February to May 2016. All ethical formal and institutional procedures were respected throughout the investigation process. The efficacy's evaluation of the program was performed before and after intervention, based on the following instruments: psychological well-being - Psychological Well-Being Scale - (Ribeiro & Cummins, 2008), Stress - Stress Perceived Scale – (adapted by Ribeiro and Marques, 2009) and anxiety - Generalized Anxiety Disorder 7 Scale (GAD - 7), (Spitzer et al., 2006). In the hypothesis test it was used the t test for paired samples.

Of the obtained results, the effects of the relaxation program on the positive evolution of the 'Positive Relationships with Others' ( $p=0.017$ ) and 'Life Goals' ( $p=0.039$ ) dimensions of the Psychological Wellbeing stand out, although it is not validate the formulated hypothesis as a whole ( $p=0.115$ ); the decrease in the teachers' Stress Perception ( $p=0.000$ ) and the decrease of the Anxiety's levels ( $p=0.038$ ).

In terms of conclusion, considering the positive effects of a therapeutic relaxation program in the promotion of mental health and attending to the urgent need to change the paradigm of health care with emphasis on the positive, salutogenic and ecological models, it is emphasized the creation of mental health promotion projects of Primary Care Workers, with the active participation of the mental health specialist nurse.

**Keywords:** Primary health care, mental health nursing, relaxation therapy, stress, teachers

## ÍNDICE DE TABELAS

	<b>Pag.</b>
<b>Tabela 1</b> - Efeitos biológicos provocados por sessão de relaxamento.....	53
<b>Tabela 2</b> - Caracterização sociodemográfica da amostra .....	57
<b>Tabela 3</b> - Evolução do Bem-estar psicológico das professoras (n= 22) nas seis dimensões da EBEP (Ryff & Keyes, 1995).....	66
<b>Tabela 4</b> - Evolução da percepção Stress das professoras (n= 22) nos dois momentos de avaliação através da EPS (Ribeiro & Marques, 2009).....	66
<b>Tabela 5</b> - Evolução da Ansiedade das professoras (n= 22) nos dois momentos de avaliação através da escala GAD – 7 (Spitzer et al., 2006) .....	67



## SUMÁRIO

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	21
<b>1 - A PROBLEMÁTICA DA SAÚDE MENTAL DAS PROFESSORAS</b> .....	21
1.1 - A SAÚDE MENTAL NO TRABALHO .....	21
1.2 - OS NOVOS DESAFIOS NA EDUCAÇÃO (NOVOS PARADIGMAS) .....	23
1.3 - PROBLEMAS E DESAFIOS NO EXERCÍCIO DAS PROFESSORAS .....	25
1.4 - BURNOUT, STRESS PROFISSIONAL E AJUSTAMENTO EMOCIONAL EM PROFESSORES PORTUGUESES.....	26
<b>2 - DESAFIOS NA SAÚDE MENTAL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS</b> .....	29
2.1 - A SAÚDE MENTAL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS .....	29
2.2 - NOVA CONCEÇÃO DE SAÚDE.....	30
2.3 - A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS NA SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL .....	31
2.4 - RECALENDARIZAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL .....	34
<b>3 - CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL</b> .....	37
3.1 - ABORDAGEM E IMPORTÂNCIA DOS MODELOS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL .....	39
3.2 - FOCOS DE ATENÇÃO NO ÂMBITO DA PROBLEMÁTICA DA SAÚDE MENTAL .....	42
3.3 - RELAXAMENTO TERAPÊUTICO NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL .....	47
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	55
<b>5 - OPÇÃO METODOLÓGICA</b> .....	55
5.1 – HIPÓTESES .....	56
5.2 - VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	56

5.3 – AMOSTRA .....	57
5.4 - PROCEDIMENTOS ÉTICO-FORMAIS E TÉCNICOS.....	58
5.5 - TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS .....	59
5.6 - INSTRUMENTOS DE MEDIDA DAS VARIÁVEIS.....	59
<b>6 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>65</b>
6.1 - EXPLORAÇÃO DOS EFEITOS DO PRT NO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DE MULHERES PROFESSORAS.....	65
6.2 - EXPLORAÇÃO DOS EFEITOS DO PRT NA DIMINUIÇÃO DA PERCEÇÃO DE STRESS EM MULHERES PROFESSORAS .....	66
6.3 - EXPLORAÇÃO DOS EFEITOS DE UM PRT NA DIMINUIÇÃO DOS NÍVEIS DE ANSIEDADE EM MULHERES PROFESSORAS .....	67
<b>7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>69</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>77</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO I** - Parecer da comissão de ética

**ANEXO II** - Pedido de Autorização Formal Institucional á Escola 1 (Agrupamento de Escolas Coimbra Sul)

**ANEXO III** - Pedido de Autorização Formal Institucional à Escola 2 (Agrupamento de Escolas Coimbra Sul)

**ANEXO IV** - Cronograma do Programa de Relaxamento Terapêutico Escola 1

**ANEXO V** - Cronograma do Programa de Relaxamento Terapêutico Escola 2

**ANEXO VI** - Questionário

**ANEXO VII** - Guião para Relaxamento Terapêutico

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I:** Tabela 1 - Avaliação da consistência interna e valores da média dispersão dos itens da escala EBEP - 18 itens (Ryff & Keyes, 1995), no momento de avaliação inicial.

**APÊNDICE II:** Tabela 2 - Avaliação da consistência interna e valores da média dispersão dos itens da escala EPS, - 13 itens (Ribeiro & Marques, 2009) no momento de avaliação inicial.

**APÊNDICE III:** Tabela 3 - Avaliação da consistência interna e valores da média dispersão dos itens da escala GAD – 7 (Spitzer et al., 2006) no momento de avaliação inicial.



## INTRODUÇÃO

As reformas educativas e as pressões institucionais e comunitárias exercidas na comunidade educativa, particularmente sobre os docentes, no sentido da responsabilização e sucesso socioeducativo e formativo, constituem fatores que interferem na qualidade de vida e no bem-estar dos mesmos (Apóstolo, Figueiredo, Mendes, e Rodrigues, 2011; Gomes, Montenegro, Peixoto e Peixoto, 2010). Por outro lado, as evidências indicam elevadas as prevalências inerentes a perturbações psiquiátricas comuns, nomeadamente a depressão e ansiedade em mulheres (MS, 2013).

A depressão é uma causa importante de incapacidade em mulheres de todas as idades. Trata-se de uma problemática que envolve intervenções eficazes para a maioria dos casos. No entanto, no mundo, o acesso aos cuidados de saúde da mulher é desigual (OMS, 2011).

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST, 2012) alerta para as condições profissionais, sociais, familiares, pessoais, entre outras, no sentido de serem desfavoráveis para a saúde mental das mulheres. Sabe-se que o ambiente de trabalho, a forma como o trabalho é organizado e gerido pode ter consequências positivas ou negativas na saúde mental das mulheres.

Neste âmbito, percebe-se que o investimento na saúde mental e no bem-estar dos trabalhadores, sobretudo das mulheres, implica também inúmeros benefícios para as empresas ao nível do desempenho e da produtividade, pelo que a sua imagem sairá reforçada com o incentivo de práticas para a promoção da saúde mental.

Para a OMS (2011), a saúde mental é o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode experimentar stresse normal na sua vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera, contribuir para a comunidade em que se insere, portanto, a promoção da saúde mental tem como principal objetivo manter e melhorar o bem-estar. Logo, é evidente a necessidade da promoção da saúde mental e do bem-estar das pessoas e grupos, com base em intervenções específicas, independentemente da idade, género e origem étnica, sensível à diversidade da população europeia (Coordenação Nacional Para a Saúde Mental [CNSM]; Alto Comissariado da Saúde [ACS]; Ministério da Saúde [MS], 2008).

Neste quadro, aproveitando a oportunidade de realizar um estudo no âmbito do projeto estruturante na Unidade de Investigação em Ciências de Saúde: Enfermagem, Promoção do Bem-estar sócio emocional do indivíduo e grupos ao longo da vida e no domínio do projeto de extensão à comunidade da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra projeto Desvendar cujo berço das experiências piloto é a Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos de Coimbra, decidiu-se realizar o presente trabalho de investigação a fim de responder à seguinte questão de investigação:

“Quais os efeitos de um Programa de Relaxamento Terapêutico na promoção do bem-estar psicológico, na diminuição do stresse e da ansiedade nas professoras do Ensino Básico (2º e 3º Ciclos)?”

Como objetivos de estudo foram definidos os seguintes:

Explorar os efeitos de um Programa de Relaxamento Terapêutico na promoção da saúde mental das professoras do Ensino Básico (2º e 3º Ciclos), tendo por base os seguintes indicadores:

- Bem-estar psicológico, Perceção de stresse e de ansiedade

É sobre esta problemática que a presente investigação se organiza.

Realizou-se um estudo do tipo pré-experimental envolvendo um grupo único que foi sujeito a um Programa de Relaxamento Terapêutico. A amostra incluiu 22 professoras que exercem a sua atividade docente em duas Escolas de um agrupamento de Coimbra. O programa de relaxamento incluiu seis sessões baseadas essencialmente na técnica do relaxamento progressivo de Jacobson. O trabalho de campo realizou-se entre os meses de fevereiro e maio de 2016. A exploração e análise dos efeitos do programa incluiu dois momentos de avaliação pré e pós teste com a utilização de seguintes instrumentos: Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) - (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997); Escala de Perceção do Stresse (EPS) - (adaptada por Ribeiro e Marques, 2009); Escala (*General Anxiety Disorder*) GAD 7 - (Spitzer, Williams, Kroenke, 2006). Tendo por base os resultados obtidos neste estudo, destacam-se os efeitos do PRT na diminuição da perceção do stresse e da ansiedade.

Estruturalmente, a seguir à introdução, o presente relatório inclui sete capítulos que foram organizados em duas partes: a Parte I - Enquadramento teórico – refere-se à revisão de conceitos e inclui quatro capítulos; o capítulo um é relacionado com a problemática da saúde mental das professoras; o capítulo dois é relativo aos desafios na saúde mental em cuidados de saúde primários, o capítulo três é referente aos contributos do enfermeiro especialista de saúde mental na promoção da saúde mental

e, por fim, o capítulo quarto é relativo refere-se ao relaxamento terapêutico. A Parte II - Estudo empírico – refere-se ao estudo Promoção da saúde mental das professoras baseada nos efeitos do relaxamento, inclui três capítulos; sendo o capítulo cinco relativo à opção metodológica; o capítulo seis inclui a apresentação dos resultados e por último, o capítulo sete é inerente à discussão dos resultados. Por último, surge a conclusão.



## **PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O enquadramento teórico ou conceptual é a ocasião para o investigador identificar os conceitos em estudo, a relação entre os conceitos e os objetivos do estudo para a elaboração de um quadro de referência interativo, entre os conceitos, e a forma como interagem entre si (Fortin, 1999). Neste sentido, optou-se por selecionar alguns conceitos considerados úteis à contextualização e fundamentação do estudo. Assim, inclui aspetos inerentes à problemática da saúde mental das professoras, aos desafios na saúde mental em cuidados de saúde primários, aos contributos do enfermeiro especialista de saúde mental na promoção da saúde mental e ao relaxamento terapêutico.

### **1 - A PROBLEMÁTICA DA SAÚDE MENTAL DAS PROFESSORAS**

A maioria das mulheres dos países desenvolvidos, com idades compreendidas entre 20 e 60 anos usufrui de boa saúde, no entanto, em relação aos homens as mulheres são mais sensíveis à depressão e à ansiedade, sendo que no mundo um total estimado de 73 milhões de mulheres adultas sofre um episódio depressivo a cada ano. Porém, os homens sofrem mais de perturbações relacionadas com o uso/abuso de substâncias (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2011).

As professoras mulheres pertencem a um grupo profissional com exigentes níveis de comunicação e relações interpessoais no desempenho da sua atividade profissional, verificando-se a crescente pressão da sociedade para que sejam os professores a corrigir problemas sociais enquanto munem os estudantes de conhecimentos académicos e cívicos (Dias & Queirós, 2010).

#### **1.1 - A SAÚDE MENTAL NO TRABALHO**

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho [AESST], 2012) alerta para as condições profissionais, sociais, familiares, pessoais, entre outras, no sentido de serem desfavoráveis para a saúde mental das mulheres. Por exemplo, o ambiente de trabalho, a forma como o trabalho é organizado e gerido pode ter consequências positivas ou negativas na saúde mental das mulheres.

O trabalho pode ser benéfico para a saúde mental, se proporcionar a inclusão social, estatuto e identidade, e se estruturar a gestão do tempo. Se tal não for considerado, verifica-se que muitos riscos psicossociais do trabalho aumentam a prevalência da ansiedade, depressão e esgotamento (AESST, 2012).

Ainda, segundo a mesma fonte (AESST, 2012), vários estudos mostram que em diversos Estados-Membros da União Europeia, o absentismo, o desemprego e a incapacidade prolongada, relacionam-se muitas vezes ao stresse no trabalho, logo a problemática de saúde mental tem vindo a agravar-se. Neste sentido, estima-se que, brevemente a depressão seja a principal causa de ausência por doença na Europa.

Para além do absentismo, as consequências da desvalorização da saúde mental estão ligadas a inúmeros outros efeitos negativos para as empresas, como níveis de desempenho e produtividade reduzidos, pouca motivação e elevada rotatividade dos trabalhadores. Importa então adotar medidas para melhorar a promoção da saúde mental no trabalho (AESST, 2012).

Aquela Agência refere mesmo que, recentemente as diretivas são no sentido de as entidades patronais europeias serem legalmente obrigadas a gerir todos os tipos de risco para a segurança e saúde dos trabalhadores, envolvendo os riscos na saúde mental e salientando a importância de gestão dos riscos no trabalho na promoção da saúde mental (AESST, 2012).

Também segundo a mesma fonte, dos fatores que no trabalho garantem uma boa saúde mental pode-se destacar o Apoio social; Sentimento de inclusão e de realização de um trabalho com significado; Encontrar sentido no trabalho realizado; Ter condições para tomar decisões no trabalho; Ter condições para organizar o trabalho de acordo com o seu próprio ritmo.

Entre outros grupos profissionais, os professores são um grupo a quem é exigido grande contato com os outros para desempenho da sua atividade profissional e, nos últimos anos, têm vindo a experimentar uma grande pressão da sociedade para corrigir problemas sociais enquanto munem os estudantes de conhecimentos académicos e cívicos, (Dias & Queirós, 2010).

Aqueles autores mostram também que, características individuais podem promover um melhor ajustamento, operando como fator protetor do stresse ocupacional e do *burnout*. Referem ainda que os traços de personalidade podem constituir estes fatores protetores.

## 1.2 - OS NOVOS DESAFIOS NA EDUCAÇÃO (NOVOS PARADIGMAS)

Pela ação dos governos, dos movimentos políticos e pedagógicos, de organismos internacionais como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), podemos encontrar em quase todos os países os princípios da escolaridade obrigatória que pode ir de quatro anos de escolaridade, em alguns casos, até doze anos de escolaridade, ou seja, até aos dezoito anos de idade. Se em alguns países estes princípios vigoram desde o início da segunda metade do séc. XX, noutros a pretensão é mais recente, mesmo que seja global a “convicção de que a escolarização longa bem-sucedida é essencial para o acesso dos jovens a uma cidadania plena, bem como para garantir o futuro dos países (Rodrigues, 2012).

Segundo Rodrigues (2012), uma das principais dificuldades que os países enfrentam após a escolaridade obrigatória instituída é saber como se pode garantir que, “...frequentando a escola, todos os jovens aprendam? Como garantir que todos os alunos tenham percursos escolares longos e de qualidade?”. Autora questiona ainda se as escolas, os professores, os técnicos, os dirigentes da administração educativa estão em sintonia com os objetivos da escolaridade obrigatória e preparados para o desafio.

Aquela autora refere ainda que existem comparações internacionais que sustentam o debate público quando questionado o desafio de garantir que todos os jovens concluam o seu percurso escolar, sendo que, mesmo em países onde já se conseguiu atingir o objetivo de que todos os jovens frequentem a escola durante a idade da escolaridade obrigatória. Logo, considera difícil conseguir que todos os alunos aprendam e que concluam o seu percurso com êxito, pois pode-se encontrar facilmente na comunidade educativa resultados de testes internacionais, que revelam disparidades entre países, mas também entre escolas do mesmo país. Neste sentido, as escolas enfrentam dificuldades para concretizar a missão e os objetivos que lhe são confiados quando se trata de garantir que todos os alunos aprendem e atingem níveis de qualidade nas suas aprendizagens. Destaca ainda que nunca as escolas e os professores enfrentaram semelhante desafio.

No entanto Gomes et al.(2010), assinalam no seu estudo que oito dos dez principais fatores desencadeantes de stresse nos professores estão relacionadas com os problemas de comportamento do alunos. Segundo estes autores, o conflito gerado pela indisciplina dos alunos, associado à sensação de incompetência para intervir

disciplinarmente, podem dificultar o exercício da docência e comprometer o bem-estar e eficiência dos professores na educação.

Antigamente a missão dos professores, ainda segundo Rodrigues (2012), era ensinar os que aprendiam, selecionando e educando as elites, não enfrentando a exigência de levar todos os alunos até ao final do percurso escolar, o que agora se observa como um objetivo essencial.

A mesma autora refere que os objetivos da educação mudaram radicalmente, e com estes, os desafios que a escola enfrenta. Considerados muito mais exigentes, ou seja, a escola enfrenta a necessidade de alterações profundas nas configurações do sistema de ensino, nos princípios da organização das escolas, no estatuto e no papel dos professores, no trabalho pedagógico, nos recursos e nos instrumentos de ensino, nas exigências e responsabilidades que são colocadas aos agentes do sistema de educação.

Das principais alterações que foram sentidas foi o fato de a escola se ter tornado tanto melhor, quanto melhor forem os resultados alcançados pelos alunos, em detrimento do que acontecia no passado quando se verificava o insucesso escolar como um modo de seleção. Esta alteração profunda faz com que a comunidade escolar seja constituída por uma grande diversidade, onde a maior dificuldade reside na integração desta diversidade (Rodrigues, 2012).

Esta diversidade traduzida pelo fato de todos os jovens de um país estarem na escola, defende ainda a mesma autora que, facilmente exhibe o aumento da heterogeneidade dos alunos, no que respeita à origem social, às condições económicas e *background* escolar das famílias, aos recursos educativos em casa, às capacidades individuais e vocacionais, aos ritmos de aprendizagem e à diversidade de interesses.

Assim, segundo Rodrigues (2012), a sociedade inteira com todos os problemas e desigualdades passa a estar dentro da escola, em contraste com a escola do passado que era frequentada apenas por uma parte de grupos de jovens de grupos sociais homogêneos.

Também para a mesma autora, exige-se à escola a garantia de que todos aprendam, no entanto as escolas e os professores não podem e não devem enfrentar este desafio sozinhos, para a autora, não se trata só de ensinar. Se o desafio da escola é garantir que todos os alunos aprendam e adquiram todas as competências básicas de qualidade para serem cidadãos de pleno direito, a formação tem que ajudar os professores a serem atores desse desafio.

### 1.3 - PROBLEMAS E DESAFIOS NO EXERCÍCIO DAS PROFESSORAS

A história do desenvolvimento da Docência mostra que se trata de uma profissão maioritariamente feminina.

Um estudo de âmbito nacional de 2008, sobre a *Satisfação Profissional e o Papel das Organizações de Docentes* mostra que as professoras se sentem satisfeitas quando avaliam a sua autoestima, e a sua imagem profissional, no entanto, revelam que não se sentem reconhecidas pela sociedade, o que segundo as mesmas, se traduz numa remuneração que não corresponde ao esforço despendido para cumprir as funções exercidas, e faz com que receiem o futuro (Ruivo, Sebastião, Rafael, Afonso & Nunes, 2008).

Os mesmos autores ainda referem que estas professoras demonstram ter capacidade e vontade para serem educadoras e professoras e, que gostam da profissão, contudo, sentem-se merecedoras de mais e melhor reconhecimento, melhor vencimento e, sobretudo, de mais garantias relativamente ao futuro (Ruivo et al. 2008).

Ainda Gomes, Montenegro, Peixoto e Peixoto (2010), referem maior incidência nas mulheres de stresse, alteração na saúde física e exaustão emocional, sendo que reagem com maior facilidade ao stresse ocupacional.

Estes dados são também reforçados por Rita, Patrão e Sampaio, (2010, p. 1157), quando referem que, se os professores de ensino secundário apresentam valores superiores na avaliação do “stresse de papel” e maiores dificuldades ao nível das condições organizacionais, por outro lado, os professores de ensino básico apresentam valores superiores nas preocupações profissionais.

Além disso, os mesmos autores referem que se os professores do ensino secundário sentem que são colocados perante níveis de exigência e expectativas superiores para a execução do papel atribuído, considerando a atualidade do contexto educativo português, que por vezes não dispõe dos recursos materiais mais adequados para o desempenho eficaz das funções atribuídas. Os professores do ensino básico sentem maior dificuldade na gestão dos conflitos com os pais e com a escola, uma vez que se consideram centrais na aprendizagem e na gestão de recursos tanto materiais como humanos (Rita & Patrão, 2010).

#### 1.4 - *BURNOUT*, STRESSE PROFISSIONAL E AJUSTAMENTO EMOCIONAL EM PROFESSORAS PORTUGUESAS

O bem-estar docente mostra alterações contínuas, relacionadas com as mudanças socioeducativas das últimas décadas. O aumento das exigências profissionais, as deficientes condições de trabalho, a mudança das relações entre professor e alunos são entre outros, considerados fatores principais que contribuem para o aumento do stresse e *burnout* dos professores (Patrão, Pinto, Santos-Rita, 2012, p. 575-576 como referido por Esteve, 1999; Jesus, 2006, Nieto, 2009; Picado e Pinto, 2011).

São várias as investigações que apoiam que a síndrome de *burnout* em professores é considerada um problema social de extrema relevância, uma vez que segundo diversos autores, o *burnout* não afeta só o professor como também o contexto educacional e o mal-estar sentido como um fator desencadeador de diversas patologias, desde a perda de motivação, ao aumento dos níveis de absentismo e abandono da profissão (Rita & Patrão, 2010).

Por outro lado, a irritabilidade desencadeada pelo mal-estar pode interferir na realização de objetivos pedagógicos (Patrão et al., 2012, p. 576 como referido por Carlotto, 2002; Jesus, 2006; Correia, Gomes e Morreira, 2010; Paula e Naves, 2010).

Neste sentido, é para os mesmo autores consensual a importância da avaliação do *burnout* em professores, a fim de perceber quais os fatores associados e, assim, criar programas de intervenção e promoção do bem-estar dos professores contribuindo para abordagens que façam sobressair aspetos positivos da profissão (Patrão, Rita & Maroco, 2012).

Aquelas autoras, como resultados do estudo que realizaram, observaram uma elevada amostra que apresentou níveis altos de percentagem de *burnout* e apontaram como principais causas as dimensões de Supervisão; Falta de Reconhecimento Profissional; Condições Organizacionais; Stresse Papel; Falta de Realização Pessoal. Por outro lado, as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos professores são Estratégias de Controlo e Estratégias de Escape. Observa-se portanto, como é descrito na literatura, que a profissão de docente é caracterizada como uma profissão de stresse.

Trata-se então, como realçam Patrão, et al. (2012), de uma profissão normalmente afetada pela síndrome de *burnout*, provocando assim exaustão física e emocional com consequências tanto ao nível individual como organizacional.

Um outro estudo realizado por Andrade e Cardoso (2012), que teve como objetivo apresentar uma reflexão sobre principais fatores de risco associados ao

desenvolvimento da Síndrome de *burnout* nos professores, compreendendo o desgaste físico e emocional no decurso da competitividade da sociedade contemporânea, através de pesquisa bibliográfica mostra que a determinação de transtornos relacionados ao stresse, como no caso do síndrome de *burnout* está muitas vezes relacionado com o desgaste emocional a que os docentes estão sujeitos nas relações com o trabalho.

Será necessário conhecer em profundidade as manifestações de stresse ocupacional na docência, como salientam Andrade e Cardoso (2012), “a fim de auxiliar na compreensão e na elucidação de alguns problemas enfrentados por essa atividade, como a insatisfação profissional, o baixo rendimento no trabalho, o absentismo e algumas doenças ocupacionais, dentre estas o *Burnout*” (p. 131).

Os mesmos consideram ainda importante desenvolver pesquisas sobre a manifestação do stresse, uma vez que compreendendo estes processos, serão criadas as condições para planejar e implementar ações de prevenção e intervenção. Mostram ainda que estudos existentes são na sua maioria descritivos, não havendo estudos sobre programas de prevenção e intervenção nesta área, ou seja, no “stresse do professor” (Andrade & Cardoso, 2012).

Considera-se então fundamental a criação e desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção com novas alternativas e métodos, promovendo escolas mais saudáveis e sustentáveis (Andrade & Cardoso, 2012).



## **2 - DESAFIOS NA SAÚDE MENTAL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Nesta abordagem é interessante conhecer as diferenças conceptuais entre a prevenção da doença e a promoção da saúde, ou seja, com a devida importância cedida a cada um destes paradigmas salutogénese e patogénese, elevar os seus propósitos, porque se cada um deles valoriza conceitos diferentes, isto não significa que se anulem, antes pelo contrário, o modelo salutogénico acrescenta ganhos em saúde, logo um contributo inquestionável para a enfermagem.

### **2.1 - A SAÚDE MENTAL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Entre outros autores, também Gomes e Loureiro (2013) referem que a saúde mental é imprescindível ao desenvolvimento social e económico das comunidades, portanto, o envolvimento destas será sempre um grande desafio. Este envolvimento é a garantia de mais e melhor saúde mental na comunidade.

A organização e gestão dos serviços de saúde mental em Portugal têm tido uma evolução semelhante ao que acontece nos outros países europeus. Ora, se numa fase inicial se centrou em hospitais psiquiátricos, foi ao longo das últimas décadas evoluindo para uma descentralização e integração contínua em cuidados primários de saúde, até à determinação do modelo atual onde se distinguem os princípios da psiquiatria na comunidade (Ministério da Saúde [MS], 2012).

Logo, após alguns avanços e retrocessos, também devido à baixa prioridade para os problemas de saúde mental foi criada, finalmente, em 2007, uma proposta de relevância central para a criação de um Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) pela Comissão Nacional para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM) (MS, 2012).

Portanto, foram definidos os valores e princípios, objetivos, áreas de ação estratégicas que incluem várias atividades e os Planos Locais de Promoção de Saúde Mental (PLPSM) foram desenvolvidos com recurso a uma investigação participada de base comunitária, o que se tornou fundamental para a intervenção em saúde pública (MS, 2012).

Como referido anteriormente, a construção da saúde mental é pensada no contexto das mudanças sociais, políticas e económicas, científicas e tecnológicas. Trata-se de um desafio constante para as comunidades, observando-se assim, entre outros, um

desafio importante à investigação participada de base comunitária que identifique as necessidades de saúde das comunidades, integrando modelos de formação de profissionais envolvidos na promoção da saúde mental (Gomes & Loureiro, 2013).

## 2.2 - NOVA CONCEÇÃO DE SAÚDE

Também para Martins (2005), a evolução do conceito Saúde foi fortemente determinada pelo desenvolvimento do espírito científico nas múltiplas áreas do conhecimento humano, bem como a compreensão dos fenómenos sociais e a sua influência no bem-estar das populações.

Encontram-se várias definições de saúde, e todas valorizam o ser humano como um ser social, na interação constante com o meio ambiente e social, influenciando e deixando-se influenciar por este (Martins, 2005).

Neste sentido, conceito de Saúde evoluiu, como salienta Martins (2005) para “ uma situação de equilíbrio entre o nível físico, psíquico e sócio-ambiental” (p. 42) ou seja, atualmente mais do que prevenir a doença, considera-se que os verdadeiros ganhos em sociedade estão na promoção da Saúde.

Sendo esta incluída em todas as dimensões da vida, quer seja individual, social ou ambiental, e neste caso, segundo Martins (2005), surge como “ uma estratégia global de proteção à saúde que visa o seu desenvolvimento nos vários setores, como saúde ocupacional; saúde ambiental; saúde alimentar; saúde oral; entre outras” (p. 43).

Nesta linha evolutiva, o conceito Promoção da Saúde, remete para o paradigma salutogénico, positivista, onde são valorizados os fatores que interferem de forma positiva na saúde e pretende que a ação sobre estes fatores seja multidirecional, multidimensional e pluridisciplinar (Martins, 2005).

Segundo a mesma autora, esta abordagem surge nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 60 e evoluiu até aos dias de hoje em que se reconhece universalmente a Saúde como um completo bem-estar físico, mental e social, e não como até então a ausência de doença ou enfermidade (OMS), estando implícitos múltiplos fatores que se interligam e que influenciam a saúde do ser humano. Neste conceito a saúde é ainda entendida como pleno desenvolvimento das capacidades físicas, mentais, e sociais do ser humano, e são considerados como principais fatores a carga genética e a procura permanente de equilíbrio com o ambiente.

Para Martins (2005), já não se entende Saúde com base nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, mas com a preocupação de perceber quais as estratégias que o indivíduo utiliza para potencializar a sua saúde e responder às

exigências que se apresentam, sejam elas físicas, biológicas, psicológicas, e sociais em qualquer ambiente, seja este laboral ou extra laboral.

Com a apresentação de programas conduzidos pelas diversas conferências mundiais que ocorreram após a criação da OMS em 1945, considera-se que a promoção da saúde para além de uma atividade, é uma estratégia definida através de programas educacionais, que procura “a melhoria dos estilos de vida individuais, com influência de escolhas pessoais realizadas num contexto pessoal” e no entanto a promoção da saúde é “ uma intervenção conjunta e integrada sobre o individuo e o meio envolvente em que nasce, cresce, vive, respira, trabalha, consome e se relaciona” (Martins, 2005 como referido por Frank-Stromborg et al. 1998; Graça, 2000, p. 43).

Estas definições estão comprovadas pelos indicadores de saúde das populações através dos progressos socioeconómicos, através da melhoria da alimentação, habitação, saneamento básico, higiene ambiental e pessoal, nível de alfabetização e de informação, serviços de saúde, entre outros, mesmo antes de a medicina apresentar meios eficazes de intervenção de combate às doenças (Martins, 2005).

Neste sentido, ainda segundo a mesma autora, torna-se inquestionável a inovação e o desenvolvimento de todos os setores e aspetos conexos ao desenvolvimento nacional e comunitário para além do setor da saúde, tais como a agricultura, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações, requerendo esforços coordenados, para atingir o mais alto nível de saúde para as populações.

Deste modo, Martins (2005) salienta ainda que “Atualmente a Saúde é olhada como o bem mais precioso, é um capital humano, que é preciso aprender a gerir e em que é necessário investir” (p. 44).

Neste sentido, além da pertinência da prevenção da doença, é igualmente importante investir na saúde e afirmar os fatores que a determinam, quer individual, como organizacional.

### 2.3 - A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS NA SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

Na Coordenação Nacional Para a Saúde Mental (CNSM), ACS, MS (2008):

“Nós os participantes da conferência Europeia de Alto Nível (Juntos pela Saúde mental e Bem-estar), em Bruxelas a 13 de Junho de 2008, reconhecemos a importância e a relevância da Saúde Mental e Bem-Estar para a União Europeia, os seus Estados-Membros, representantes e cidadãos”. (p. 3)

É com base no reconhecimento de seis pontos essenciais para a Saúde Mental e Bem-Estar pelos Estados-Membros da União Europeia (UE) que em 2008 se inicia um vasto caminho e são estabelecidas metas prioritárias através do Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar.

Reconheceu-se que, para além da saúde mental ser um direito humano, deve permitir aos cidadãos usufruir de bem-estar, de qualidade de vida, através da formação, do trabalho e da participação na sociedade, e, para além de ser uma componente chave para o sucesso da UE como sistema económico e social baseado no conhecimento, é um fator importante para a realização de objetivos no crescimento, no emprego, na coesão social e no desenvolvimento sustentável (CNSM; ACS; MS, 2008).

No entanto, sabe-se que as doenças mentais estão a aumentar, já em 2008 estimava-se que cerca de 11% da população europeia tivessem alguma forma de doença mental. Nesta altura, já a depressão era em muitos Estados-Membros da UE o problema de saúde com maior prevalência, sendo o suicídio uma causa muito significativa de morte na UE, cerca de 58.000 suicídios por ano, em que oito dos Estados-Membros da UE estavam entre os quinze países com a taxa de suicídio masculina mais alta do mundo (CNSM; ACS; MS, 2008).

Tanto as doenças mentais, como o suicídio causam um enorme sofrimento para os indivíduos e às famílias, tornando-se uma das causas mais frequentes de incapacidade com um impacto muito significativo em toda a UE. São consideradas necessárias ações complementares, a nível da UE, para apoiar os Estados-Membros na promoção da saúde mental e do bem-estar da população, com vista a fortalecer ações preventivas e apoiar as pessoas portadoras de doença mental e as suas famílias (CNSM; ACS; MS 2008).

Sendo assim, já em 2008, se compreendeu que eram necessárias e urgentes atitudes políticas decisivas, de modo a considerar a saúde mental e o bem-estar como prioridade, ou seja, é necessário convocar agentes políticos e parceiros relevantes das áreas da saúde, educação, área social e justiça, organizações da sociedade civil e de associações de pessoas com doença mental (Idem).

Torna-se então evidente, conforme CNSM; ACS; MS (2008) a necessidade da promoção da saúde mental e do bem-estar das pessoas e grupos, com base em intervenções específicas, independentemente da idade, género e origem étnica, sensível à diversidade da população europeia. Para isso, foi proposto o aumento do conhecimento sobre a saúde mental, através da recolha sistemática de dados na população e o incentivo à investigação epidemiológica sobre causas, determinantes,

implicações da saúde e doença mental, intervenções e boas práticas, tanto dentro como fora dos setores sanitário e social que originou que na conferência de 2008 se apelasse aos Estados-Membros que agissem em cinco temas prioritários que foram:

1) A Prevenção da Depressão e Suicídio, porque os estudos mostram que a depressão é uma das doenças mais graves e comuns, considerado um dos principais fatores de risco para o suicídio.

2) A Saúde Mental na Juventude e Educação, porque os “pilares” para uma vida com saúde mental assentam nos primeiros anos de vida. Os problemas de saúde-mental podem ser encontrados em 10% a 20% dos jovens.

3) A Saúde Mental no Local de Trabalho, porque é considerada que o trabalho é benéfico para a saúde física e mental, assim como são considerados recursos fundamentais para a produtividade e a inovação na UE.

4) A Saúde Mental nos Idosos, afinal a população da UE está a envelhecer e envelhecer pode implicar alguns riscos para a saúde mental e para o bem-estar, como pode acontecer com a perda de apoio social da família e amigos e o aparecimento de doenças físicas e, ou, neuropsiquiátricas como no caso das demências, tornando a taxa de suicídio mais alta nos idosos.

5) Combater o Estigma e a Exclusão Social, uma vez que estes podem ser fatores de risco, e consequência das doenças mentais, ou seja, podem criar dificuldades tanto na procura de ajuda, quer no decurso de recuperação.

Os políticos, parceiros e outros intervenientes foram igualmente convidados a agir nestas áreas prioritárias, com medidas adequadas, específicas e estruturadas, formando como que um compromisso, com necessidade de continuidade e encorajamento (CNSM; ACS; MS 2008).

Trata-se de um Pacto que reconhece um trabalho pertinente e da responsabilidade dos Estados-Membros, com o proveito da UE para informar, promover as boas práticas, com a intenção de abordar desafios comuns e enfrentar as desigualdades na saúde.

A política global da UE sobre saúde mental e bem-estar emergiu de iniciativas em todas as políticas comunitárias ao longo dos últimos anos, sendo uma referência para o Pacto os compromissos que os Ministros da Saúde dos Estados-Membros fizeram através da Declaração Europeia para a Saúde Mental da OMS (2005), em Helsínquia. Este Pacto tem a missão de facilitar a divulgação das recomendações sobre as ações

mais eficazes na resposta aos temas prioritários, baseado na melhor prática europeia (CNSM; ACS; MS 2008).

#### 2.4 - RECALENDARIZAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Após discussão pública, o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016 foi aprovado em 24 de janeiro de 2008, e também foi criada uma Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNPSM) no âmbito do ACS, com a responsabilidade de coordenar a sua implementação (MS, 2012).

Ao PNSM foram realizadas análises críticas da sua implementação no terreno. Para além de atividades de monitorização contínua, esta implementação do Plano foi enriquecida por avaliações externas. Assim, ao fim de três anos a Comissão Parlamentar da Saúde, a Direção de Saúde, o Alto Comissariado da Saúde e a OMS observaram que se tratou de um Plano com base numa análise crítica da situação portuguesa, após recolha e análise exaustiva dos dados disponíveis em Portugal e na UE (Idem).

Neste sentido, no MS (2012) consideram muito positivo tratar-se de um Plano construído com as bases sólidas da evidência científica existente na política e serviços de saúde mental e na escuta permanente de todas as pessoas significativas e com base em todos os documentos internacionais neste domínio, porque se trata de um plano que se articula a nível nacional com outras reformas de saúde, mais com as que se têm desenvolvido nos cuidados primários, e continuados, tornando-se deste modo facilitada a criação de pontes e áreas de interesse para discussão de reformas. Logo, tornou-se do interesse de Portugal a articulação e harmonização das mudanças que a saúde mental necessita, em parceria com as principais iniciativas promovidas neste campo, pela OMS e pela UE (Idem).

No entanto, observa-se que a entidade responsável pela implementação do Plano apresenta um grau de autonomia e decisão muito reduzido, se se considerar a importância das mudanças a implementar, e uma vez que, não são claras as responsabilidades da CNSSM e de outras entidades na implementação do Plano, bem como a reduzida autonomia nos centros de decisão a nível local, o coloca em risco o desenvolvimento dos serviços na comunidade (MS, 2012).

Por outro lado, considera-se uma fonte de dificuldade a inexistência de um orçamento específico, tornando a implementação deste Plano dependente de financiamentos não específicos e provenientes de setores diversos (Idem).

Foi encontrado pelas entidades competentes nestas avaliações um forte estigma associado às doenças mentais em Portugal, o que se torna uma dificuldade na implementação do Plano na Comunidade (MS, 2012).

Considera-se imprescindível após esta análise dar continuidade à implementação do PNSM. Este significa o alavancar da saúde mental para que sejam ultrapassadas as graves insuficiências do Sistema de Saúde Mental, “identificadas no Relatório da Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, comprovadas pelos resultados do Estudo Nacional de Saúde Mental e sublinhadas na avaliação da OMS (Idem).

Segundo este relatório, a implementação do PNSM já permitiu alcançar objetivos importantes nos processos de desativação e reestruturação dos hospitais psiquiátricos e formação de profissionais bem como o desenvolvimento de novos serviços e programas na comunidade. Foi também possível criar projetos para cuidados continuados na saúde mental e encontrar soluções de apoio às pessoas sem-abrigo e na violência doméstica (MS, 2012).

Trata-se, de projetos ainda prematuros, que nos apresentam um vasto caminho a perseguir.

Na Carta de Ottawa (1986), o Conceito Promoção da Saúde é definido como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlar a sua saúde, no sentido de a melhorar”.

Neste quadro, para além de existirem orientações teóricas que norteiam as práticas de promoção da saúde mental, emerge a necessidade de rever políticas que favorecem a mudança do paradigma patogénico para o salutogénico permitindo a implementação de modelos que favorecem a promoção da saúde das populações.



### **3 - CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Segundo a OMS (2011), a saúde mental é o estado de bem-estar em que a pessoa tem percepção do seu potencial, consegue lidar com o stress do quotidiano e trabalhar de forma produtiva, contribuindo para a comunidade.

Também para Enfermagem de Saúde Mental (ESM), o foco é a saúde mental na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012).

Portanto, segundo a OMS (1978), torna-se importante, que na prestação de cuidados de saúde esteja sempre presente, que a saúde física esteja indissociável da saúde mental para obter o bem-estar individual, como na Declaração de Alma Ata em que a saúde “é um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou incapacidade”.

Também para Gonçalves, Pedrosa, Oliveira, Silva, Abreu e Pinho (2013), torna-se necessário a criação de programas específicos de enfermagem na promoção da saúde mental, realizados pelos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) a partir do primeiro contato, desde o momento de acolhimento, ou seja, identificar os principais focos a serem trabalhados para a construção de um vínculo, de uma relação terapêutica que seja contínua, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida de pessoas com transtorno mental e, familiares, tanto durante o período de tratamento como no período de reabilitação psicossocial.

Os mesmos autores também referem que, em países como Portugal, os enfermeiros são generalistas e quando especialistas existe uma vasta área de estudo em enfermagem, verificando-se que, nos últimos anos, as escolas de enfermagem portuguesas se empenharam na formação de enfermeiros em especialidades como saúde comunitária e familiar (Gonçalves et al. 2013).

Para Fernandes, Mendes, Leitão, Gomes, Amaral, e Bento (2016), a criação de um sistema de saúde universal foi precursora da proximidade dos serviços de saúde às pessoas, contribuindo para o progressivo aumento da centralidade nos cuidados de saúde primários e melhoria da articulação entre os vários níveis e unidades de cuidados.

Os mesmos autores referem ainda que se observa na enfermagem o aumento e qualificação dos enfermeiros nos últimos 40 anos, logo, assume novos protagonismos e “respostas eficazes às necessidades de saúde das populações” (Fernandes et al., 2016, p. 8).

Estes autores consideram, no entanto, que um reforço expressivo seria fundamental nos cuidados de saúde primários, sobretudo em enfermeiros com formação especializada, pós-graduada bem como unidades orgânicas coordenadas por enfermeiros (Fernandes et al. 2016).

Ainda, Gonçalves et al. (2013) referem que será sempre uma mais-valia para o respeito, o compromisso, julgamento, aceitação, liberdade e responsabilidade, o esforço na formação específica em Enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiatria se se quiser aumentar a aceitação nos CSP, uma vez que, os poucos recursos na formação nesta área de enfermagem podem contribuir de forma negativa nas mudanças preconizadas pelo movimento da reforma psiquiátrica.

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) são um conceito criado por Goldberg e Huxley como referido por Murcho, Pacheco, e Jesus (2016), que caracterizam um conjunto de sintomas e embora não sendo psicóticos (insónia, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas), significam situações de doença mental, não abrangidas pelos critérios de classificação internacionais e num estudo de revisão narrativa baseado em estudos de campo referentes à problemática dos TMC nos CSP em Portugal, com o objetivo de identificar a evidência científica atual e disponível, relativa aos TMC no contexto dos CSP em Portugal, também para Murcho et al. (2016) estes resultados estão relacionados com os estudos já mencionados, evidenciam esta problemática crescente na prevalência de situações de ansiedade, depressão e stresse nos CSP, e implicações tanto na qualidade de vida das pessoas, como nos custos económicos associados.

Neste sentido, Gonçalves et al. (2013) reforçam a necessidade de formação apropriada com interesse, compromisso e qualidade em saúde mental, facilitadora de ações preconizadas pelas Unidades de Saúde Familiar (USF's), como sejam o acolhimento, a orientação, momentos de escuta, diálogo, interação, grupos terapêuticos, entre outras. Estas ações podem ser realizadas através de um trabalho coletivo, visando a promoção da saúde mental, assim como a educação/empoderamento permanente para estímulo de mudanças nos procedimentos em saúde, promovendo ações de inclusão das populações em situação vulneráveis, como famílias com pessoas com alteração do foro psíquico e/ou abuso de substâncias.

Portanto considera-se que o ESM desempenha um papel fundamental no cuidado à pessoa com doença mental, uma vez que está preparado para acolher e apoiar as famílias em todo o processo terapêutico, que decorre desde o início de sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e colaboração em programas voltados para a reabilitação psicossocial (Gonçalves et al. 2013).

Segundo o mesmo autor, a reabilitação psicossocial é muitas vezes facilitada pelo apoio familiar quando existe estímulo à sua envolvimento na participação, isto é, a família e comunidade em geral enquanto agente colaborador e referência no processo terapêutico. Este processo é facilitador quando associado a programas para educação em saúde.

Assim, para Gonçalves et al. (2013), os programas de Promoção da Saúde Mental quando realizados por ESM nos CSP apresentam mais-valias facilitadoras na relação terapêutica, no acolhimento, nas orientações e no suporte familiar. Assim com o intuito de enquadrar as intervenções de enfermagem neste domínio, optou-se por analisar o Modelo de Sentido de Coerência Interno defendido por Aaron Antonovsky e o Modelo de Promoção da Saúde defendido por Nola Pender.

### 3.1 - ABORDAGEM E IMPORTÂNCIA DOS MODELOS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Torna-se fundamental analisar os Modelos de Enfermagem que norteiam os enfermeiros na promoção de comportamentos promotores de saúde mental. Só através desta análise se percebe a importância da vivência dos acontecimentos de vida e as influências que estes acontecimentos têm na construção e manutenção de comportamentos promotores da saúde.

Segundo Santos et al. (2011), para Aaron Antonovsky, passou a ser fundamental perceber porque é que algumas pessoas conseguem aparentemente superar acontecimentos de vida considerados stressantes, surgindo a conceção de um novo pensamento, o pensamento salutogénico. Este pensamento estabelece mudanças bastante diferentes de perceber o binómio saúde-doença. Neste sentido, a abordagem salutogénica trata tanto a doença como a saúde numa linha contínua, onde cada pessoa se situa numa determinada posição deste contínuo, que se umas vezes mais perto do extremo saúde, outras mais perto do extremo doença (Santos et al. 2011, como referido por Antonovsky A. 1993).

Neste sentido, ainda segundo Santos et al. (2011), no Modelo Salutogénico de Aaron Antonovsky, o indivíduo está envolvido entre movimentos patogénicos e salutogénico, o que faz a diferença entre estes movimentos patogénico e salutogénico é o stress

causado por uma tensão que na interação com outras variáveis pode, por um lado, criar um estado de stresse associado à doença, por outro, criar uma orientação salutogénica associada a ganhos em saúde. Uma orientação salutogénica mostra que a tensão gerada perante acontecimentos de vida não é propriamente negativa, ou seja, pode ser negativa quando transformada em stresse.

Já Carrondo (2006) defende que se numa primeira abordagem os conceitos de saúde e doença parecem fáceis de definir, numa avaliação atenta verifica-se que estes conceitos variam em função da perceção de cada pessoa, ou seja a perceção de saúde e doença sobre a influência de valores individuais e sociais que conjuntamente com os recursos pessoais e sociais determinam os comportamentos, onde se incluem os estilos de vida.

Então, para Santos et al. (2011), surge a necessidade de perceber quais os fatores que determinam este controlo da tensão a que se está sujeito diminuindo a incidência de doença, e em resposta a esta questão, Aaron Antonovsky cria o Sentido de Coerência interno (SCO) onde inclui o modelo biopsicossocial.

Estes autores referem ainda que Aaron Antonovsky considera o SCO determinante nas características de personalidade, composto por três dimensões que são: a Compreensão, que transmite que as experiências da vida são estruturadas e predizíveis, e não aleatórias e confusas; a Gestão, que defende a crença de que os recursos de que se dispõe são os adequados para corresponder às exigências em que a pessoa se encontra; e o Significado que mostra que, as experiências de vida fazem sentido e que vale a pena investir tempo e energia na resolução dos problemas e dos conflitos, salienta que através deste Modelo as pessoas com elevado SCO reagem de uma forma mais eficaz em situações de tensão, demonstram maior capacidade de fazer escolhas relacionadas com comportamentos que explicitamente favorecem a saúde, tanto ao nível físico como mental, (Santos et al. 2011 como referido por Antonovsky, 1993).

Também Carrondo (2006) refere que a importância deste novo paradigma na saúde, o paradigma salutogénico, é fundamental para a formação e para a prática dos profissionais de saúde.

Este modelo defendido por Aaron Antonovsky mostra-se bastante interessante para abordagem deste estudo, no entanto, alargar os conhecimentos a outros modelos de forma a perceber a dinâmica do paradigma saúde mostra-se essencial.

Nola Pender, autora do Modelo de Promoção da Saúde, inspirou-se em grande medida na Teoria de Aprendizagem Social de Albert Bandura e no Modelo de Valorização das Expectativas de Feather (Hoyos, Borjas, Ramos, & Meléndez, 2011).

Assim, se Albert Bandura valoriza a importância dos processos cognitivos nas mudanças de comportamento, reconhecendo que os esquemas mentais influenciam os comportamentos nas pessoas, também assegura a necessidade de quatro principais condições para que as pessoas aprendam e modelem os seus comportamentos, que são a atenção, a retenção, a reprodução e a motivação. A segunda base teórica deste Modelo assenta na afirmação de que o comportamento é racional e considera que a motivação é fundamental para atingir um comportamento intencional (Hoyos et al. 2011).

Este comportamento intencional é visto como um compromisso pessoal para uma ação, mostrando-se decisivo nos comportamentos de promoção da saúde a serem definidos pelo indivíduo, ou seja, o Modelo de Promoção da Saúde mostra-nos como as características e as experiências individuais a par de todos os conhecimentos e sentimentos adquiridos pelo indivíduo, influenciam este a participar ativamente na mediação da sua saúde, com comportamentos promotores da sua saúde (Idem).

Este Modelo de Promoção da Saúde de Pender distribui os comportamentos em três pontos principais: no primeiro, apresenta as características e experiências individuais; no segundo, os conhecimentos e sentimentos relacionados com uma atitude específica e no terceiro, o resultado da atitude em relação à sua saúde que são os comportamentos em saúde (Hoyos et al. 2011).

Trata-se de um modelo que salienta as variáveis experiências individuais, os conceitos relacionados com as atitudes prévias e os fatores pessoais como os biológicos; os psicológicos e os socioculturais. Prevê-se igualmente a identificação dos conhecimentos e sentimentos relacionados com uma atitude que se quer alcançar e atribuem-se as variáveis como a perceção dos benefícios da ação; a perceção das dificuldades para a ação; a perceção da autoeficácia; sentimentos relacionados com os comportamentos; as influências pessoais e as influências do ambiente (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Ainda para os mesmos autores, estes fatores remetem para o resultado de um comportamento através da assunção de um compromisso de um plano de ação em que o indivíduo irá manifestar comportamentos de promoção de saúde, o objetivo delineado para um bem-estar pleno a fim de atingir os objetivos pessoais de qualidade de vida e uma vida ativa e produtiva.

Logo, o Modelo de Promoção da Saúde de Pender, criado em 1984, será uma ferramenta importante nas intervenções de enfermagem, no âmbito da promoção da saúde, com base nas alterações de comportamentos.

### 3.2 - FOCOS DE ATENÇÃO NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DAS PROFESSORAS

Segundo a OE (2012), os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

A OE (2012) refere ainda que as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando assistidos por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental (EEESM), diminuído significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam (Idem).

Neste sentido, os EEESM compreendem os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (OE, 2012).

Por outro lado, segundo o mesmo autor, as questões de somatização são relevantes, ou seja, um terço dos sintomas somáticos, não têm explicação clínica. Existem ensaios clínicos que mostram que o acompanhamento destes indivíduos, em saúde mental, pode indicar uma diminuição de cerca de um terço de recursos gastos em saúde (Idem).

Os relatórios da OMS e da Comissão Nacional para a reestruturação dos serviços de Saúde Mental (CNRSSM) preveem um significativo aumento das perturbações mentais, associam este aumento ao envelhecimento da população, com conseqüente aumento dos quadros demenciais, ao forte impacto do agravamento dos problemas sociais, como o desemprego, a pobreza, a desigualdade social e a violência; com o conseqüente aumento da vulnerabilidade a quadros relacionados com stresse e depressão (OE, 2011).

A resposta a estas tendências implica uma mudança de um paradigma centrado em cuidados hospitalares e biomédico, para uma intervenção holística, de raiz comunitária logo, apela a ações de informação sobre saúde mental, bem como a promover a sua importância e a prevenir as perturbações mentais; à realização de ações concretas a fim de melhorar a inclusão social e combater os fenómenos de discriminação e de estigmatização, assim como, à implementação de ações de prevenção dos problemas

relacionados com o stresse e a depressão, bem como ao desenvolvimento da Promoção da Saúde Mental (OE, 2011).

Neste sentido o EEESM, para além da mobilização de si mesmo como um instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar as competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (OE, 2012).

Portanto, porque a Docência é, como já referido anteriormente, uma profissão sujeita a múltiplos fatores que potenciam o stresse, a ansiedade, e podem desencadear alterações ao bem-estar psicológico, e pela própria exigência da profissão, a adaptação é um dos principais enunciados descritivos a compreender. Neste sentido considera-se importante sublinhar os focos Ansiedade, Stress e Bem-Estar conforme linguagem CIPE, a fim de compreender melhor a problemática da Saúde Mental das professoras para adequação de intervenção na Promoção da Saúde.

#### **- Ansiedade**

Ansiedade é um tipo de Emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, redução da autosssegurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE/ICNP] BETA 2, 2002, p. 47).

No entanto, também para Sequeira, (2006), a ansiedade trata-se de uma experiência emocional que varia de intensidade. Esta intensidade varia desde a “inquietação ligeira” ao “terror intenso” e está sempre associado à previsão de situações de tensão futuras ou eminentes (p. 51).

Aquele autor refere ainda que, estas experiências avaliadas pelas reações e pelas situações que geram tensão, baseiam-se essencialmente nas interpretações do indivíduo, inerentes a si mesmo ou inerentes ao meio em que se insere.

Neste sentido, processo de vivência de uma situação de ansiedade, pode ser acompanhado de sintomas, tanto objetivos como subjetivos. Estes podem ainda derivar de alterações somáticas, motoras, cognitivas, fisiológicas, do sistema autónomo, bioquímico, endócrino, e do comportamento (Sequeira, 2006).

No entanto, o conceito de ansiedade tem sido, segundo o mesmo autor, referido tanto em Psiquiatria como em Psicologia como uma condição de impulso, de estímulo

perturbador, de resposta, de emoção, ou complexo de emoções e a traços de personalidade ou estado clínico.

Também outros autores consideram ansiedade como um “estado” ou como um “traço”. A ansiedade-estado corresponde ao aparecimento de sintomas num momento específico, enquanto a ansiedade-traço refere-se à tendência que os indivíduos têm em relacionar-se com o meio ambiente em que estão inseridos com uma excessiva carga, também designado de temperamento ansioso, ou seja, quando a pessoa facilmente se preocupa e apresenta maior sensibilidade ao meio (Correia, 2014).

Para avaliação e construção de um diagnóstico mais rigoroso da ansiedade, têm sido utilizados diversos métodos, nomeadamente escalas. Estas escalas consistem numa lista com sinais e sintomas relacionados com a ansiedade (Sequeira, 2006).

### **- Bem-estar Psicológico**

Segundo a CIPE, a definição do conceito bem-estar aparece distinto do conceito bem-estar psicológico.

Assim, na definição segundo CIPE/ICNP BETA 2, (2002, p. 43), o bem-estar é um tipo de autoconhecimento com as características específicas: imagem mental de estar bem, equilibrado, contente, bem integrado e confortável por orgulho ou alegria e que se expressa habitualmente demonstrando relaxamento de si próprio e abertura às outras pessoas ou satisfação com independência, enquanto, bem-estar psicológico, um tipo de bem-estar com as características específicas: imagem mental de estar em boa condição psicológica, satisfação e controlo do stresse e do sofrimento (CIPE/ICNP BETA 2, 2002, p. 43).

Também para Fernandes (2007), consideram-se essencialmente dois modelos explicativos, do bem-estar, enquanto, se um dos modelos se centra se no bem-estar subjetivo, ou seja, com tradição nas pesquisas sobre o *hedonismo*, que está no princípio da acumulação do prazer e evitamento da dor, um outro segundo modelo apresenta como foco o bem-estar psicológico. Estes têm origem no aprofundamento do conhecimento sobre a *eudamonia*, uma perspetiva que se preocupa com a atividade psicológica positiva, assim suportado por valores humanistas e existenciais, refletem a capacidade de autorrealização (Ventura, 2016 como referido por Ryan & Deci, 2001).

Fernandes (2007) refere que “o bem-estar psicológico enquanto constructo multidimensional abrange diferentes domínios de natureza cognitiva e afetiva” (p.187). Este autor também refere tratar-se de um constructo que permite identificar um vasto

conjunto de características psicológicas tais como: aceitação de si, crescimento pessoal, objetivos na vida, relações positivas com os outros, domínio do meio e autonomia (Fernandes, 2007 como referido por Ryff, 1995).

Ainda, segundo os mesmos autores, trata-se de um constructo multidimensional que compreende simultaneamente uma alterativa à perspetiva simples da conceção aparente do bem-estar nas dimensões afetivas (felicidade) e cognitivas (satisfação com a vida). Refere então Fernandes, (2007), que tratou-se, portanto, de uma abordagem inovadora,

“que compreende a perceção dos recursos psicológicos que o indivíduo dispõe na relação consigo próprio (aceitação de si e crescimento pessoal), nos relacionamentos interpessoais (relações positivas com os outros), nas relações com o meio (domínio do meio) e nas capacidades de adaptação às exigências socioculturais (autonomia e objetivos de vida)” (p. 188).

Com base nas teorias formuladas acerca da atividade psicológica positiva, a autora Carol Ryff desenvolveu um instrumento de autoavaliação com a intenção de definir teórica e empiricamente as dimensões anteriormente apresentadas, uma vez que segundo aquele autor, até finais da década de 1980, os principais estudos contemplavam como princípios conceptuais e metodológicos orientadores do estudo do bem-estar psicológico apenas, os conceitos de felicidade e satisfação com a vida, (Fernandes, 2007, p. 210).

### **- Stresse**

Hoje sabe-se que o stresse tem repercussões consideráveis sobre o ser humano e contribui para deteriorar a qualidade de vida de milhões de pessoas em todo o mundo (Serra, 2011, p. 10).

Para o mesmo autor, é certo que se o ser humano conseguiu erradicar algumas doenças e ultrapassou com êxito a luta contra grande número de micro-organismos, por outro lado, passou a ser vítima das suas escolhas e de si próprio.

Já na definição, segundo CIPE/ICNP (2011), o stresse é o sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.

Quando uma resposta de stresse se desencadeia a nível biológico provoca alterações no funcionamento dos sistemas nervoso vegetativo, endócrino e imunitário, dando

origem a importantes modificações metabólicas, alterando a funções biológicas fundamentais e conseqüentemente torna o organismo mais vulnerável às infeções. Neste sentido, a situação é tanto mais grave, quanto maior for a exposição a estas vivências, ou seja como mente e corpo são um só, também importam as alterações relevantes que acontecem ao nível psicológico e do comportamento observável (Serra, 2011, p. 10).

Pode-se então concluir, segundo aquele autor que o stresse não é apenas um termo que se relaciona com uma situação incomodativa, mas quando é intenso, repetitivo e prolongado, pode induzir a conseqüências. Estas podem de facto diminuir o bem-estar e a saúde física e psíquica do indivíduo (Serra, 2011, p. 11).

A evidência científica mostra que o stresse excessivo torna-se prejudicial porque pode:

- Evocar emoções negativas fortes, que são perturbadoras;
- Levar ao desenvolvimento ou agravamento de uma doença física e/ou psíquica;
- Ter uma influência negativa na família, trabalho e vida social;
- Ocasionar maior número de acidentes de trabalho ou rodoviários;
- Prejudicar os processos de tomada de decisão;
- Ter repercussões negativas em aspetos de natureza económica;
- Induzir alterações do sono, vida sexual, metabolismo, sistema imunitário (Serra, 2011, p. 11).

Aquele autor também enfatiza a alteração do paradigma saúde/doença, pois trata-se de um binómio que sofreu alterações consideráveis. Hoje, concebe-se a promoção da saúde, considera-se um conjunto de fatores diversos, onde o stresse ocupa um lugar de relevo, no entanto, embora o stresse possa estar na origem de transtornos de natureza física ou psíquica, este não se deve considerar como sinónimo de doença.

Pais Ribeiro e Marques (2009) como referido por Lazarus et al. (1985) menciona que o debate sobre o conceito stresse tem sempre por base a sua origem, de tal modo que a perceção de stresse é descrito como um processo complexo em que o organismo responde a acontecimentos de vida percecionados como suscetíveis de ameaçar, desequilibrar ou de pôr em causa o bem-estar desse organismo.

Aquele autor refere ser possível abordar a conceção do stresse através das causas, ou seja abordagem, porque estudam o stresse como uma característica do estímulo. Este pensamento relaciona a fonte de stresse com o acontecimento, assim, quanto mais intenso for este acontecimento maior o stresse percecionado.

A segunda abordagem do stresse, como refere o autor, é biológica, onde a resposta ao stresse é essencialmente fisiológica não específica, caracterizada como um

síndrome onde existe um conjunto de vários sintomas e sinais que ocorrem no organismo quando este é exposto a um estímulo ou acontecimento negativo, como mostrado no modelo clássico de Hans Selye. Selye. Este modelo mostra que o stress se traduz pela “ resposta não específica do corpo a qualquer exigência”, (Selye, 1979, p. 34 como referido por Ribeiro & Marques, 2009).

Contudo aqueles autores defendem ainda uma terceira abordagem psicológica, que segundo estes, é “focada na interação dinâmica entre o indivíduo e o meio e na avaliação subjetiva do stress que é feita pelo indivíduo”.

Também Pais Ribeiro e Marques, 2009 como referido por Lazarus e Folkman (1984), referem que o stress é definido pela interação entre o meio ambiente e o indivíduo, assim, ainda segundo aqueles autores, o indivíduo sente stress quando é exposto a situações provenientes do meio ambiente que exigem uma resposta ou respostas mais exigentes do que os recursos que o indivíduo dispõe para tal (Ribeiro & Marques, 2009).

Neste sentido e considerando o exposto, é de todo o interesse reforçar e subscrever o que é transmitido pela OE (2011) no âmbito das competências específicas do EESM, com destaque sobre a condição de que todos os cidadãos tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, numa perspetiva de promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, capacitação, participação e direitos humanos, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível.

### 3.3 – RELAXAMENTO TERAPÊUTICO NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Tendo em conta os focos de atenção em enfermagem que foram anteriormente referidos inerentes, á ansiedade, bem-estar e stress e considerando o modelo salutogénico como referência no âmbito da promoção da saúde mental, decidiu-se descrever alguns aspetos inerentes ao conceito e evidências no domínio do relaxamento terapêutico como intervenção psicossocial indicada para aqueles focos de acordo com as orientações da OE.

As intervenções psicossociais têm como finalidade promover o desempenho de competências sociais na relação com o próprio indivíduo e com os outros no sentido da autonomia funcional e desenvolvimento pessoal (Sadock & Sadock, 2007).

Neste domínio existem várias técnicas que possibilitam a concretização de diferentes objetivos terapêuticos, nomeadamente o treino da assertividade, relação de ajuda para promoção da autoestima, o relaxamento terapêutico, entre outros.

Em referência ao conceito fundamental do relaxamento, este é caracterizado pela diminuição da tensão muscular, promovendo o conforto e tranquilidade no indivíduo.

### Twounsnd

O reconhecimento do relaxamento terapêutico tem origem no século XX, com a contribuição do psiquiatra alemão Johannes Heinrich Schultz e Edmund Jacobson, neurofisiologista americano, ficaram ligados às técnicas de relaxamento. Enquanto o psiquiatra alemão Johannes Heinrich Schultz. Schultz organizou um método de relaxamento, que denominou por “treino autógeno”, em que utilizava técnicas sugestivas e igualmente interpretações psicanalíticas, Edmund Jacobson, propôs em 1938 um método diferente de relaxamento, que qualificou como “psicoterapia fisiológica”. Não utilizava nem técnicas sugestivas nem interpretações derivadas da psicanálise. Comprovou a existência de tensão muscular durante os estados emocionais e propôs uma redução progressiva da atividade muscular a fim de obter uma redução concomitante da tensão psíquica (Serra, 2011, p.757 como referido por Erlich, 1986).

Também Pinkerton et al. como referidos por Serra, (2011) p.757, defendem que o relaxamento se pode obter por numerosos métodos, entre os quais se contam:

- As técnicas de *biofeedback* pelo eletromiograma;
- O relaxamento progressivo de Jacobson e Bernstein e Borkovec;
- O treino autógeno de Schultz;
- O ioga;
- A meditação transcendental;
- A hipnose;
- A resposta de relaxamento;
- O relaxamento controlado por indícios;
- O relaxamento condicionado por metrónomo;
- O exercício físico, entre outros métodos.

Segundo os autores, todos os treinos de relaxamento podem ser eficazes.

As diferentes técnicas de relaxamento apresentam uma base comum embora possam diferir nalguns pormenores. Requerem que a pessoa esteja sentada ou deitada num local tranquilo, de olhos fechados e com uma atividade muscular reduzida. A pessoa é incentivada a respirar de uma forma regular e profunda, a focar a atenção para dentro de si, longe de atividades exteriores, e a entrar num estado passivo de abandono do

corpo e do espírito possibilitando a exclusão dos pensamentos que a distraiam. Ao entrar neste estado a tranquilização mental que obtém reduz a ativação do Sistema Nervoso Central (SNC), Serra (2011) p.758 como referido por Bishop, 1994.

Friedman et al. como referidos por Serra (2011, p. 758) mencionam que o relaxamento corresponde a uma resposta integrada do hipotálamo, deprimindo a atividade do Sistema Nervoso Simpático (SNS) de uma forma generalizada.

Friedman et al. (1998) verifica que a resposta de relaxamento induz modificações, tanto ao nível do SNS como do SNC. Durante o relaxamento, ao nível do SNS, verifica-se que se reduzem o consumo de oxigénio, a eliminação de anidrido carbónico, a frequência respiratória, a quantidade de ar inalada e exalada, por minuto e os níveis de lactato do sangue arterial. Trata-se de resultados compatíveis com uma diminuição da atividade do SNS no que respeita à ação sobre o SNC, verificando-se que o relaxamento provoca a diminuição da atividade cortical, nas regiões anteriores do cérebro e propicia igualmente uma redução na latência do começo do sono (Serra, 2011).

Neste sentido, pode-se concluir que o treino de relaxamento tem-se verificado útil em problemas de saúde associados ao stresse, especificamente quando ocorre elevação da tensão arterial, dores de cabeça devido a tensão muscular, insónia ou reforço do sistema imunitário. O treino de relaxamento não ajuda só as pessoas a sentirem-se melhor, como também pode produzir igualmente efeitos significativos em funções vitais para a promoção da saúde. Também Ewart et al. (1987) comprovaram, em estudantes universitários, que o treino de relaxamento ajudava a baixar a tensão arterial, Serra (2011 como referido por Bishop, 1994).

Com o treino de relaxamento consegue-se uma diminuição da ativação fisiológica do indivíduo que é acompanhada de uma sensação de calma, paz e bem-estar (Serra, 2011).

Aquele autor realça ainda que relaxamento tem sido, por isso, utilizado em diversas áreas da saúde. Tem sido uma terapia mais vulgarmente utilizada como meio de controlo da ansiedade, especialmente quando nela predomina o componente vegetativo. O relaxamento pode ser utilizado só por si, para remover/diminuir sintomas pontuais – como o caso de uma afonia histérica – ou queixas residuais que permaneçam de ativação vegetativa, quando o quadro principal já diminuiu em grande parte. Assim, nas pessoas emotivas, predispostas a reagir de forma intensa perante adversidades, mesmo mais simples, o relaxamento pode ajudá-las a confrontar os acontecimentos com maior controlo sobre si mesmo.

Devido ao controlo que exerce sobre as funções fisiológicas, o relaxamento, conforme mencionado, pode ainda ser utilizado para diminuir a tensão arterial elevada, a frequência cardíaca e a respiratória ou certos tipos de cefaleias. Pode também ser utilizado para a indução de sono, em pessoas que, devido à sua ansiedade, tenham dificuldade em adormecer, pode ainda ser utilizado como meio para a aplicação de outras técnicas em que se requeira o controlo prévio da ansiedade para depois se atingirem outros objetivos em saúde mental ou física (Serra, 2011).

Por outro lado, Serra (2011) refere que em situações de stress elevado, pode ocorrer diminuição/alteração de processos de memorização, percepção, de atenção ou de tomada de decisão e o indivíduo não consegue pensar com lógica e é conduzido a distorcer o significado das ocorrências do ambiente, neste sentido, o relaxamento, ao diminuir a ansiedade em relação a determinados contextos, ajuda a construir “diálogos internos”, mais lógicos e adequados portanto o relaxamento ao reduzir a tensão muscular permite diminuir a ativação dos núcleos posteriores do hipotálamo, determinada pelos proprioceptores musculares, ajudando por este meio a controlar o estado emocional do indivíduo.

Igualmente Borges e Ferreira, 2013 como referido por Jesus, Santos, Stobäus, Mosquera e Esteve (2004) comprovam que Educadores e profissionais de Saúde beneficiam de atividades como a partilha de experiências profissionais com colegas, identificação de fatores de stress e estratégias de *coping* para lidar com estes fatores, substituir crenças irracionais por crenças mais apropriadas, treinar competências de assertividade e de relaxamento (Borges & Ferreira, 2013, p. 41).

Tabela 1 – Efeitos biológicos provocados por sessão de relaxamento:

	<b>Pico de ativação</b>	<b>Relaxamento profundo</b>
<b>Adrenalina</b>	Mais	Menos
<b>Respiração</b>	Mais rápida	Mas lenta
<b>Coração</b>	Mais rápido	Mais lento
<b>Artérias</b>	Vasoconstrição	Vasodilatação
<b>Tensão arterial</b>	Aumenta	Diminui
<b>Metabolismo</b>	Catabólico	Anabólico
<b>Tensão muscular</b>	Aumentada	Diminuída
<b>Ac. Clorídrico no estômago</b>	Mais	Menos
<b>Açúcar no sangue</b>	Mais	Menos
<b>Insulina</b>	Maior quantidade	Menor quantidade
<b>Colesterolémia</b>	Maior	Menor
<b>Ondas cerebrais</b>	Beta (processos cognitivos menos produtivos)	Alfa ou teta (processos cognitivos mais produtivos)

Fonte: Vaz Serra 2011

## PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

O estudo empírico consiste num conjunto de atividades organizadas, que permite ao investigador a realização concreta do seu projeto, sobre o qual serão apuradas as respostas válidas para a questão de investigação (Fortin, 1999).

### 5 - OPÇÃO METODOLÓGICA

Conforme se verifica no enquadramento teórico, considerando a problemática em estudo, os professores portugueses, em relação a outros grupos profissionais, são os que apresentam menor índice de satisfação profissional (Pedro, 2011).

Segundo Patrão *et al.* (2012), a atividade docente pode implicar a presença de ansiedade e mal-estar físico e psicológico. Aqueles autores referem ainda tratar-se de uma profissão normalmente afetada pela síndrome de *burnout*, principalmente as professoras mais velhas, portanto, entende-se o crescente interesse da comunidade científica nesta área de estudo.

Também para Gomes *et al.* (2010), o objetivo de compreender a harmonia entre os indivíduos e o seu contexto de trabalho torna-se essencial, uma vez que, ao alcançar uma relação equilibrada entre estas variáveis o indivíduo, aumenta o bem-estar físico, psicológico e social quer em particular, quer da instituição onde exerce funções.

É sobre esta problemática que a presente investigação se organiza. Este estudo pretende explorar os efeitos de um programa de relaxamento terapêutico na promoção do bem-estar psicológico, na diminuição da perceção do stresse e da diminuição dos níveis de ansiedade das professoras do Ensino Básico (2º e 3º Ciclos). Utilizou-se uma amostra de 22 professoras a exercer funções de docência em escolas cuja abrangência é a Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos em Coimbra.

Partindo destes pressupostos, com a ambição de tornar este trabalho um caminho em crescimento para futuras intervenções eficazes e eficientes no Bem-estar destas mulheres professoras, adequando as competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, decidiu-se realizar o presente estudo a fim de responder à seguinte questão de investigação: “Quais os efeitos de um Programa de Relaxamento Terapêutico no aumento do bem-estar psicológico, na diminuição do stresse e da ansiedade das professoras do Ensino Básico (2º e 3º Ciclos)?”

O estudo, do tipo pré-experimental (01 X 02), envolve um grupo único a quem foi aplicada uma intervenção - Programa de Relaxamento Terapêutico - sendo observados e medidos os seus efeitos nas variáveis dependentes 'bem-estar psicológico', 'stressse' e 'ansiedade'.

## 5.1 - HIPÓTESES

Segundo Fortin (1999 p. 102), "A hipótese combina o problema e o objetivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo", refere ainda que "A hipótese é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis." Deste modo, e tendo por base a questão de investigação apresentada e os objetivos definidos, foram produzidas as seguintes hipóteses:

H1: O Programa de Relaxamento Terapêutico aumenta o bem-estar psicológico das professoras do Ensino Básico (2º e 3º Ciclos);

H2: O Programa de Relaxamento Terapêutico diminui a perceção de stressse das professoras do Ensino Básico (2º e 3º Ciclos);

H3: O Programa de Relaxamento Terapêutico diminui o nível de ansiedade das professoras do Ensino Básico (2º e 3º Ciclos);

## 5.2 - VARIÁVEIS EM ESTUDO

Conforme os objetivos e o desenho do estudo referidos anteriormente, foram selecionadas as seguintes variáveis: Variáveis dependentes, o Bem-estar psicológico, o stressse e a ansiedade; variável independente o Programa de Relaxamento Terapêutico (PRT).

O bem-estar psicológico, segundo a CIPE, refere-se a um tipo de Bem-estar com as características específicas: imagem mental de estar em boa condição psicológica, satisfação e controlo do stressse e do sofrimento, (CIPE, 2002, p. 43).

No que se refere à variável ansiedade, considera-se um tipo de Emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autosssegurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula (CIPE, 2002, p. 47).

Segundo a CIPE/ICNP (2011), o stressse é o sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis,

associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.

#### Variável Independente - Programa de Relaxamento Terapêutico

Trata-se de um PRT, baseado essencialmente em Técnicas de Relaxamento Progressivo de Jacobson. Inclui seis sessões em grupo, com periodicidade de uma sessão por semana. Cada sessão teve a duração de uma hora e foram realizadas em local previamente selecionado, tendo em conta os seguintes critérios: condições de temperatura; luminosidade; conforto; e silêncio. O Relaxamento Terapêutico foi realizado na posição de decúbito dorsal, apoiado em colchões; foi baseado num guião que se encontra em anexo VII e com a colaboração e supervisão de uma enfermeira especialista em saúde mental da Unidade de Cuidados da Comunidade Norton de Matos (UCCNM).

#### 5.3 - AMOSTRA

A amostra é constituída por 22 professoras que exercem a sua atividade nas Escolas do Agrupamento de Escolas Coimbra Sul; foi selecionada nos seguintes critérios de inclusão: Aceitar participar no estudo; Ser do sexo feminino. Conforme se pode verificar na Tabela 2, das 22 professoras que participaram no estudo, 13 exercem a sua atividade na Escola 1 e 9 exercem na Escola 2. A média de idades é de 53,64 anos, com desvio padrão de 4,93 anos e uma média de anos de serviço de 28,09 anos, com desvio padrão de 6,10 anos.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra

		<b>N</b>	<b>%</b>
Escola	Escola 1	13	59,09
	Escola 2	9	40,91
	Total	22	100
Idade	Média de idade = 53,64 anos ( <i>DP</i> = 4,93); min. =43 anos e max. = 63 anos		
Tempo de Docência	Média, anos serviço= 28,09 anos ( <i>DP</i> = 6,10); min. =14 anos e max. = 38 anos		

#### 5.4 - PROCEDIMENTOS ÉTICO-FORMAIS E TÉCNICOS

Neste subcapítulo , são descritos os procedimentos de natureza técnica inerentes à colheita, à implementação do programa e ainda os procedimentos ético-formais inerentes aos pedidos de autorização institucional e parecer da Comissão de Ética para a realização de trabalho de investigação, nomeadamente o trabalho de campo.

Quanto aos procedimentos Ético-Formais salientam-se os seguintes:

Preenchimento do formulário eletrónico (cetica\_uicisa@esenfc.pt) com o ficheiro pdf em anexo para parecer e consentimento da comissão de ética da UICISA: E. (Anexo I). Foi igualmente contactado o Senhor Presidente da CE, por correio eletrónico com a formalização do pedido, no sentido de garantir o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Neste sentido foram cumpridos os princípios éticos preconizados num trabalho desta natureza. Elaborados pedidos de autorizações formais institucionais (Anexo II e III) para realização do trabalho de campo. Solicitação do consentimento informado aos participantes. Codificação dos questionários para emparelhamento de forma a garantir o anonimato.

Quanto aos procedimentos de natureza técnica destacam-se os seguintes:

- Agendamento de reuniões com os grupos de professoras de ambas as escolas selecionadas com o apoio dos Enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos;
- Agendamento dos momentos de aplicação dos Instrumentos/Escalas, divulgação do PRT e elaboração dos cronogramas das sessões (Anexo IV e V);
- Seleção dos espaços e preparação dos recursos (dispositivos audiovisuais, colchões, aquecedores, mantas) para garantir o ambiente adequado aquando da realização do programa;
- Preparação do guião do PRT (Anexo VII).

A realização do programa decorreu entre fevereiro e maio de 2016, abrangendo o 2º e 3º períodos letivos, sendo na primeira e última sessão realizada a avaliação inicial e final respetivamente.

## 5.5 - TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos foram tratados estatisticamente com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* na versão 22, foram utilizadas medidas descritivas, nomeadamente medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão, valores máximos e valores mínimos).

Para proceder à análise de confiabilidade dos instrumentos de medida recorreu-se ao cálculo do coeficiente *alfa de Cronbach* e para comparação das médias obtidas entre as avaliações (inicial e final) foi utilizado o *teste t* para amostras emparelhadas, após se ter testado a normalidade da distribuição do score total da amostra através do teste de Kolmogorov-Smirnov e se ter verificado que a distribuição da amostra é normal ( $p=0,144$ ). Foi fixado para o nível de significância o valor máximo de 0,05.

## 5.6 - INSTRUMENTOS DE MEDIDA DAS VARIÁVEIS

Neste subcapítulo, pretende-se descrever os instrumentos selecionados para a medição das variáveis dependentes, fazendo breve referência às respetivas características e apresentando os resultados da sua análise de conteúdo baseada na avaliação da consistência interna.

Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP 18 itens) (versão reduzida) Scales of Psychological Well-being – short form (Ryff & Keyes, 1995). Tradução e adaptação de Novo, Duarte-Silva & Peralta (1997).

Nos finais da década de 80, Ryff et al. 1989, como referido por Machado (2010), na procura da operacionalização deste conceito, apresentam um Modelo Multidimensional baseado em nove conceitos, tais como, a Maturidade; Mudanças da personalidade no ciclo vital; Tendências Básicas de vida; Estados Psicossociais; Sentido de Vida; Saúde Mental; Individualização; Autorrealização e Pessoa em Funcionamento Pleno.

Os autores propõem um modelo síntese que permite transpor os limites do modelo do bem-estar subjetivo, possibilitando a inclusão do bem-estar no âmbito da saúde mental positiva. O modelo sugere seis dimensões nucleares do funcionamento psicológico:

Autonomia (itens 1,7,13) – sentimento de autodeterminação e capacidade de Autorregulação;

Domínio do meio (itens 2, 8, 14) – capacidade de gerir a própria vida e as exigências extrínsecas ao indivíduo;

Crescimento pessoal (itens 3, 9, 15) – sentimento de desenvolvimento contínuo e a abertura a novas experiências de vida necessárias à maximização do seu potencial;

Relações positivas com os outros (itens 4, 10, 16) – determinação de relações positivas e altruístas com os outros;

Objetivos de vida (itens 5, 11, 17) – definição e propósitos de vida estimulam o desenvolvimento mental que permite a atribuição de significação/importância à existência e à autorrealização pessoal;

Aceitação de si (itens 6, 12, 18) – percepção e aceitação dos múltiplos aspetos do indivíduo.

Estas seis dimensões psicológicas permitem a análise de um fator de ordem superior que é o bem-estar psicológico global ( Ventura, 2016, p. 6).

As seis dimensões constituem escalas validadas como medidas independentes, contudo, podem ser aplicadas combinadas. Neste estudo, é usada a versão de 18 itens (anexo VI), com seis dimensões e três itens por dimensão, avaliados numa escala de tipo Likert de seis pontos variando a pontuação de '1' (discordo completamente) a '6' (concordo completamente) (Ryff & Keyes, 1995), utilizada por ser breve e pela economia de tempo.

#### *Análise de fidelidade*

Foi realizado o estudo de análise da consistência interna da EBEP salientando-se os seguintes resultados. (tabela 1, em Apêndice).

Apesar de se verificar um Coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,841, que é satisfatório, os valores das correlações com o total da escala inerentes aos itens 1 - “Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas” ( $r = - 0,113$ ) e 13 - “Tenho tendência a ser influenciada por pessoas com opiniões firmes” ( $r = 0,043$ ), são baixos, sendo que no caso do item 1, a correlação é negativa. Após a análise, optou-se pela manutenção dos itens uma vez que pretendíamos usar a versão integral da escala, mas também, porque a sua eliminação iria prejudicar a sua consistência interna.

O coeficiente alfa (0,841) é inferior ao valor encontrado no estudo de validação do instrumento para a população portuguesa (0,93). Embora não tenha sido considerada na versão original, uma alfa global para o conjunto das seis dimensões, no estudo de validação para a população portuguesa ele foi proposto, porque se mostrou psicometricamente mais consistente e adequado que os indicadores por dimensão, na

diferenciação dos níveis de Bem-estar psicológico (BEP) (Novo, 2005 como referido por Novo, 2002).

Na mesma tabela, podem também ser observados os valores da média e o desvio padrão das pontuações obtidas na nossa amostra, para cada um dos itens da escala. Constata-se que os valores de média mais elevada correspondem aos itens 3 - “Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo” ( $5,05 \pm 1,37$ ), e 9 - “Sinto que ao longo do tempo me tenho desenvolvido bastante como pessoa” ( $4,95 \pm 1,09$ ); por outro lado, os valores com menor média correspondem aos itens 2 - “Sinto-me frequentemente, esmagado(a) pelo peso das responsabilidades” ( $3,77 \pm 1,90$ ), e 7 “Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim” ( $3,68 \pm 1,36$ ).

Escala de Perceção de Stress – EPS, 13 itens (Ribeiro & Marques, 2009)

Trata-se de uma Escala de Perceção do Stresse (EPS), segundo os autores, uma medida de avaliação global do stresse, porque se propõe avaliar o “grau em que um indivíduo aprecia os seus acontecimentos de vida como stressantes” (Kawarck & Mermelstein como referidos por Ribeiro e Marques, 2009).

Na avaliação e validação deste instrumento para a população portuguesa, a EPS assume uma perspetiva teórica considerando que a pessoa é responsável na interação que faz com o meio ambiente em que está inserido, uma vez que depende de si própria a análise que faz dos acontecimentos de vida. É uma escala breve com adequada consistência interna de acordo com a teoria clássica dos testes (Cohen et al. como referido por Pais Ribeiro e Marques, 2009, p. 239).

Aqueles autores propõem uma escala a ser utilizada como uma medida de resultados, no entanto, questionam se deverá ser considerada uma medida de stresse no sentido em que realça as consequências percebidas do stresse e da análise feita às questões.

A EPS (Anexo VI) é um instrumento que identifica com facilidade a prevalência de aspetos emocionais associados à perturbação emocional, ao distresse, necessitando de clarificação quanto ao stresse que se pretende medir (Ribeiro & Marques, 2009).

#### *Análise de fidelidade*

A EPS é um instrumento constituído por 13 itens avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos, variando entre 1 (nunca) e 5 (muitas vezes).

A análise da consistência interna cujos resultados se apresentam na tabela 2 em Apêndice, foi realizada no momento de avaliação inicial. O valor global de consistência

interna (alfa de *Cronbach* de 0,790) é inferior ao do estudo de Ribeiro e Marques, (2009) onde a consistência interna da EPS com 13 itens é de 0,880.

Contudo, os resultados sugerem algumas considerações: os itens 4 - “No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas?” ( $r=-0,175$ ), e 12 - “No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo” ( $r=-0,607$ ) apresentam correlações negativas com o total da escala. A exclusão destes itens faria aumentar o seu coeficiente alfa, no entanto os ganhos em termos de fidelidade seriam desprezíveis pelo que se optou por não os excluir. Por outro lado, tal como aconteceu com a EBEP, pretendemos utilizar a versão integral da escala.

Na mesma tabela, observam-se os valores da média e o desvio padrão das pontuações obtidas na avaliação inicial, pré PRT, para cada item. Verifica-se que os valores de média mais elevados correspondem aos itens 3 – “No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou “stressado”?” ( $3,73\pm 1,12$ ) e 12 – “No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?” ( $3,77\pm 0,685$ ), e que os valores com menor média correspondem aos itens 6 – “No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?” ( $2,64\pm 0,658$ ) e 9 – “no último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?” ( $2,64\pm 0,790$ ). Ainda se observa que os valores do desvio padrão se situaram entre o valor mínimo de 0,653 (item 10) e 1,192 (item 8) nesta avaliação inicial realizada antes do PRT.

Escala Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD - 7), (Spitzer et al. 2006)

Este instrumento foi elaborado por Spitzer et al. (2006) e validado por Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan e Löwe (2007), de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV).

A GAD – 7 (Anexo VI) foi inicialmente desenvolvida para diagnosticar o transtorno de ansiedade generalizada. É proveniente da avaliação específica do distúrbio de pânico, da ansiedade social, e stresse pós traumático, logo, avalia casos de ansiedade severa, assinalando valores de 0;1;2;3, para respostas de categorias tais como “ Nenhum dia”; “ Vários dias”; “ Mais de metade dos dias”; e “ Quase todos os dias” respetivamente.

#### *Análise de Fidelidade*

A GAD 7 é um instrumento constituído por 7 itens avaliados numa escala tipo Likert.

O total dos valores dos 7 itens ocorre entre 0 e 21 pontos, sendo que os valores de 0 a 4 representam ‘nenhuma ansiedade’; os valores de 5 a 9 representam ‘alguma ansiedade’; os valores de 10 a 14 representam ‘ansiedade moderada’; e os valores de 15 a 21 representam ‘ansiedade extrema’ (Sousa, et al. 2015).

A análise à consistência interna da GAD 7, cujos resultados se apresentam na tabela 5, foi realizada no momento de avaliação inicial. O valor global de consistência interna mostra um alfa de Cronbach de 0,955, com todos os itens a apresentarem correlações elevadas com o total da escala (0,914).

Na mesma tabela, observam-se os valores da média e o desvio padrão das pontuações obtidas na avaliação inicial, pré PRT, para cada item. Verifica-se que os valores de média mais elevada correspondem aos itens 3 – “Demasiado preocupado com diferentes coisas” ( $2,50 \pm 0,964$ ), e 4 – “Problemas em relaxar” ( $2,50 \pm 1,185$ ) e que o valor com menor média corresponde ao item 7 – “Sinto medo como se algo terrível está para acontecer” ( $1,82 \pm 1,097$ ),

Ainda se observa que os valores do desvio padrão se situaram entre o valor mínimo de 0,922 (item 1) e 1,185 (item 4). Os valores de alfa de *Cronbach* obtidos no nosso estudo (0,955) são superiores aos obtidos no estudo de validação para a população portuguesa da GAD 7, realizado por Sousa et al. (2015), no qual os autores obtiveram um valor de alfa de *Cronbach* de 0,880.

Como se verificou, a avaliação de consistência interna foi realizada em cada uma das escalas de forma a perceber a sua fiabilidade, como na teoria quanto mais elevada é a consistência interna dos instrumentos, mais os enunciados dos itens se correlacionam, portanto, maior é a sua homogeneidade.

Em referência aos estudos realizados com estas escalas por diferentes autores, salientam-se que os valores do alfa obtidos neste estudo são igualmente satisfatórios.



## 6 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos em conformidade com os objetivos propostos e as hipóteses formuladas para o presente estudo.

Verifica-se a existência de diferença nos níveis de ansiedade, stresse e bem-estar antes de realizadas as intervenções, em função da idade das participantes. Para esse efeito transformou-se a variável “ idade” numa variável nominal com duas categorias: “ 43;53”; “54;63”.

Realizou-se o teste t para amostras independentes e verificou-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Ansiedade:  $P_{(20)} = 0,597$ ; Stresse  $P_{(20)} = 0,297$ ; Bem-estar:  $P_{(20)} = 0,251$ .

Repetiu-se a mesma análise para a variável “ tempo de docência”, que neste caso, foi recodificada numa variável ordinal com 3 classes:  $\leq 20$  anos; 21 a 30 anos;  $\geq 31$  anos.

Realizou-se o teste anova que revelou existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos para a variável ansiedade ( $F = 3,660$ ;  $P = 0,045$ ). Para as restantes variáveis as diferenças não foram significativas, Stresse:  $F = 0,458$ ;  $p = 0,258$ ; Bem-estar:  $F = 0,955$ ;  $p = 0,402$ )

Serão apresentados em tabelas sínteses os resultados referentes à exploração dos efeitos de um Programa de Relaxamento Terapêutico (PRT) no Bem-estar Psicológico (BEP), na diminuição dos níveis de Ansiedade e na diminuição da perceção do Stress das mulheres (professoras) que exercem a sua atividade na Escola 2 e Escola 1 (Agrupamento de Escolas Coimbra Sul).

### 6.1 – EXPLORAÇÃO DOS EFEITOS DO PRT NO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DE MULHERES PROFESSORAS

Com o propósito de testar a H1: “O Programa de Relaxamento Terapêutico aumenta o bem-estar das professoras do Ensino Básico (2º e 3º Ciclos)”, realizou-se um teste t para amostras emparelhadas utilizando os scores obtidos com a escala EBEP antes e após a realização do PRT.

Como se observa na tabela 6, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias globais da avaliação inicial e final ( $p = 0,115$ ). No entanto, após a análise dos resultados obtidos nas diferentes dimensões da EBEP: ‘Autonomia’,

‘Domínio do Meio’, ‘Crescimento Pessoal’, ‘Relações Positivas com os outros’, ‘Objetivos de vida’ e ‘Aceitação de Si’, observa-se a existência de valores que indicam uma evolução positiva nas dimensões ‘Relações Positivas com os Outros’ e ‘Objetivos de vida’, sendo os resultados estatisticamente significativos, respetivamente  $p=0,017$  e  $p=0,039$

Tabela 3 - Evolução do Bem-estar psicológico das professoras (n= 22) nas seis dimensões da EBEP - 18 itens (Ryff & Keyes, 1995)

Subescalas (BEP)	Avaliação Inicial (pré PRT) (média ± DP)	Avaliação Final (pós PRT) (média ± DP)	Diferença de médias (média ± DP)	$t_{(21)}$	$p$
Autonomia - Item (1;7;13)	12,59 ± 2,462	12,36 ± 2,682	0,227 ± 2,927	0,364	0,719
Domínio do meio - Item (2;8;14)	12,00 ± 3,625	12,41 ± 2,462	-0,409 ± 3,863	-0,497	0,625
Crescimento Pessoal - Item (3;9;15)	14,23 ± 3,023	15,05 ± 1,812	-0,818 ± 3,065	-1,252	0,224
Relações positivas com outros - Item (4;10;16)	13,68 ± 2,662	14,82 ± 2,594	-1,136 ± 2,054	-2,595	0,017*
Objetivos de vida - Item (5;11;17)	13,68 ± 3,759	15,55 ± 2,425	-1,864 ± 3,968	-2,203	0,039*
Aceitação de si - Item (6;12;18)	13,59 ± 2,806	14,27 ± 2,186	-0,682 ± 2,715	-1,780	0,252
EBEP (total)	79,77 ± 13,409	84,45 ± 9,704	-4,682 ± 13,368	-1,643	0,115

\* $p < 0,05$

## 6.2 – EXPLORAÇÃO DOS EFEITOS DO PRT NA DIMINUIÇÃO DA PERCEÇÃO DE STRESS EM MULHERES PROFESSORAS

No âmbito da verificação da H2: “O Programa de Relaxamento Terapêutico diminui a perceção de stresse das professoras do Ensino Básico (2º e 3º Ciclos)”, realizou-se o teste  $t$  para amostras emparelhadas utilizando os scores obtidos com a EPS antes e após a realização do PRT. Os resultados apresentados na tabela 7 permitem verificar a existência de uma diminuição da média global dos scores, sendo as diferenças estatisticamente significativas ao nível da Perceção de Stresse ( $p= 0,00$ ).

Tabela 4 - Evolução da Perceção do Stress das professoras (n= 22) nos dois momentos de avaliação através da EPS, - 13 itens (Ribeiro & Marques, 2009).

	Avaliação Inicial (pré PRT) (média ± DP)	Avaliação Final (pós PRT) (média ± DP)	Diferença de Médias (média ± DP)	$t_{(21)}$	$p$
EPS (total)	40,36 ± 6,59	34,45 ± 7,00	5,91 ± 6,18	4,485	0,00

### 6.3 – EXPLORAÇÃO DOS EFEITOS DE UM PRT NA DIMINUIÇÃO DOS NÍVEIS DE ANSIEDADE EM MULHERES PROFESSORAS

Para a verificação da hipótese H3: “O Programa de Relaxamento Terapêutico diminui o nível de ansiedade das professoras do Ensino Básico (2º e 3º Ciclos)”, recorreu-se mais uma vez ao teste *t* para amostras emparelhadas utilizando os scores obtidos com a GAD 7 pré e após a realização do PRT. Os resultados apresentados na tabela 8 permitem verificar a existência de uma diminuição da média global dos scores obtidos, sendo as diferenças estatisticamente significativas para um erro tipo I de 0,05 ( $p=0,038$ ).

Tabela 5 - Evolução da Ansiedade das professoras (n= 22) nos dois momentos de avaliação através da escala GAD – 7 (Spitzer et al. 2006)

	Avaliação Inicial (pré PRT) (média ± DP)	Avaliação Final (pós PRT) (média ± DP)	Diferença de Média (média ± DP)	<i>t</i> (21)	<i>p</i>
GAD7 (total)	15,56±6,46	12,64±3,86	2,91±6,80	2,006	0,038

Em suma, sintetizando os resultados obtidos, pode-se afirmar que relativamente à evolução ao Bem-estar Psicológico das professoras, apesar de não se ter verificado mudanças significativas em termos globais, salientam-se as mudanças positivas observadas nas dimensões ‘Relações Positivas com os Outros’ e ‘Objetivos de Vida’ sugerindo portanto que o PRT interfere na promoção do Bem-estar Psicológico das professoras, apesar de não validar a hipótese na sua globalidade. Quanto à perceção de stresse, dada a evolução positiva e estatisticamente significativa, aceita-se a hipótese formulada, evidenciando a validade do programa na diminuição da Perceção do Stresse das professoras. Por fim, destacam-se igualmente os resultados obtidos inerentes aos níveis de ansiedade, visto que os mesmos sugerem uma evolução positiva no favorável à validação da hipótese formulada, podendo-se afirmar que o referido programa é eficaz na diminuição dos níveis de Ansiedade.



## **7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

No presente capítulo, optou-se por incluir os resultados obtidos neste estudo considerados relevantes seguindo-se uma avaliação crítica com referência a limitações e aspetos positivos; compreende também a comparação dos referidos resultados tendo como referência os conceitos anteriormente referidos no capítulo inerente ao enquadramento teórico e aos estudos considerados pertinentes no domínio.

Conforme foi anteriormente referido, sabe-se que os professores pertencem a um grupo profissional onde a exigência ao nível da comunicação e, sobretudo, das relações interpessoais na atividade profissional é crescente. Acresce a pressão da sociedade para que seja este grupo a contribuir para educação e resolução de problemas sociais, ao mesmo tempo que formam os estudantes (Dias & Queirós, 2010).

Para além das exigências inerentes à atividade profissional, outros fatores interferem no bem-estar dos professores, nomeadamente as reformas educativas nacionais, que envolvem adaptações constantes conduzindo esta problemática para questão central (Patrão et al. 2012).

O presente estudo surge com o objetivo de explorar os efeitos de um Programa de Relaxamento Terapêutico na promoção do bem-estar psicológico, na diminuição da perceção do stresse e dos níveis de ansiedade das professoras do Ensino Básico (2º e 3º Ciclos). A mostra foi constituída só por professoras, visto que alguns estudos realizados no âmbito do stresse ocupacional têm revelado que as professoras, em relação aos professores, sentem maiores dificuldades relacionadas com a variável tempo, excesso de trabalho, problemas de saúde física, carreira docente, exaustão emocional e os comportamentos inadequados e de indisciplina dos alunos (Gomes et al. 2010). Para além disso, outros estudos realizados no âmbito do Bem-estar, stresse, ansiedade e professores, tanto nacionais como internacionais, as amostras de professores são constituídas maioritariamente por professoras, (Gomes, 2010; Gouveia, 2010; Patrão, Rita e Maroco, 2012; Martins, Violante e Torres, 2015), mostrando a pertinência da escolha da amostra.

Realizou-se um estudo pré experimental que envolveu 22 professoras a exercer funções de docência em escolas cuja abrangência é a Unidade de Cuidados na

Comunidade Norton de Matos em Coimbra com o propósito de explorar os efeitos de um PRT tendo por base os focos de enfermagem selecionados: Bem-estar; ansiedade e stresse.

Considerando os resultados obtidos no presente estudo, salienta-se a evolução do Bem-estar Psicológico das professoras, apesar de não se ter verificado mudanças significativas em termos globais; tais efeitos são evidenciados pelas mudanças positivas observadas nas dimensões 'Relações Positivas com os Outros' e 'Objetivos de Vida'. Sugerindo portanto que o PRT interfere na promoção do Bem-estar Psicológico das professoras, apesar de não validar a hipótese na sua globalidade. Quanto à perceção de stresse, dada a evolução positiva e estatisticamente significativa, aceita-se a hipótese formulada, evidenciando a validade do programa na diminuição da Perceção do Stresse das professoras.

Por fim, destacam-se igualmente os resultados obtidos inerentes aos níveis de ansiedade, visto que os mesmos sugerem uma evolução positiva no favorável à validação da hipótese formulada, podendo-se afirmar que o referido programa é eficaz na diminuição dos níveis de Ansiedade.

Considera-se relevante a oportunidade de implementação de um programa desta natureza no âmbito de inserção da UCC Norton de Matos com os seguintes aspetos em destaque: recetividade das escolas; disponibilidade das professoras e o reconhecimento do papel do enfermeiro especialista em saúde mental na comunidade neste domínio.

Em referência às limitações do presente estudo, salientam-se as inerentes ao tipo de estudo realizado, pré-experimental que se caracteriza pelo desenho *antes-após* com grupo único, uma vez que poderá implicar ameaças à validade interna por não ter um grupo de controlo (Fortin, 1999).

Relativamente ao PRT (variável independente), salientam-se as características inerentes à Técnica de Jacobson selecionada como a predominante em todas as sessões e a adequação da sua periodicidade semanal em função da disponibilidade das professoras.

Em referência aos instrumentos de medida das variáveis selecionados, foram utilizados procedimentos técnicos de adaptação, tendo por base a avaliação da consistência interna (Coeficiente alfa de *Cronbach*), nomeadamente o alfa de *Cronbach* global de 0,955 da Escala GAD 7 (*General Anxiety Disorder*) – (Spitzer, Williams, Kroenke, 2006) seguindo-se o alfa de *Cronbach* 0,841 da Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) - (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997), e por fim o alfa de

*Cronbach* global de 0,790 da Escala de Percepção do Stresse (EPS) - (adaptada por Ribeiro e Marques, 2009). Como resultado da operação de validação interna dos referidos instrumentos, salienta-se a manutenção de todos os seus itens, uma vez que os valores das correlações obtidos foram considerados alguns muito bons e outros satisfatórios.

Como referência no âmbito da discussão dos resultados obtidos neste estudo, salientam-se os estudos realizados nos domínios da enfermagem de saúde mental e da psicologia.

Partindo da perspetiva que se preocupa com a atividade psicológica positiva, apoiada em valores humanistas e existenciais que refletem a capacidade de autorrealização (Ventura 2016, como referido por Ryan & Deci, 2001) e no âmbito da operacionalização do conceito de BEP (Ryff e Keyes, 1995), salientam-se os efeitos positivos do PRT em análise na evolução das dimensões 'Relações Positivas com os Outros' e 'Objetivos de vida', apesar de os resultados globais não indicarem diferenças entre médias com valores significativos, sugerindo portanto que o PRT interfere na promoção do Bem-estar Psicológico das professoras, apesar de não se poder validar a hipótese na sua globalidade. Estes resultados não corroboram os resultados encontrados por Fonseca (2013), no estudo realizado com mulheres vítimas de violência.

Curiosamente, no que se refere ao efeito do PRT sobre as 'Relações Positivas com os Outros', correspondendo à capacidade de ter relacionamentos acolhedores, ser preocupado com o bem-estar dos outros, desenvolvendo empatia e entender como é o relacionamento entre pessoas, e indo ao encontro das teorias do desenvolvimento humano, conforme Ryff, 1989; Ryff e Keyes, 1995; Ryff e Singer, 2008 como referido por Machado (2010), parece-nos interessante tal melhoria até porque poderá sugerir um efeito positivo do referido programa no âmbito da promoção da saúde mental, reforçando os fatores protetores (Ribeiro & Marques, 2009).

No mesmo sentido, sublinha-se o efeito positivo do PRT em análise, na dimensão 'Objetivos de vida' visto que estes traduzem indicadores favoráveis ao desenvolvimento pessoal com sentido e propósitos de vida constituir uma contribuição positiva na superação das crises e perdas que poderão ocorrer ao longo da vida (Fernandes, 2007). Também Meleis (2010), em referência aos processos de transições, especificamente nos padrões de resposta como indicadores de processo, sublinha a importância da pessoa sentir-se apoiada pelas pessoas significativas e

capaz de construir redes de apoio. Nesta perspectiva, este processo requer que o indivíduo seja pró ativo na sua literacia em saúde, na sua atitude e comportamentos.

Ora, sabendo que os professores, no exercício da sua atividade profissional, dadas as suas exigências (Dias e Queirós, 2010), correm riscos associados ao desenvolvimento da Síndrome de *burnout* (Andrade e Cardoso, 2012; Patrão, et al. 2012); considerando ainda que as mulheres em relação aos homens são mais sensíveis à depressão e à ansiedade, (OMS, 2009), parece-nos importante investir na promoção do bem-estar psicológico deste e de outros grupos profissionais de modo a dar resposta às diretivas internacionais (AESST, 2012; OMS 2009) e nacionais (MS 2010 - 2016). Neste sentido, é de realçar a importância do papel do EESM (OE, 2012), em contexto de cuidados de saúde primários especialmente no âmbito da promoção da saúde mental.

Quanto à exploração dos efeitos do programa de relaxamento terapêutico na diminuição da perceção de stresse em mulheres professoras verificou-se a existência de uma redução da média global dos scores, sendo as diferenças estatisticamente significativas ao nível da Perceção de Stresse. Logo, dada a evolução positiva, aceita-se a hipótese formulada, evidenciando a validade do programa na redução da Perceção do Stresse das professoras. Estes resultados corroboram os resultados do estudo realizado por Borges e Ferreira (2013). Este estudo envolveu uma amostra de enfermeiros aparentemente saudáveis, foram evidentes as vantagens de implementação de programas na gestão do stresse laboral com recurso à técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, utilizada no PRT em análise.

Aqueles vão igualmente ao encontro dos resultados obtidos por Freitas (2015) através de num estudo quase-experimental que envolveu uma amostra de professores indicando a melhoria na perceção do stresse após a execução de um programa de relaxamento com características semelhantes ao PRT.

Por fim, relativamente à exploração dos efeitos do PRT em análise, conforme podemos verificar nos resultados anteriormente apresentados, observou-se uma evolução positiva, o que sugere a aceitação da hipótese formulada, levando a afirmar, que este tipo de programas é eficaz na diminuição dos níveis de Ansiedade nas professoras. Estes resultados reforçam as evidências neste domínio, visto que é sobejamente conhecida a indicação terapêutica de programas desta natureza perante o foco de ansiedade como referem os autores Brasio, Lalon, Fernandes, Bezerra (2003); Almeida, Sousa, Bachion, Silveira (2005); Serra (2011). Estes resultados corroboram os resultados encontrados em alguns estudos realizados neste domínio (por exemplo, Freitas, 2015; Fonseca, 2013).

Seguindo a perspectiva positiva e salutogénica, considera-se útil o investimento na promoção da saúde mental dos professores baseada em programas de relaxamento terapêutico, uma vez que se trata de um grupo exposto a elevados níveis de stress ocupacional tal como os numerosos estudos indicam, acresce igualmente a preocupação no investimento na promoção da saúde mental das mulheres, visto que são as mulheres que apresentam maiores prevalências no âmbito das perturbações psiquiátricas comuns (OMS 2011).

Neste quadro, atendendo à necessidade urgente de mudança de paradigma de cuidados de saúde com ênfase nos modelos positivos, salutogénico e ecológicos Hoyos et al. (2011); Nunes (2000) e considerando a organização dos cuidados de saúde primários e especialmente a natureza das Unidades de Cuidados na Comunidade OE (2011); OMS (2009), que comporta a existência de projetos de promoção da saúde, sublinha-se a criação de projetos de promoção da saúde mental no âmbito laboral, com a participação ativa do enfermeiro especialista em saúde mental (OMS 2009).



## CONCLUSÃO

Tendo em conta as reformas educativas e as pressões institucionais e comunitárias exercidas no quotidiano das professoras e ainda, atendendo que as evidências indicam serem as mulheres que apresentam índices mais elevados de sofrimento emocional, considera-se importante o contributo dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental, dadas as suas competências, na promoção da saúde mental das professoras no âmbito dos cuidados na comunidade.

Neste contexto, apoiados nos modelos de promoção salutogénico e ecológico e aproveitando a oportunidade de integrar a equipa do projeto estruturante Promoção do Bem-estar sócio emocional do indivíduo e grupos ao longo da vida inserido na Unidade de Investigação em Ciências de Saúde: Enfermagem, cuja intervenção tem extensão à comunidade, através do projeto Desvendar, na Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos de Coimbra, decidiu-se realizar o presente trabalho de investigação a fim de responder à questão: “Quais os efeitos de um Programa de Relaxamento Terapêutico no aumento do bem-estar psicológico, na diminuição do stresse e da ansiedade nas professoras do Ensino Básico (2º e 3º Ciclos)?”. Tendo como referência os objetivos definidos no presente estudo podemos sublinhar os seguintes efeitos do PRT em análise na promoção da saúde mental das professoras:

Interfere no aumento do Bem-estar Psicológico dadas as mudanças positivas nas dimensões ‘Relações Positivas com os Outros’ e ‘Objetivos de Vida,’ apesar de não validar a hipótese na sua globalidade;

Interfere na diminuição da perceção de stresse;

Interfere igualmente na diminuição dos níveis de ansiedade.

Portanto, pode-se concluir que um programa de relaxamento terapêutico é eficaz na promoção da saúde mental, com especial relevância na diminuição da perceção de stresse e de ansiedade. Para além disso, destaca-se a sua contribuição no reforço de fatores protetores da saúde mental, dada a sua interferência na construção de relações interpessoais e na superação de eventuais crises e perdas que poderão ocorrer ao longo da vida dada aquela interferência nas dimensões do bem-estar psicológico anteriormente referidas.

Ora, considerando que a conceção de programas de intervenção psicossocial é da competência dos EESM torna-se necessário a compreensão das diferentes

problemáticas para ênfase dos focos de enfermagem e desse modo contribuir para a promoção da saúde mental.

Sabe-se que um PRT é indicado perante situações de ansiedade e stresse. Contudo, dado o interesse em explorar as suas potencialidades na promoção da saúde mental e considerando os resultados obtidos no bem-estar psicológico, sugere-se a continuidade dos estudos neste domínio e ainda a formulação de estratégias que possam favorecer a validação deste tipo de programas neste domínio, como por exemplo estudos *quasi-experimentais* com grupo de controlo, e conceção de programas que possam envolver mais sessões.

Sugere-se a criação de programas com metodologias interativas e inovadoras no sentido de divulgar e favorecer a visibilidade dos mesmos e ainda de estender a outros grupos para ter oportunidade de aprender a realizar o relaxamento de modo autónomo no controlo das emoções.

No sentido de contribuir para a mudança de paradigma, sugere-se maior investimento na área da promoção da saúde com a contribuição do enfermeiro especialista em saúde mental no âmbito dos cuidados de saúde primários. Naturalmente que são necessárias mudanças nas políticas de saúde envolvendo mais recursos humanos disponíveis, mais formação contínua e maior envolvimento dos indivíduos e grupos na participação ativa nos programas de promoção da saúde mental.

Neste domínio, para a concretização dos objetivos do presente estudo, considerou-se relevante a receptividade das escolas, disponibilidade das professoras e o reconhecimento do papel do enfermeiro especialista em saúde mental na comunidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. (2010). *A influência dos traços de personalidade no burnout dos professores*. Recuperado de [https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=565981](https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=565981)
- Agencia Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2012). *Promoção da saúde mental no local de trabalho. Resumo de um relatório de boas práticas. FACTS-102*, pp. 1-2. Recuperado de <https://osha.europa.eu/pt>
- Almeida, J., Funk, M., Faydi, E., Drew, N., & Sarraceno, B. (2007). Effective and humane mental health treatment and care for all. *Mental Health in Family Medicine* (pp. 1-29). doi: 10.1186/1752-4458-1-2
- Andrade, P., & Cardoso, T. (2012). *Prazer e Dor na Docência: revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Burnout*. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/13.pdf>
- Apóstolo, J., Figueiredo, M., Mendes, A., & Rodrigues, M. (2011). Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_17.pdf)
- Borges, E., & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: estratégia de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602013000200006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602013000200006&lng=pt&tlng=pt).
- Carrondo, E. (2006). *Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/6276>
- Coordenação Nacional Para a Saúde Mental; Alto Comissariado da Saúde; Ministério da Saúde. (2008). "Juntos pela Saúde Mental e Bem-Estar". Conferência Europeia de Alto Nível, 1-9. Bruxelas. Recuperado de <http://www.taniapinto.pt/uploads/1/4/5/9/14595340/pactoeuropeu-saudemental.pdf>
- Correia, D. T. (2014). *Manual de Psicopatologia (2ª ed.)*. Lisboa: LIDEL
- Fernandes, A., Mendes, A., Leitão, M., Gomes, S., Amaral, A., & Bento, M. C. (2016). A contribuição da enfermagem portuguesa para o acesso e cobertura universal em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* doi: 10.1590/1518-8345.1068.2671

- Fernandes, H. (2007). *O bem-estar psicológico em adolescentes: uma abordagem centrada no florescimento humano* (Tese de doutoramento). Recuperado de [https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/63/1/phd\\_hmgfernandes.pdf](https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/63/1/phd_hmgfernandes.pdf)
- Fonseca, M. (2013). *Relaxamento terapêutico com vítimas de violência doméstica do corpo sentido ao bem – estar... um percurso de emoção e cognição*. (Tese de Mestrado). Recuperado de <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27312&code=319>
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização* (3º ed). Loures, Portugal: Lusociência Editora
- Freitas, G. (2015). *Estresse, ansiedade e qualidade de vida em professores: efeitos do relaxamento progressivo*. (Tese de Mestrado). Recuperado de <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/135941/000858348.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gomes, A., Montenegro, N., Peixoto, A., & Peixoto, A. (2010). Stress ocupacional no ensino: um estudo com professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Psicologia & Sociedade*; 587-597. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a19.pdf>
- Gomes, J., & Loureiro, M. (2013). O lugar da investigação participada de base comunitária na promoção da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 - 48. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v31n1/v31n1a05.pdf>
- Gonçalves, R., Pedrosa, L., Oliveira, M., Silva, Q., Abreu, R., & Pinho, P. (2013). Promoção da saúde mental: ações dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10 | 49,. 49-55. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n10/n10a08.pdf>
- Gouveia, C. (2010). *Burnout, ansiedade e depressão nos professores* (Tese de Mestrado) Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Portugal. Recuperado de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2742/3/ulfp037556\\_tm\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2742/3/ulfp037556_tm_tese.pdf)
- Hoyos, G., Borjas, D., Ramos, A., & Meléndez, R. (2011, Outubro-Dezembro). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8, pp. 16-21. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
- INE, & INSA. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa, Portugal: INE.

Recuperado de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>

International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE\* versão 2*. Lisboa, Portugal:Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/.../ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>

*Instruction manual, Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 Measures*. (s.d.). Recuperado de [www.phqscreeners.com](http://www.phqscreeners.com).

Loureiro, L., & Gameiro, M. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência, III Série - n.º 3*, 151-162. Recuperado de <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=17983&code=849194067>

Machado, W. (2010). *Escala de bem-estar psicológico: adaptação para o português brasileiro e evidências de validade* (Tese de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Brasil. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10183/29716>

Martins, C., Violante, E., & Torres, F. (2015). Stresse na Profissão Docente: Um Estudo Exploratório numa Escola Secundária. 135-155. Recuperado de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium48/8.pdf>

Martins, M. (2005). A Promoção da saúde: percursos e paradigma. *Revista de saúde Amato Lusitano*, 42-46. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.11/93>

Meleis AI. *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer; 2010. ISBN 978-8261-0534-6

Melo-Dias, C., Rosa, A., & Pinto, A. (2014). Atividades de ocupação terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 15-23. Recuperado de <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=105978&code=3038300be89f46dd3dbed29334dfe5bf59ae595>

Miguel, L., & Sá, A. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011 - 2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016, 10-11. Recuperado de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/CSP1.pdf>

- Ministério da Ciência. (2014). *Programa de apoio à promoção e educação para a saúde*. Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://www.dge.mec.pt>
- Ministério da Educação e Ciência, Inspeção Geral da Educação e Ciência. *Avaliação externa das escolas, Relatório Agrupamento de Escolas Coimbra Sul*. Lisboa recuperado de [http://www.ige.min-edu.pt/upload/AEE\\_2014\\_Centro/AEE\\_2014\\_AE-CoimbraSul\\_R.pdf](http://www.ige.min-edu.pt/upload/AEE_2014_Centro/AEE_2014_AE-CoimbraSul_R.pdf)
- Ministério da Saúde. (2012). *SNS. Recalendarização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-saude-mental-pdf.aspx>
- Ministério da Saúde. (2016). *Desenvolvimento dos CSP durante o período 2011-2016. PARTE II*. Recuperado de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/CSP1.pdf>
- Murcho, N., Pacheco, E. & Neves de Jesus, S. (2016). Transtornos Mentais Comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um Estudo de Revisão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (15), 30-36. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0129>
- Novais, P., Batista, K., Grazziano, E., & Amorim, M. (2016). Efeito do relaxamento muscular progressivo como intervenção de enfermagem no estresse de pessoas com esclerose múltipla. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, pp. 1-9. doi:101590/1518 - 8345.1257.2789
- Novo, R. (2005). We need more than self-reports: contributo para a reflexão sobre as estratégias de avaliação do bem-estar. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, (9), pp. 477-495. Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/17832/1/2005%20BEP%20Revista%20Psicologia%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20%26%20Cultura.pdf>
- Nunes, L. (2000). O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. IV Congresso Português de Sociologia - *Sociedade Portuguesa: Passados Recentes, Futuros Próximos*, 17-19. Recuperado de [http://www.aps.pt/cms/docs\\_prv/docs/DPR462e0a1588ba7\\_1.PDF](http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e0a1588ba7_1.PDF)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Recuperado de

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2009). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários, Uma perspectiva global*, 23-46. Recuperado de [http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2011). *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*, 49-57. Recuperado de [http://www.who.int/ageing/mulheres\\_saude.pdf](http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf)

Ribeiro, J., & Marques, T. (2009). A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stresse. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 237-248. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36218589008>

Patrão, I., Rita, J., & Maroco, J. (2012). Avaliação do burnout em professores: Contributo para o estudo de adaptação do CBP-R. *Psychology, Community & Health*, 179–188. Recuperado de [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1779/1/PCH%202012%201\(2\)%20179%E2%80%93188.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1779/1/PCH%202012%201(2)%20179%E2%80%93188.pdf)

Payne, R. – *Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. Loures: [s.n.] 2003. ISBN 972-8383-41-X

Pedro, N. (2011). Auto-eficácia e satisfação profissional dos professores: colocando os construtos em relação num grupo de professores do ensino básico e secundário. *Revista de Educação*, XVIII (1), 23-47. Recuperado de [http://revista.educ.ie.ulisboa.pt/arquivo/vol\\_XVIII\\_1/artigo2.pdf](http://revista.educ.ie.ulisboa.pt/arquivo/vol_XVIII_1/artigo2.pdf)

Rita, J., Patrão, I., & Sampaio, D. (2010). Burnout, Stress Profissional e Ajustamento Emocional em Professores Portugueses do Ensino Básico e Secundário. In U. d. Minho (Ed.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1151 - 1161 Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.12/1531>

Rodrigues, M. (2012). Os desafios da política de educação no século XXI. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 68, 171 - 176. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n68/n68a08.pdf>

Ruivo, J., Sebastião, J., Rafael, J., Afonso, P., & Nunes, S. (2008). Ser Professor - Satisfação Profissional e Papel das Organizações de Docentes. *Serviços Editoriais e de Comunicação do IPCB*. Recuperado de [http://www.ensino.eu/media/5541/Ser\\_professor\\_satisfacao\\_profissional.pdf](http://www.ensino.eu/media/5541/Ser_professor_satisfacao_profissional.pdf)

Santos, F. et al., (2011). Análisis del modelo salutogénico en españa: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública*, 85, 129-139. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/170/17020112002.pdf>.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora

Serra, A. (2011). *O Stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Lisboa: Gráfica de Coimbra, Lda.

Silva, M., Mourisco, S., Silva, S., Mota, A., & Montenegro, N. (2006) Problemas e desafios no exercício da actividade docente: Um estudo sobre o stress, "burnout", saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Revista Portuguesa de Educação*, 67 - 93. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a19.pdf>

Sousa, T., Viveiros, V., Chai, M., Filipe, V., Jesus, G., Carnot, M., Ferreira, P. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. Universidade de Coimbra. Pfizer doi: 10.1186/s12955-015-0244-2

Tolletti, G. (2011). Contributo dos enfermeiros na implementação de intervenções psicossociais (IPS) dirigidas a pessoas com doença mental grave. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (5). 7-13. Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602011000100002&lng=pt&tling=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000100002&lng=pt&tling=pt).

Townsend, M. – *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – conceitos de cuidado na prática baseados na evidência*. 6º ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-61-5

Trindade, I., & Teixeira, J. (2000). Análise psicológica. Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença - Intervenção privilegiada em psicologia da saúde *Análise Psicológica*, 18 (1), 3-14. Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312000000100001&lng=pt&tling=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312000000100001&lng=pt&tling=pt)., pp. 3 - 14.

Ventura, C. (2016). *Associações entre o bem-estar psicológico e o sentimento de pertença à escola na adolescência*(Tese de mestrado). Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/33118/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Catarina%20Raquel%20Ventura%20-%202016.pdf>

WHO. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Ottawa, Canadá.

Zorzi Gatt, M., Ribeiro Leão, E., Paes da Silva, M., & Giesbrecht Puggina, A. (2004).  
Comparação entre os níveis de ansiedade e stress apresentados e percebidos pela  
equipe de enfermagem. *Enfermería Global* (5). Recuperado de  
<http://revistas.um.es/eglobal/article/download/540/593>



## **ANEXOS**



## **ANEXO I - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA**



## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

**Parecer Nº 323\_01-2016**

**Título do Projecto:** Promoção da saúde mental das professoras do ensino básico: contributos do enfermeiro especialista bem cuidados de saúde primários.

### Identificação do Proponente

**Nome(s):** Vânia Marisa dos Santos Figueiredo Rodrigues; Maria Isabel Dias Marques; Amorim Gabriel Santos Rosa.

**Filiação Institucional:** ESENfC

**Investigador Responsável/Orientador:** Maria Isabel Dias Marques

**Relator:** Rogério Manuel Clemente Rodrigues

### Parecer

Os proponentes propõem-se desenvolver, no âmbito de dissertação de mestrado, estudo com os objectivos de "Avaliar o impacto de um programa de relaxamento terapêutico sobre o bem-estar psicológico, stress ocupacional e manifestações emocionais das professoras."

O estudo é definido como "Quasi experimental".

Os participantes serão professoras do ensino básico a exercer funções em escolas abrangidas na área geográfica do Centro de Saúde Norton de Matos.

Com base nos documentos apresentados:

- É justificada a utilidade do estudo para a população participante;
- Estão definidos os critérios de inclusão;
- É apresentado documento de solicitação de autorização às instituições onde leccionam as participantes;
- Pressupõe-se que o contacto com os participantes será efectuado pelos proponentes;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;
- É apresentado documento para obtenção do consentimento;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- É indicado o número de sessões e o nome da técnica de relaxamento a implementar no grupo experimental;
- Os instrumentos de recolha de dados são apresentados;
- Não são identificados danos, ou custos, para os participantes, sendo evidenciados os eventuais benefícios que, se positivos os dados obtidos no grupo experimental, podem resultar da implementação do programa de intervenção proposto.

O parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo, salvaguardando que a sua realização não pode dispensar a obtenção da autorização das entidades a partir das quais se obtêm os dados que permitirão constituir a amostra.

O relator:

Data: 09/03/2016

O Presidente da Comissão de Ética:



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Escola Superior de  
Enfermagem  
de Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

Mais Interesses, Melhor Ciência



**ANEXO II: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO FORMAL INSTITUCIONAL AO  
AGRUPAMENTO DE ESCOLAS COIMBRA SUL (ESCOLA 1)**





Ex.ma. Dr.<sup>a</sup> Margarida Girão

Escola Alice Gouveia  
R. Pedro Nunes, 3030-199 Coimbra  
Com Conhecimento Dr.<sup>a</sup> Adelaide Almeida

**Assunto: Pedido de autorização para estudo de investigação – “Promoção da saúde mental das professoras do ensino básico: contributos do enfermeiro especialista em Cuidados de Saúde Primários”.**

Pela presença de ansiedade e mal-estar físico e psicológico que envolve a atividade docente considera-se importante investir na promoção da saúde mental das professoras. Neste sentido, propõe-se a realização de um estudo intitulado por “Promoção Da Saúde Mental Das Professoras Do Ensino Básico: Contributos Do Enfermeiro Especialista Em Cuidados De Saúde Primários” com o objetivo de avaliar o impacto de um programa de relaxamento terapêutico sobre o bem-estar psicológico e stresse das professoras.

Pretende-se realizar um estudo do tipo experimental, que envolve uma amostra com professoras do ensino básico, a exercer funções em escolas abrangidas na área geográfica do Centro de Saúde Norton de Matos, implicando a organização de dois grupos, grupos experimental e de controlo. O grupo experimental é sujeito ao programa de Relaxamento Terapêutico baseado essencialmente na técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson. Prevê-se a realização deste programa durante o ano letivo 2015/2016. Para explorar os efeitos do programa são utilizados os seguintes instrumentos de medida: bem-estar psicológico - Escala BEP (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997) e stresse - Escala de Perceção do Stresse (adaptada por Ribeiro e Marques, 2009). A eficácia vai ser testada através do método quantitativo, baseada em duas avaliações antes e após o mesmo.

Este estudo é parte integrante de um plano de investigação mais amplo, incluído no projeto de investigação intitulado “Promoção do bem-estar sócio emocional do indivíduo e grupos ao longo da vida”, e será realizado no âmbito do IV Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pela estudante Vânia Rodrigues com a orientação da Professora Isabel Marques, Enfermeira Especialista em Saúde Mental inserida na equipa da UCCNorton de Matos. Neste quadro, vimos pedir autorização para que seja permitida a realização de trabalho de campo.

Na expectativa de uma resposta favorável, tão breve quanto possível, apresentamos os nossos agradecimentos.

Com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 07 de Janeiro de 2016  
A Orientadora  
Maria Isabel Dias Marques

A Mestranda  
Vânia Marisa Dos Santos F. Rodrigues



**ANEXO III: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO FORMAL INSTITUCIONAL AO  
AGRUPAMENTO DE ESCOLAS COIMBRA SUL (ESCOLA 2)**





Ex.ma. Dr.<sup>a</sup> Ana Margarida Pires Miranda Poças Marques  
Escola Quinta das Flores  
R. Pedro Nunes, 3030-199 Coimbra  
Com Conhecimento Dr.<sup>a</sup> Glória Saster e Dr.<sup>a</sup> Pilar Carreiro

**Assunto: Pedido de autorização para estudo de investigação – “Promoção da saúde mental das professoras do ensino básico: contributos do enfermeiro especialista em Cuidados de Saúde Primários”.**

Pela presença de ansiedade e mal-estar físico e psicológico que envolve a atividade docente considera-se importante investir na promoção da saúde mental das professoras. Neste sentido, propõe-se a realização de um estudo intitulado por “Promoção Da Saúde Mental Das Professoras Do Ensino Básico: Contributos Do Enfermeiro Especialista Em Cuidados De Saúde Primários” com o objetivo de avaliar o impacto de um programa de relaxamento terapêutico sobre o bem-estar psicológico e stresse das professoras.

Pretende-se realizar um estudo do tipo experimental, que envolve uma amostra com professoras do ensino básico, a exercer funções em escolas abrangidas na área geográfica do Centro de Saúde Norton de Matos, implicando a organização de dois grupos, grupos experimental e de controlo. O grupo experimental é sujeito ao programa de Relaxamento Terapêutico baseado essencialmente na técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson. Prevê-se a realização deste programa durante o ano letivo 2015/2016. Para explorar os efeitos do programa são utilizados os seguintes instrumentos de medida: bem-estar psicológico - Escala BEP (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997) e stresse - Escala de Perceção do Stresse (adaptada por Ribeiro e Marques, 2009). A eficácia vai ser testada através do método quantitativo, baseada em duas avaliações antes e após o mesmo.

Este estudo é parte integrante de um plano de investigação mais amplo, incluído no projeto de investigação intitulado “Promoção do bem-estar sócio emocional do indivíduo e grupos ao longo da vida”, e será realizado no âmbito do IV Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pela estudante Vânia Rodrigues com a orientação da Professora Isabel Marques, Enfermeira Especialista em Saúde Mental inserida na equipa da UCCNorton de Matos. Neste quadro, vimos pedir autorização para que seja permitida a realização de trabalho de campo.

Na expectativa de uma resposta favorável, tão breve quanto possível, apresentamos os nossos agradecimentos.

Com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 07 de Janeiro de 2016  
A Orientadora  
Maria Isabel Dias Marques

A Mestranda  
Vânia Marisa Dos Santos F. Rodrigues



**ANEXO IV: CRONOGRAMA DO PROGRAMA DE RELAXAMENTO TERAPÊUTICO  
AO AGRUPAMENTO DE ESCOLAS COIMBRA SUL (ESCOLA 2)**



**CONVITE**  
**AÇÃO DE CURTA DURAÇÃO**  
**Bem-estar sócio emocional dos professores**

**Participe e partilhe os seus saberes e experiências, beneficiando de Relaxamento Terapêutico que será realizada na Escola 1 nos dias:**

**24/2– 17h15; 29/2– 18h; 7/3– 18h; 10/3– 18h; 14/3– 18h; 17/3– 18h**

**Plano de Atividades**

24/02 17h15	29/02 18h	07/03 18h	10/03 18h	14/03 18h	17/03 18h
Apresentação do grupo (avaliação inicial) Introdução do programa (Quais as expectativas e sugestões) Aplicação dos instrumentos	Conceito de bem-estar/ diferença de bem-estar subjetivo e objetivo	Interferência das emoções no bem-estar socio-emocional	Prevenção e controlo emocional	Relaxamento Terapêutico	Reflexão final sobre a importância do relaxamento Avaliação dos instrumentos
<b><u>Relaxamento Terapêutico</u></b>	<b><u>Relaxamento Terapêutico</u></b>	<b><u>Relaxamento Terapêutico</u></b>	<b><u>Relaxamento Terapêutico</u></b>	<b><u>Relaxamento Terapêutico</u></b>	<b><u>Relaxamento Terapêutico</u></b>



**Enf. Vânia Rodrigues, Enf. Isabel Marques (Enfermeira Especialista e Professora da Esenf)**



**ANEXO V: CRONOGRAMA DO PROGRAMA DE RELAXAMENTO TERAPÊUTICO  
AO AGRUPAMENTO DE ESCOLAS COIMBRA SUL (ESCOLA 2)**



**CONVITE**  
**AÇÃO DE CURTA DURAÇÃO**

**Bem-estar sócio emocional dos professores**

**Participe e partilhe os seus saberes e experiências, beneficiando de Relaxamento Terapêutico que será realizada na Escola 2 nos dias:**

**02/03– 17h; 09/03– 17h; 16/03– 17h; 06/04– 17h; 13/04– 17h; 20/04– 17h**

**Plano de Atividades**

<b>02/03 17h</b>	<b>09/03 17h</b>	<b>16/03 17h</b>	<b>06/04 17h</b>	<b>13/04 17h</b>	<b>20/04 17h</b>
Apresentação do grupo (avaliação inicial) Introdução do programa (Quais as expectativas e sugestões) Aplicação dos instrumentos	Conceito de bem-estar/ diferença de bem-estar subjetivo e objetivo	Interferência das emoções no bem-estar socio-emocional	Prevenção e controlo emocional	Relaxamento Terapêutico	Reflexão final sobre a importância do relaxamento Avaliação Aplicação dos instrumentos
<b><u>Relaxamento Terapêutico</u></b>	<b><u>Relaxamento Terapêutico</u></b>	<b><u>Relaxamento Terapêutico</u></b>	<b><u>Relaxamento Terapêutico</u></b>	<b><u>Relaxamento Terapêutico</u></b>	<b><u>Relaxamento Terapêutico</u></b>



**Enf. Vânia Rodrigues, Enf. Isabel Marques (Enfermeira Especialista e Professora da Esenf)**



## **ANEXO VI: QUESTIONÁRIO**



## QUESTIONÁRIO

No âmbito da intervenção da Promoção do Bem-Estar Sócio Emocional dos Professores do EB inserido no Programa Melhor Querer, Melhor Bem-Estar da Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos, vimos pedir a sua colaboração para que se possa realizar uma experiência piloto no sentido de se avaliar a eficácia do Relaxamento Terapêutico no Bem-Estar das Professoras. Neste quadro, vimos pedir-lhe que preencha o presente questionário que inclui a Escala de Bem-Estar Psicológico (Versão Reduzida), a Escala de Perceção de Stresse e ainda um pequeno questionário de caracterização.

### ESCALAS DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO (Versão Reduzida)\*

	Discordo	Discordo em Grande	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande	Concordo
1. Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.	1	2	3	4	5	6
2. Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
3. Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.	1	2	3	4	5	6
4. Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante.	1	2	3	4	5	6
5. Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.	1	2	3	4	5	6
6. Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.	1	2	3	4	5	6
7. Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	1	2	3	4	5	6
8. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer.	1	2	3	4	5	6

\* Scales of Psychological Well-being – short form (Ryff & Keyes, 1995). Tradução e Adaptação de Novo, Duarte-Silva & Peralta (1997)

9. Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.	1	2	3	4	5	6
10. Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.	1	2	3	4	5	6
11. Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.	1	2	3	4	5	6
12. Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.	1	2	3	4	5	6
13. Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.	1	2	3	4	5	6
14. Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.	1	2	3	4	5	6
15. Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.	1	2	3	4	5	6
16. Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.	1	2	3	4	5	6
17. Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.	1	2	3	4	5	6
18. Em muitos aspectos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida.	1	2	3	4	5	6

**Questionário de Caracterização: Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

Género: ♀                      -                      ♂	Idade:
Tempo de Exercício na Docência:	
Área de Residência:	

### **ESCALA DE PERCEPÇÃO DE STRESS (Ribeiro e Marques, 2009)**

Nesta escala fazemos perguntas acerca dos seus sentimentos e pensamentos que ocorreram no último mês. Em cada uma pedimos para indicar com que frequência você se sentiu ou pensou de determinada maneira. Embora algumas das questões sejam parecidas, há diferenças entre elas e deverá responder a cada uma como uma questão diferente. A melhor maneira de o fazer é responder a cada questão rapidamente. Ou seja, não se preocupe em lembrar do número de vezes que se sentiu de determinada maneira. Em vez disso assinale a alternativa que lhe pareça uma

estimativa razoável. As alternativas que pode escolher são: “Nunca”; “Quase Nunca”, “Algumas vezes”; “Com muita frequência”; e “Muitas Vezes”

### ESCALA DE PERCEPÇÃO DE STRESS (Ribeiro e Marques, 2009)

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Com muita frequência	Muitas vezes
1.No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente? *	A	B	C	D	E
2. No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida? *, **	A	B	C	D	E
3. No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou “stressado”? *	A	B	C	D	E
4. No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas? (1)	A	B	C	D	E
5. No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida? (1)	A	B	C	D	E
6. No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais? (1)	A	B	C	D	E
7. No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria? *, **, (1)	A	B	C	D	E
8. No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha para fazer? *	A	B	C	D	E
9. No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações? *, (1)	A	B	C	D	E
10. No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor? *, (1)	A	B	C	D	E
11.No último mês com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo? *	A	B	C	D	E
12. No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?	A	B	C	D	E
13. No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar? *, **	A	B	C	D	E

Código único:.....

(3 ou 4 caracteres)

### Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)

Ao longo das últimas duas semanas, com que frequência se tem aborrecido por alguns dos seguintes problemas?

(Por favor, use um "X" para indicar a sua resposta)

	Nenhum dia	Vários dias	Mais de metade dos dias	Quase todos os dias
1- Nervoso, ansioso ou à beira disso	0	1	2	3
2- Não ser capaz de parar ou de controlar a preocupação	0	1	2	3
3- Demasiado preocupado com diferentes coisas	0	1	2	3
4- Problemas em relaxar	0	1	2	3
5- Estar tão inquieto que é difícil estar parado	0	1	2	3
6- Aborreço-me e irrito-me com facilidade	0	1	2	3
7- Sinto medo como se algo terrível está para acontecer	0	1	2	3
	Nenhuma	Alguma	Muita	Extrema
<b>Se verificou outros problemas, que dificuldade teve para trabalhar, cuidar das coisas em casa ou conviver com outras pessoas?</b>				

**Toma medicação, diariamente, para controlar as emoções (ansiedade, tristeza)?**

Sim  Não

**Toma medicação, diariamente, para dormir**

Sim  Não

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO**

## **ANEXO VII: GUIÃO PARA RELAXAMENTO TERAPÊUTICO**



## **GUIÃO PARA TREINO DE RELAXAMENTO TERAPÊUTICO (ADAPTADO)**

“Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular, e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si. Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior.

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços, e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada, e serena. Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz. Agora a sua respiração é totalmente suave, relaxada, em paz, e todos os seus músculos se encontram relaxados.

**Testa:** Concentre-se agora nos músculos da testa e esqueça os restantes músculos do corpo. Enrugue a sua testa subindo-a para cima... sinta a forte tensão sobre a ponta do nariz e ao redor das sobrancelhas... (pausa). Agora pode relaxar muito lentamente focando a sua atenção sobre os pontos que estavam mais tensos... é como se os seus músculos tivessem desaparecido, estando totalmente relaxados.

**Olhos:** Feche os olhos apertando-os com força... sinta a tensão em toda a zona à volta dos olhos, em cada pálpebra... concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe lentamente e note as diferenças de sensações... os músculos estão relaxados, sem tensão.

**Face:** Force um sorriso, todos os músculos da face e boca estão tensos... os seus lábios e as bochechas estão tensos e rígidos... (pausa). Relaxe agora esses músculos... Note as sensações nos diferentes músculos, sem pressão, sem tensão.

**Queixo:** Aperte os dentes com força... sinta os músculos contraídos, tensos... (pausa). Pouco a pouco, relaxe a boca, sinta como os músculos se apagam e se relaxam.

**Pescoço:** Contraia os músculos do pescoço... sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço... os músculos estão tensos...

(pausa). Relaxe lentamente o pescoço... os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.

**Membros superiores:** Levante o seu braço direito e com o seu punho fechado faça força... o seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro... concentre-se na forma como aumenta a tensão... (pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial... sinta como os seus músculos estão perdidos, apagados... completamente relaxados.

Levante o seu braço esquerdo, e com o seu punho fechado faça força... o seu braço está o mais rígido que pode, está tenso desde a mão até ao ombro... concentre-se na forma como aumenta a tensão... (pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial.

**Membros inferiores:** Contraia os músculos da sua perna direita, esticando o seu pé direito, exercendo a máxima tensão... Sinta a contracção do pé até à coxa... (pausa). Relaxe lentamente a sua perna direita e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

Contraia os músculos da sua perna esquerda, esticando o seu pé esquerdo, exercendo a máxima tensão... Sinta a contracção do pé até à coxa... (pausa). Relaxe a sua perna esquerda e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

**Região dorsal:** Arquee as suas costas para a frente, se necessário com a ajuda dos braços... Sinta a tensão em toda a coluna, nos ombros e ao fundo das costas... Concentre a sua atenção nas zonas de tensão... (pausa). Relaxe-se gradualmente, voltando à posição inicial... Note o desaparecimento da tensão nos músculos envolvidos... Estão completamente relaxados.

**Região torácica:** Faça força no seu peito, torne-o mais rígido, tentando contraí-lo como se quisesse reduzir os pulmões... Concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe gradualmente o seu peito... Sinta a sensação dos músculos soltos, sem tensão.

**Região abdominal:** Contraia fortemente os músculos da barriga, até que a sinta dura como uma tábua... Sinta a tensão em redor do umbigo... (pausa). Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza... Todos os músculos estão completamente relaxados.

**Região sacro-coccígea:** Concentre-se nos músculos abaixo da cintura... Contraia todos os músculos dessa zona em contacto com o chão... Contraia as nádegas e as

coxas com toda a força... (pausa). Pode relaxar lentamente todos os músculos... Sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento.

Está completamente relaxada... Todos os músculos estão leves... O seu corpo está solto e totalmente relaxado... mantenha os olhos fechados... Inspire e expire lentamente, relaxando todo o seu corpo, da cabeça até aos pés... Inspire novamente... Expire o ar lentamente...

Permaneça deitada apreciando o seu estado de relaxamento.

## **FINAL**

Sente os músculos dos braços e das mãos relaxados

Deixe que eles continuem a relaxar...

Sente os músculos da face e do pescoço relaxados

Continue a deixar que eles se mantenham profundamente relaxados...

Sente os músculos das pernas e dos pés relaxados

Deixe que esses músculos se mantenham profunda e completamente relaxados...

Sente-se calma, relaxada e pensa para si própria "É tão bom sentir-me assim..."

Suavemente prepara-se para abandonar este exercício...

Vou contar de trás para a frente de 5 até 0...

**5.** Sente-se calma, mais tranquilo... sabe que o relaxamento está dentro de si...

**4.** Vai aprender que pode transportar o relaxamento para onde quiser, o relaxamento está dentro de si...

**3.** Muito devagar e suavemente pode mexer as pernas e os pés

**2.** Muito devagar e suavemente pode mexer os braços e as mãos... pode espreguiçar-se lentamente

**1.** Devagar pode mexer o pescoço e a cara, lentamente pode ir abrindo os olhos como se acabasses de acordar...

**0.** Suavemente transporte consigo essa sensação de calma... Sabe que o relaxamento está dentro de si e que o pode levar para onde quiser... Transporte-o para o aqui e agora... regressando a esta sala... terminado assim o seu exercício de relaxamento.



## APÊNDICES



**APÊNDICE I:** Tabela 1 - Avaliação da consistência interna e valores da média dispersão dos itens da escala EBEP - 18 itens (Ryff & Keyes, 1995), no momento de avaliação inicial.

Item	Avaliação	Pré PRT		
		Média ± D/p <sup>(1)</sup>	r <sup>(2)</sup>	α <sup>(3)</sup>
1. Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.		4,50 ± 1,371	-0,113	0,858
2. Sinto-me, frequentemente, “esmagado (a)” pelo peso das responsabilidades.		3,77 ± 1,901	0,594	0,824
3. Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.		5,05 ± 1,527	0,146	0,848
4. Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante.		4,86 ± 1,490	0,351	0,838
5. Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.		4,55 ± 1,738	0,634	0,822
6. Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.		4,18 ± 1,259	0,458	0,833
7. Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.		3,68 ± 1,359	0,485	0,831
8. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer.		4,27 ± 1,077	0,226	0,842
9. Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.		4,95 ± 1,090	0,560	0,829
10. Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.		4,14 ± 1,320	0,373	0,836
11. Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.		4,41 ± 1,260	0,614	0,826
12. Gosto da maior parte dos aspetos da minha personalidade.		4,64 ± 0,658	0,602	0,833
13. Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.		4,41 ± 1,141	0,043	0,849
14. Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.		3,95 ± 1,495	0,683	0,820
15. Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.		4,23 ± 1,716	0,674	0,819
16. Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.		4,68 ± 1,555	0,366	0,837
17. Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.		4,73 ± 1,695	0,703	0,818
18. Em muitos aspetos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida.		4,77 ± 1,602	0,551	0,827
18 Itens		n = 22; α total= 0,841		

(1) Desvio padrão; (2) Correlação de item total corrigida (3) Alfa de Cronbach se o item for excluído



**APÊNDICE II:** Tabela 2 - Avaliação da consistência interna e valores da média dispersão dos itens da escala EPS, - 13 itens (Ribeiro & Marques, 2009) no momento de avaliação inicial.

Item	Avaliação	Pré PRT		
		Media ± D/p <sup>(1)</sup>	r <sup>(2)</sup>	α <sup>(3)</sup>
1. No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente?		3,64 ± 1,002	0,642	0,754
2. No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?		2,91 ± 1,192	0,748	0,737
3. No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou "stressado"?		3,73 ± 1,120	0,617	0,755
4. No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas?		2,86 ± 0,834	-0,175	0,821
5. No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?		3,18 ± 0,958	0,231	0,793
6. No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?		2,64 ± 0,658	0,521	0,772
7. No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?		3,14 ± 0,941	0,650	0,754
8. No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha para fazer?		3,23 ± 1,152	0,443	0,774
9. No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?		2,64 ± 0,790	0,466	0,773
10. No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?		2,95 ± 0,653	0,594	0,767
11. No último mês com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?		3,18 ± 1,006	0,836	0,733
12. No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?		3,77 ± 0,685	-0,607	0,838
13. No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?		2,50 ± 1,144	0,432	0,776
13 itens		n = 22; α total = 0,790		

Legenda: (1) Desvio padrão; (2) Correlação de item total corrigida (3) Alfa de Cronbach se o item for excluído



**APÊNDICE III:** Tabela 3 - Avaliação da consistência interna e valores da média dispersão dos itens da escala GAD – 7 (Spitzer et al., 2006) no momento de avaliação inicial.

Item	Avaliação	Pré PRT		
		Média ± D/p <sup>(1)</sup>	r <sup>(2)</sup>	α <sup>(3)</sup>
1. Nervoso, ansioso ou à beira disso;		2,23 ± 0,922	0,864	0,947
2. Não ser capaz de parar ou cont... a preocupação;		2,18 ± 0,958	0,804	0,951
3. Demasiado preocupado com diferentes coisas;		2,50 ± 0,964	0,941	0,940
4. Problemas em relaxar;		2,50 ± 1,185	0,822	0,950
5. Estar tão inquieto que é difícil estar parado;		2,09 ± 1,151	0,887	0,944
6. Aborreço-me e irritado-me com facilidade;		2,23 ± 0,973	0,830	0,949
7. Sinto medo como se algo terrível está para acontecer;		2,82 ± 1,097	0,797	0,952
7 Itens		n = 22; α total =		

(1) Desvio padrão; (2) Correlação de item total corrigida (3) Alfa de *Cronbach* se o item for excluído