



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**VULNERABILIDADE AO STRESS NOS ENFERMEIROS
NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Maria da Conceição Martins Lourenço

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**VULNERABILIDADE AO STRESS NOS ENFERMEIROS
NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Maria da Conceição Martins Lourenço

Relatório de estágio orientado por:

Professor Doutor José Edmundo Sousa

Lisboa

2012



"O riso é o sol que afugenta o Inverno do rosto humano."

Victor Hugo (escritor francês) – 1802-1885

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor José Edmundo Sousa, pela sua paixão pela Saúde Comunitária e pela inovação, pela sua disponibilidade, pelo apoio e pela motivação constantes no decurso desta etapa. Obrigada pela ajuda, nos momentos cruciais, a encontrar o caminho adequado!

À Senhora Enfermeira Maria do Céu Gonçalves, responsável pelo meu estágio, pela sua simpatia, disponibilidade, partilha de conhecimentos, sendo uma mais-valia na concretização do projeto.

Ao Conselho Clínico do ACES de A., especialmente à Senhora Enfermeira Anjos Garcia, pela sua influência no parecer favorável para a implementação do projeto e no horário de estágio.

À equipa da Unidade de Saúde Pública do ACES de A., pelo acolhimento excecional e por toda a cooperação durante o estágio.

Aos enfermeiros pertencentes ao ACES de A., pela paciência, colaboração e entusiasmo demonstrados na participação deste projeto.

Aos colegas e amigos que partilharam comigo os seus saberes e afeto, ajudando-me a realizar este trabalho.

À minha família, pelo seu apoio e generosidade incondicionais.

RESUMO

O stress é uma das doenças que afetam o Homem moderno. Esta patologia é definida como “o grande mal do nosso tempo” e tem vindo a aumentar a sua prevalência nas sociedades economicamente desenvolvidas. A vulnerabilidade ao stress pode ser considerada como uma relação específica que se estabelece entre o indivíduo e uma determinada situação diária, tendo em conta que cada indivíduo possui diferentes estratégias para lidar com o stress.

O stress na profissão de enfermagem tem sido objeto de estudo de muitos investigadores e é reconhecido como um problema significativo para os enfermeiros. A enfermagem comunitária, focada na comunidade, encontra-se especialmente habilitada para capacitar os indivíduos, através da promoção da saúde e prevenção da doença.

O projeto realizado no ACES A. com 74 profissionais de enfermagem teve como objetivo geral promover a capacitação dos enfermeiros do ACES de A. para a utilização de estratégias, de modo a lidar com a vulnerabilidade ao stress, no local de trabalho. O Planeamento em Saúde, de acordo com Tavares, Imperatori e Giraldes, foi utilizado como metodologia, e, como referencial teórico o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

No diagnóstico de situação, para avaliar a vulnerabilidade dos enfermeiros ao stress, foi aplicado um questionário composto por três partes: introdução, colheita de dados sociodemográficos e Escala de Vulnerabilidade ao Stress – 23 Q.V.S. (Adriano Vaz Serra, 2000). Os resultados demonstraram que em 74 enfermeiros, 18 profissionais apresentam vulnerabilidade ao stress. O processo de capacitação dos enfermeiros foi promovido através da aplicação dos efeitos benéficos que o riso produz nas diferentes partes do corpo humano (utilizado para superar problemas físicos, psicológicos e sociais). O Yoga do Riso surgiu em 1995, e é uma dinâmica de grupo onde se trabalha a interação, o contato visual e o rir sem motivo.

A realização do projeto contribuiu para o reconhecimento da existência da vulnerabilidade ao stress em enfermeiros de cuidados de saúde primários e capacitação desses profissionais. Este percurso contribuiu também para o desenvolvimento do perfil de competências específicas, no âmbito da especialidade em enfermagem comunitária.

Palavras-chave: Stress, vulnerabilidade ao stress, enfermagem comunitária, planeamento em saúde, yoga do riso.

ABSTRACT

Stress is one of the diseases that affect modern man. It's defined as "the great evil of our time" and has been increasing its prevalence in economically developed societies. Vulnerability to stress can be considered as a specific relationship established daily between the individual and a given situation, taking into account that each individual has different strategies to cope with stress.

Stress in the nursing profession has been studied by many researchers and is recognized as a significant problem for nurses. Community nursing, focused on the community itself, is specially qualified to empower individuals through health promotion and disease prevention.

The project held at ACES of A. with the participation of 74 nursing professionals aimed to promote their training in the use of strategies to cope with the vulnerability to stress in workplace. Health Planning, according to Tavares, Imperatori and Giraldes, was used as a methodology, and Betty Neuman's Systems Model as theoretical reference.

In the diagnosis of the situation made to assess the vulnerability of nurses to stress we applied a three-part questionnaire: introduction, collection of sociodemographic data and Vulnerability to Stress Scale – 23 QVS (Adriano Vaz Serra, 2000). Results showed that 18 of 74 nurses are vulnerable to stress. The learning process of nurses was promoted through the application of the beneficial effects produced by laughter in different parts of the human body (used to overcome physical, psychological and social problems). Laughter Yoga introduced in 1995 consists of a group dynamics in which interaction, visual contact and gratuitous laughter are encouraged.

The accomplishment of this project contributed to the recognition of the existence of vulnerability to stress in nurses working in primary health care and at the same time to the training of these professionals. This course also contributed to the development of specific skills within the scope of community nursing.

Keywords: Stress, vulnerability to stress, community nursing, health planning, laughter yoga.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPITULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. CONCEITOS RELACIONADOS COM O STRESS	14
1.2. O RISO E A SAÚDE	18
CAPITULO 2 – MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN	20
CAPITULO 3 - METODOLOGIA	22
3.1. JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA	23
3.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	23
3.3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	32
3.4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	33
3.5. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	35
3.6. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS	36
3.7. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	37
3.8. AVALIAÇÃO	39
CAPITULO 4 – CONCLUSÕES/SUGESTÕES	44
BIBLIOGRAFIA	48
ANEXOS	52
APÊNDICES	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo o local de trabalho	27
Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros do ACES de A., de acordo com a QVS	29
Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros com QVS \geq 43, por unidade de saúde	29
Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros com QVS \geq 43, segundo o local de trabalho	31

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros do ACES de A.	26
Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros com QVS \geq 43, de acordo com as variáveis sociodemográficas	30
Tabela 3 – Cruzamento dos resultados da QVS com a dotação das unidades	32
Tabela 4 – Distribuição do valor de QVS, por ordem decrescente de F1	33
Tabela 5 – Distribuição do valor de QVS, por ordem decrescente de F 5	33
Tabela 6 – Avaliação da percentagem de enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso	39
Tabela 7 – Avaliação da utilidade da atividade, pelos enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso	40
Tabela 8 – Avaliação da linguagem utilizada na atividade, pelos enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso	40
Tabela 9 – Avaliação da duração das sessões, pelos enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso	41
Tabela 10 – Avaliação da continuidade das sessões, pelos enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso	41
Tabela 11 – Avaliação da apreciação global dos enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso	42
Tabela 12 – Emoções referidas pelos enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso	42

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Plano de Intervenção Comunitária	38
---	----

INDICE DE ANEXOS

Anexo I – Diagrama do Modelo de Sistemas de Betty Neuman	53
Anexo II – Autorização de estágio e aplicação do projeto	55
Anexo III – Autorização da identificação do local de estágio	58
Anexo IV – Pedido e autorização de utilização da escala 23 QVS	60
Anexo V – Instrumento de recolha de dados	63
Anexo VI – Certificados de líder de Yoga do riso	68

INDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Cronogramas do projeto (previsto e reformulado)	71
Apêndice II – Dotação utentes/enfermeiro por unidades funcionais	73
Apêndice III – Planos de ação das sessões de Yoga do Riso	75
Apêndice IV – Fotografias das sessões de Yoga do Riso	83
Apêndice V – Instrumento de avaliação das sessões de Yoga do Riso	87

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- CAD – Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção VIH
- CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico
- CPCJr – Comissão de Proteção às Crianças e Jovens em risco
- EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- Km² – Quilómetro quadrado
- Nº. – Número
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- QVS – Escala com 23 Questões que se destinam a avaliar a Vulnerabilidade ao Stress
- SAG – Síndrome de Adaptação Geral
- SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde
- UAG – Unidade de Apoio à Gestão
- UCC – Unidade de Cuidados da Comunidade
- UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
- USF – Unidade de Saúde Familiar
- USP – Unidade de Saúde Pública
- VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudos do 2º Curso de Mestrado – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi solicitada a elaboração de um relatório. De acordo com as características do estágio de intervenção comunitária, selecionou-se como temática do projeto: **“A vulnerabilidade ao stress nos enfermeiros, nos cuidados de saúde primários”**.

Os progressos da ciência e da tecnologia têm sido corresponsáveis por importantes mudanças nas sociedades em geral, e na vida das pessoas em particular, gerando transformações muito rápidas, aumentando a insegurança e causando uma revolução e reavaliação nas formas de pensar, sentir, estar e agir, em todos os âmbitos da atividade humana. Neste contexto, face aos avanços da modernidade, as inovações organizacionais, técnicas e tecnológicas, associadas ao aumento progressivo e significativo do stress ocupacional, têm exigido dos indivíduos uma constante adaptação, consciencialização e habilidade para enfrentar as evoluções e gerir o agravamento do stress. O stress é um fenómeno bio-psicossocial-social, que nos atinge a todos e abrange todas as facetas da nossa vida (pessoal, familiar, profissional, entre outras...).

Em 2001, a Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e do trabalho, efetuou uma pesquisa sobre os problemas de saúde, percebidos pelos trabalhadores europeus, concluindo que cerca de 34% têm dor nas costas, 28% sofrem de stress e cerca de 24% sentem fadiga geral.

Partilhar emoções, ideias, sentimentos, procedimentos, responsabilidades e conflitos, faz com que o trabalho do enfermeiro seja dotado de características muito peculiares. DAMÁSIO (2001, p. 56) refere que “é através dos sentimentos que são dirigidos para o interior e são privados, que as emoções, que são dirigidas para o exterior e são públicas iniciam o seu impacto na mente”. Os sentimentos diversos que emergem dos relacionamentos, fazem dos serviços locais de confrontos em que o prazer, a satisfação, a insegurança, o sofrimento e o stress são vivenciados diariamente com diferentes intensidades.

A escolha da intervenção deve-se ao facto da existência do stress profissional na enfermagem ser reconhecida como um problema significativo para os enfermeiros e, conseqüentemente, ser objeto de estudo de muitos investigadores. Segundo RAPOSO

e HIGINO (1994, p.31) “o stress no trabalho de enfermagem é um facto reconhecido”, estando o enfermeiro submetido a um constante desgaste físico, social e psíquico. A enfermagem é, por natureza, uma profissão portadora de elevados graus de stress, devido à sua especificidade e às pessoas a quem se destinam os seus cuidados. A enfermagem é uma profissão com elevado nível de stress, segundo BENTO e PIRES (1997, p.51) “devido à especificidade das suas tarefas, e às pessoas objecto dos seus cuidados, à falta de autonomia dos profissionais no seu trabalho, à indefinição das tarefas, à elevada pressão a que estão sujeitos, à falta de apoio de superiores”.

Segundo o estudo efetuado em Portugal por CARAPINHEIRO e LOPES (1997), os casos de doenças profissionais ou queixas associadas a doença profissional, em enfermeiros, revela que existe a mesma percentagem de casos (9%) de stress/depressão em serviços hospitalares e em cuidados de saúde primários.

Segundo STANHOPE (1999, p.1015),

“os enfermeiros são (...) os primeiros prestadores de cuidados de saúde com que os indivíduos contactam quando têm problemas de saúde relacionados com o trabalho. Consequentemente (...) estão em posição chave para intervir com populações trabalhadoras aos três níveis de prevenção.”

Assim, estando a Saúde Ocupacional integrada no âmbito da promoção da saúde nas Unidades de Saúde Pública, pode considerar-se que a vulnerabilidade ao stress é uma área de intervenção de enfermagem comunitária. De acordo com o Programa Nacional de Saúde Ocupacional, DGS (2009, p.4), a Saúde Ocupacional é “uma importante área de intervenção em saúde pública”, referindo que o local de trabalho é uma “área prioritária de intervenção”, numa “perspetiva da prevenção primária dos riscos ocupacionais, do desenvolvimento de locais de trabalho saudáveis”. A Saúde Ocupacional tem como meta “promover o bem-estar físico, mental e social no local de trabalho”. Logo, a vulnerabilidade ao stress insere-se na promoção do bem-estar mental dos trabalhadores.

Este relatório descreve o trabalho realizado durante o estágio de Enfermagem Comunitária, que decorreu no período de 3 de outubro de 2011 a 17 de fevereiro de 2012, na Unidade de Saúde Pública do ACES de A. (ver apêndice I).

Nesta intervenção comunitária pretendeu-se, como **finalidade**, reforçar a linha normal de defesa dos enfermeiros com vulnerabilidade ao stress, através da utilização de técnicas/estratégias para minimizar os efeitos negativos do stress.

A intervenção comunitária realizada, as experiências vivenciadas, bem como as competências adquiridas como enfermeira especialista durante o período de tempo referido, foram orientadas pela metodologia do Planeamento em Saúde e pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

O relatório fundamenta toda a intervenção comunitária, tendo por base a descrição e a reflexão do percurso efetuado, dividindo-se em quatro capítulos. No primeiro capítulo encontra-se o enquadramento teórico, onde são abordados os diferentes conceitos relacionados com o stress; o segundo capítulo aborda o Modelo de Sistemas de Betty Neuman que se encontra na base deste trabalho; no terceiro capítulo apresenta-se a metodologia e os resultados e, por último, no quarto capítulo, enunciam-se as considerações finais. Foram colocados em anexo diversos documentos de fundamentação e suporte ao relatório.

CAPITULO 1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo FORTIN (1999), em todos os estudos de investigação deve constar uma revisão bibliográfica, de modo a expor um conjunto de conhecimentos relativos à temática. FORTIN (1999, p. 86) também refere que “este conhecimento permite ao investigador apoiar-se em trabalhos de outros (...) para prosseguir o seu trabalho”.

1.1. CONCEITOS RELACIONADOS COM O STRESS

O stress é uma das doenças que afetam o Homem moderno. Esta patologia é definida como “o grande mal do nosso tempo” e tem vindo a aumentar a sua prevalência nas sociedades economicamente desenvolvidas; no entanto, não podemos considerá-la uma doença recente. De acordo com a OMS (2004), uma em cada quatro pessoas no mundo sofre de patologias neuropsiquiátricas, sendo 40% dessas doenças relacionadas com o stress.

Segundo BECK e EMERY (1985), um indivíduo vulnerável é aquele que tem a perceção de estar sujeito a perigos de natureza externa ou interna, sobre os quais não tem controlo, ou pelo menos não tem controlo para lhe dar um sentido de segurança. De acordo com DOHRENWEND (1998), a **vulnerabilidade ao stress** é o produto da relação que se estabelece entre as forças e fraquezas da predisposição individual e os acontecimentos da vida, havendo um impacto aumentado ou reduzido.

A vulnerabilidade ao stress pode ser considerada como uma relação específica que se estabelece entre o indivíduo e uma determinada situação diária, tendo em conta que cada indivíduo possui diferentes estratégias para lidar com o stress.

Segundo SERRA (1999, p.22) o **stress** tem origem na “discrepância entre o que o indivíduo sente que lhe é exigido e a perceção dos recursos que o indivíduo tem para lidar com a situação”, facto que é alarmado pelo organismo a diversos níveis, sendo estes, segundo o mesmo autor, “fisiológico (imunológico, hormonal e neuronal), psicológico (emocional, cognitivo e comportamental) e social (família, trabalho e comunidade)”.

SERRA (1999, p.16), refere que o stress, “traz algum sabor à vida e pode

constituir um incentivo de realização profissional e pessoal”, desde que se situe num nível intermédio. O stress considerado como prejudicial, é aquele que impele o indivíduo para um dos extremos da escala: num extremo verifica-se a inexistência de estímulos que pode originar sentimentos de melancolia, monotonia e inutilidade e no outro extremo encontra-se um nível elevado de estímulos e/ou exigências que se tornam desgastantes, pois o indivíduo não tem capacidade para as gerir, por falta de meios, quer sejam pessoais e/ou sociais. Foi neste âmbito que SELYE (1983), definiu o stress em eustress (como as condições de stress que são dinamizadoras e contribuem para a realização do indivíduo) e distress (como as condições que têm conotações negativas, pois são desgastantes e improdutivas).

Betty Neuman ao elaborar o Modelo Teórico apoiou-se nas observações realizadas durante a sua prática clínica de Saúde Mental e na Teoria do Stress de Hans Seyle, ao incluir os agentes *stressors* no seu modelo. As experiências de Seyle demonstraram que a exposição contínua a qualquer stress físico ou emocional provocava um Síndrome de Adaptação Geral - SAG, com algumas alterações fitopatológicas. A SAG subdivide-se em 3 fases: (1) fase de excitação - provoca reação de alarme; (2) fase de resistência - provoca uma adaptação e (3) fase de exaustão - provoca danos temporários ou permanentes. O stress ou *stressors* são todos os agentes capazes de estimular a homeostase do organismo vivo e, como consequência da sua magnitude, induzir a uma reação de alarme, podendo levar a rotura do seu ponto de equilíbrio (adaptações estas que poderão assumir um carácter benéfico ou maléfico).

De acordo com CLANCY e MCVICAR (1994), existe a possibilidade do eustress (tipo de stress que causa prazer, que realiza a pessoa e designado de bom stress) se transformar em distress (stress que deriva de fatores negativos, que produzem sofrimento e angústia e que vão contra a maneira de ser e de agir da pessoa, ultrapassando a sua capacidade de adaptação), quando a homeostasia não é restabelecida. Segundo estes autores os fatores de stress existentes no dia a dia são benéficos, pois ativam as reações psicofisiológicas do indivíduo, desencadeando respostas de adaptação, aceitação ou remoção dos fatores desencadeantes, restabelecendo assim a homeostasia. Para além destas designações, surgiram outras **classificações para o stress**, tais como: stress fisiológico (é o stress sentido a nível do organismo, em que ocorrem perturbações fisiológicas, na presença de fatores

desencadeantes de stress); stress psicológico [ocorre quando existe percepção cognitiva do estímulo indutor de stress como situação ameaçadora, desencadeando alterações comportamentais – baseado em SERRA (1999)]; stress agudo [este tipo de stress deriva de acontecimentos recentes, repentinos e agudos, tornando-o um episódio limitado no tempo – baseado em THELAN [et al] (1996)]; stress crónico [é um fenómeno menos aparente, de ocorrência diária, que deriva de acontecimentos duradouros – baseado em THELAN [et al] (1996)] e stress ocupacional [é o stress desencadeado por situações intrínsecas e extrínsecas à profissão – baseado em THELAN [et al] (1996)].

Para SORENSEN (1998, p.331), **fatores ou fontes de stress** são:

“agentes que desafiam as capacidades de adaptação de um organismo ou pessoa. Estas forças geram uma tensão na pessoa e determinam uma resposta ao stress e mesmo doença. Estes factores poderão ter um efeito benéfico ou prejudicial no indivíduo, estando esta causalidade dependente do próprio indivíduo (ou organismo), globalidade de situação, intensidade da fonte de stress e da capacidade de reacção da pessoa”.

Segundo este autor, temos como exemplos de fatores de stress: desportos que requerem alto rendimento por parte do indivíduo; padrão alimentar/dieta desadequada; atividades praticadas no dia a dia (atividades de lazer, o facto de permanecer muito tempo em filas de trânsito, etc.); catástrofes naturais (terramotos, erupções vulcânicas, chuvas intensas com consequentes cheias, etc.); antevisão de acontecimentos causadores de stress (realização de um exame, véspera da apresentação de trabalhos académicos, etc.); alterações corporais de carácter normal (puberdade, menstruação, gravidez, etc.); situações harmoniosas que levam a mudanças súbitas na vida do indivíduo (casamento, nascimento de um filho, entrada para a faculdade, etc.); alterações psicofisiológicas derivadas de doenças, lesões e traumatismos; relações socioculturais conflituosas; instabilidade laboral; não satisfação das necessidades humanas básicas; situações em que o indivíduo é submetido a tratamentos de curta ou longa duração (fisioterapia, dietas, quimioterapia, etc.) e situações imaginárias (visto que as fontes de stress não têm que ser obrigatoriamente reais).

Quando o **stress** ocorre, trás consigo muitos **sinais e sintomas**. SELYE, citado por THELAN [et al] (1996, p.85) “refere-se ao stress como uma resposta não específica

de um indivíduo, a questões ou exigências (...) independentemente da exigência ou da resposta, o corpo faz ajustamentos compensatórios para manter um equilíbrio harmonioso.” Segundo THELAN [et al] (1996) os sinais e sintomas de stress podem ter manifestações físicas, psicológicas e comportamentais. Este mal-estar frequente pode conduzir a reações fisiológicas (dores de cabeça frequentes, perda de peso, insónias, alterações intestinais, etc.), cognitivas (absentismo, abuso de álcool, tabaco ou de drogas, falta de empenhamento, entre outras) e comportamentais (diminuição da autoestima, dificuldade na tomada de decisões, alterações da percepção) que impedem, ainda mais, de lidar eficazmente com os desafios que se colocam.

O stress implica sempre uma adaptação, ou seja, um ajuste do organismo a uma situação nova, no sentido de repor o equilíbrio. Segundo PHIPPS [et al] (1995), um fator de stress pode provocar uma determinada resposta ou reação de adaptação numa pessoa, de inadaptação noutra ou ainda uma total neutralidade numa terceira pessoa. Os tipos de reação ou resposta são influenciados pelas características do estímulo (intensidade, duração e frequência) e pelas características pessoais (estado de saúde, significado que o stressor tem para a pessoa e disponibilidade de recursos e reações de defesa). Para lidar com o stress torna-se então necessário desenvolver **estratégias de adaptação**, que PHIPPS [et al] (1995) designa por “estratégias de superação, ou seja, o meio pelo qual a adaptação tem lugar”. Esta superação corresponde a um processo de interligação entre as reações fisiológicas e cognitivas que desencadeiam esforços perante circunstâncias adversas.

O conceito de *coping*, significa em português “lidar com”. O *coping* refere-se portanto a ações ou pensamentos que a pessoa elabora para lidar com as situações de stress de modo a eliminar, reduzir ou evitar a ameaça, e assim, controlar os acontecimentos.

De acordo com PINHEIRO (2004, p.1) a **resiliência** é a “capacidade que tem um ser humano de se recuperar psicologicamente, quando submetido às adversidades, violências e catástrofes na vida”.

Para CYRUNIK (2004), a resiliência é um processo de superação, como resultado da interação de fatores pessoais, institucionais e/ou do contexto social. Após este processo, o indivíduo não retorna ao estado anterior, não é uma adaptação pura, mas há um desenvolvimento, uma construção de novos caminhos na vida.

Podemos afirmar que resiliência é a capacidade que um indivíduo possui, em determinado momento e de acordo com as circunstâncias, de lidar com a adversidade, não eliminando o problema, mas reformulando o seu significado.

1.2. O RISO E A SAÚDE

Mesmo para os especialistas no assunto, a definição de riso é bastante difícil e mais complexa do que aparenta. O ser humano ri frequentemente, em situações diferentes e por diversas razões (uma surpresa, uma vitória ou um final feliz).

CHRISTIAN ET AL (2004, p.57) referem que:

“o riso é a expressão de uma emoção devido a diversos elementos intelectuais e afetivos, que se demonstra principalmente numa série de aspirações mais ou menos ruidosas, dependendo em grande parte das contrações do diafragma e acompanhadas por contrações involuntárias dos músculos faciais, ressonância da faringe e do véu palatino”.

Segundo HOLDEN (2005, p.42), “rir é uma forma de energia barata, económica, que não polui o ambiente e que pode ativar e animar a nossa constituição física”. O mesmo autor refere que o riso é um tipo benéfico de pressão e de stress que ajuda a prolongar a vida, além de causar relaxamento. Para LAMBERT (1999, p. 22), “ o riso relaxa o corpo e a mente, fortalece as defesas orgânicas, melhora a circulação e a pressão arterial e liberta `endorfinas`, que promovem uma sensação de bem-estar geral”.

Segundo CHRISTIAN ET AL (2004), os efeitos que o riso produz no organismo podem ser utilizados para superar problemas físicos, psicológicos e sociais, sendo múltiplos:

- Físicos – exercício (cada gargalhada interfere com o movimento de cerca de 400 músculos, sendo estimulados como uma sessão de ginástica, em que 5 minutos de riso equivalem a 45 minutos de exercício aeróbico); massagem (relaxamento da coluna vertebral onde se acumulam tensões, massagem dos órgãos internos devido aos movimentos do diafragma); limpeza (lubrificação e limpeza dos olhos com lágrimas e limpeza do nariz e ouvidos através da vibração da gargalhada); oxigenação (aumento da capacidade e da frequência de ar que entra nos pulmões); analgésico (segregação de endorfinas que diminuem a dor e libertação de dopamina e serotonina que melhora o ânimo e tem efeitos

calmantes respetivamente); rejuvenescedor (estica e estimula os músculos da face, tendo um efeito tonificante e antirrugas); sistema circulatório (aumenta a frequência cardíaca e previne o enfarte através da massagem interna dos movimentos do diafragma); sono (as gargalhadas originam uma fadiga saudável que elimina as insónias); calorias (através da libertação de adrenalina produz-se uma perda de calorias);

- Psicológicos – elimina o stress (através da produção de hormonas como as endorfinas e a adrenalina); alivia a depressão (porque aumenta a recetividade e se olha para o lado positivo das situações); exteriorização (através do riso os indivíduos exteriorizam emoções e sentimentos, libertando energia); melhora a autoestima;
- Sociais – tem caráter contagioso, facilita situações socialmente incómodas, melhora o poder comunicativo e as relações interpessoais.

CAPITULO 2 – MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

O modelo teórico utilizado neste projeto é o Modelo Teórico de Betty Neuman, devido a ser um modelo abrangente, com uma visão multidimensional (da pessoa, dos grupos e da comunidade), focalizando a reação do cliente ao stress e os fatores de reconstituição ou adaptação.

NEUMAN (2011) utiliza diversos conceitos que definem a sua visão sobre o ser humano, elaborados a partir das teorias básicas de Hans Seyle e que servem de suporte ao Modelo. Para esta autora os stressors ou forças de stress são as várias forças (classificadas como nocivas ou benéficas) que atuam sobre o sistema e o fazem reagir no sentido de manter a estabilidade. Segundo Neuman, a fonte de energia de estrutura básica é constituída pelos fatores básicos de sobrevivência ou recursos energéticos exclusivos da Pessoa. Para além disso considera que existem linhas de resistência (que são os fatores internos que ajudam a Pessoa a defender-se dos agentes de tensão como, por exemplo, o sistema de resposta imunológica do organismo), linhas normais de defesa (que representam um estado de bem-estar da Pessoa, ou o estado de adaptação que esta mantém ao longo do tempo e que se considera normal para ela) e linhas flexíveis de defesa (que são como amortecedores de proteção que impedem que as forças de *stress* rompam a linha sólida de defesa). O conceito fundamental do Modelo é o grau de reação, uma vez que se baseia na relação da Pessoa com o *stress*, ou seja, a sua reação ao *stress* e aos novos fatores de reconstituição. A reação faz-se em função de variáveis com a estrutura básica, a resistência natural e adquirida e a circunstância do encontro com a força do *stress*. Por outro lado, a autora, considera que a reconstituição é o estado de adaptação às forças de *stress* no ambiente interno e externo, ou seja, representa o retorno e a manutenção da estabilidade do sistema, após tratamento da reação ao fator de *stress*, que pode levar a um nível maior ou menor de bem-estar. Pode iniciar-se em qualquer nível de reação e inclui os fatores interpessoais, intrapessoais e extrapessoais no contexto das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais de desenvolvimento e espirituais.

Baseando-se na Teoria de Seyle, Neuman refere que, fator de *stress* é qualquer fenómeno que pode penetrar quer na linha flexível de defesa, quer na linha normal de defesa, conduzindo a um resultado positivo ou negativo.

A Pessoa mantém níveis de harmonia e equilíbrio entre o ambiente interno e

externo. O *ambiente interno* existe no interior do sistema do cliente e é constituído por todas as forças e influências que interagem e estão unicamente dentro dos limites do sistema. O *ambiente externo* existe fora do sistema do cliente e é formado por todas as forças e influências que estão fora dos limites desse sistema. Também surge a identificação de um terceiro ambiente denominado por *ambiente criado*.

Os fatores de *stress* inter e extrapessoais encontram-se no ambiente externo. O ambiente criado possui os três tipos de fatores e todos eles têm potencial para romper com a estabilidade do sistema.

O Modelo de Sistemas defende a filosofia da abordagem total da Pessoa, que é multidimensional e composta pelas variáveis psicológica, fisiológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, tendo como principal objetivo a estabilidade do sistema (ver anexo I). Esta estabilidade ocorre quando a quantidade de energia disponível excede a que está a ser usada, gerando uma estabilidade dinâmica. Quando o sistema sofre uma perturbação, a energia é canalizada para fazer face ao fator perturbador. Se o organismo não recuperar, não produzindo mais energia, pode ocorrer um desequilíbrio extremo, ou seja, a morte. O sistema da Pessoa (que pode ser um indivíduo, grupo/família ou comunidade) é representado por uma série de círculos concêntricos em redor de uma estrutura básica ou central (fonte de energia pessoal), sendo esta constituída por fatores básicos de sobrevivência, inerentes a todos os homens. Os primeiros círculos ou linhas que circundam a estrutura básica são as linhas de resistência (sistema de resposta imunológica), depois existe a linha normal de defesa (representa o que a Pessoa foi adquirindo ao longo da vida e inclui a inteligência, a atitude face à vida, a capacidade de resolução de problemas e a capacidade de os enfrentar e, por fim, existe a linha flexível de defesa (linha dinâmica que funciona como amortecedor da linha normal de defesa).

A reação do sistema aos agentes de tensão depende da quantidade, do poder e da duração dos fatores de *stress*. Consequentemente, a avaliação rigorosa do impacto e significado dos fatores de *stress* no sistema, assim como o conhecimento da resolução de problemas anteriores e modo como os enfrentou, são importantes para uma adequada intervenção de Enfermagem. Esta intervenção tem como objetivo voltar a atingir a estabilidade total do sistema, atuando na identificação de potenciais agentes de tensão antes que eles ocorram (prevenção primária), intervindo depois de ter aparecido o agente de tensão (prevenção secundária) e após o tratamento, quando começa a reconstituição (prevenção terciária).

CAPITULO 3 – METODOLOGIA

Segundo FORTIN (1999, p. 108), “a fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, (...) o meio onde se desenrola o estudo e a população”.

A metodologia utilizada nesta intervenção comunitária será uma interligação entre o Planeamento em Saúde (de acordo com Tavares, Imperatori e Giraldes) e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, como referencial teórico.

O Planeamento em Saúde é um processo contínuo e dinâmico pois tem em conta a previsão de recursos e serviços necessários no decorrer da ação, podendo ser reestruturado sempre que necessário. Segue uma ordem de prioridades previamente estabelecidas, através de uma atitude futurista e racional na tomada de decisões. Permite-nos optar pela solução mais vantajosa, alcançando os resultados pretendidos, com o menor gasto de recursos, de uma forma eficaz e eficiente. Assim, torna-se pertinente mencionar que o Planeamento em Saúde, de acordo com IMPERATORI e GIRALDES (1993), é constituído por seis etapas: diagnóstico da situação; definição de prioridades; fixação de objetivos; seleção de estratégias; preparação operacional e avaliação. De acordo com a realidade de saúde de uma população, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, realiza o planeamento em saúde tendo em conta as sucessivas etapas do mesmo.

O enquadramento concetual foi baseado no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, o que permitiu numa nova versão de assistência de saúde ao trabalhador, de acordo com a temática escolhida. A autora considera que o homem é um ser total e que, na relação entre a saúde-trabalho-educação, há interferência de fatores extra, inter e intrapessoais, significando uma necessidade de clarear o relacionamento desses fatores que afetam o indivíduo. Trata-se de um modelo de cuidados de saúde dinâmico e abrangente, com uma visão multidimensional, tendo a intenção de representar que estamos sujeitos ao impacto nocivo ou benéfico de stressores ambientais, sendo cada stressor diferente no seu potencial de perturbar o equilíbrio de um indivíduo, grupo ou comunidade.

3.1. JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA

O enfermeiro como profissional de saúde e, nomeadamente o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, que presta cuidados de enfermagem gerais e específicos a todas as faixas etárias, deve ser capaz de compreender os fatores inerentes e envolventes ao estado de saúde das populações e a consequente relação/interação com os contextos familiar e social.

Foi proposto pela Senhora Enfermeira Responsável de Estágio a elaboração e aplicação de um projeto na área da Saúde Ocupacional, de modo que foi necessário conciliar as necessidades solicitadas pelo serviço e as possíveis de operacionalizar. Atualmente, no ACES de A. não existe serviço de Saúde Ocupacional, mas a sua implementação faz parte dos objetivos dos dirigentes desta organização. Segundo a DGS (2009, p.5), “às Administrações Regionais de Saúde (ARS) e aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) cabe a organização da prestação de cuidados de saúde ocupacional aos seus trabalhadores.” Para além do exposto, a DGS (2009, p.23) refere que tem como objetivo geral “melhorar a qualidade do trabalho e de vida dos trabalhadores em todos os sectores de actividade”.

Segundo os vários autores já mencionados, os enfermeiros são um grupo profissional sujeito a fatores de stress, podendo condicionar (ou não) a produtividade e mesmo a qualidade dos cuidados. Em 2011, de acordo com o grupo de trabalho composto pela Ordem dos Enfermeiros e o Ministério da Saúde, recomenda-se que a dotação de pessoal de enfermagem que integra cada UCSP e USF deve ter como rácio 1 enfermeiro/1550 utentes ou 1 enfermeiro/350 famílias. Após verificação da dotação para as unidades do ACES de A. (ver apêndice II), foi possível constatar que apenas uma unidade (de prestação direta de cuidados) tem menos utentes que o recomendado, todas as outras têm números muito superiores.

3.2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação está diretamente relacionado com a avaliação e o progressivo melhoramento da situação. Daí considerar-se que aquele seja alargado aos setores económicos e sociais de forma a permitir identificar os primeiros problemas de saúde e fatores condicionantes. O diagnóstico da situação deve explicar as causas

dos problemas e ser suficientemente claro e sucinto, evitando assim diagnósticos implícitos, primários e desatualizados.

Segundo IMPERATORI e GIRALDES (1993, p. 13), o “diagnóstico deverá corresponder às necessidades de Saúde das populações.” O diagnóstico da situação implica ter em conta a análise da situação, a determinação de resultados e o conhecimento dos recursos, correspondendo deste modo às necessidades de saúde sentidas e reais da população em estudo.

Os direitos e a liberdade do indivíduo podem ser afetados, quando existe uma investigação aplicada a seres humanos. Tendo em consideração os princípios bioéticos, este relatório seguiu os cinco **direitos fundamentais**, baseados no Código de Nuremberga. O investigador tem como dever:

- Solicitar autorização a autores de estudos anteriores, não publicados, para a sua utilização;
- Solicitar autorização para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados (contatar com as entidades competentes), negociando o momento adequado para tal (ver anexo IV);
- Assegurar os direitos de autor na revisão bibliográfica.

Sempre que se realiza um estudo envolvendo pessoas é fundamental ter em consideração as questões éticas ao longo de todo o processo. Por exemplo, a natureza das questões a colocar pode despoletar junto das entidades de chefia alguns constrangimentos capazes de interferir com modelos de gestão implementados, fato que é uma responsabilidade acrescida, principalmente no que diz respeito à confidencialidade, anonimato e bem-estar dos enfermeiros.

Este projeto tem em conta os princípios fundamentais determinados pelos códigos éticos, planeando o seguinte:

- Pedido e autorização da Direção do ACES de A. para a realização do estágio e aplicação do projeto (ver anexo II);
- Autorização da Direção do ACES de A. para que seja identificado o nome da instituição no relatório do projeto (ver anexo III);
- Consentimento informado dos enfermeiros que irão participar no projeto (ver anexo V).

O concelho de A., tem uma área territorial de 70,1 Km² e integra geograficamente a Área Metropolitana de Lisboa. O concelho abrange uma população residente estimada de 165.991 pessoas (INE,2009),distribuídas por 11 freguesias.

O ACES de A. situa-se no concelho de A. e tem por população alvo da sua ação a população residente, permanente ou provisoriamente, no referido concelho, e as pessoas inscritas nas unidades de saúde. Atualmente o ACES de A. é constituído pelas seguintes unidades de saúde: UCSP F.X.N.; UCSP R.; USF P.; UCSP CH; UCSP C.; UCSP T.; USF M.; USF S.; UCSP L.; UCSP S.A.; USF C.P.; USF F.; USP; UCC e CDP. A 31 de janeiro de 2011, o número de profissionais do quadro do ACES de A. era constituído por um total de 392: 100 médicos, 121 enfermeiros e 171 profissionais de outros grupos (Plano de Atividades do ACES de A., 2011).

A USP (Unidade de Saúde Pública) de A. situa-se num prédio de quatro andares que foi concebido e construído para habitação e posteriormente adaptado para as atuais funções. Esta unidade tem os seguintes recursos humanos: 3 enfermeiros (2 especialistas em saúde pública); 4 médicos de saúde pública; 3 administrativos; 1 auxiliar de ação médica e 6 técnicos de higiene e segurança. Os nutricionistas, as higienistas orais e a terapeuta da fala, do ACES de A., têm os seus gabinetes no mesmo edifício; as instalações são partilhadas com a Pedopsiquiatria do hospital e com o CAD. Os enfermeiros que prestam os seus cuidados na USP são responsáveis pela vacinação internacional (independentemente da consulta médica), pela saúde escolar do concelho e também facultam apoio ao CAD.

Segundo FORTIN (1999), a população representa o conjunto de elementos definidos por critérios previamente estabelecidos para o estudo, os quais partilham uma ou mais características. Seleciona-se a população-alvo tendo em conta os critérios de inclusão/exclusão, assegurando o carácter de rigor do estudo.

A **população** é constituída por 121 enfermeiros no ACES de A.; por critérios de exclusão, os enfermeiros em acumulação de funções (18), os enfermeiros a contrato a termo certo (13) e aqueles que fazem parte de empresas *outsourcing* (7) não foram integrados no projeto. Assim, a **população-alvo** é constituída, no total, por 83 enfermeiros (com contrato a tempo indeterminado).

Foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística, por conveniência, no espaço de tempo de 14 de outubro a 31 de outubro de 2011. A **amostra** é composta por 74

enfermeiros (com contrato a tempo indeterminado ao ACES de A., que responderam voluntariamente ao questionário), havendo uma mortalidade da resposta aos questionários de 9, os quais foram devolvidos com perguntas não respondidas (não permitindo a sua inclusão). Os questionários foram entregues pessoalmente, num envelope, às enfermeiras chefes/responsáveis das unidades de saúde e, posteriormente, recolhidos na data previamente combinada.

Para a realização do estudo foram utilizadas **variáveis** de caracterização sociodemográfica da amostra, entendidas como sendo relevantes e significativas na conjuntura da problemática. As variáveis independentes são: a idade; o género; o estado civil; o facto de ter filhos; as habilitações literárias; as funções; o local de trabalho; o tempo de exercício profissional; o trabalho por turnos e o duplo emprego. A variável dependente é a vulnerabilidade ao stress.

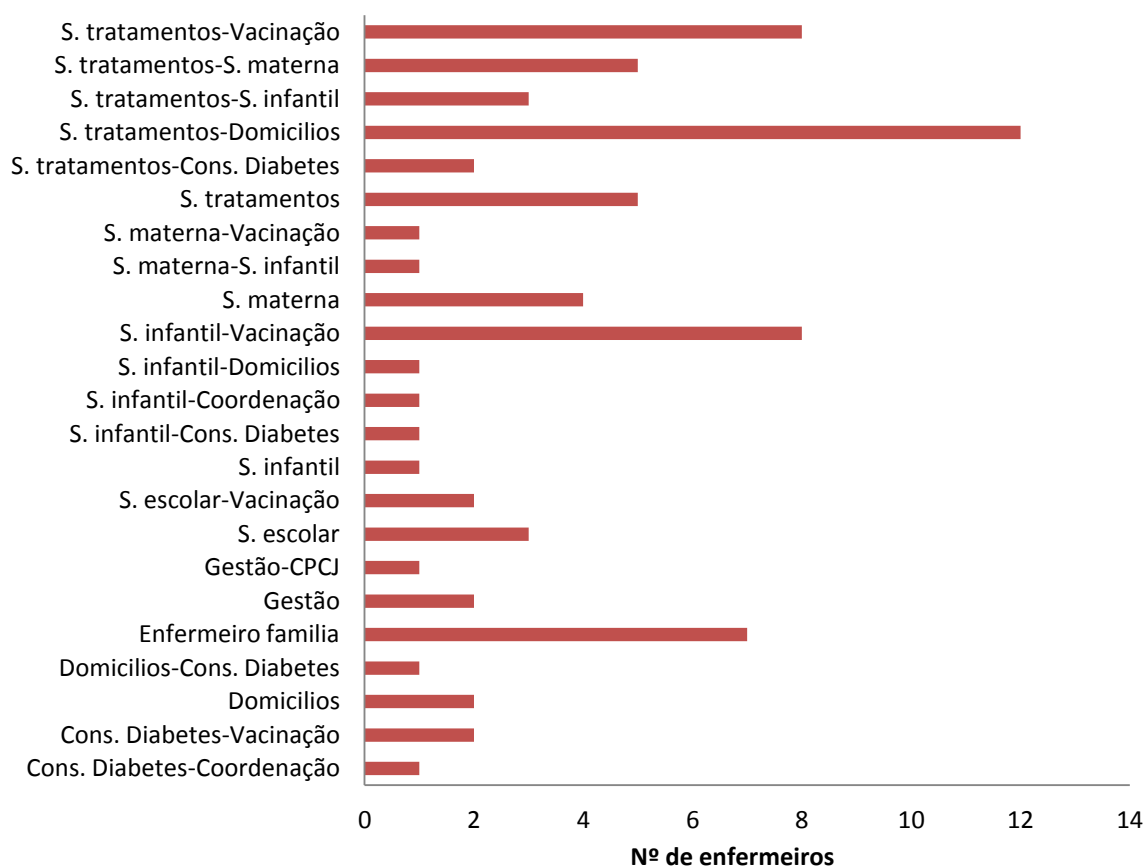
Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros do ACES de A.

Enfermeiros (N=74)			Enfermeiros (N=74)		
	N	%		N	%
Género			Habilitações literárias		
Feminino	73	98,6%	Bacharelato	8	10,8%
Masculino	1	1,4%	Licenciatura	49	66,2%
Idade			Especialidade	14	18,9%
[28-39[	3	4,1%	Mestrado	3	4,1%
[34-40[	25	33,8%	Funções		
[40-46[	16	21,6%	Enfermeiro chefe	3	4,1%
[46-52[	22	29,7%	Enfermeiro responsável/coordenador	9	12,2%
[52-58[	6	8,1%	Enfermeiro especialista	7	9,5%
[58-64[	2	2,7%	Enfermeiro	55	74,3%
Estado civil			Tempo profissional		
Casado/união de facto	61	82,4%	[5-10[	3	4,1%
Divorciado	3	4,1%	[10-15[	14	18,9%
Solteiro	6	8,1%	[15-20[	22	29,7%
Viúvo	4	5,4%	[20-25[	16	21,6%
Filhos			[25-30[	13	17,6%
Não	8	10,8%	[30-35]	6	8,1%
Sim	66	89,2%	Duplo emprego		
			Não	72	97,3%
			Sim	2	2,7%

Através da Tabela 1, podemos comprovar que na distribuição dos enfermeiros por género, existe dominância do sexo feminino e reduzida representatividade do sexo masculino, tal como acontece nesta profissão a nível nacional. A distribuição etária

revela que a maior parte dos enfermeiros tem entre 34 e 40 anos e entre 46 e 52 anos. A maioria dos profissionais é casada ou vive em união de facto e tem filhos. A nível das habilitações literárias, a percentagem de enfermeiros licenciados é superior a 66%. Cerca de 74,3% dos profissionais exercem funções como enfermeiro, existindo poucos enfermeiros especialistas – apenas 9,5%. Podemos considerar este grupo de profissionais como enfermeiros experientes, uma vez que a maioria tem entre 15 a 25 anos de tempo profissional. Ao contrário do esperado, e típico na profissão de enfermagem, apenas 2,7% dos inquiridos referem trabalhar noutra lugar, para além do ACES de A.

Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo o local de trabalho



A distribuição dos enfermeiros segundo o local de trabalho, apresentada no Gráfico 1, revela que a sala de tratamentos-vacinação, sala de tratamentos-domicílios, saúde infantil-vacinação e saúde materna são os locais de trabalho onde estes profissionais passam mais horas nas diversas unidades funcionais de saúde. A exceção está presente em cerca de 7 enfermeiros (USF P), uma vez que o trabalho está organizado por enfermeiro de família.

Nenhum dos enfermeiros com contrato a tempo indeterminado ao ACES A., que responderam voluntariamente ao questionário, trabalha com horários rotativos.

Foram efetuadas entrevistas a peritos e a informantes qualificados (na área de Saúde Pública, Higiene e Segurança no Trabalho e Saúde Ocupacional) e observação de registos (no sistema informático SINUS e no Plano de Atividades do ACES de A.).

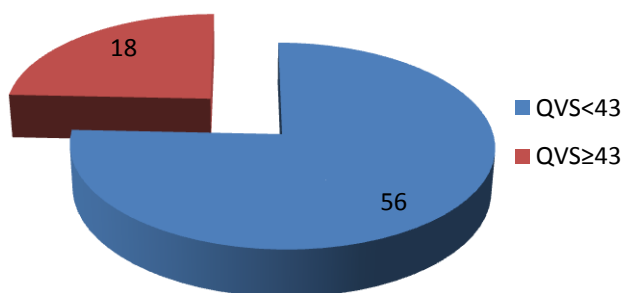
O **instrumento de recolha de dados** utilizado é um questionário constituído por três partes: a introdução (em que está explicado o âmbito do projeto aplicativo, o objetivo do estudo, as implicações da investigação, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos participantes); a colheita de dados sociodemográficos da população (feita através de um questionário misto – com perguntas abertas e fechadas) e a Escala de Vulnerabilidade ao Stress (ver anexo V). De modo a avaliar a vulnerabilidade dos enfermeiros ao stress, foi aplicada a Escala de Vulnerabilidade ao Stress – 23 Q.V.S. construída por Adriano Vaz Serra em 2000. Quando o resultado da aplicação da escala é igual ou superior a 43, podemos afirmar que o individuo apresenta vulnerabilidade ao stress. A escala é constituída por 23 questões, do tipo likert de concordância descendente, havendo cinco respostas possíveis (desde o “concordo em absoluto” – valor 0 ao “discordo em absoluto” – valor 4). Foi efetuado o pedido de autorização para utilização do questionário ao respetivo autor, tendo o mesmo permitido a sua aplicação (ver anexo IV).

Foi efetuado um pré-teste a dez enfermeiros no sentido de identificar os aspetos relativos à compreensão das questões e a duração média do tempo necessário para o seu total preenchimento. Para FORTIN (1999, p.169), o pré-teste “consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos)”. Concluiu-se que o questionário poderia ser aplicado e que a demora máxima de preenchimento era de 15 minutos.

O tratamento estatístico dos dados recolhidos foi realizado em computador através dos programas Microsoft Office Excel 2007 e SPSS (versão 18.0) e utilizada a Fórmula de Sturges para construção e determinação de classes.

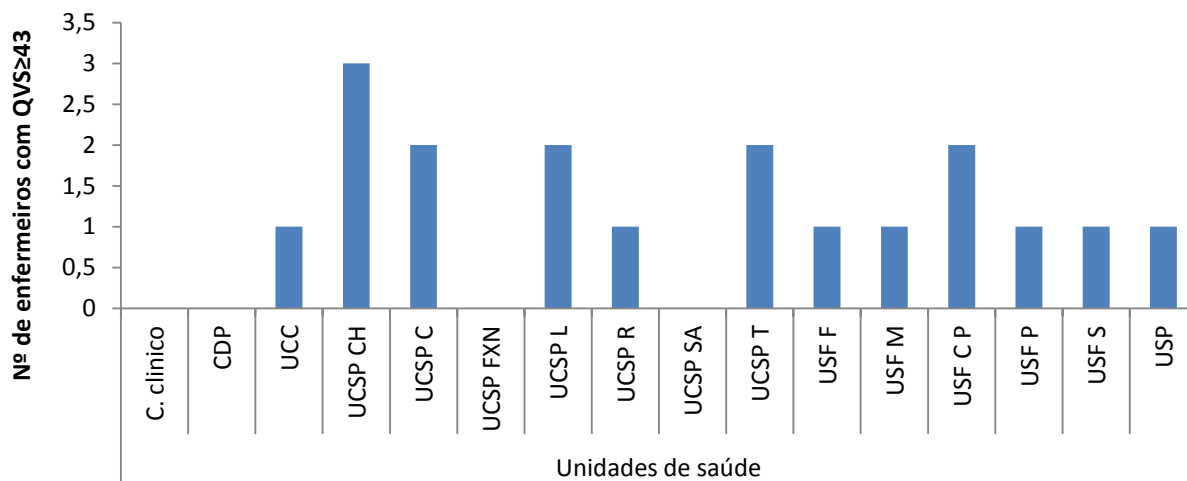
No sentido de facilitar a leitura, os resultados serão apresentados em forma de tabelas e gráficos.

Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros do ACES de A., de acordo com a QVS



Os resultados do Gráfico 2 demonstram que em 74 enfermeiros, 18 profissionais apresentam vulnerabilidade ao stress (o resultado da aplicação da escala, para um valor de QVS igual ou superior a 43).

Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros com QVS ≥ 43, por unidade de saúde



Através do Gráfico 3 podemos constatar quais são as unidades de saúde que apresentam maior número de profissionais com vulnerabilidade ao stress, nomeadamente a UCSP CH, a UCSP C, a UCSP L, a UCSP T e a USF CP, com mais de um enfermeiro afetado.

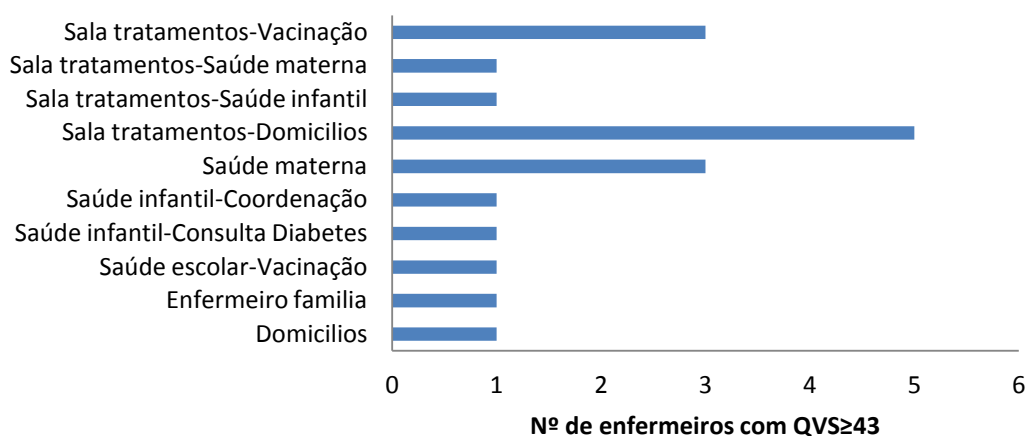
Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros com QVS≥43, de acordo com as variáveis sociodemográficas

Enfermeiros (n=18)	n QVS≥43	Enfermeiros (n=18)	n QVS≥43
Idade		Habilitações literárias	
[28-39[	1	Bacharelato	1
[34-40[	4	Licenciatura	11
[40-46[	7	Especialidade	6
[46-52[	4	Mestrado	0
[52-58[	2	Funções	
[58-64[	0	Enfermeiro chefe	0
Estado civil		Enfermeiro responsável/coordenador	3
Casado/união de facto	16	Enfermeiro especialista	3
Divorciado	0	Enfermeiro	12
Solteiro	2	Tempo profissional	
Viúvo	0	[5-10[	2
Filhos		[10-15[	1
Não	3	[15-20[	6
Sim	15	[20-25[	4
		[25-30[	4
		[30-35]	1

De acordo com a Tabela 2, podemos verificar que a maioria dos enfermeiros com vulnerabilidade ao stress tem entre 40 e 46 anos, é casada ou vive em união de facto e tem filhos. Através dos resultados demonstrados nesta tabela, os profissionais com licenciatura e especialidade e que exercem as funções de enfermeiro são os que apresentam maior vulnerabilidade ao stress. Os enfermeiros com o tempo profissional compreendido entre os 15 e os 20 anos são os que apresentam maior vulnerabilidade ao stress, seguindo-se os que têm entre 20 a 30 anos de experiência.

O Gráfico 4 demonstra que os enfermeiros que apresentam maior vulnerabilidade ao stress são os que passam mais horas na sala de tratamentos-vacinação, sala de tratamentos-saúde materna, sala de tratamentos-domicílios e saúde materna, nas diferentes unidades de saúde.

Gráfico 4 - Distribuição dos enfermeiros com QVS \geq 43, segundo o local de trabalho



Segundo NEUMAN (2011), o Diagnóstico de Enfermagem consiste em determinar quais os *stressors* ou variáveis que põem em risco a estabilidade do cliente, através da elaboração de uma base de dados e a observação que a enfermeira faz do cliente. Nesta etapa é importante que as percepções do cliente e do enfermeiro, embora divergentes, sejam identificadas e corrigidas aquando da elaboração do plano de cuidados. Segundo o modelo, existem diferentes níveis de prevenção: Prevenção Primária (surge quando se suspeita ou identifica a presença de uma força de *stress*); Prevenção Secundária (relaciona-se com as intervenções que ocorrem depois do aparecimento dos sintomas) e Prevenção Terciária (é a intervenção que se segue ao tratamento, ou seja, a reconstituição).

Tendo em conta os resultados obtidos a partir da aplicação do questionário (incluindo a Escala de Vulnerabilidade ao Stress) e de acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman formulou-se como **diagnóstico de enfermagem** “Risco de rotura da linha normal de defesa, por aumento da vulnerabilidade ao stress, nos enfermeiros do ACES de A.”. De acordo com o referido anteriormente, trata-se de uma intervenção de enfermagem comunitária efetuada a nível da prevenção primária, uma vez que se atua quando se identifica a existência de uma força de *stress*, neste caso a vulnerabilidade ao *stress*. Há invasão da linha flexível de defesa, associada a um conjunto de sete stressores (tendo em conta os fatores da escala 23 QVS): F1 – Perfeccionismo e intolerância à frustração; F2 – Inibição e dependência funcional; F3 – Carência de apoio social; F4 – Condições de vida adversas; F5 – Dramatização da existência; F6 – Subjugação e F7 – Deprivação¹ de afeto e rejeição.

¹ Conceito utilizado por ADRIANO VAZ SERRA (2000, p. 299) tendo como interpretação “há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas”.

3.3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A definição de prioridades deve atender à hierarquização dos problemas de saúde, determinados na fase de diagnóstico da situação.

Nesta intervenção comunitária os resultados da aplicação de uma escala específica (23 QVS), para avaliar a vulnerabilidade ao stress, demonstraram que da amostra dos 74 enfermeiros, 18 apresentam vulnerabilidade ao stress. A priorização teve como suporte os resultados que emanaram a nível dos fatores da escala 23 QVS por tipologia, o rácio de enfermeiros que apresentam vulnerabilidade ao stress por unidade funcional e, por último, a gravidade existente, tendo em conta o valor de QVS (existe maior vulnerabilidade ao stress quanto maior é o resultado da aplicação da escala, em que a 23 QVS é igual ou superior a 43).

Tabela 3 – Cruzamento dos resultados da QVS com a dotação das unidades do ACES de A.

Unidade	Valor QVS \geq 43 (individual, por ordem decrescente)	n Unidade	n QVS \geq 43	Rácio	%
UCSP CH	58	7	3	7:3	42,86
UCSP T	56	3	2	3:2	66,67
UCSP CH	55	7	3	7:3	42,86
UCSP R	51	5	1	5:1	20,00
USF M	50	6	1	6:1	16,67
UCC	49	6	1	6:1	16,67
USF P	48	7	1	7:1	14,29
UCSP L	48	5	2	5:2	40,00
UCSP C	48	4	2	4:2	50,00
USP S	47	3	1	3:1	33,33
USP	46	3	1	3:1	33,33
USF F	46	6	2	6:2	33,33
USF F	46	6	2	6:2	33,33
UCSP CH	45	7	3	7:2	42,86
USF PR	45	5	1	5:1	20,00
UCSP T	44	3	2	3:2	66,67
UCSP C	43	4	2	4:2	50,00
UCSP L	43	5	2	5:2	20,00

A tabela 3 demonstra que, através do cruzamento da dotação das unidades com o resultado obtido na aplicação da 23 QVS, as unidades funcionais com a dimensão mais problemática e prioritária (foco da intervenção) foram a UCSP T, a UCSP C e a UCSP CH. As referidas unidades apresentam maior percentagem de enfermeiros com vulnerabilidade ao stress (UCSP T=66,67%, UCSP C=50% e UCSP CH=42,86%). Para além disso, constatou-se que os stressores com maior evidência entre os resultados são o F1 (Perfeccionismo e intolerância à frustração) e o F5 (Dramatização da existência). As tabelas 3 e 4 comprovam a relação entre aqueles e os valores da QVS, reforçando os resultados encontrados nas três unidades funcionais, já referidas, e necessitadas de intervenção.

Tabela 4 – Distribuição do valor de QVS, por ordem decrescente de F1

Unidade	Valor de QVS	F1 (Perfeccionismo e intolerância à frustração)
UCSP T	56	4,684
USF S	47	4,453
USP	46	4,321
UCSP CH	55	4,206
UCSP CH	58	3,918
UCSP C	43	3,871
USF P	48	3,567
USF F	46	3,37
UCSP C	48	3,199
USF PR	45	3,165
UCSP CH	45	2,986
UCSP R	51	2,913
USF F	46	2,67
UCSP L	48	2,433
UCSP L	43	2,378
UCC	49	1,697
UCSP T	44	1,652
USF M	50	1,485

Tabela 5 – Distribuição do valor de QVS, por ordem decrescente de F5

Unidade	Valor de QVS	F5 (Dramatização da existência)
UCSP CH	58	3,648
UCSP T	44	2,687
UCSP T	56	2,681
UCSP L	48	2,643
UCSP CH	55	2,468
USF M	50	2,459
UCSP C	48	2,26
UCSP CH	45	2,229
UCC	49	2,162
USF F	46	2,185
USF PR	45	1,834
USF F	46	1,811
USF P	48	1,687
USP	46	1,471
UCSP L	43	1,337
USF S	47	1,277
UCSP C	43	0,779
UCSP R	51	-1,659

3.4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

De acordo com Betty Neuman (2011), ao planear metas de enfermagem estabelecem-se prioridades e objetivos a curto e longo prazo que incluem as negociações entre o enfermeiro e o cliente, assim como as estratégias de intervenção,

para manter, reter e atingir a estabilidade do sistema do cliente.

Objetivo geral 1:

Avaliar a vulnerabilidade ao stress nos enfermeiros com contrato a tempo indeterminado, no ACES de A.

Objetivos específicos 1:

- 1 – Avaliar o risco de vulnerabilidade ao stress do grupo de enfermeiros do ACES de A., através da metodologia do Planeamento em saúde e de uma teoria de enfermagem (Modelo de sistemas de Betty Neuman);
- 2 – Identificar a gravidade da vulnerabilidade ao stress nos enfermeiros do ACES de A.

Objetivo 2:

Promover a capacidade dos enfermeiros do ACES de A. para implementar estratégias que possam prevenir ou minimizar a vulnerabilidade ao stress, no local de trabalho.

Objetivos específicos 2:

- 1 – Contribuir para reforçar a linha flexível de defesa dos enfermeiros do ACES de A., através de atividades de Yoga do Riso;
- 2 – Sensibilizar os enfermeiros do ACES de A. para a importância da prática regular de Yoga do Riso, como estratégia para lidar com a vulnerabilidade ao stress.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deverá promover a capacitação de grupos ou comunidades, através de projetos de saúde. Neste caso específico, a intervenção comunitária tem como finalidade reforçar a linha normal de defesa dos enfermeiros com vulnerabilidade ao stress, através da utilização de técnicas/estratégias para minimizar os efeitos negativos do stress.

3.5. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Atualmente, reconhece-se a necessidade de se desenvolverem estratégias e competências, de forma a levar as pessoas a saberem lidar com o stress do dia-a-dia, uma vez que, as potenciais situações de stress só constituirão um problema se a pessoa não conseguir lidar adequadamente com elas.

Neste sentido, torna-se imprescindível ter em consideração a necessidade de expandir as capacidades individuais de controlo do stress, nomeadamente o desenvolvimento de competências para lidar com situações difíceis, para que a pessoa possa ser mais resiliente quando enfrenta as situações stressantes. Visto o stress ser uma constante na prática de enfermagem, é de primordial importância que os enfermeiros desenvolvam estratégias de prevenção e combate ao stress, com o intuito de atingir a plenitude da satisfação pessoal e consequentemente profissional.

A elaboração deste projeto de intervenção comunitária implicou investimento e empenho, permitindo discutir e adquirir conhecimentos, antecipar e estabelecer caminhos, decidir recursos e atividades e, finalmente (após alguns avanços e recuos), traçar um percurso orientador.

O planeamento estabelecido deverá ser flexível o suficiente para contrariar eventuais contratemplos, uma vez que este é um instrumento dinâmico e adaptável, pelo que, se houver necessidade, poderá ser sujeito a ajustamentos e alterações. Segundo Imperatori & Giraldes (1993), esta etapa do processo do planeamento é bastante importante, dado que, permite definir estratégias adequadas para reduzir os problemas prioritários, propondo novas formas de atuação para atingir os objetivos propostos. De acordo com IMPERATORI e GIRALDES (1993, p. 87), as estratégias constituem “o processo mais adequado para reduzir os problemas prioritários (...) em termos inovadores e criativos” de forma a “alcançar os objectivos fixados”.

Para Neuman, a intervenção deve iniciar-se quando se suspeita ou identifica a presença de uma força de *stress*. As intervenções baseiam-se no grau de reação, nos recursos, nas metas e nos resultados esperados.

A escolha de estratégias de intervenção teve por base a pesquisa bibliográfica e a orientação de um perito na área de Saúde Comunitária. Assim, em setembro de 2011, adquiri formação na área de Yoga do Riso, ficando com o título de líder de Yoga do Riso (ver anexo VI).

Em 1995 na Índia, Madan Kataria (médico) e Madhuri Kataria criaram o **Yoga do Riso**. O Yoga do Riso é uma dinâmica de grupo onde se trabalha a interação, o contato visual e o rir sem motivo.

A inspiração desta terapêutica complementar tem por base algumas técnicas do Yoga (técnicas de respiração profunda – Pranayama), que foram adaptadas de modo a formarem sequências harmoniosas e que têm por finalidade simularem uma gargalhada. No início o riso é induzido artificialmente (riso falso), mas seguidamente transforma-se em algo espontâneo (riso verdadeiro). O riso é intrínseco ao ser humano, vem do contágio e do fator social. O cérebro humano não distingue o riso falso do verdadeiro, de modo que é possível usufruir de todos os benefícios do riso referidos anteriormente.

A principal função da sessão de Yoga do Riso é a passagem do sistema simpático para o sistema parassimpático. O sistema simpático é ativado no dia a dia (com acumulação de stress). No entanto, devíamos estar sempre no sistema parassimpático (estado de relaxamento). Através da prática regular deste método libertamos hormonas (serotonina – antidepressivo natural e endorfinas – sensação de bem-estar), permitindo um relaxamento profundo e sensação de bem-estar.

O Yoga do Riso é um complemento das terapias tradicionais mas, embora ajude a melhorar a saúde das pessoas, não é um substituto dos tratamentos terapêuticos convencionais. Os benefícios do riso relacionado com a saúde dos indivíduos já estão cientificamente comprovados, conseqüentemente, atividades de Yoga do Riso também terão as mesmas vantagens.

3.6. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

IMPERATORI (1993) considera que um programa é um conjunto de atividades necessárias à execução das estratégias, recorrendo a recursos humanos, materiais e financeiros. Por outro lado, refere que um projeto é uma atividade que decorre num período de tempo delimitado, com vista a um resultado específico e que contribui para a execução de um programa.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve revelar autonomia no planeamento e implementação de intervenções ao nível da enfermagem comunitária, ou seja, coordenação e liderança do projeto.

Tendo esta intervenção comunitária um tempo previsto para a sua execução, não se elaborou um programa, mas unicamente um projeto inserido na USP, com nome “Rir é o melhor remédio”, tendo como instrumento o Yoga do Riso.

A atividade de Yoga do Riso foi constituída por três sessões temáticas distintas, sendo o resumo da estrutura das sessões a seguinte: introdução (apresentação do líder e dos participantes, explicação do método, explicação da sessão e objetivo); dinâmicas de grupo (jogos “quebra gelo”); exercícios de riso em pé, sentados e deitados, intercalados com exercícios de respiração profunda; exercícios de relaxamento; avaliação da sessão e convívio (ver apêndice III).

As sessões foram planeadas para semanas consecutivas, com a duração total de 45 minutos, e num espaço físico pertencente ao ACES de A. (um local conhecido, onde os participantes se sentissem mais à vontade), de modo a obter resultados efetivos. Segundo KATARIA (2002), sessões de Yoga do Riso semanais (de 15 a 20 minutos) melhoram muito a produtividade de uma empresa, reduzindo o stress e aumentando a motivação e a eficiência.

No dia anterior às sessões de Yoga do Riso (de 12,19, 26 de janeiro de 2012), foram efetuados telefonemas para as enfermeiras chefes/responsáveis das unidades atrás citadas, para confirmação, com os participantes das sessões, do local, da data e da hora das mesmas.

3.7. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

De acordo com o diagnóstico de enfermagem, formulado com base no modelo de Betty Neuman, e ao reconhecer-se o risco de rotura da linha normal de defesa, por aumento da vulnerabilidade ao stress, nos enfermeiros do ACES de A. considera-se que a prevenção primária é o suporte para fortalecer a linha flexível de defesa. Assim, na execução das estratégias utilizou-se a promoção da saúde como elemento capaz de minimizar o impacto dos stressores.

A atividade de Yoga do Riso foi programada em parceria com as enfermeiras chefes/responsáveis das unidades visadas pela intervenção (de modo a conciliar o trabalho planeado nas unidades com as datas adequadas para a execução da mesma), bem como de acordo com os recursos disponíveis na instituição. Elaborou-se um quadro com o plano de intervenção comunitária, para uma melhor organização e

compreensão da execução (ver quadro 1). Partindo dos objetivos formulados e estratégias programadas, definiram-se as atividades dirigidas aos enfermeiros, as quais foram validadas com a equipa de enfermagem, com o orientador de estágio e enfermeira responsável.

Quadro 1 – Plano de Intervenção Comunitária

Diagnóstico	Objetivos específicos	Atividades
<p>Risco de rotura da linha normal de defesa, por aumento da vulnerabilidade ao stress, nos enfermeiros do ACES de A.</p>	<p>1. Avaliar o risco de vulnerabilidade ao stress do grupo de enfermeiros do ACES de A., através da metodologia do Planeamento em saúde e de uma teoria de enfermagem (Modelo de sistemas de Betty Neuman);</p> <p>2. Identificar a gravidade da vulnerabilidade ao stress nos enfermeiros do ACES de A.;</p> <p>3. Contribuir para reforçar a linha flexível de defesa dos enfermeiros do ACES de A., através de atividades de Yoga do Riso;</p> <p>4. Sensibilizar os enfermeiros do ACES de A. para a importância da prática regular de Yoga do Riso, como estratégia para lidar com a vulnerabilidade ao stress;</p>	<p>1. Tratamento estatístico dos dados obtidos através da aplicação do questionário aos enfermeiros do ACES de A., de acordo com a vulnerabilidade ao stress;</p> <p>2. Constatação da gravidade da vulnerabilidade ao stress, nos enfermeiros do ACES de A., através da aplicação da 23 QVS;</p> <p>3. Desenvolvimento de formação na área de Yoga do Riso;</p> <p>4. Agendamento das sessões de Yoga do Riso;</p> <p>5. Autorização para a utilização do espaço físico (sala da UCC de A.);</p> <p>6. Contatos diversos com as enfermeiras chefes/responsáveis pelas unidades UCSP CH, UCSP T e UCSP C;</p> <p>7. Planeamento das sessões de Yoga do Riso;</p> <p>8. Preparação do ambiente da sala;</p> <p>9. Promoção de sessões de Yoga do Riso ao grupo de enfermeiros do ACES de A.;</p> <p>10. Preenchimento de um questionário para avaliação das sessões;</p> <p>11. Sessão de fotografias;</p> <p>12. Convívio com lanche.</p>

3.8. AVALIAÇÃO

Segundo Neuman, os resultados da intervenção de enfermagem têm como objetivo manter a estabilidade total do sistema, intervindo num ou mais níveis de prevenção.

IMPERATORI (1993, p. 127) menciona que “os progressos alcançados com as actividades, serão comparados simultaneamente com a situação inicial e com os objectivos e metas marcadas”.

TAVARES (1990) refere que os indicadores constituem uma mais-valia no processo de avaliação dividindo-se em indicadores de processo ou atividade (expõem a quantificação das atividades realizadas) e em indicadores de resultado ou impacto (traduzem as alterações verificadas, como os ganhos em saúde). Segundo IMPERATORI (1993, p.132), “é através dos indicadores que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados”.

Os indicadores de processo encontram-se definidos nas tabelas apresentadas em seguida, tendo por base as sessões de Yoga do Riso, assim como o resultado da aplicação de um pequeno questionário sobre a satisfação dos enfermeiros que participaram nas sessões. (ver apêndice V)

Tabela 6 – Avaliação da percentagem de enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso

	Indicador de processo
Indicador:	% de participação da amostra nas sessões de Yoga do Riso
Numerador:	N.º de participantes nas sessões de Yoga do Riso (28:3 sessões) X 100
Denominador:	N.º de enfermeiros da amostra (14)
Resultado:	Permite determinar a percentagem de enfermeiros da amostra que participaram nas sessões de Yoga do Riso (66,7%)

A percentagem da participação na atividade (mais de 50% dos enfermeiros) demonstra que houve interesse dos enfermeiros em colaborar na intervenção comunitária.

Tabela 7 – Avaliação da utilidade da atividade, pelos enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso

	Indicador de processo
Indicador:	% da apreciação da utilidade pela amostra nas sessões de Yoga do Riso
Numerador:	N.º de participantes que classificam as sessões nos graus <i>Bom</i> (2) e <i>Muito bom</i> (8) X 100
Denominador:	N.º de enfermeiros que participaram na sessão de Yoga do Riso (10 enfermeiros)
Resultado:	Permite determinar a percentagem de enfermeiros que avaliaram satisfatoriamente as sessões de Yoga do Riso (20% <i>Bom</i> e 80% <i>Muito bom</i>)

Os enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso classificaram a utilidade da atividade de modo satisfatório, nos graus *Bom* (20%) e *Muito bom* (80%).

Tabela 8 – Avaliação da linguagem utilizada na atividade, pelos enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso

	Indicador de processo
Indicador:	% da apreciação da linguagem pela amostra, nas sessões de Yoga do Riso
Numerador:	N.º de participantes que classificam a linguagem acessível e clara no grau <i>Muito bom</i> (10) X 100
Denominador:	N.º de enfermeiros que participaram na sessão de Yoga do Riso (10 enfermeiros)
Resultado:	Permite determinar a percentagem de enfermeiros que avaliaram satisfatoriamente a linguagem utilizada durante as sessões de Yoga do Riso (100% <i>Muito bom</i>)

Todos os enfermeiros, que participaram nas sessões de Yoga do Riso, avaliaram satisfatoriamente a linguagem (acessível e clara), utilizada durante as mesmas, classificando-a com o grau *Muito bom* (100%).

Tabela 9 – Avaliação da duração das sessões, pelos enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso

	Indicador de processo
Indicador:	% da apreciação da duração das sessões pela amostra, nas sessões de Yoga do Riso
Numerador:	N.º de participantes que classificam a duração das sessões no grau <i>Bom</i> (2) e <i>Muito bom</i> (8)
Denominador:	N.º de enfermeiros que participaram na sessão de Yoga do Riso (10 enfermeiros) X 100
Resultado:	Permite determinar a percentagem de enfermeiros que avaliaram satisfatoriamente a duração das sessões de Yoga do Riso (20% <i>Bom</i> e 80% <i>Muito bom</i>)

Os enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso classificaram a duração das sessões de modo satisfatório, nos graus *Bom* (20%) e *Muito bom* (80%).

Tabela 10 – Avaliação da continuidade das sessões, pelos enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso

	Indicador de processo
Indicador:	% da apreciação da continuidade das sessões pela amostra, nas sessões de Yoga do Riso
Numerador:	N.º de participantes que classificam a continuidade das sessões no grau <i>Bom</i> (2) e <i>Muito bom</i> (8)
Denominador:	N.º de enfermeiros que participaram na sessão de Yoga do Riso (10 enfermeiros) X 100
Resultado:	Permite determinar a percentagem de enfermeiros que avaliaram satisfatoriamente a continuidade das sessões de Yoga do Riso (20% <i>Bom</i> e 80% <i>Muito bom</i>)

Foi notório o interesse que os enfermeiros demonstraram na continuidade de sessões de Yoga do Riso, ao avaliarem satisfatoriamente a mesma, nos graus *Bom* (20%) e *Muito bom* (80%).

Tabela 11 – Avaliação da apreciação global dos enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso

	Indicador de processo
Indicador:	% da apreciação global da amostra nas sessões de Yoga do Riso
Numerador:	N.º de participantes que classificam as sessões no grau muito interessante (9)
Denominador:	N.º de enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso (10 enfermeiros) X 100
Resultado:	Permite determinar a percentagem de enfermeiros que avaliaram satisfatoriamente as sessões de Yoga do Riso (90%)

A apreciação global dos enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso foi bastante satisfatória, uma vez que 90% classificaram as sessões como muito interessantes.

Tabela 12 – Emoções referidas pelos enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso

	Indicador de processo
Indicador:	% de emoções positivas, da amostra nas sessões de Yoga do Riso
Numerador:	N.º de participantes que referem sentimentos positivos após as sessões de Yoga do Riso (10)
Denominador:	N.º de enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso (10 enfermeiros) X 100
Resultado:	Permite determinar a percentagem de enfermeiros que apresentam emoções positivas após as sessões de Yoga do Riso (100%)

De acordo com BENNER (2001) foi constituído um grupo de peritos, sendo-lhes solicitado para classificarem quais as emoções positivas e negativas descritas pelos enfermeiros participantes na atividade de Yoga do Riso. Assim, de acordo com os peritos, os enfermeiros participantes nas sessões de Yoga do Riso utilizaram unanimemente (100% dos participantes) palavras (cada enfermeiro referiu duas palavras) que se reportam a emoções positivas, após as sessões. São referidas as seguintes emoções, com as respetivas percentagens de enfermeiros que as sentiram:

relaxamento (40%); bem-estar (30%); felicidade (20%); sono (20%); satisfação (10%); otimismo (10%); leveza (20%); harmonia (10%); conforto (10%); descontração (10%); alívio (10%) e despreocupação (10%).

A avaliação satisfatória dos enfermeiros que participaram nas sessões de Yoga do Riso, nomeadamente na apreciação global das sessões, bem como na sua utilidade e no desejo de continuidade do projeto, manifestam a importância e o efeito positivo do mesmo, na aplicação do Yoga do Riso como terapêutica complementar (ver apêndice IV). Assim, devido aos resultados obtidos, constituirá um compromisso aplicar indicadores de impacto em agosto de 2012 (cerca de seis meses após a intervenção), de modo a mensurar os ganhos em saúde.

CAPITULO 4 – CONCLUSÕES/SUGESTÕES

Entre outubro de 2011 e janeiro de 2012, a Fundação Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho (EU-OSHA) desenvolveu um estudo acerca da segurança e saúde ocupacional em 36 países europeus. Os resultados gerais demonstraram que o stress é um risco emergente da segurança e saúde ocupacional; de acordo com a perceção de oito em cada dez europeus, o número de pessoas que sofrem de stress relacionado com o trabalho irá aumentar (77%) nos próximos 5 anos. Neste mesmo estudo, em Portugal, a amostra representativa foi de 1003 indivíduos (com mais de 18 anos), tendo em conta género, idade e região. Os resultados para Portugal demonstram que oito em dez portugueses esperam que o stress relacionado com o trabalho aumente cerca de 84%, nos próximos 5 anos; os portugueses consideram que as boas práticas de segurança e saúde no trabalho são um pilar importante na competitividade económica.

Os objetivos propostos para esta intervenção comunitária foram atingidos, uma vez que se efetuou a avaliação e identificação da gravidade da vulnerabilidade ao stress do grupo de enfermeiros do ACES de A. (utilizando a metodologia do Planeamento em saúde e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman). Segundo vários autores, os profissionais de saúde, mais propriamente os enfermeiros, apresentam uma maior probabilidade de não conseguirem manter o equilíbrio interno face aos inúmeros fatores de stress a que se encontram expostos diariamente. Os métodos de redução do stress em enfermagem são os que se centram no reforço dos mecanismos de adaptação individual. Um dos primeiros passos na tarefa adaptativa é identificar a origem do stress. Cabe, não só ao próprio enfermeiro, como às instituições, elaborar estratégias para prevenir e combater o stress.

Por outro lado, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária deve orientar a sua intervenção em grupos e comunidades, de modo a capacitar os indivíduos a lidar com as fontes de *stress*, conseguindo, assim, restaurar um novo equilíbrio saudável, com um ínfimo de danos causado pela exposição ao risco. Através da prática de Yoga do Riso, como estratégia para lidar com a vulnerabilidade ao stress, houve contribuição para reforçar a linha flexível de defesa dos enfermeiros do ACES de A. O *feed-back* dos enfermeiros que participaram na atividade de Yoga do Riso foi muito positivo, principalmente quanto à apreciação da sua utilidade, continuidade e

avaliação global, tendo havido solicitação de mais sessões semanais, sendo um grande suporte e talvez um aspeto essencial na continuidade deste projeto. Destaca-se ainda a sensibilização da parte dos enfermeiros, que participaram nas sessões de Yoga do Riso, para a problemática da vulnerabilidade ao stress e principalmente a utilização do Yoga do Riso como terapia complementar ao nível dos cuidados de enfermagem.

Os profissionais envolvidos nos cuidados de saúde enfrentam a necessidade de adequar a crescente tecnologia ao desenvolvimento dos meios diagnósticos, à evolução das técnicas de intervenção, à qualidade de vida dos utentes e à humanização da assistência. Deste modo, a prestação de cuidados menos fria e impessoal, mais recetiva e individualizada, permite aos utentes e às equipas multidisciplinares um maior sentimento de segurança, tranquilidade e, conseqüentemente, menor impacto emocional.

Em Portugal, a cultura na profissão de enfermagem relaciona diretamente a competência profissional a uma postura corporal disciplinada, formal, rígida e até mesmo sisuda, evitando o riso e as manifestações a ele associadas. Está na hora da mudança de atitudes! Os enfermeiros podem, e devem, tomar decisões e conquistar um espaço, de modo a executar intervenções específicas e com a respetiva visibilidade.

Porque não usar o riso como técnica de aperfeiçoamento do cuidar?

Porque não considerar a utilização do **Yoga do Riso como intervenção de enfermagem?**

O efeito terapêutico do Yoga do Riso, com os seus inúmeros benefícios (a capacidade promotora de comunicação e alegria, libertador de tensões, alívio de dor e sofrimento), deve ser tido em conta pelos enfermeiros, valorizado e, porque não, colocado na prática profissional. A utilização de Yoga do Riso como intervenção de enfermagem pode ser uma ideia arrojada, mas pode ser assimilada no futuro próximo através do ensino e da prática do riso como competência de enfermagem. Uma intervenção de enfermagem pressupõe uma avaliação da situação, um diagnóstico, um planeamento intencional (sendo necessário conhecer o grupo alvo), execução e avaliação da intervenção, tal como se efetua no Yoga do Riso.

O grupo de enfermeiros que participou nas sessões de Yoga do Riso mostrou vontade e entusiasmo para fundar um clube de riso (espaço onde um grupo de

peças se encontra com regularidade para realizar sessões de riso), uma vez que o espaço físico se encontra disponível.

Segundo CAMAROTTI E TEIXEIRA (1996), os stressores no trabalho interferem com a saúde psíquica dos enfermeiros, contribuindo para a insatisfação no trabalho, para o absentismo e má qualidade dos cuidados prestados. Assim, o ambiente descontraído existente entre os elementos da equipa de enfermagem reflete-se na prestação e qualidade de cuidados e contagia positivamente os utentes.

No decurso desta intervenção encontraram-se algumas **dificuldades** que condicionaram de certa maneira a implementação de todo o projeto. A delimitação temporal condicionou e impediu a observação do impacto a nível dos resultados da atividade de Yoga do Riso, só verificáveis cinco a dez meses após a intervenção e com nova aplicação da 23 QVS. A dificuldade que surgiu para que todos os enfermeiros pudessem participar da atividade revelou ser um fator de limitação, ou seja, a compatibilidade entre o horário de trabalho e o horário das sessões nem sempre foi possível para alguns profissionais. Por último, mas não menos importante, foi difícil convencer alguns profissionais de enfermagem acerca das vantagens da utilização regular do Yoga do Riso como terapia complementar, na área da saúde, e mais especificamente na vulnerabilidade ao stress.

No decorrer do estágio e implementação da intervenção de enfermagem comunitária, também encontramos alguns **aspectos facilitadores** e positivos. Assim, o apoio da enfermeira responsável de estágio, bem como do conselho clínico do ACES de A., foi sem dúvida uma mais-valia no desenrolar de toda a intervenção, através da disponibilização do espaço físico e no incentivo na participação dos profissionais.

As principais competências desenvolvidas ao longo do estágio provêm da utilização da Metodologia do Planeamento em Saúde, nomeadamente na avaliação do estado de saúde de grupos, na elaboração do projeto, articulando esta metodologia com modelos de intervenção de enfermagem comunitária, mais especificamente o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

A nível organizacional, o conselho clínico do ACES de A. demonstrou interesse em manter sessões de Yoga do Riso como uma terapia complementar para os membros da organização (todos os trabalhadores). Foi solicitada, pelo conselho clínico, a marcação de uma data para uma sessão de Yoga do Riso a decorrer no mês de abril

de 2012. Este poderá ser o primeiro passo para a organização do serviço de Saúde Ocupacional inexistente atualmente.

A fim de mensurar os ganhos em saúde e dar seguimento ao projeto, constituirá um compromisso aplicar indicadores de impacto em agosto de 2012 (cerca de seis meses após a intervenção comunitária). Deste modo, tendo em conta a continuação da prática regular de Yoga do Riso, em agosto de 2012 deverá ser aplicada a escala 23 QVS e comparados os resultados com os obtidos em janeiro de 2012, verificando as alterações nos valores da vulnerabilidade ao stress nos enfermeiros.

Em termos de investigação, consideramos que seria interessante verificar qual a relação entre a intervenção de enfermagem, através do Yoga do Riso, e a produtividade/qualidade na prestação de cuidados de enfermagem. Há necessidade de investir na evolução dos enfermeiros como profissionais interessados, num **cuidar como um conceito mais alargado**, onde se insere o riso.

BIBLIOGRAFIA

ACES de A. (2011) – **PLANO DE ACTIVIDADES 2011**. M. C. fevereiro 2011.

BARDIN, L. (2009) – **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. ISBN: 978-972-44-1506-2.

BECK; EMERY (1985) – **Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective**. New York: Basic Books.

BENNER, P. E. (2001) – **From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice**. Nova Jersey: Prentice Hall.

BENTO, Ana Paula; PIRES, Teresa Jesus (1997) – **Na procura do Conhecimento a Personalização dos Cuidados**. Actas VIII Semana de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. 7 a 11 abril. 58 p.

CABRAL, Fernando; [et tal] (2000) – **Segurança e Saúde do Trabalho: Legislação Anotada**. Coimbra: Almedina. ISBN 972-40-2274-9.

CAMAROTTI, H.; TEIXEIRA, H. A. (1996) – **Saúde mental e trabalho: estudo da Região Norte de Saúde**. Brasil: Revista de Saúde do Distrito Federal. 7 (1), 29-40.

CARAPINHEIRO, Graça; LOPES, Noémia (1997) – **Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses**. Grafinter, Sociedade Gráfica, Lda. ISBN 972-95420-1-5.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela (1998) – **Metodologia da investigação**. Guia para auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade aberta. ISBN 972-674-231-5.

CLANCY, John; McVICAR, Andrew (1994) – **A subjectividade do stress**. Nursing. Lisboa: ISSN 0871-6196. dezembro. Ano 7. Nº 83. p.22-28.

CHRISTIAN, R [et al] (2004) – **Risoterapia. Un Nuevo campo para los profesionales de la salud**. Rev. Soc. Per. Med. Inter. 17(2). p. 57 a 64.

COMISSÃO EUROPEIA (1996) – **Guia para a Avaliação de Riscos no Local de Trabalho**. Lisboa.

CYRUNIK, B. (2004) – **Os patinhos feios**. São Paulo: Martim Fortes.

DAMÁSIO, António (2001) – **O sentimento de si. O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência**. Mem-Martins: Publicações Europa-América, 13ª ed. 171481/01. p. 56-59.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2009) – **Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2009-2012**. Lisboa: Acedido a 21 de fevereiro de 2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/10/default.aspx?id=5523>.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK – EU-OSHA (janeiro de 2012) – **Pan-European opinion poll on occupational safety and health**. Acedido a 21 de fevereiro de 2012. Disponível em: <http://www.osha.europa.eu/en/press/press-releases>.

DOHRENWEND, B.P. (1998) – **Ovenview and Evidence for the Importance of Adverse Environmental Conditions in Causing Psychiatric Disorders**. New York: Oxford University. Dohrenwend BP ed.

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência.

GARCIA, Luís Miguel (1997) – **O Stress no enfermeiro, nos primeiros anos de vida profissional**. Sinais Vitais. Coimbra: ISSN 0872-8844. setembro. Nº 14. p. 37-39.

HOLDEN, R. (2005) – **Rir ainda é o melhor remédio**. São Paulo: Butterfly Editora.

IMPERATORI, E.; GIRALDES, M.R. (1993)- **Metodologias de Planeamento em Saúde**. 3ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. ISBN 972-675-085-7.

KATARIA, Madan (2002) – **Laugh for no reason**. Mumbai: Madhuri International. ISBN 81-87529-01-06.

LEAL, Maria Felisberta Pinto (1998) – **Stress e Burnout**. Coimbra: Laboratórios Bial.

LAMBERT, E. (1999) – **A terapia do riso: a cura pela alegria**. São Paulo: Ed. Pensamento.

LOFF, Ana Margarida (2003) – **Avaliação de níveis de stress em enfermagem**. Sinais Vitais. Coimbra: ISSN 0702-8844. janeiro. Nº 46. p. 13-15.

LONGARITO, Clementina (1996) – **Stress, Formas de lidar com o stress**. Informar. abril/junho. Ano II. Nº5. p. 29-33.

MAROCO, João; BISPO, Regina (2003) – **Estatística aplicada às ciências sociais e humanas**. Lisboa: Climepsi Ed. ISBN 972-796-065-0.

MENDES, Aida Cruz (1998) – **Stress, Estratégias de lidar com o stress e imunidade**. Coimbra: Referência. ISSN 0874-0283. setembro. p. 49-55.

NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline (2011) – **The Neuman Systems Model**. 5ª ed. United States of America: Pearson. p 3-33.

OMS (2007) – **Plano global de acção sobre Saúde dos Trabalhadores 2008-2017**. Sexagésima Assembleia Mundial de Saúde. Geneva: OIT.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – **Proposta de sistema de individualização de especialidades em enfermagem**. Assembleia Geral de 17 de março de 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (16 de julho de 2010) – **Proposta de projecto de regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Acedido a 21 de fevereiro de 2012.

Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/1%C2%AAAs%20Assembleias%20Gerais%20dos%20Seis%20Col%C3%A9gios%20de%20Especialidade%20da%20Ordem%20dos%20Enfermeiros/MCEE/Proposta%20Proj%20Reg%20Perfil.pdf>

PALMER, Stephen; COOPER, Cary – **Como lidar com o stress**. Lisboa: SmartBook. AENL. ISBN 978-989-8297-21-1.

PAÚL, Constança; FONSECA, António (2001) – **Psicossociologia da Saúde**. 1ª Edição. Lisboa: Manuais Universitários 20. ISBN: 972-796-008-1. p.59-74.

PHIPPS [et al] (1995) – **Enfermagem medico-cirúrgica– Conceitos e prática Clínica**. Volume I. 2ª Edição. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-0-6. 1394 p.

PINHEIRO, D. (2004) – **Resiliência em discussão**. Psicologia estud. Maringá: v.9, nº1, p.65-75.

RAPOSO, Assunção; HIGINO, Isabel (1994) – **Stress**. Enfermagem em Foco. SEP. Lisboa: ISSN 0872-8008. agosto/outubro. Nº 16. p. 29-33.

RIBEIRO, José Luís Pais (1999) – **Psicologia e Saúde**. 1ª Edição. Lisboa: ISPA. ISBN 972-8400-07-1. 444 p.

ROGERS, Bonnie (1997) – **Enfermagem do trabalho. Conceitos e prática**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-03-7.

SELYE, Hans (1956) – **The stress of life**. New York: McGraw-Hill. 324p.

SELYE, Hans (1983) – **The stress concept: Past, present and future**. In Cooper, Cary L. – Stress research issues for the eighties. New York: John Wiley & Sons. ISBN 0-471-10246-6. p. 1-20.

SORENSEN; LUCKMAN (1998) – **Enfermagem fundamental, Abordagem psicofisiológica**. 3ª Edição. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-6-5. 331 p.

TAVARES, A. (1990) – **Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde.

THELAN [et al] (1996) – **Enfermagem em cuidados intensivos – diagnóstico de intervenção**. 2ª Edição. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-2-2. 1050 p.

UVA, A. (2006) – **Avaliação e gestão do risco em Saúde Ocupacional: algumas vulnerabilidades**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Vol. Temático n.º6.

VAZ SERRA, Adriano (1999) – **O stress na vida de todos os dias**. Coimbra: Execução gráfica. ISBN 972-95003-2-0. 770p.

VAZ SERRA, Adriano (2000) – **Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS**. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 21, p. 279-308.

VAZ SERRA, Adriano (2000) – **A vulnerabilidade ao stress**. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 21, p. 261-278.

STANHOPE; LANCASTER (1999) – **Enfermagem de Saúde Pública - Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ªedição. Loures: Lusodidacta. ISBN 9789728383053.

ANEXOS

Anexo I - Diagrama do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Com autorização de Betty Neuman (2005) para propósitos educacionais.

Obtido de:

<http://www.neumansystemsmodel.org/NSMdocs/NSM%20overview%20as%20PDF.pdf>

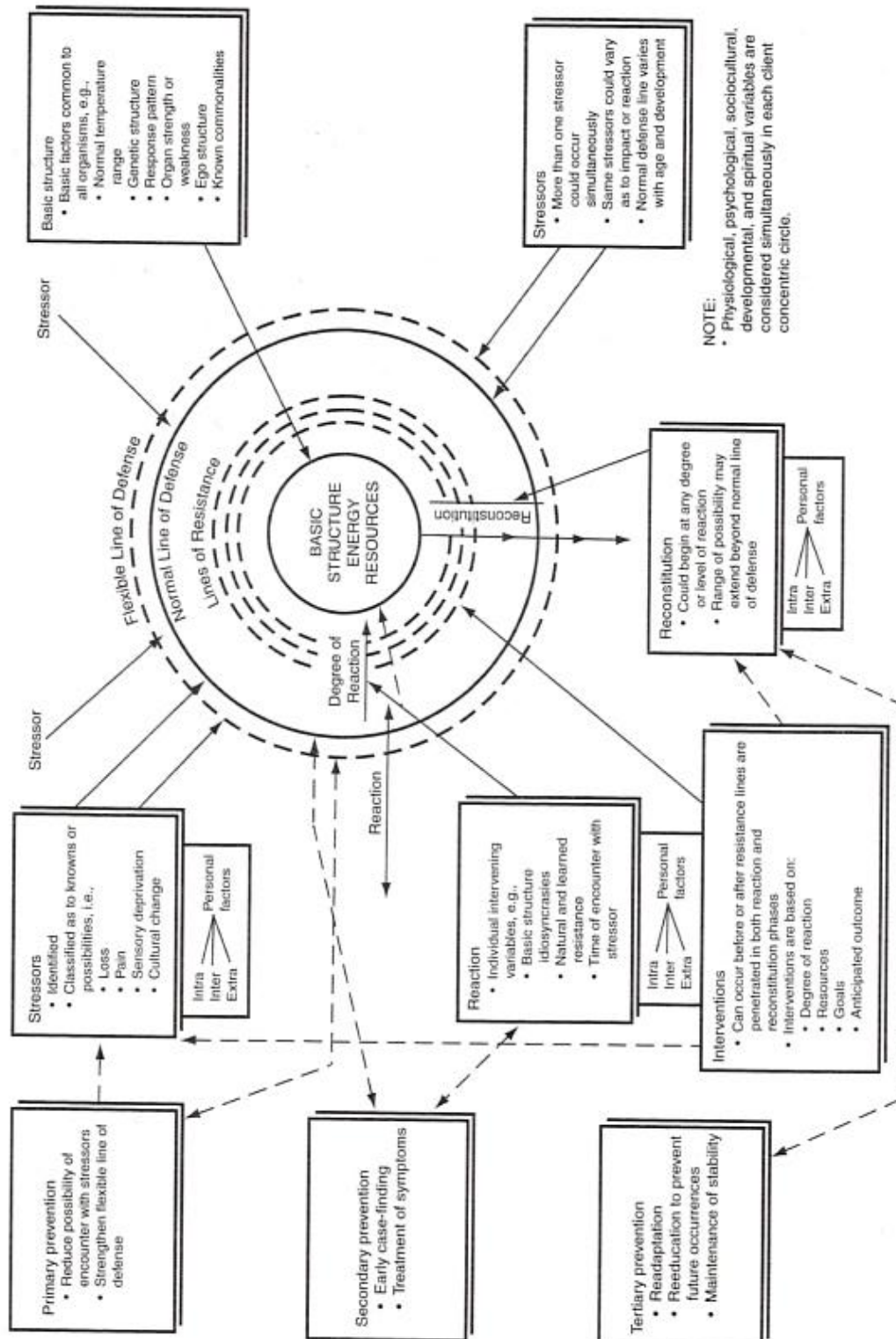


FIGURE 1-3. The Neuman Systems Model. (Original diagram copyright © 1970 by Betty Neuman.)

Anexo II – Autorização de estágio e aplicação do projeto



Maria Conceição Martins Lourenço <mc.lourenco72@gmail.com>

Fw: Pedido de autorização de estágio e Projecto de investigação

Saúde Infantil UCSP C

22 de Julho de 2011
14:30

Para: mc.lourenco72@gmail.com

----- Original Message -----

From:

To:

Cc:

Sent: Friday, July 22, 2011 1:02 PM

Subject: Pedido de autorização de estágio e Projecto de investigação

Sra En^ª Conceição Lourenço,

Informamos que damos parecer favorável á realização de estágio e projecto de investigação no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, conforme proposta e documentos já apresentadas e analisados pelo Conselho Clínico do ACES.

Com os melhores cumprimentos,

Vogal do C Clínico
ACES de A.

----- Original Message -----

From:

To: 'Conselho Clínico ACES A

Cc:

Sent: Thursday, July 14, 2011 10:33 AM

Subject: FW: Pedido de autorização de estágio

Ao Exmo Conselho Clínico

Par se pronunciar

Cumprimentos

Enviada: quinta-feira 14 de Julho de 2011 08:26

Para:

Cc:

Assunto: Pedido de autorização de estágio



ACES de ALMADA

Agrupamento de Centros de
Saúde de Almada
(Almada, C. Caparica, C. Piedade)

Exmo. Sra.

Profª. Maria Filomena Gaspar
Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Pólo AR
FAX – 218912293

LISBOA

Referência
AR – Of. Nº 003502

Sua comunicação
30/08/2011

Nossa referência

Assunto – Ensino Clínico – 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Enfermagem Comunitária

Relativamente ao assunto em epígrafe, e em resposta ao V. Ofício, informamos que prevemos ter disponibilidade para receber 2 alunos do curso supracitado, para realização de Ensino Clínico, no período de 3 de Outubro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012:

Unidade de Saúde Pública - Mª da Conceição Lourenço
Unidade de Saúde Familiar do Monte - Maria Jorge Brites

Para o estágio da Enfermeira Cármen Marmelo no CDP de Setúbal, deverá ser solicitado ao ACES da Península de Setúbal IV – Setúbal, Palmela.

Com os melhores cumprimentos,

Monte Caparica, 15 de Setembro de 2011

A Vogal do Conselho Clínico

M. Anjos Garcia

Anexo III – Autorização da identificação do local de estágio

Ministério da Saúde-ARSLVT, IP
Agrupamento dos Centros Saúde Almada
Rua São Lourenço Poente - Caparica
2825-023 Caparica
Telef. 21 294 58 00 Fax: 21 294 58 81


Luís Marquês
Director Executivo

Ex. mo Sr. Diretor Executivo

Dr. Luís Marquês

ACES Almada

Maria Conceição Lourenço, Enfermeira, a realizar estágio no ACES de Almada, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, vem solicitar autorização para poder mencionar e identificar o ACES de Almada no seu relatório final de estágio, bem como no estudo realizado, garantindo o anonimato dos intervenientes, que colaboraram neste trabalho.

Monte Caparica, Maio 2012



Anexo IV – Pedido e autorização de utilização da escala 23 QVS



Maria Conceição Martins Lourenço <mc.lourenco72@gmail.com>

Pedido de autorização

Maria Conceição Martins Lourenço <mc.lourenco72@gmail.com>

2 de Julho de 2011 21:15

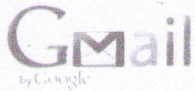
Para: psiqdir@huc.min-saude.pt

Caro Prof. Dr. Adriano Vaz Serra,

o meu nome é Conceição Lourenço, sou enfermeira, e estou a frequentar o mestrado de enfermagem comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Estou a desenvolver um projecto na área de Saúde Ocupacional e através de alguma pesquisa tomei conhecimento da sua Escala de avaliação de vulnerabilidade ao stress. Venho por este meio solicitar-lhe autorização para utilizar a escala com fins académicos (aplicação da escala a enfermeiros do Aces de A).

Aguardo resposta.

Com os melhores cumprimentos,
Conceição Lourenço



Maria Conceição Martins Lourenço <mc.lourenco72@gmail.com>

Pedido da 23QVS

Adriano Vaz-Serra <adriano.vazserra@gmail.com>

3 de Julho de 2011 00:02

Para: mc.lourenco72@gmail.com

Senhora Enfermeira Conceição Lourenço,

Tenho todo o gosto em que utilize no seu trabalho a escala 23QVS, criada por mim e que se destina a avaliar a **vulnerabilidade ao stress**. Fica desde já autorizada a fazê-lo.

Contudo, para lhe enviar todo o material de que precisa, tenho necessidade em que me diga qual é o seu endereço de correio (nome de rua, número da porta e código postal). Pode ser?

Quando tiver estes dados envio-lhe todo o material em correio verde.

Desejando os melhores êxitos para o seu trabalho, aceite as melhores saudações de

Adriano Vaz Serra

Anexo V – Instrumento de recolha de dados

Maria da Conceição Martins Lourenço

e-mail – mc.lourenco72@gmail.com

tm – 919400387

Exmo./a Senhor/a Enfermeiro/a

Este trabalho de investigação enquadra-se no II Mestrado de Enfermagem, na especialidade de Enfermagem Comunitária, subordinada ao tema “Vulnerabilidade ao Stress nos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários”.

O partilhar ideias, procedimentos, responsabilidades, sentimentos e conflitos, faz com que o trabalho do enfermeiro seja dotado de características muito peculiares.

O stress profissional na enfermagem tem sido objecto de estudo de muitos investigadores e foi reconhecido como um problema significativo para os enfermeiros.

O objectivo deste trabalho é verificar em que medida existe vulnerabilidade ao stress nos enfermeiros, no ACES de A. e, consequentemente, implementar estratégias para os enfermeiros lidarem com o stress no local de trabalho.

Não existem respostas certas nem erradas e é importante que responda a todos os itens.

Asseguro-lhe desde já, que a sua informação é absolutamente confidencial e que não precisa de subscrevê-la.

Agradeço toda a sua colaboração e disponibilidade.

Declaro que fui bem informado sobre os objectivos deste trabalho e aceito participar neste estudo.

Unidade de saúde:

Data:

Grata pela colaboração
Maria da Conceição Lourenço
Lisboa, 2011

Este questionário destina-se exclusivamente a enfermeiros. A sua opinião ajuda-nos a melhorar o conhecimento que possuímos acerca dos aspectos relacionados com a vulnerabilidade ao stress dos enfermeiros. Agradecemos a sua colaboração. Responda às questões por extenso ou assinalando com uma cruz a mais adequada.

Idade (anos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Género	
Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>
Estado civil	
Solteiro	<input type="checkbox"/>
Casado/União de facto	<input type="checkbox"/>
Divorciado	<input type="checkbox"/>
Viúvo	<input type="checkbox"/>
Tem filhos	
Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
Habilitações literárias	
Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Especialidade	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>
Título profissional	
Enfermeiro	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro especialista	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro responsável/coordenador	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro chefe	<input type="checkbox"/>
Tempo de exercício profissional (anos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Refira dois locais onde trabalha mais horas/semana, por ordem decrescente (por exemplo: sala tratamentos, vacinação, domicílios...)1º _____; 2º _____	
Trabalho por turnos	
Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
Duplo emprego	
Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
Se respondeu Sim , quanto tempo demora em média (deslocando-se de carro) entre os dois locais de trabalho _____ minutos	

23 QVS – ESCALA DE VULNERABILIDADE AO STRESS

Adriano Vaz Serra; 2000

A escala é constituída por 23 questões, havendo 5 respostas possíveis (desde o “concordo em absoluto”-valor 0 e o “discordo em absoluto”-valor 4).

0	1	2	3	4
Concordo em absoluto	Concordo bastante	Não concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto

Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a *sua* resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Assinale com uma cruz no quadrado respectivo aquela que se aproxima mais do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece.

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1. Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldades em me relacionar com pessoas desconhecidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando tenho problemas que me incomodam, posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preocupo-me facilmente com os contratemplos do dia-a-dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dou e recebo afecto com regularidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Perante as dificuldades do dia-a-dia, sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou um individuo que se enerva com facilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Na maior parte dos casos, as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
12. Quando me criticam, tenho tendência a sentir-me culpabilizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muito obrigada pela sua colaboração.

Anexo VI – Certificados de líder de Yoga do Riso

DIPLOMA

Certifico que, CONCEIÇÃO LOURENÇO
realizou o curso de Líder de Yoga do Riso com excelentes resultados, entendendo
perfeitamente no que consiste o movimento de Yoga do Riso, adquirindo todas as
técnicas necessárias para liderar uma Sessão de Riso em diversos contextos.

Sabrina Tacconi

Sabrina Tacconi
Presidente da Embaixada do Riso
Professora titulada pela escola do Dr. Madan Kataria



EMBAIXADA DO RISO

Só somos sérios no serviço que lhe prestamos

Dr. Kataria School Of Laughter Yoga



Certified Laughter Yoga Leader

This is to certify that CONCEIÇÃO LOURENÇO
has successfully completed the required training under my guidance and has demonstrated
competence by understanding the concept, developing skills of unconditional laughter based on
Hasya Yoga (Yogic Laughter) and having the knowledge of "Inner Spirit of Laughter"
as initiated and taught by Dr. Madan Kataria M.D.

M. Kataria

Dr. Madan Kataria
Founder

Date 19.09.2011



Sabrina Tacconi

Laughter Yoga Teacher

Place ALHADA - LISBOA

APÊNDICES

Apêndice I - Cronogramas do projeto (previsto e reformulado)

CRONOGRAMA PREVISTO	2011							2012	
	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Solicitação da aplicação do projeto	■	■							
Diagnóstico da situação	■	■							
Pesquisa bibliográfica			■	■					
Pesquisa dos recursos da comunidade		■	■						
Reuniões com profissionais	■			■					
Reuniões com Enfermeiros Orientadores	■	■			■	■		■	■
Aplicação dos questionários aos enfermeiros				■	■				
Avaliação dos resultados dos questionários					■				
Tratamento de dados					■				
Planeamento de intervenções de enfermagem					■				
Priorização das intervenções					■	■			
Realização das intervenções junto dos enfermeiros					■	■			
Avaliação das intervenções junto dos enfermeiros (aplicação do questionário)							■		
Elaboração de relatório								■	■

CRONOGRAMA REFORMULADO	2011							2012		
	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Solicitação da aplicação do projeto	■	■								
Diagnóstico da situação	■	■								
Pesquisa bibliográfica		■	■	■						
Pesquisa dos recursos da comunidade		■	■							
Reuniões com profissionais	■			■						
Reuniões com Enfermeiro Orientador	■	■			■	■	■	■	■	■
Aplicação dos questionários aos enfermeiros					■	■				
Avaliação dos resultados dos questionários					■	■				
Tratamento de dados					■	■				
Planeamento de intervenções de enfermagem						■	■			
Priorização das intervenções						■	■			
Realização das intervenções junto dos enfermeiros								■		
Avaliação das intervenções junto dos enfermeiros (aplicação do questionário)								■		
Elaboração de relatório								■	■	■

**Apêndice II – Dotação utentes/enfermeiro por unidades
funcionais do ACES de A.**

Dotação utentes/enfermeiro por unidades funcionais

Unidades funcionais do ACES de A.	Nº de enfermeiros em contexto de trabalho	Nº de enfermeiros efetivos em contexto de trabalho	Nº de utentes inscritos nas unidades	Relação nº de utentes/enfermeiro
UCSP F.X.N.	12	11,1	18.459 21.010*	1662,97 1892,79*
UCSP R.	10	9,5	21.592 31.277*	2272,84 3292,32*
USF P.	7	7	13.154	1879,14
UCSP CH	11	8,8	26.689 36.580*	3032,84 4156,82*
UCSP C.	8	7,1	17.659 29.296*	2487,18 4126,20*
UCSP T.	6	5,5	6.699 7.688*	1218 1397,82*
USF M	12	10,7	25.133	2348,88
USF S.	7	7	13.220	1888,57
UCSP L.	9	7,2	17.384 20.402*	2414,44 2833,61*
UCSP S.A.	7	6,6	15.821 20.183*	2397,12 3058,03*
USF C. P.	8	8	17.023	2127,88
USF F.	7	7	13.779	1968,43
USP	2	2		
UCC	6	5,5		
URAP (inclui CDP)	7	5,7		
UAG	1	1		
Concelho clínico	1	1		

*Nº total com utentes esporádicos

Dotação de utentes/enfermeiro efetuada após consulta das seguintes fontes: Plano de Atividades de 2011 do ACES de A. e Gabinete de Gestão Informática

Apêndice III – Planos de ação das sessões de Yoga do Riso

SESSÃO DE YOGA DO RISO (12 de janeiro de 2012) – 45 minutos

Tema: Trabalho



Recursos necessários:

- Sala que possa comportar cerca de 15 participantes;
- 15 colchões;
- Velas aromáticas;
- Leitor e CD com música suave para o relaxamento;
- Folhas e canetas para avaliação da sessão;
- Bolo e chá para o convívio final.

1 – Colocar os participantes à frente do líder, como se fosse uma aula de aeróbica (30 segundos);

2 – Apresentação do líder de Yoga do Riso e justificação da sessão (30 segundos);

3 – Apresentação do método (1 minuto):

Vamos fazer uma sessão de riso, ou seja, rir sem motivo. No início pode parecer uma situação ridícula, mas depois vamos sentir confiança.

O Yoga do Riso iniciou-se na Índia, em 1995, através do Dr. Madan Kataria e da sua esposa.

4 – Falar sobre os benefícios da prática regular (2 minutos):

A principal função da sessão de riso é a passagem do sistema simpático para o sistema parassimpático. O sistema simpático é activado no dia-a-dia (com acumulação de stress), no entanto devíamos estar sempre no sistema parassimpático (estado de relaxamento). Através da prática regular deste método libertamos hormonas (serotonina – anti-depressivo natural e endorfinas – sensação de bem-estar). Benefícios:

- Favorece o funcionamento do sistema respiratório (estimula diafragma, aumenta a oxigenação);
- Favorece o sistema cardiovascular (permite controlar pressão arterial);
- Fortalece o sistema imunológico;
- Provoca sensação de bem-estar;
- Massagem órgãos internos;
- Promove relaxamento profundo.

5 – Explicar em que vai consistir a sessão (30 segundos):

Vamos fazer vários exercícios de riso. Não vamos forçar o riso; passamos do riso falso para o riso verdadeiro. O nosso cérebro não faz qualquer distinção entre os dois. O riso é intrínseco ao ser humano, vem do contágio e do factor social. Deve-se evitar falar uns com os outros.

6 – Mostrar como se faz o ritmo de palmas entre cada exercício (30 segundos):



7 – Exercícios de riso em pé intercalados com exercícios de respiração – Pranayama – e interação entre os participantes (15 minutos):

- Riso envergonhado (rir de forma tímida);
- Riso do cumprimento (apertar a mão de cada participante, enquanto ri);
- Riso da fatura (mostrar uma fatura aos outros e rir da situação);
- Riso da injeção (rir enquanto fingimos administrar uma injeção);
- Riso da constipação (fingir espirros e rir);
- Riso do fio dentário (rir enquanto fingimos limpar o cérebro com o fio dentário para limpar os pensamentos que não interessam);
- Riso do comprimido da felicidade (rir enquanto damos um comprimido que faz rir a pessoa que encontramos);
- Riso da chave que não abre portas (rir enquanto fazemos o gesto de abrir uma porta com a chave).

9 - Exercícios de riso sentados intercalados com exercícios de respiração – Pranayama (5 minutos):

- Riso do motor do carro (imitar rodar a chave do carro e fazer o ruído do motor, acabando a rir);
- Riso do computador (rir enquanto imitamos escrever no teclado do computador).

10 – Deitados, a rir em grupo (5 minutos):

11 – Meditação/relaxamento (5 minutos) - CD com música para relaxar;

12 – Para fechar a sessão dar as mãos, roda, levantamos as mãos e gritamos: Somos as pessoas mais felizes do mundo!

13 – Partilha final e avaliação (10 minutos);

14 – Convívio com chá e bolo!

SESSÃO DE YOGA DO RISO (19 de janeiro de 2012) – 45 minutos

Tema: Visita ao Jardim Zoológico



Rir é o melhor remédio!

1 – Colocar os participantes à frente do líder como se fosse uma aula de aeróbica (30 segundos);

2 – Apresentação do líder (30 segundos);

3 – Apresentação do método (1 minuto);

4 – Falar sobre os benefícios da prática regular (1 minuto);

5 – Explicar em que vai consistir a sessão (30 segundos);

6 – Mostrar como se faz o ritmo de palmas entre cada exercício (30 segundos);

7 – Exercícios de riso em pé intercalados com exercícios de respiração – Pranayama – e interação entre os participantes (15 minutos):

Riso do elefante (rir imitando a tromba do elefante com o braço);

Riso do pinguim (rir imitando o andar do pinguim);

Riso da preguiça (rir mexendo o corpo muito devagar);

Riso do papagaio (rir imitando o ruído do papagaio);

Riso do macaco (rir imitando um macaco);

Riso da hiena (rir como uma hiena);

Riso do canguru (rir e saltar).

9 - Exercícios de riso sentados intercalados com exercícios de respiração – Pranayama (5 minutos):

Riso do leão (rir e imitar um leão);

Riso da cobra (rir e mostrar a língua);

Riso da foca (rir e imitar palmas como uma foca).

10 – Deitados, a rir em grupo (5 minutos);

11 – Meditação/relaxamento (6 minutos) - CD com música para relaxar;

12 – Para fechar a sessão dar as mãos, roda, levantamos as mãos e gritamos: Somos as pessoas mais felizes do mundo!

13 – Partilha final e avaliação (10 minutos);

14 – Convívio com chá e bolo!

SESSÃO DE YOGA DO RISO (26 de janeiro de 2012) – 50 minutos



Rir é o melhor remédio!

Tema: Férias

- 1 – Apresentação do líder, do método e da sessão (1 minuto e 30 segundos);**
- 2 – Iniciar a sessão com uma técnica “quebra-gelo”, para colocar os participantes relaxados (8 minutos):**

DANÇA DAS DOBRADIÇAS

1. MATERIAL: música (ritmo marcado **Faixa 2 – Living La Vida Loca**).
2. INSTRUÇÕES:
 - a. o grupo fica em pé e em círculo;
 - b. devem “dançar” com o corpo todo, de acordo com o ritmo da música, alternando com as consignas dadas pelo líder;
 - Dançar somente com os pés e tornozelos;
 - Dançar com o corpo todo!
 - Somente com as pernas;
 - Dançar com o corpo todo!
 - Somente com os quadris;
 - Dançar com o corpo todo!
 - Somente com o tórax;
 - Dançar com o corpo todo!
 - Somente com o pescoço e a cabeça;
 - Dançar com o corpo todo!
 - Somente com os olhos e a boca (rosto);
 - Dançar com o corpo todo!

- 3 – Relembrar como se faz o ritmo de palmas entre cada exercício (30 segundos);**

- 4 – Exercícios de riso em pé intercalados com exercícios de respiração – Pranayama – e interação entre os participantes (15 minutos):**

Riso do mapa de férias...

Riso do telefonema a marcar férias...

Riso da despedida...

Rir da paisagem...

Riso do gelado...

Riso do passear de barco...

Riso do colar de flores...

5 - Exercícios de riso sentados (5 minutos):

Riso do cocktail...

Riso sentados no avião...

6 – Deitados a rir em grupo (5 minutos);

7 – Meditação/relaxamento (5 minutos) - Faixa 5 (CD p/ relaxar):

VIAGEM A UMA ILHA PARADISIACA

1. MATERIAIS: música de relaxamento

2. INSTRUÇÕES:

- a. cada participante procura um local da sala para se deitar, de forma confortável, procura soltar as tensões do corpo;
- b. a partir deste momento, o líder dará as consignas (ao comando de sua voz), e cada um deverá imaginar (tentar visualizar) cada comando;
- c. "o seu corpo começa a ficar leve..., cada vez mais leve... e você começa a levitar, sai da sala..., atravessa o teto...

Levita sobre a cidade... afastando-se dela, depois vê o mar... uma imensidão de água calma, azul..., até se aproximar de uma ilha verde... Procure ver essa ilha (deixar aflorar a imaginação de cada um). Veja as árvores, a mata, os pássaros, os bichos, as flores (...).

Você ouve o barulho de água... parece um riacho com águas cristalinas, produzindo uma sensação agradável..., mais ao fundo, uma queda de água...

A areia dourada da praia..., o calor do sol na pele..., o barulho ondulante do mar...

Agora, é preciso voltar... despeça-se da praia de areia dourada, do riacho com águas cristalinas, das flores, dos bichos, dos pássaros, da mata, das árvores, da ilha verde...

A ilha está longe e só vê o mar azul e calmo..., aproxima-se da cidade... levita sobre ela, atravessa o teto e entra na sala...

Sinta o seu corpo... estique os braços e as pernas muito devagar ... Chegou!

8 – Para fechar a sessão dar as mãos, roda, levantamos as mãos e gritamos: Somos as pessoas mais felizes do mundo!

9 – Partilha final e avaliação (10 minutos);

10 – Convívio com chá e bolo!

Apêndice IV – Fotografias das sessões de Yoga do Riso

Fotografias das sessões de Yoga do Riso – Apresentação do líder e participantes, rir em pé e rir sentados.



Fotografias das sessões de Yoga do Riso – Rir deitados, relaxamento e encerramento da sessão.



Fotografias das sessões de Yoga do Riso – Avaliação da sessão e convívio final com lanche.



Apêndice V – Instrumento de avaliação das sessões de Yoga do Riso

Avaliação da Sessão de Yoga do Riso

Utilizando a escala abaixo, coloque uma cruz na opção que mais se adequa à sua opinião sobre cada item:

Não satisfaz	Satisfaz pouco	Satisfaz	Bom	Muito bom
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
Utilidade da sessão					
Linguagem acessível e clara					
Duração da sessão					

Apreciação global da sessão (assinale com um X):

Nada interessante	
Pouco interessante	
Interessante	
Muito interessante	

Utilize duas palavras para descrever o que sente após a sessão:

Muito obrigada pela colaboração!