



esec
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



Mestrado em Educação para Saúde

Resiliência em Profissionais de Saúde

Sidonie Antunes Correia

Coimbra, 2018

Sidonie Antunes Correia

Resiliência em Profissionais de Saúde

Trabalho de projeto do Mestrado em Educação para a Saúde, apresentada à Escola Superior de Educação de Coimbra e à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Constituição do júri

Presidente: Prof. Doutor(a) Maria Filomena Rodrigues Teixeira

Arguente: Prof. Doutor(a) Maria Isabel Seixas da Cunha Chagas

Orientador: Prof. Doutor(a) Ana Carolina Morgado Ferreira de Frias

Dezembro de 2018

De tudo, ficaram três coisas:

A certeza de que estamos sempre começando...

A certeza de que precisamos continuar...

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...

Portanto devemos:

Fazer da interrupção um caminho novo...

Da queda um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro...

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Por detrás das nossas realizações pessoais, além de um considerável esforço próprio, esconde-se um grande número de contribuições, sugestões e comentários vindo de muitas pessoas. A sua importância assume uma mais-valia que sem elas, teria sido difícil cumprir os meus objetivos e realizar mais uma etapa importante da minha vida. Quero assim expressar, a todas as pessoas o meu sentido e profundo sentimento de reconhecido agradecimento.

Começo por agradecer à minha orientadora, Prof. Doutora Ana Frias, pelo apoio, incentivo e motivação que me deu ao longo de todo o percurso. Além disso, quero agradecer pela sua incansável disponibilidade para me ensinar, ajudar e estou-lhe grata por todos os seus conselhos e contributos.

À Prof. Doutora Margarida Pocinho, faço um agradecimento pela disponibilidade prestada para ajudar a analisar e interpretar estatisticamente os resultados do projeto

Ao meu marido André um agradecimento muito especial pelo apoio incondicional que me deu a força e determinação necessárias para ultrapassar os obstáculos mais difíceis e por ter partilhado comigo todos os momentos.

Por último, mas não menos importante, quero deixar um agradecimento aos meus pais que, desde sempre, têm estado ao meu lado, especificamente à minha mãe por toda a sua dedicação à família e ao meu pai por todo o esforço e confiança. Espero que de alguma forma possa retribuir e compensar todo o carinho demonstrado de diversas formas.

Resumo: A resiliência humana prioriza o potencial dos seres humanos para produzir saúde (Silva, Lunardi, Lunardi Filho & Tavares, 2005), oferecendo a capacidade de responder positivamente às experiências de elevado risco para a saúde (Machado, 2010). Os profissionais de saúde confrontam-se diariamente com diversas dificuldades laborais nas condições e no ritmo de trabalho, agravadas por um quadro de crise socioeconómica (Nogueira, Barros, & Pinto, 2013). Neste sentido, o seu bem-estar mental, físico, emocional e social pode ser colocado em causa. Assim, surge o presente projeto de intervenção educativa “Resiliência em profissionais de saúde”, que pretende conhecer «quais os níveis de resiliência de Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica?». Situando-se nos pressupostos metodológicos da investigação-ação, o estudo contempla a aplicação da Escala de Resiliência adaptada para População Adulta Portuguesa (Deep & Pereira, 2012), para dar resposta ao objetivo geral «Avaliar níveis de resiliência dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, em estudo». Subsidiariamente, dá ainda resposta aos seguintes objetivos específicos: i) Analisar conceções dos profissionais de saúde em estudo sobre “Resiliência”; ii) Identificar fatores de risco e fatores protetores nos processos de resiliência dos profissionais em estudo; iii) Conceber, implementar e avaliar um projeto de intervenção de educação em resiliência com os profissionais em estudo, com vista à promoção da saúde individual e coletiva no seu contexto de trabalho. Os principais resultados sugerem que, com a implementação do projeto: i) as profissionais em estudo mostraram evolução positiva nos seus níveis de resiliência, mais especificamente perseverança (16,7%) e sentido da vida (8,3%) (os dois fatores de resiliência mais abordados na intervenção educativa), bem como, ainda, ao nível da serenidade (8,3%) e autoconfiança (16,7%); ii) a maioria das participantes (91,7%) nunca teve contacto prévio com a temática ao longo dos seus percursos académicos; e que, iii) após a implementação do projeto, a totalidade das participantes reconhece como “muito importante” (33,3%) e “extremamente importante” (66,7%) o desenvolvimento de fatores protetores. Concluiu-se que existe necessidade de desenvolver mais intervenções educativas, em quantidade e qualidade, de forma a enfrentar a lacuna que existe na formação académica e/ou laboral destes profissionais, em prol de usufruir os benefícios que a resiliência pode trazer na maximização da saúde e bem-estar, como também, do desempenho profissional (Correia & Frias, 2018).

Palavras-chave: Resiliência; Profissionais de Saúde; Educação para a Saúde; Promoção da Saúde.

Abstract: Human resilience prioritizes the potential of human beings to produce health (Silva, Lunardi, Lunardi Filho & Tavares, 2005), offering the capacity to respond positively to high-risk experiences to health (Machado, 2010). Health professionals confronted with difficulties at work and working conditions, and it even got worse by a socio-economic crisis situation (Nogueira Barros, & Pinto, 2013). In this sense, their mental, physical, emotional and social well-being can be put in question. Thus, the present project of educational intervention "Resilience in health professionals", intends to answer the question «what levels of resilience of Senior Technicians of Diagnosis and Therapeutics?». Based on the methodological suppositions, the study contemplates the application of the Adapted Resilience Scale for Portuguese Adult Population (Deep & Pereira, 2012), in order to respond to the general objective "To evaluate levels of resilience of the Senior Diagnostic Technicians and Therapeutics, under study ». In addition, it also answers the following specific objectives: i) Analyze the concepts of health professionals about "Resilience"; ii) Identify risk factors and protective factors in the resilience processes of the professionals under study; iii) Design, implement and evaluate a resilient education intervention project with the professionals under study, with a view to promoting individual and collective health at their work context. The main results with the implementation of the project suggest: i) the professionals in study showed a positive evolution in their levels of resilience, more specifically perseverance (16.7%) and sense of life (8.3%), (the two resilience factors most frequently addressed in educational intervention), as well as the level of serenity (8.3%) and self-confidence (16.7%); ii) the majority of the participants (91.7%) had never had previous contact with the theme during their academic courses; and that (iii) after the implementation of the project, all participants recognize the development of protective factors as "very important" (33.3%) and "extremely important" (66.7%). As a conclusion, there is a need to develop more educational interventions, in quantity and quality, in order to address the gap that exists in the academic and/or work formations of these professionals, in order to enjoy the benefits that resilience can bring to maximizing health and well-being, as well as professional performance (Correia & Frias, 2018).

Keywords: Resilience; Health Professionals; Health Education; Health Promotion

Sumário

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract.....	iv
Lista de Abreviaturas	vii
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Tabelas	viii
1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
2.1 Resiliência Humana	3
2.1.1 Origem e evolução do conceito.....	3
2.1.2 Mecanismos de Proteção e Risco.....	4
2.2 Promoção da Saúde.....	6
2.2.1 Profissionais de saúde e fatores de risco psicossociais	8
2.2.2 Importância da regulação emocional no contexto de trabalho	10
3. METODOLOGIA DO PROJETO	12
3.1. Objetivos	12
3.2. Natureza do estudo.....	12
3.3. Participantes	14
3.4. Instrumentos.....	15
3.5. Projeto de intervenção educativa: planeamento, estratégias e recursos	17
3.6. Questões e considerações éticas.....	20
4. RESULTADOS.....	22
4.1. Formação prévia sobre a temática Resiliência	22
4.2 Níveis de resiliência das participantes no momento inicial	22
4.3 Evolução dos níveis de resiliência das participantes entre o pré e pós IE.....	24
4.4 Fatores de Risco e Fatores Protetores	25
4.4.1 Importância de desenvolver fatores protetores	26
4.5 Avaliação de conhecimentos das participantes após a IE	27
4.6 Avaliação global da IE.....	28
4.6.1 Opiniões/Sugestões das participantes sobre a IE e futuras IE.....	29

5. DISCUSSÃO.....	30
6. CONCLUSÃO	34
Bibliografia.....	36
ANEXOS.....	40
Anexo 1- Autorização dos autores da Escala (Deep & Pereira, 2012).....	41
Anexo 2 - Escala de Resiliência adaptada para População Adulta Portuguesa (Deep & Pereira, 2012)	42
APÊNDICES	43
APÊNDICE A - Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para a participação no Projeto de intervenção educativa.....	44
APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico	46
APÊNDICE C - Inquérito por questionário de avaliação da Intervenção Educativa	47
APÊNDICE D - <i>Flyer</i> de divulgação da Intervenção Educativa.....	49
APÊNDICE E - Origami da sorte com fatores protetores de resiliência.....	50
APÊNDICE F - Planeamento das Sessões Da Intervenção Educativa.....	51

Lista de Abreviaturas

AC	Autoconfiança
AS	Autossuficiência
ESEC	Escola Superior de Educação de Coimbra
ESTeSC	Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra
IA	Investigação-Ação
IE	Intervenção Educativa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Projeto-Ação
TMC	Transtornos Mentais e Comportamentais
TSDT	Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica

Lista de Figuras

Figura 1: *Etapas para formulação de projetos em IA. In Teixeira & Neto, (2017), adaptada de Thiollent (2011).* 14

Lista de Tabelas

Tabela 1 - *Valores médios de corte para cada Fator da Escala de Resiliência (Deep & Pereira, 2012).* 16

Tabela 2 – *Planificação de conteúdos, dinâmicas e atividades das sessões da IE. ..* 19

Tabela 3 – *Avaliação dos fatores da Escala de Resiliência adaptada à população adulta portuguesa (Deep & Pereira, 2012), antes da IE.* 23

Tabela 4 - *Evolução dos níveis de Resiliência entre o pré e a pós intervenção* 24

Tabela 5 – *Seleção dos fatores protetores que mais ajudaram as participantes a superar situações stressantes* 26

Tabela 6 - *Resultados sobre o grau de importância de desenvolver fatores protetores, na opinião das participantes* 27

Tabela 7 - *Avaliação de conhecimentos das participantes após a IE* 27

Tabela 8 – *Avaliação global e avaliação de algumas características da IE* 28

1. INTRODUÇÃO

A resiliência humana é um conceito extremamente rico e complexo que ilumina hoje a saúde e a educação para a saúde e, na verdade, o bem-estar humano (Albuquerque, 2014). Ainda que assuma uma grande variedade de perspectivas epistemológicas, em função do vasto corpo de disciplinas de que provém, e que possa ser aplicada a diversas áreas (Farrall, 2012), é amplamente reconhecido o facto de priorizar o potencial dos seres humanos na produção de saúde (Silva *et al.*, 2005).

Os profissionais de saúde são considerados um dos grupos mais expostos a riscos psicossociais experienciando, em geral, altos níveis de *stress*, ansiedade, fadiga e sofrimento, devido à natureza de seu trabalho e do seu local de trabalho (que na maioria das vezes está associado a trabalho por turnos e a níveis elevados de *stress* mental e físico). Como resultado, a saúde e o bem-estar destes profissionais pode diminuir significativamente (Navarro-Abal, López-López, Climent-Rodríguez, 2018; Sovova *et al.*, 2014).

O presente trabalho foi pensado e delineado com a finalidade última de contribuir para a promoção da saúde e tem por base o novo modelo de saúde aprovado e defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Modelo Salutogénico (World Health Organization, 2012a; Nunes, 2017).

Por seu lado, e uma vez que diversas perspectivas teóricas (entre elas, por exemplo, Albuquerque, 2014), realçam o potencial da resiliência no âmbito da promoção da saúde individual e coletiva, a investigadora, também profissional de saúde, confrontou-se com o interesse pelo estudo da temática, bem como pela necessidade de conceber, implementar e avaliar uma intervenção educativa em resiliência no contexto dos profissionais de saúde. Quotidianamente tem contactado com a escassa alusão à temática por parte destes profissionais, quer na sua formação de base, quer no meio laboral, pelo que se julga relevante promover e disseminar o conceito de resiliência humana junto dos profissionais de saúde, com vista a reforçar o investimento na saúde individual e coletiva no seu contexto de trabalho. Considera-se que, se por um lado, é possível difundir mais eficazmente o conceito por entre a população em geral, pela intervenção direta dos profissionais de saúde com os quais se pretende trabalhar este projeto de educação em resiliência, por outro, a resiliência

poderá ser uma mais-valia para a saúde dos próprios profissionais, diariamente expostos a diversos agentes de *stress* nos seus contextos de trabalho. Partindo destes pressupostos, a investigação aqui empreendida, tem como objetivo geral - «avaliar níveis de resiliência de Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, através da aplicação da Escala de Resiliência adaptada para População Adulta Portuguesa», e objetivos específicos: i) Analisar conceções dos profissionais de saúde em estudo sobre “Resiliência”; ii) Identificar fatores de risco e fatores protetores nos processos de resiliência dos profissionais em estudo; iii) Conceber, implementar e avaliar um projeto de intervenção de educação em resiliência com os profissionais em estudo, com vista à promoção da saúde individual e coletiva no seu contexto de trabalho.

O relatório apresentado encontra-se estruturado em seis pontos, ordenados de forma sequencial e lógica, de modo a possibilitar ao leitor uma análise e consulta mais agradável. O primeiro apresenta a fundamentação teórica, que serve de base à conceção e implementação do presente projeto. O segundo ponto incide sobre a revisão da literatura, imprescindível à elaboração do enquadramento teórico e metodológico, do diagnóstico de situação, e da determinação de necessidades, de forma a planear o projeto de intervenção educativa. Assim, face à avaliação de necessidades prévia, o terceiro ponto dá a conhecer os objetivos da investigação, as atividades e estratégias, os recursos usados no projeto de intervenção educativa, tal como as diferentes fases do projeto. No quarto ponto apresentam-se os resultados obtidos do projeto concebido e implementado. E no quinto ponto discutem-se os respetivos resultados, confrontando-os com o que é apresentado na literatura. Por último, no sexto ponto, a conclusão e algumas sugestões importantes para futuras intervenções. Nos anexos e nos apêndices, encontram-se organizados os instrumentos e os trabalhos elaborados para a implementação do projeto.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico do estudo pretende expor a informação obtida através da análise bibliográfica feita, relevante para a compreensão da temática em estudo. Com ele se definem as principais noções e conceitos relacionados com a resiliência, a par de proporcionar dados passíveis de responder cientificamente às questões de partida.

2.1 Resiliência Humana

A resiliência humana é uma resposta intuitiva à adversidade e/ou ao *stress* agudo sofrido pelas pessoas ao longo da vida. Após ser assumida a ideia de que não se definia apenas pela ausência de patologia psicossocial, surgiram uma panóplia de oportunidades para estudar a resiliência humana fora dos limites da psicologia e da sociologia, desenvolvendo-se diversas investigações interdisciplinares e transdisciplinares (Almedom, 2015).

Segundo a American Psychological Association (2013), a resiliência é definida como um processo de adaptação perante adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou até mesmo fontes significativas de *stress*. Atualmente, sabe-se que a resiliência humana não existe no vácuo, mas sustenta relações humanas funcionais e interações saudáveis do indivíduo com o ambiente social, cultural, económico e biofísico imediato (Almedom, 2015). É, sem dúvida, um fenómeno complexo que pode ter um significado específico para cada indivíduo, e transforma-se pelas diferentes fases e domínios ao longo da vida, por isso, deve ser contextualizada e pode, mas nem sempre, levar à ausência da psicopatologia ou outras patologias (Sippel, Pietrzak, Charney, Mayes, & Southwick, 2015)

2.1.1 Origem e evolução do conceito

O conceito de resiliência é originário da física, ciência na qual se define como a capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica. Contudo, a transposição do conceito para a área da psicologia, veio denunciar essa visão como ultrapassada, na medida em que, uma pessoa não pode ‘absorver’ um

evento stressante e voltar, no final, à sua forma inicial e/ou normal (Poletto & Koller, 2008).

Desde cedo se colocou em causa a ideia de que a resiliência pudesse ser uma capacidade inesperada e um pouco misteriosa que permitisse, mais para alguns de nós do que para outros, uma inesperada intocabilidade, e permanecer ileso aos eventos negativos da vida (Ralha-Simões, 2014). Entre 1970 e 1980, investigadores americanos e ingleses começaram por atribuir o termo invulneráveis a pessoas que permaneciam saudáveis, apesar de expostas a severas adversidades. Posteriormente, o termo invulnerabilidade veio a ser substituído por resiliência (Brandão, Mahfoud, & Gianordoli-Nascimento, 2011). Desde então, a definição de resiliência tem evoluído ao longo do tempo, e nos presentes dias, ser ou encontrar-se vulnerável já não significa não ser resiliente, nem a invulnerabilidade é sinónimo de resiliência. É de realçar que o sentido da palavra “vulneráveis”, mencionado anteriormente, não é o sinónimo de fragilidade ou da facilidade de ser atingido e/ou manipulado, mas sim, “estar exposto” a maior número de adversidades. Atualmente resiliência também não é considerada como uma característica inata ou um traço individual, mas antes, como algo (mecanismo, processo) que pode ser desenvolvido a partir de interações dinâmicas entre diversos fatores de proteção, acontecimentos da vida e das características individuais que cada um tem para melhor superar e/ou adaptar-se face às dificuldades (Poletto & Koller, 2008).

No contexto de trabalho, a resiliência consiste na existência ou na construção de recursos adaptativos, de forma a preservar a relação saudável entre o ser humano e seu trabalho em um ambiente que por sua natureza está sempre em transformação, e consequentemente, permeado por inúmeras formas de ruturas (Barlach, Limongi-França, e Malvezzi, 2008)

2.1.2 Mecanismos de Proteção e Risco

No âmbito dos processos de resiliência, proteção e risco, também não são entidades estáticas (Poletto & Koller, 2008). Podem ser elásticos e mutáveis, sendo ambos os componentes fundamentais no desenvolvimento da resiliência individual (Eshel, Kimhi, Lahad, Leykin, & Goroshit, 2018).

Esclarecer efetivamente o que é fator de risco e o que é fator de proteção é complexo, pois as interações e combinações de seus efeitos requerem uma prudente análise contextualizada. Entende-se por fator de risco qualquer evento da vida ou agente que pode desencadear *stresse*, designadamente a pobreza, a desestruturação familiar, o experienciar alguma forma de violência, doenças, desemprego, a exposição a guerras, desastres ou outros fatores que, teoricamente, aumentam a probabilidade do início da violência, de um problema ou de manter o problema. No entanto, a exposição a estes diversos fatores negativos nem sempre resulta, de modo igual, em mal-estar e/ou doenças no indivíduo exposto, pois é possível observar na diversidade humana, diferentes formas de lidar com as situações, incluindo ultrapassar de forma positiva e sair delas fortalecido, mesmo quando submetido a situações stressantes (Dias & Cadime, 2017).

Seguindo a linha do paradigma Salutogénico, vários autores defendem que não se deve analisar os fatores de risco apenas pelo enfoque negativo, nem procurar exclusivamente a eliminação das situações adversas como forma de resolução de problemas, uma vez que, por mais que se reúnam esforços para diminuir os problemas, as circunstâncias da vida levam-nos, em diversos momentos, a enfrentar situações menos positivas (Eshel *et al.*, 2018). Na verdade, o *stresse* é omnipresente na vida quotidiana, tanto que já é do conhecimento científico a definição de stressores diários como desafios que interrompem as rotinas estabelecidas, ou que estimulam os recursos físicos, sociais ou psicológicos de cada pessoa. Estes agentes stressores podem surgir em diversas situações, como trabalho ou vida familiar, podem ser eventos inesperados, como uma disputa imprevista com outra pessoa, ou até, por exemplo, aquando de uma avaria de equipamento (Diehl, Hay, & Chui, 2012). O *stresse* é uma parte necessária também à aprendizagem, embora haja limites para que a intensidade e durabilidade do estímulo stressor possa ser considerada saudável (Visser, Dorfman, Chartrand, Lamon, & Freedy, 2016).

Na verdade, como refere Helena Ralha-Simões (2014), longe já vai o tempo em que se conceptualizava a resiliência como uma particular e inexplicável proteção. Importa salientar, como prossegue a autora, que a resiliência não é sinónimo de um escudo protetor que explica por que certos indivíduos, expostos à adversidade, não são afetados negativamente por ela. Quer antes dizer que, indivíduos resilientes

demonstram a capacidade de mobilizar reações adequadas aquando do confronto com condições adversas, em alternativa a uma mera anteposição de defesas rígidas para evitar serem atingidos pelos seus efeitos prejudiciais (idem).

Considera-se hoje que é relevante trabalhar fatores que contribuam para a promoção da resiliência, os designados fatores protetores (Albuquerque, Almeida, Cunha, Madureira, & Andrade, 2015). Sem anular a necessidade do risco para o processo dinâmico de resiliência, é importante centrar maior atenção nos fatores protetores, e em estratégias de forma a promovê-los. Rutter, (1985) declara que fatores protetores dizem respeito a influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação (Poletto & Koller, 2008). Ou seja, os fatores protetores não funcionam como um escudo que impede que os estímulos stressores alcancem os indivíduos, tal como já mencionado, mas modificam a reação dos indivíduos aos estímulos stressores, reduzindo o efeito do risco, e conseqüentemente as reações negativas em cadeia (como por exemplo, cansaço, cefaleias, ansiedade, entre outras).

Os fatores protetores podem classificar-se em dois grandes grupos: internos e externos. Existem fatores que promovem resiliência pessoal através dos atributos dos próprios sujeitos (fatores internos); e recursos relacionados ao ambiente, incluindo uma rede de suporte social e emocional – designados fatores externos ou familiares e de suporte (Albuquerque *et al.*, 2015). Atributos pessoais, tais como, autonomia, autoestima, inteligência, e otimismo funcionam como fatores protetores (Poletto & Koller, 2008), pois são características que, para além de ajudarem a superar contratempos, ajudam a promover o bem-estar social e emocional. A flexibilidade é também um fator protetor relevante, na medida em que, indivíduos com esta característica desenvolvida demonstram conseguir ultrapassar mais facilmente e com êxito as suas condições desfavoráveis, para além de aumentarem também o seu fortalecimento pessoal (Ralha-simões, 2014).

2.2 Promoção da Saúde

O presente estudo é realizado no âmbito da promoção da saúde e na educação para a saúde, e é desenvolvido com base no modelo Salutogénico, apesar de serem

muitos os princípios e os conceitos que fundamentam a prática da educação em saúde e da promoção para a Saúde (Candeias, 1997).

O modelo salutogénico, contrariamente ao defendido pelo paradigma Patogénico, centrado na procura da origem da(s) doença(s), investiga oportunidades/origens de saúde, adotando também uma visão holística de cada pessoa, e considerando múltiplas dimensões de saúde (física, mental, social e espiritual) (Nunes, 2017). A Carta de *Ottawa*, resultante da conferência internacional da OMS, em 1986, continua ainda hoje a ser fonte de inspiração e de referência para este paradigma e para a promoção da saúde, considerando-a como um processo de capacitação das pessoas para melhorar e aumentar o controlo sobre a sua saúde (WHO, 2012a). Advogam os seus pressupostos que um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e conseguir alterar ou lidar com seu meio ambiente, e para isso a promoção da saúde passa por construir políticas públicas saudáveis; criar ambientes favoráveis; e reforçar a literacia em saúde (WHO, 2012a).

Neste sentido, no contexto português, o Concelho Nacional de Saúde (2017) alerta para a necessidade de aumentar o investimento financeiro na área da promoção da saúde. Refere este documento que, a maior fatia do orçamento de estado para a “saúde” é investida na área do tratamento e terapia da doença, nada comparado com o que é destinado à área da prevenção da doença, e menos ainda à promoção da saúde.

No âmbito da promoção da saúde, e também muito concretamente na promoção da resiliência humana, é conhecida a importância da educação. Na verdade, sendo o ser humano um ser sociável, a sua adaptação ao que o rodeia pode ser realizada de um modo natural ou em ambiente educativo, pelo que é necessário otimizar a interação com o meio envolvente (Albuquerque & Miranda Santos, 1997). A educação configura-se assim como uma solução para aumentar a resiliência em todas as pessoas, mas também, como menciona Rogers (2016), em profissionais e alunos da área da saúde. Tal como é importante desenvolver intervenções relacionadas com a promoção de exercício físico, são igualmente necessárias, intervenções que visem aumentar a resiliência, individual e coletiva, para alcançar o

bem-estar físico e psicossocial da população em geral, e nos diversos contextos de trabalho (Pozuelo-Carrascosa *et al.*, 2017).

2.2.1 Profissionais de saúde e fatores de risco psicossociais

As sociedades contemporâneas conduzem a ambientes laborais onde se exige aos profissionais mais compromisso, mais empenho e mais esforço, de forma a atingir a máxima produtividade e excelência possível. Neste contexto, conciliar a vida profissional e a vida pessoal é, na maioria das vezes, difícil, conduzindo a desgaste físico e psicossocial (Pozuelo-Carrascosa *et al.*, 2017).

Os profissionais de saúde são um dos diversos grupos sociais afetados pela exigência da atual sociedade que se tem agravado ao longo dos anos, devido à recessão socioeconómica vivida um pouco por diversos países, entre os quais Portugal e também na Europa (Cabral *et al.*, 2014). Alguns estudos revelam que os profissionais de saúde têm um maior risco de desenvolver o distúrbio de *Burnout*, comparativamente com a população em geral (Nadine, Matthias, & Oliver, 2017). Este é um distúrbio induzido pelo *stress*, podendo ser descrito como uma síndrome psicológica que inclui fadiga física e psicológica, bem como exaustão (*idem*).

Os profissionais da área da saúde deparam-se frequentemente com situações de risco, trabalhando, por vezes, até à exaustão extrema. Ainda assim, permanecem em contato direto com outros profissionais e com utentes, os quais se apresentam, por vezes, física e emocionalmente debilitados, dependendo do conhecimento, destreza, sensatez, cordialidade e paciência destes profissionais. Confrontam-se com diversas dificuldades laborais nas condições e ritmo de trabalho, no excesso de carga horária, na falta de tempo para se atualizar e estudar, nas poucas ou na falta de opções para escolher tratamento mais adequado a cada caso, na falta de equipamentos e no sofrimento emocional vivenciado com os pacientes e seus familiares, entre tantos outros aspetos que se agravaram com a crise socioeconómica dos últimos anos (Nogueira, Barros, & Pinto, 2013).

A contínua exposição a contextos de trabalho marcados por adversidades como estas, pode gerar *stress*, e também levar a um estado de desequilíbrio do bem-estar mental, e consequentemente do bem-estar físico, emocional e social. Nesse

sentido, como refere Nunes (2017), capacitar o cidadão para lidar com os agentes stressores, é uma das questões que irá emergir no âmbito das políticas de saúde até ao próximo milénio (WHO, 1997, p 67): *“in today’s society no one can avoid confronting stressful situations and setbacks, and the way in which people react to such stress is a decisive factor for their mental health. A more positive approach to mental health should therefore be developed”*.

A lista de doenças ocupacionais (doenças relacionadas ao trabalho) é extensa e, nos últimos anos, evidenciou-se um aumento significativo da taxa de doença por transtornos mentais e comportamentais (TMC)¹. Depressão, ansiedade e *stress* estão no topo da lista de TMC mais comuns na população (Santana, Sarquis, Brey, Miranda, & Felli, 2016). Globalmente, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram de depressão, equivalente a 4,4% da população mundial (WHO, 2017), e julga-se que, em 2020, esta venha a ser a segunda maior causa de incapacidade no planeta (Santana *et al*, 2016). Recentemente, entre os adultos mais jovens, a depressão foi identificada como a segunda principal causa de incapacidade a nível mundial. Em 2012, registaram-se aproximadamente 804.000 mortes por suicídio em todo o mundo, estimando-se a ocorrência de um suicídio a cada 40 segundos (Albuquerque *et al.*, 2015). A probabilidade de muitos desses indivíduos apresentarem sintomas de depressão é alta, pois a depressão é um dos mais fortes indicadores de ideação e comportamentos suicidas e está presente em até 70% daqueles que morrem por suicídio (Albuquerque *et al.*, 2015; WHO, 2017). Embora a depressão possa afetar pessoas de todas as idades e classes sociais, o risco de ficar deprimido é aumentado pela pobreza, desemprego, eventos da vida como a morte de um ente querido ou um rompimento de relacionamento, doença física e problemas causados pelo consumo de álcool e drogas (WHO, 2017).

Neste sentido, a resiliência torna-se necessária para permitir aos profissionais de saúde manter a empatia e o positivismo, perante os eventos stressores (geradores de angústia, e consequentemente a ansiedade, depressão, *burnout*) (Beckwith, 2016). Estas características, que enriquecem os processos de resiliência, resultam como

¹ Ao longo do restante texto a investigadora opta por utilizar a sigla TMC sempre que pretende referir-se a transtornos mentais e comportamentais.

moderadores dos efeitos indiretos dos conflitos e da elevada carga de trabalho no contexto laboral dos profissionais de saúde (Lanz & Bruk-Lee, 2017). As próprias organizações devem expressar interesse pelo tema e pelos seus benefícios, pois, ao promoverem eixos promotores de resiliência (tal como emoções positivas) entre os seus funcionários, poderão vir a proporcionar-lhes também sentimentos de maior satisfação, pelo que mais facilmente se envolverão no trabalho, com maior motivação, e isto, conseqüentemente levará a uma melhor produtividade e maior eficácia organizacional (Wang, Li, & Li, 2017).

2.2.2 Importância da regulação emocional no contexto de trabalho

Com o progresso tecnológico, as pessoas talvez estejam hoje mais próximas umas das outras do que em toda a história da evolução. No entanto, e ainda que se saiba que as relações interpessoais têm uma poderosa relação com os índices de felicidade (Punset, 2008), elas nem sempre conseguem ser positivas. As pessoas têm importância nas vidas humanas, afetando, pelas relações sociais que estabelecem, a saúde individual e coletiva (Lima, 2018).

Faz sentido, diz Maria Luísa Pedroso de Lima, associar saúde e bem-estar a relações sociais positivas, tais como o estar com amigos, o sentir-se protegido pela família em diferentes momentos da vida, o fazer voluntariado acreditando estar a contribuir para melhorar a qualidade de vida de alguém, entre tantas outras possibilidades. Ter boas relações com os outros contribui para a longevidade e nela, a estar menos suscetíveis, à doença, por exemplo. A felicidade, que é, aliás, uma das grandes aventuras humanas (Punset, 2008), também tem conexão com as relações sociais positivas. Na perspetiva de Lima (2018), esta visão é corroborada pela investigação produzida, que com frequência tem demonstrado que pessoas felizes confiam mais e também se relacionam melhor. A participação em coletividade, permite igualmente a construção de um sentimento de ligação aos outros, coadjuvando a satisfação para com a vida (*idem*).

O local de trabalho, por seu lado, pode ser um grande ‘abastecedor’ de conexões sociais e de amizades, porque geralmente permite que as pessoas tenham contato frequente e elevada proximidade. A qualidade das relações nesse contexto

tem-se tornado cada vez mais relevante, na medida em que interfere com o bem-estar individual e coletivo (Jenh, 2014).

As emoções são essenciais para as relações interpessoais, permitem criar laços ou separações (Albuquerque, 2014), são forma de expressão/comunicação, podendo até ser mais importantes que a própria linguagem verbal. Foram e são fundamentais para o ser humano ao longo do seu desenvolvimento, e estão presentes desde a vida intrauterina até ao fim da vida. Na verdade, são cruciais para a sobrevivência e evolução da espécie humana. Elas sinalizam situações de risco e indicam sobre como proceder (por exemplo afastar-se ou enfrentar uma situação), despertam sinais de alerta ou também, permitem o desfrutar de momentos de relaxamento (Albuquerque, 2014). Atendendo aos contributos de António Damásio, as emoções podem ser apresentadas em três tipos: emoções de fundo (bem-estar e mal-estar/ calma e tensão); emoções primárias, que são reconhecidas a todos os seres-humanos e são inatas (alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa, desprezo); e emoções secundárias, estas complexas, que dependem de fatores socioculturais e variam amplamente com a cultura, com a experiência prévia e com a época em que o indivíduo está inserido (por exemplo, vergonha, ciúme, culpa e orgulho) (*idem*).

Kansky & Diener (2017) referem que as emoções positivas têm o potencial de, durante experiências stressantes ao longo do dia, proteger as pessoas de respostas emocionalmente negativas, para além de que os estados de humor positivos mostrem estar associados a uma melhor saúde psicológica e bem-estar no futuro. Experimentar emoções positivas ajuda a amenizar os problemas de saúde mental e, por outro lado, a capacidade de prolongar essas experiências durante um período mais longo está relacionada com maiores níveis de resiliência (Kansky & Diener, 2017; Lanz & Bruk-Lee, 2017). Vivenciar emoções positivas durante acontecimentos potencialmente stressantes ou difíceis, tem sido associado a menor excitação emocional negativa, e por outro lado, a uma recuperação cardiovascular mais rápida, em parte devido ao aumento das estratégias de regulação de emoções associadas à capacidade de extrair os aspetos mais positivos de cada acontecimento (Kansky & Diener, 2017).

3. METODOLOGIA DO PROJETO

Ao longo deste ponto é apresentado o enquadramento metodológico do estudo, descrevendo os objetivos (geral e específicos), a natureza da investigação, participantes, instrumentos utilizados, bem como a descrição do projeto de intervenção educativo concebido, implementado e avaliado, e inerentes considerações ética.

3.1. Objetivos

Partindo da grande questão de investigação «quais os níveis de resiliência de Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica?», o presente estudo norteia-se pelos seguintes objetivos:

- **Objetivo geral**
Avaliar níveis de resiliência dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica em estudo, através da aplicação da *Escala de Resiliência adaptada para População Adulta Portuguesa*.

- **Objetivos específicos**
 - i) Analisar concepções dos profissionais de saúde em estudo sobre “Resiliência”;
 - ii) Identificar fatores de risco e fatores protetores nos processos de resiliência dos profissionais em estudo;
 - iii) Conceber, implementar e avaliar um projeto de intervenção de educação em resiliência com os profissionais em estudo, com vista à promoção da saúde individual e coletiva no seu contexto de trabalho.

3.2. Natureza do estudo

A metodologia deste projeto considera-se ser de natureza investigação-ação (IA) ou pesquisa-ação (PA), justificada pelas opções tomadas ao longo de todo o percurso. O início do projeto preconizou a pesquisa e investigação através da literatura e também junto da população em estudo, mais concretamente nos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT), com o intuito de identificar os

problemas e as necessidades a trabalhar. Em seguida, com base nos problemas identificados, planeou-se uma intervenção educativa, que sofreu posteriormente algumas modificações, em virtude das necessidades identificadas e dificuldades que foram sendo encontradas. Combinou abordagens quantitativas (inerentes à utilização de uma escala, questionário com perguntas fechadas) e interpretativas/descritivas (pela aplicação de questionário com perguntas semi-abertas e tratamento dos dados relativos às opiniões/perceções das participantes durante as sessões educativas).

A investigação-ação, que pode assumir diferentes definições em função dos diversos autores, é geralmente descrita como uma família de metodologias de investigação que acarretam a investigação (compreensão/reflexão) e a ação (mudança) em simultâneo, utilizando um processo cíclico, pois intercala a ação e a reflexão crítica (Coutinho et al., 2009). A seleção dos problemas a serem abordados emerge do grupo/população participante, e como é orientada em função da resolução de problemas e/ou dos objetivos para a transformação e mudança social, quanto ao planeamento do projeto é flexível e ajustável ao longo do tempo (Teixeira & Neto, 2017). Relativamente à produção de dados e/ou resultados, face à complexidade dos processos que envolvem a IA, é pertinente utilizar múltiplas estratégias e recursos, incluindo a observação participante, técnicas de dinâmica grupal, e recolha de documentos (idem), entre outras múltiplas estratégias, tal como se procurou realizar ao longo deste projeto. Por outro lado, tal como mencionam ainda os autores, é importante que se produzam dados e informações em diferentes ângulos e perspetivas, procurando construir uma visão holística do processo desenrolado durante o projeto, envolvendo a dimensão qualitativa e interpretativa, ou ainda a descritiva.

Assim, partindo das elaborações de Teixeira & Neto (2017), e pela argumentação até agora exposta, considera-se que a natureza da presente investigação se revê nos pressupostos da IA, contemplando ao logo do seu percurso todas as etapas enunciadas na Figura 1.

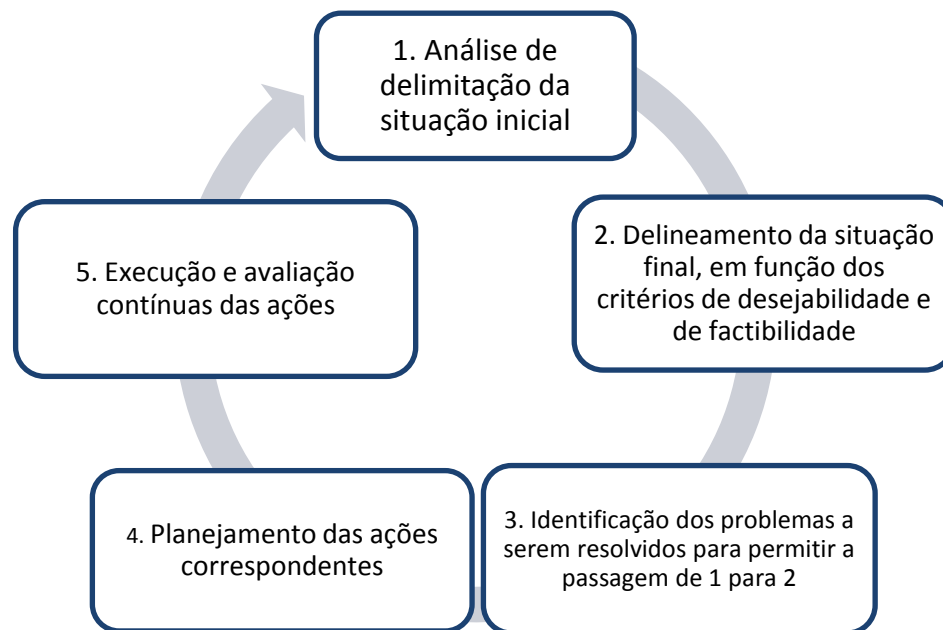


Figura 1: Etapas para formulação de projetos em IA. *In* Teixeira & Neto, (2017), adaptada de Thiollent (2011).

3.3. Participantes

A seleção das participantes foi realizada de forma não probabilística e intencional, pelo particular interesse da investigadora em intervir num contexto profissional específico da área da saúde, concretamente em TSDT da região Centro de Portugal, e também por motivos de maior acessibilidade. Os e as profissionais foram, na sua maioria, contactados presencialmente, nos seus locais de trabalho, e uma minoria foi contactada por telefone, sendo que apenas algumas técnicas manifestaram disponibilidade em participar.

Assim, participaram neste estudo 12 profissionais de saúde, todas do sexo feminino, com uma média de idades de 38 anos (e um desvio padrão de 12,8), com idade mínima de 22 anos e idade máxima de 58 anos. Relativamente ao estado civil, 75% são solteiras e 25% casadas/ou vivem em união de fato. Quanto às habilitações literárias, 58,3% das participantes possui o grau de licenciatura, e as restantes 41,7% possuem o grau de mestrado. A média do tempo de experiência profissional mostra ser de 15,5 anos. O máximo e o mínimo de anos de experiência profissional registados foram de 35 e 0 anos, respetivamente. Relativamente ao tipo de setor onde

trabalham, 25% das participantes referem trabalhar apenas no setor público, 33% trabalham apenas no setor privado e 42% trabalham em ambos os setores.

3.4. Instrumentos

Para medir níveis de adaptação psicossocial positiva das participantes, o projeto preconizou, a aplicação de uma escala - Escala de Resiliência adaptada para População Adulta Portuguesa (Deep & Pereira, 2012) (anexo 2), já validada e autorizada pelos respetivos autores (anexo 1). Para além desta escala, cada participante respondeu ainda a um breve questionário de caracterização sociodemográfica (apêndice B), construído para o efeito, incluindo elementos como idade, sexo, anos de experiência profissional, contatos prévios com o conceito resiliência e habilitações literárias.

Relativamente à Escala de Resiliência adaptada para População Adulta Portuguesa (Deep & Pereira, 2012), aplicada antes e após a intervenção educativa “Resiliência em profissionais de Saúde”, importa especificar algumas das suas características. É constituída por 23 itens, que os autores agrupam em quatro fatores, conforme o que os itens representam, e classificam-nos da seguinte forma:

a. Fator I – Perseverança – remete para a vontade e a persistência em encontrar soluções para os problemas, ultrapassando os obstáculos. Patenteia a determinação de seguir e reconstruir a vida acreditando em si mesmo, associado a uma presente atitude de autodisciplina; e este fator é representado pelos itens da escala 7, 12, 15, 16, 17, 21, 22).

b. Fator II – Sentido de vida – nesta subescala os autores reúnem os tópicos que remetem para a ideia de que a vida tem um sentido e/ou uma razão na qual o indivíduo se foca, evitando ficar obcecado com questões que não pode resolver. Este fator cinge-se ainda, à determinação e à satisfação de alcançar os objetivos definidos; é representado pelos itens da escala 3, 5, 8, 13, 14, 19.

c. Fator III – Serenidade – este fator remete para a capacidade de aceitar a multiplicidade e experiências, até mesmo as adversas, de forma serena e entusiástica e com capacidade de exercer a autoestima, de forma equilibrada e

focada nos propósitos da própria vida; é constituído pelos itens da escala 6, 9, 10, 11, 20.

d. Fator IV – Autossuficiência e autoconfiança – remete à singularidade, e à consciência de que o percurso de vida de cada pessoa é único; este fator contempla a ideia de que certas etapas são enfrentadas não em grupo, mas em solidão, releva a capacidade de estar por conta própria e de ser capaz de depender essencialmente de si próprio. Também reflete a crença na própria pessoa e nas suas capacidades, mas com plena consciência das próprias limitações e ser capaz de depender apenas de si mesmo; este fator é constituído pelos itens da escala 1, 2, 4, 18, 23.

Tabela 1 - Valores médios de corte para cada Fator da Escala de Resiliência (Deep & Pereira, 2012).

Fatores da Escala (Deep & Pereira, 2012)	Nível	Valores médios
Fator I Perseverança	Perseverança Baixa;	1,00-5,71
	Perseverança Média;	5,72-6,14
	Perseverança Alta	> a 6,15.
Fator II Sentido de Vida	SV Baixo;	1,00-5,83
	SV Médio;	5,84 – 6,33
	SV Alto	> a 6,34
Fator III Serenidade:	Serenidade Baixo	1,00-5,00
	Serenidade Médio	5,01-5,80
	Serenidade Alto	> a 5,81
Fator IV Autossuficiência e Autoconfiança	AS e AC Baixa	1,00 – 5,40
	AS e AC Média	5,41-6,00
	AS e AC Alta	> a 6,01

No artigo de Deep & Pereira (2012), *Adaptação da “The resilience scale” para a população adulta portuguesa*, os autores referem ainda os valores médios de corte para cada fator/subescala, tal como evidencia a Tabela 1.

Ainda assim, os autores salientam que a resiliência não é estanque ou linear para cada pessoa. Ou seja, que a mesma pode variar ao longo da vida e de acordo com as várias situações às quais o indivíduo é sujeito.

A utilização de instrumentos de avaliação validados neste projeto justifica-se pelo fato destes serem validadas para a população portuguesa, sendo assim adaptadas culturalmente e validados no idioma português, como também assegura-se que as suas características psicométricas, tais como: confiabilidade, validade, sensibilidade e viabilidade foram verificadas durante o processo de validação. Por outro lado, facilitará a análise e a comparação dos resultados obtidos com o mesmo instrumento (Carvajal, Centeno, Watson, Martinez, & Rubiales, 2011).

A aplicação destes instrumentos, pretendeu também, a par de medir níveis de adaptação psicossocial do grupo em estudo, convidar as participantes a refletir sobre o conceito de resiliência e a sua relação com ele enquanto profissionais de saúde.

Para análise dos dados foram utilizadas ferramentas de estatística descritiva básica, com o auxílio do programa SPSS versão 19.

3.5. Projeto de intervenção educativa: planeamento, estratégias e recursos

A implementação da intervenção educativa passou por três fases, que em seguida se descrevem.

I. Primeira fase: Pré-implementação

A conceção do presente projeto de intervenção contemplou, numa primeira fase, a revisão da literatura sobre a temática, imprescindível à elaboração do enquadramento teórico e metodológico. Foi também neste primeiro momento que a investigadora definiu as opções metodológicas e selecionou os instrumentos a utilizar. Tiveram ainda lugar os pedidos de autorização i) para a implementação da intervenção educativa na Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Coimbra; e ii) para a utilização da escala aos autores da mesma, que veio a ser adotada no trabalho, tal como se especifica no ponto 3.6 relativo às considerações éticas da investigação.

Foi também nesta fase que decorreu o processo de seleção das participantes. Os profissionais de saúde foram abordados diretamente pela investigadora, que lhes deu a conhecer o projeto e distribuiu um *flyer* (apêndice D) elaborado para o efeito,

convidando as profissionais que demonstrassem interesse e onde anunciava as datas e os horários das quatro sessões educativas. Foram auscultadas reações iniciais e, às que aceitaram participar voluntariamente, foram-lhes entregues os instrumentos de colheita de dados iniciais, bem como o respetivo termo de consentimento informado (apêndice A).

Ainda durante esta fase, planificaram-se as sessões educativas, quanto ao número total, à duração, e aos conteúdos científicos a abordar com o grupo em estudo, ponderando também os métodos e técnicas a utilizar ao longo das sessões, a fim de garantir o envolvimento ativo das participantes e contribuir para o desenvolvimento de competências no contexto da resiliência. A investigadora optou pela inclusão de dinâmicas de grupo na intervenção educativa, uma vez que o seu uso teve o intuito de não limitar a reflexão sobre o tema, e de envolver os sujeitos de maneira integral, com as suas formas de pensar, sentir e agir (Coutinho, Tolentino, Santos, Souza & Borges, 2013).

Para além disso, o projeto aspirou a uma educação pelos pares, enquanto processo de partilha de experiências, valores e de aprendizagem, amplamente usada como estratégia educativa no quadro da promoção da saúde e da intervenção social (Silva, 2015).

II. Segunda fase: Implementação

A implementação do projeto de intervenção, contemplou quatro sessões educativas, de frequência semanal, distribuídas pelos meses de Maio e de Junho, com a duração aproximada de 45 minutos, que tiveram lugar na Escola Superior de Tecnologias da Saúde (ESTeSC), e nas quais se abordaram os seguintes temas (tabela 2): origem e conceito de resiliência (a vertente racional do conceito); mecanismos de risco e de proteção; resiliência familiar e comunitária; controlo de emoções; e resiliência e promoção da saúde no contexto laboral. Em cada sessão, em função dos temas abordados, foram adotadas, para além da exposição de conteúdos científicos, diferentes estratégias e dinâmicas de grupo, que assistiram o processo de ensino-aprendizagem. Assim, a primeira sessão teve como principal objetivo atrair a atenção das participantes para a temática da resiliência, procurando não apenas dar-lhes a conhecer o conceito, mas sobretudo incentivar as participantes a refletir sobre

a resiliência humana nos seus contextos laborais. Ao longo das sessões foram implementadas várias estratégias e atividades, aprofundadas no apêndice F.

Tabela 2 – Planificação de conteúdos, dinâmicas e atividades das sessões da IE.

Sessões	Conteúdos	Dinâmicas/Atividades
1 ^o	<ul style="list-style-type: none"> - Origem do conceito Resiliência; - Diferentes proveniências e aplicações; - Resiliência Humana e alguns exemplos; - Resiliência Humana no contexto de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e discussão do vídeo “<i>Iguana vs Snakes Planet Earth II</i>”; - Dinâmica: ‘Desenho cooperativo’ (apêndice F)
2 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Compreensão dinâmica e internacional do processo resiliência; - Resiliência <i>versus</i> Invulnerabilidade; - Fatores de Risco e Fatores Protetores; - Pessoa Resiliente (autoeficácia, autoestima, empatia, flexibilidade, confiança, apoio familiar e social). 	<ul style="list-style-type: none"> - Preenchimento coletivo de um quadro sobre fatores de risco, fatores protetores, adversidades; - Discussão em grupo de imagens relacionadas com a resiliência humana. - Atividade “Comunicação e Interpretação” (apêndice F)
3 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Resiliência Familiar <i>versus</i> Resiliência Comunitária; - Resiliência e Promoção da Saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> - Origami da sorte (apêndice E e apêndice F); - Dinâmica “<i>Post-it</i>” (apêndice F)
4 ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Emoções (primárias, secundárias e de fundo); - Sentimentos; - Inteligência emocional; - Administrar emoções; 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinâmica da “Dupla Rotatividade” (apêndice F); - Metáfora do “iceberg” (apêndice F);

Com o propósito de tornar o projeto mais apelativo, foi ainda elaborado e entregue um “origami da sorte” ou “origami: *Quantos queres?*” (apêndice E), onde no lugar das habituais ‘consequências’ (atendendo ao seu formato tradicional), estavam mencionados fatores protetores de resiliência, importantes no contexto laboral. Assim, para além de este ter sido integrado numa atividade dinâmica de grupo, foi também usado como lembrança da intervenção educativa.

Com a participação da investigadora e do grupo de profissionais em estudo, foram igualmente analisados, em cada sessão, possíveis eixos protetores, que se mostrassem promotores de um quotidiano laboral saudável, e com os quais os profissionais consigam dominar e otimizar a adversidade, e simultaneamente investir no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

III. Terceira fase: Avaliação e Análise da Implementação

Duas semanas após a implementação da intervenção educativa, teve lugar a aplicação dos instrumentos: Escala de Deep & Pereira (2012) (anexo 2) e um inquérito por questionário (apêndice C). O primeiro tem o intuito de comparar os dados de níveis de adaptação psicossocial positiva no início e no fim da intervenção educativa, enquanto o segundo, foi elaborado para o efeito, de avaliar a intervenção educativa e nível de conhecimento sobre resiliência no final da intervenção.

Nesta terceira fase ainda foi realizada a análise e a interpretação dos resultados, confrontando-os com a bibliografia de suporte, bem como redigido o relatório final. Teve ainda lugar uma atividade de disseminação do projeto da intervenção educativa na comunidade científica através de uma comunicação que teve lugar no Congresso CROSSCUT 2018 – *International Congress of Cross-Curricular Teaching Curriculum Flexibility and innovation* – realizado na Universidade do Minho, Guimarães, da qual resultou a publicação Correia & Frias (2018), «*Projeto de intervenção educativa “Resiliência em Profissionais de saúde”*». As implicações desta atividade foram a promoção do enriquecimento do debate científico sobre resiliência e saúde, como também da saúde e bem-estar dos profissionais em estudo, no seu contexto de trabalho.

3.6. Questões e considerações éticas

Ao realizar este estudo foi necessário esclarecer todas as participantes quanto ao objetivo da intervenção, existindo sempre uma comunicação eficaz e verdadeira. Garantiu-se ainda que o interesse da intervenção seria puramente científico, académico e educativo, não tendo quaisquer interesses comerciais ou fins lucrativos.

Foi ainda obtido o Consentimento Informado, esclarecido e livre para a participação no Projeto de intervenção educativa (apêndice A). Só após a obtenção

de cada consentimento teve lugar a realização da intervenção. Neste documento, também foram informados que a participação era absolutamente voluntária, gratuita, e com possibilidade de desistir a qualquer momento da intervenção, para além da sua participação no estudo ter total ausência de riscos. Outro aspeto assegurado foi a confidencialidade dos dados recolhidos e o anonimato dos sujeitos, identificados por códigos aquando do processo de análise dos dados obtidos com a aplicação dos instrumentos.

As considerações éticas contemplaram ainda o pedido aos autores para a aplicação da escala de Deep & Pereira (2012). E a autorização à ESTeSC para a implementação das sessões educativas na escola (e conjuntamente o pedido de requisição da sala com retroprojetor onde as sessões foram realizadas).

4. RESULTADOS

Ao longo deste ponto apresentam-se os resultados obtidos no decorrer do estudo. Encontra-se estruturado em 7 pontos: num primeiro momento apresentam-se os dados relativos à formação prévia sobre a temática resiliência; em seguida os níveis de resiliência das participantes na fase inicial do projeto; a evolução dos níveis de resiliência das participantes entre o pré e pós IE; os fatores de risco e os fatores protetores; a importância de desenvolver fatores protetores, a avaliação de conhecimentos das participantes após a IE; a avaliação global da IE.

4.1. Formação prévia sobre a temática Resiliência

Em virtude da aplicação do questionário sociodemográfico (apêndice B), aplicado na primeira fase do projeto, onde se perguntava às participantes se alguma vez tinham tido contacto com a temática “resiliência”, ou se alguma vez, ao longo do seu percurso académico abordaram o tema, verificou-se que 91,7% (n=11) das participantes responderam nunca ter abordado a temática ao longo dos seus percursos académicos, ou, por outras palavras, apenas 8,3% (n=1) das participantes mencionaram ter abordado a temática resiliência durante o seu percurso académico.

4.2 Níveis de resiliência das participantes no momento inicial

Como explicado anteriormente, num primeiro momento do estudo aplicou-se a *Escala de Resiliência adaptada para População Adulta Portuguesa* (Deep & Pereira, 2012), de forma apurar os níveis de resiliência das participantes antes da implementação da intervenção educativa, esquematizados na tabela 3.

Tal como Deep & Pereira (2012) mencionam no seu artigo, os itens da escala são divididos nos quatro fatores: Perseverança; Sentido de Vida (SV); Serenidade; Autossuficiência e Autoconfiança. Cada um destes fatores pode ser avaliado como Baixa, Média ou Alta, através dos respetivos valores médios de corte (já mencionados na tabela 1) resultantes das medições do preenchimento da escala por cada participante. Partindo assim das considerações dos autores, verificou-se no presente estudo, tal como elucida a tabela 3, que:

Tabela 3 – Avaliação dos fatores da Escala de Resiliência adaptada à população adulta portuguesa (Deep & Pereira, 2012), antes da IE.

Fatores da Escala (Deep & Pereira, 2012)	Níveis	Participantes		
		n	%	% Cumulativa
Perseverança	Baixa	5	41,7%	41,7%
	Média	4	33,3%	75%
	Alta	3	25,0%	100%
Sentido de Vida	Baixa	2	16,7%	16,7%
	Média	7	58,3%	75%
	Alta	3	25,0%	100%
Serenidade	Baixa	5	41,7%	41,7%
	Média	4	33,3%	75%
	Alta	3	25,0%	100%
Autossuficiência e Autoconfiança	Baixa	2	16,7%	16,7%
	Média	6	50,0%	66,7%
	Alta	4	33,3%	100%

- Relativamente ao fator I – a perseverança - 41,7% (n=5) das participantes apresentam níveis baixos, 33,3% (n=4) apresentam níveis médios e as restantes 25,0% (n=3) apresentam níveis altos de perseverança.
- Quanto ao fator II - Sentido de Vida – 16,7% (n=2) das participantes apresentam níveis baixos, 58,3% (n=7) apresentam níveis médios e as restantes 25,0% (n=3) apresentam níveis altos.
- No que diz respeito ao fator III - Serenidade – 41,7% (n=5) das participantes apresentam níveis baixos, 33,3% (n=4) apresentam níveis médios, as restantes 25,0% (n=3) apresentam níveis altos.
- Por último, no fator IV – Autossuficiência e Autoconfiança – 16,7% (n=2) das participantes apresentam níveis baixos, 50,0% (n=6) apresentam níveis médios, as restantes 33,3% (n=4) apresentam níveis altos.

4.3 Evolução dos níveis de resiliência das participantes entre o pré e pós IE

Após a intervenção educativa do presente estudo, foi novamente aplicada a Escala de Deep & Pereira (2012), de forma a poder realizar uma análise da evolução dos níveis de adaptação psicossocial positiva das participantes. Assim, de forma a comparar as performances do grupo de sujeitos, no sentido de verificar se existem diferenças significativas entre os seus resultados nas duas fases (antes e após a IE), utilizou-se o teste não paramétrico Wilcoxon. Na tabela 4, pode observar-se, sucintamente, os resultados obtidos.

Tabela 4 - Evolução dos níveis de Resiliência entre o pré e a pós intervenção

Fatores da Escala (Deep & Pereira, 2012)	Participantes		
	Pioraram % (n)	Mantiveram % (n)	Melhoraram % (n)
Perseverança ²	0% (n=0)	83,3% (n=10)	16,7 (n=2)
Sentido da Vida ³	0% (n=0)	91,6% (n=11)	8,3% (n=1)
Serenidade ⁴	33,3% (n=4)	58,3% (n=7)	8,3% (n=1)
Autossuficiência e Autoconfiança ⁵	25% (n=3)	58,3% (n=7)	16,7% (n=2)

Teste estatístico não paramétrico Wilcoxon

Relativamente ao fator perseverança, verifica-se que, no final da IE, 16,7% (n=2) das participantes melhoram o seu nível, enquanto as restantes participantes, 83,3% (n=10) mantiveram os seus níveis de perseverança. Quanto ao fator Sentido de Vida, 8,3% (n=1) melhoram o seu nível, enquanto as restantes participantes, 91,6% (n=11) mantiveram os seus níveis de perseverança. No que diz respeito à Serenidade, 8,3% (n=1) melhoram o seu nível, 58,3% (n=7) mantiveram os seus níveis, no entanto 33,3% (n=4) pioram os seus níveis de Serenidade. Por último, relativamente à Autossuficiência e à Autoconfiança, 16,7% (n=2) melhoram e 58,3%

² Teste estatístico: Wilcoxon Z=1,414; p-value=0,157. Baseado em posições negativas.

³ Teste estatístico: Wilcoxon Z=1,000; p-value=0,317. Baseado em posições negativas.

⁴ Teste estatístico: Wilcoxon Z=1,414; p-value=0,157. Baseado em posições positivas.

⁵ Teste estatístico: Wilcoxon Z=0,966; p-value=0,334. Baseado em posições positivas.

(n=7) mantiveram os seus níveis. Ainda assim, 25,0% (n=3), mostraram na avaliação final, uma diminuição dos seus níveis de Autossuficiência e de Autoconfiança.

O fato das diferenças não serem estatisticamente significativas deve-se ao facto de a amostra ser pequena e ter muitos empates (mantiveram), embora seja importante referir que ninguém piorou na perseverança nem no sentido da vida, os assuntos focados e desenvolvidos na intervenção.

4.4 Fatores de Risco e Fatores Protetores

Quando colocada a questão “*Durante a sua experiência profissional, alguma vez vivenciou uma situação particularmente stressante (contato com doente que o marcou pela sua história, situação clínica; colega de trabalho...)?*”, verificou-se que 83,3% (n=10) das participantes responderam afirmativo, e que apenas 16,7% (n=2) referiram não ter vivenciado uma situação stressante.

Diferentes situações stressantes vivenciadas foram mencionadas pelas participantes, como por exemplo: «*Doentes em fase terminal de Patologias Neurovasculares, ainda muito jovens*» (P3); «*Morte*» (P10) «*O meio hospitalar, pelo contacto permanente com doentes em risco é uma fonte inesgotável de situações stressantes*» (P9); «*duvidar de nós próprios e das nossas capacidades e de pôr em causa o futuro*» (P11); «*mexeu com as minhas emoções/sentimentos*» (P5); «*na área da saúde é complicado não nos deixarmos afetar pelo facto de algumas chefias quererem que vejamos os pacientes como "números" e não como seres humanos que são*» (P6); «*uma colega constantemente descredibilizava o meu trabalho quando vigiava*» (P1); «*porque é difícil falar com uma pessoa que está bem (equilibrada) e de repente entra em instabilidade com risco de vida*» (P2). Sobre esta última situação stressante descrita por uma das participantes, ainda refere que um dos fatores protetores que a ajudaram a ultrapassar a situação foi «*a aceitação de que a vida é assim!*» (P2). A «*solidariedade, reflexão*» (P9) foram outros fatores protetores mencionados pelos participantes.

Na tabela 5, podem observar-se os fatores que as participantes assumiram como protetores, no sentido de as terem ajudado a ultrapassar as situações mais difíceis na sua vida.

Tabela 5 – Seleção dos fatores protetores que mais ajudaram as participantes a superar situações stressantes

Fatores Protetores	Participantes	
	n	%
Interajuda	7	58,3%
Coessão	3	25,0%
Harmonia	2	16,7%
Autoestima	1	8,3%
Compreensão	7	58,3%
Amizade	5	41,7%
Criatividade	2	16,7%
Humor	5	41,7%

Em função da análise da tabela, verifica-se que a interajuda e compreensão foram os fatores protetores mais assinalados pelas participantes, ambos com 58,3% (n=7). A amizade e o humor foram também dois dos fatores mais mencionados, ainda que com uma percentagem menor, mas mesmo assim significativa de 41,7% (n=5). A autoestima foi o fator menos referido pelas participantes, com uma percentagem de 8,3% (n=1).

4.4.1 Importância de desenvolver fatores protetores

Quando indagada a opinião das participantes relativamente ao grau de importância de desenvolver fatores protetores individuais, de equipe e /ou familiares, no contexto de trabalho, todas as participantes classificaram como *Muito Importante* ou *Extremamente Importante* desenvolver fatores protetores. No global, 33,3% (n=4) das participantes classificou como *Muito Importante* e as restantes 66,7% (n=8) classificaram como sendo *Extremamente Importante* o desenvolvimento de fatores protetores individuais, de equipa e/ou familiares, no seu contexto de trabalho (tabela 6).

Tabela 6 - Resultados sobre o grau de importância de desenvolver fatores protetores, na opinião das participantes.

Grau de importância	n	%	% Cumulativa
Nada Importante	0	0,0%	0,0%
Pouco Importante	0	0,0%	0,0%
Importante	0	0,0%	0,0%
Muito Importante	4	33,3%	33,3%
Extremamente Importante	8	66,7%	100,0%
Total	12	100,0%	

4.5 Avaliação de conhecimentos das participantes após a IE

Relativamente à avaliação de conhecimentos sobre resiliência, após a intervenção educativa realizada, os resultados apuraram-se pela aplicação do inquérito por questionário de avaliação, onde se incluía um conjunto de nove afirmações sobre os temas abordados nas sessões, que as participantes deveriam assinalar como *Verdadeiro* ou *Falso*. Após a correção do exercício, atribuiu-se a cada participante uma classificação média. Assim, como consta na tabela 7, verificou-se que 41,7% (n=5) obtiveram a classificação de *Bom*; 25,0% (n=3) obtiveram *Muito Bom*; e as restantes 33,3% (n=4) obtiveram *Excelente*, na medida em que responderam acertadamente a todas as questões.

Tabela 7 - Avaliação de conhecimentos das participantes após a IE

Classificação	Classificação Média obtida	Participantes	
		n	%
Insuficiente [0 - 9,4]	-*	-*	-*
Suficiente [9,5 - 13,9]	-*	-*	-*
Bom [14,0 - 16,9]	15,56	5	41,7%
Muito Bom [17,0 - 19,9]	17,78	3	25,0%
Excelente = 20,0	20,00	4	33,3%
Total de Participantes		12	100,0%

-*significa que não houve participantes com as respetivas classificações.

4.6 Avaliação global da IE

Na tabela 8 podem observar-se os resultados da avaliação global da intervenção educativa feita pelas participantes (relativamente ao interesse dos conteúdos, autoavaliação dos conhecimentos prévios e após a IE, importância de outras abordagens, duração da IE, avaliação global da IE).

Tabela 8 – Avaliação global e avaliação de algumas características da IE

	Fraco		Insuficiente		Suficiente		Bom		Muito Bom	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Interesse dos Conteúdos	0	0	0	0	0	0	3	25,0	9	75,0
Nível de conhecimentos prévios	1	8,3	5	41,7	5	41,7	1	8,3	0	0
Nível de conhecimentos pós-intervenção	0	0	0	0	0	0	9	75,0	3	25,0
Importância de outras IE	0	0	1	8,3	0	0	6	50,0	5	41,7
Duração da IE	0	0	0	0	5	41,7	6	50,0	1	8,3
Avaliação Global IE	0	0	0	0	0	0	4	33,3	8	66,7

Quanto ao interesse dos conteúdos abordados ao longo das quatro sessões na IE, 25% (n=3) das participantes classificaram com *Bom*, já as restantes 75% (n=9) classificaram como *Muito Bom*. No que diz respeito à autoavaliação das participantes quanto aos seus conhecimentos antes da IE, verifica-se que 41,7% (n=5) classifica como *Suficiente*; enquanto outras 41,7% (n=5) classificam como *Insuficiente*; 8,3% (n=1) refere ter *Fraco* conhecimentos sobre a temática; e apenas 8,3% (n=1) diz ter um *Bom* nível de conhecimentos sobre a Resiliência antes de participar. No final da IE, 75% (n=9) das participantes autoavaliam o seu conhecimento como *Bom* e 25% (n=3) classificam-no como *Muito Bom*.

Quando questionadas sobre qual o grau de importância de desenvolver outras abordagens sobre o tema Resiliência ao longo do seu percurso académico e

profissional (de forma a apoiar o seu desenvolvimento profissional), verifica-se que 8,3% (n=1) consideram *Insuficiente (Pouco importante)*; 50% (n=6) referem ser *Bom (Muito importante)*, e 41,7% (n=5) classificam como *Muito Bom (Extremamente Importante)*.

Ainda quanto à duração da IE, 41,7% (n=5) das participantes classificaram como *Suficiente*; 50% (n=6) como *Bom*; e as restantes 8,3% (n=1) classificaram a duração da IE como *Muito Bom*.

Por último, relativamente à apreciação global da intervenção educativa, 33,3% (n=4) das participantes classificam-na como *Boa*; e 66,7% (n=8) atribuíram a classificação de *Muito Bom*.

4.6.1 Opiniões/Sugestões das participantes sobre a IE e futuras IE.

A implementação deste projeto, contemplou a possibilidade de as participantes manifestarem as suas opiniões e sugestões sobre a IE, através do instrumento aplicado no final. Os comentários registados revelaram, no global agrado pela ação desenvolvida e interesse pelo tema, tal como elucidam os seguintes: «Acho uma área de aprofundação muito interessante» (P1); «Este tema é muito interessante porque num grupo profissional que se preocupa muito em melhorar as suas competências técnicas e científicas foi apresentado uma proposta de melhoria de competências emocionais» (P9); «Gostei sobretudo da intervenção porque as sessões são interativas o que permitiu esclarecer dúvidas e discutir os temas. As atividades foram muito interessantes e eram bem orientadas» (P3).

5. DISCUSSÃO

Partindo da grande questão de investigação «*quais os níveis de resiliência de Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica?*», foi possível, com o presente estudo, obter resultados merecedores de discussão.

Na verdade, um dos primeiros resultados ajuda a dar resposta ao objetivo específico «*analisar conceções dos profissionais de saúde em estudo sobre “Resiliência”*». Neste sentido, foi possível compreender que, tal como evidenciado na literatura, a maior parte das participantes não tinha tido ainda qualquer aproximação com a temática, sendo que, concretamente no seu percurso académico, 91,7% destacaram nunca ter abordado a temática da resiliência. Existe de facto uma lacuna na formação dos profissionais de saúde sobre esta temática e, face à relevância do tema para a saúde e o bem-estar destes profissionais, é fundamental que se desenvolvam intervenções educativas nesta área (Correia & Frias, 2018; Rogers, 2016). Esta necessidade, foi igualmente reconhecida pelas participantes na avaliação da intervenção educativa implementada, onde 50% consideraram ser *Muito importante* e 41,7% como *Extremamente Importante* o desenvolvimento de mais intervenções educativas no contexto da resiliência. Por seu lado, a análise das conceções de resiliência assumidas por estas profissionais no final da intervenção educativa, evidenciam que a resiliência está associada à melhoria de competências emocionais e sociais num grupo profissional que apenas se foca em melhorar as suas competências técnicas e científicas, «*num grupo profissional que se preocupa muito em melhorar as suas competências técnicas e científicas foi apresentado uma proposta de melhoria de competências emocionais*» (P9).

A par destes resultados, a «*avaliação dos níveis de resiliência dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica em estudo, através da aplicação da Escala de Resiliência adaptada para População Adulta Portuguesa*», ação que enforma o grande objetivo deste trabalho, demonstrou que relativamente aos quatro fatores apresentados por Deep & Pereira (2012), existem diferenças entre as participantes, quer numa avaliação inicial, quer numa perspetiva evolutiva, considerando a globalidade do projeto implementado. Assim, considerando a avaliação inicial, apurou-se que a maior parte das profissionais, 41,7%, possui níveis baixos de

perseverança (fator I), ou seja, têm níveis baixos de persistir nas adversidades e pouca vontade de encontrar soluções para os problemas, de forma a continuar a reconstruir a vida. Relativamente ao fator II (sentido de vida), a maioria, 58,3% (n=7) das participantes, têm níveis médios de determinação e de satisfação de alcançar os objetivos definidos, sem ficar obcecado com questões que não pode resolver. No fator III (serenidade), 41,7% (n=5) das participantes possui níveis baixos de capacidade de aceitar a multiplicidade e experiências, até mesmo as adversas, de forma serena e entusiástica e com capacidade de exercer a autoestima, de forma equilibrada e focada nos propósitos da própria vida. Por último, 50,0% (n=6) das participantes no fator IV (autossuficiência e autoconfiança) revela ter níveis médios e este fator remete, essencialmente, à capacidade de estar por conta própria e de ser capaz de depender essencialmente de si próprio e à crença na própria pessoa e nas suas capacidades (*idem*).

A sofisticação de apurar os níveis de resiliência, deve-se à própria complexidade do conceito, pois apesar da resiliência humana poder ser definida como a capacidade que o ser humano tem de se recuperar psicologicamente, quando é exposto às adversidades, violências, catástrofes, e outras situações menos positivas (Ralha-Simões, 2014; Sippell et al. 2015), a sua avaliação é repleta de desafios (Beckwith, 2016). Por outro lado, a resiliência no indivíduo depende de múltiplos fatores da sociedade (Sippell et al. 2015), e por isso deve ser contextualizada.

Apesar da limitação da duração da intervenção educativa e do pequeno número de participantes, a evolução dos níveis de fatores da escala de resiliência Deep & Pereira (2012) refletidas do início para o fim da intervenção educativa foi positiva, ninguém piorou na perseverança (fator I) nem no sentido da vida (fator II) que foram os assuntos focados na intervenção e incluídos nas atividades e dinâmicas realizadas. No caso da serenidade (fator III), os resultados menos favoráveis podem ser explicados pelo facto de ter sido um fator menos abordado/aprofundado na IE. Relativamente aos casos em que se verificou diminuição dos níveis de “Autossuficiência e Autoconfiança”, a explicação passa pela dificuldade em serem trabalhados e desenvolvidos, como também de requererem mais tempo (algo que foi limitado neste projeto). Nas sessões educativas, apesar de ter sido referido a importância da autoestima e da autoconfiança como fatores protetores, não houve o

espaço temporal desejado para as trabalhar, algo que também se veio a refletir nos resultados da investigação.

Almedom (2015) considera existir dois obstáculos principais que impedem a compreensão da resiliência humana: i) a primeira é a supremacia epistemológica que impõe obstáculos a muitos académicos e investigadores que abordam especialidades da área da resiliência humana; e ii) a segunda é a falta de habilidades e recursos para realmente envolver múltiplas perspetivas de forma significativa, com a intenção de melhorar e promover a resiliência humana entre aqueles que a vivem.

Um dos objetivos específicos do projeto diz respeito à identificação de fatores de risco e fatores protetores nos processos de resiliência das profissionais em estudo. Constatou-se, pois, que todas as TSĐT que participaram nesta IE, entendem ser *Muito* ou *Extremamente Importante* desenvolver eixos protetores de resiliência. Tal como é defendido por Albuquerque et. al, (2015) e por outros autores especialistas nesta área, estes fatores contribuem para a promoção da resiliência, pois funcionam como “amortecedores” perante a adversidade, uma vez que modificam a reação dos indivíduos aos estímulos stressores, reduzindo o efeito do risco e as reações negativas. O apoio social pode ser um desses fatores “amortecedores”, pois aumenta a habilidade de enfrentar adversidades e de resolver problemas mais facilmente e de forma mais eficaz, o que, por sua vez, diminuí a probabilidade de desenvolver depressão. Por outro lado, o alto apoio social pode aumentar sentimentos de solidariedade, ajudar o indivíduo a redefinir uma situação difícil como sendo menos ameaçador e aumentar a regulação de emoções como a desconfiança, a ansiedade e o medo (Sippel et al., 2015).

O fato de 83,3% das participantes afirmarem já terem vivenciado uma situação particularmente stressante, no seu contexto de trabalho, vai ao encontro do que é encontrado na literatura sobre os profissionais de saúde serem uma das classes profissionais com maior risco para desenvolver psicopatologias (Cabral et al., 2014; Nogueira et al. 2013; Nadine et al., 2017). Isto direciona à relevância de educar para a promoção de eixos promotores de resiliência humana, nomeadamente em profissionais e alunos da área de saúde (Rogers, 2016). Importa assim contribuir para a expansão de intervenções educativas nesta área e em contexto de trabalho

direcionados a profissionais de saúde (Correia & Frias, 2018; McDonald, Jackson, Wilkes, & Vickers, 2012).

A OMS escreveu um documento, em 2012, “*The new European policy for health – Health 2020*” onde refere que a saúde e o bem-estar são essenciais para a recuperação económica e o desenvolvimento sustentável da região europeia. Os principais objetivos estratégicos baseiam-se em conceitos que incluem salutogénese, resiliência e capital social, uma vez que estas abordagens enfocam o bem-estar e a procura de melhores condições de vida, anulando a antiquada e única preocupação de evitar somente a doença. E mais uma vez surge a indicação do uso de ativos de saúde (como a resiliência) que operam, portanto, como fatores de proteção para amortecer os stresses da vida e como fatores promotores para maximizar as oportunidades de saúde e bem-estar (idem).

Ainda é importante mencionar que as profissionais de saúde que participaram no presente projeto cooperaram ao longo das sessões da IE “Resiliência em Profissionais de Saúde”, mostrando sempre interesse e motivação, que se pode mensurar pelas opiniões recolhidas durante as sessões e no inquérito por questionário final da avaliação («*Este tema é muito interessante*», «*...as sessões são interativa... As atividades foram muito interessantes...*»). As atividades realizadas durante as sessões mostraram ser capazes de, para além conduzir à reflexão sobre o tema, envolver os sujeitos de maneira integral, com as suas formas de pensar, sentir e agir, e esta é a razão pela qual Coutinho et al. (2013) defendem o uso de atividade e dinâmicas. A teoria dos pequenos grupos e a pesquisa-ação, fundada por Kurt Lewin (em 1978), considera que a mudança social só é possível a partir das mudanças dos pequenos grupos sociais que começam a pensar formas alternativas para a resolução de conflitos e problemas (Melo, Filho, & Chaves, 2016; Coutinho et al, 2013). Kurt também propôs uma estratégia para a realização de seminários que denominou “laboratórios sociais” (workshops). O objetivo destes seminários era possibilitar a resolução de problemas sociais, aperfeiçoando a metodologia de intervenção, pois uma vez a intervenção realizada deve-se garantir as mudanças interpessoais, grupais e intergrupais, evitando os processos de sabotagem que frequentemente ocorriam após as inovações (Melo et al., 2016).

Infelizmente, em muitos países nos presentes dias, o investimento atual em serviços de promoção da saúde pública e de prevenção de doenças na saúde pública é lamentavelmente pequeno (OMS, 2012b), nomeadamente em Portugal, tal como é mencionado no documento do *Concelho Nacional de Saúde* (2017). A vontade política é fundamental para melhorar este fator e suas implicações para a saúde e o bem-estar (OMS, 2012b). Como mencionado anteriormente, outro fator importante é o apoio social, uma vez que este para além de aumentar a autoconfiança, pode diminuir a probabilidade de desenvolver comportamentos de risco e promover estratégias para ultrapassar adversidades de uma forma mais eficaz, como também a resolução ativa de problemas (Sippel *et al.*, 2015).

6. CONCLUSÃO

Na perspetiva de Albuquerque (2004) resiliência humana representa uma capacidade que permite a uma pessoa, grupo ou comunidade prevenir, dominar ou otimizar a adversidade, desafiando-a. Os processos de resiliência requerem compreensão dinâmica e interativa dos fatores de risco e de proteção, que se torna essencial para que as suas potencialidades sejam usufruídas por completo.

Considerando o projeto implementado, julga-se pertinente que os profissionais de saúde em estudo contactem e compreendam a complexidade e singularidade da resiliência humana, tal como advoga Ralha-Simões (2014). Estes profissionais confrontam-se diariamente com diversos desafios e agentes stressantes, colocando, por vezes, em risco a sua saúde e bem-estar físico, emocional, social e espiritual. Por outro lado, é evidente que os trabalhadores mais resilientes, têm maior capacidade de enfrentar as adversidades e exigências das suas atividades. A resiliência representa um dos possíveis caminhos para a promoção da saúde a nível individual, familiar e comunitária (Silva, Lunardi, Lunardi Filho & Tavares, 2005). Considera-se uma ferramenta de grande utilidade para a promoção da saúde destes profissionais e dos utentes. Como referem Silva, Lunardi, Lunardi Filho & Tavares (2005), a resiliência permite ainda aos profissionais de saúde deslocar a ênfase da dimensão de negatividade da doença, para as potencialidades das pessoas/famílias, as quais possibilitam que sejam criadas condições para que diferentes membros da

comunidade se possam desenvolver enquanto sujeitos capazes de responder positivamente às solicitações da vida quotidiana.

O contexto laboral dos profissionais de saúde representa, à luz desta investigação, uma oportunidade para implementar intervenções no âmbito da educação em resiliência. Devem, portanto, ser sensibilizados para o reconhecimento de eixos promotores de resiliência no seu dia-a-dia e capacitados para a identificação de fatores de risco e fatores protetores nos seus próprios processos de resiliência, com vista à promoção da saúde individual e coletiva no seu contexto de trabalho. Será importante que estes profissionais sejam capazes de: formar e manter relações positivas e respeitadoras com os outros; identificar e gerir as próprias emoções; compreender os sentimentos dos outros; desenvolver aptidões de comunicação, incluindo assertividade, empatia e negociação; e demonstrem aptidões para a resolução de problemas, para a toma de decisões informadas, livres e esclarecidas (Commonwealth of Australia, 2005).

Contudo, importa salientar algumas limitações do estudo, e que poderão ser ultrapassadas em investigações posteriores. Uma primeira limitação, relaciona-se com o número de participantes. Face à natureza do estudo, envolve uma intervenção educativa e requer tempo e disponibilidade por parte das participantes para frequentar as sessões. Tratando-se de profissionais de saúde, com seu tempo bastante limitado entre a sua atividade profissional e a sua vida pessoal, foi difícil encontrar indivíduos disponíveis para participar. Uma segunda limitação deste estudo, foi o período de tempo para a execução e implementação do projeto em si, e da sua avaliação contínua (*follow-up*) que não foi possível realizar. Uma limitação adicional deste estudo, diz respeito à falta de outras intervenções semelhantes, de forma a possibilitar comparar resultados.

Bibliografia

- Albuquerque, A. M. (2004). *Resiliência: Contributos para a sua conceptualização e medida*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências de Educação.
- Albuquerque, A. M. (2014). À luz da Resiliência. O riso e a perda na educação para a saúde. *Omnia*, 1(2183–4008), 23–29.
- Albuquerque, C., Almeida, J., Cunha, M., Madureira, A., & Andrade, A. (2015). Protective resilience factors in institutionalised portuguese adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 276–283. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.122>
- Albuquerque, A.M. & Miranda Santos, A. (1997). O Olhar e o Desenvolvimento Psicológico: Mensagem ou Massagem?, In M. F. Patrício (org.) *Formar Professores para a Escola Cultural no Horizonte dos Anos 2000*. Porto: Porto Editora.
- Almedom, A. M. (2015). Understanding human resilience in the context of interconnected health and social systems: Whose understanding matters most?. *Ecology and Society* 20(4):40. <http://dx.doi.org/10.5751/ES-08195-200440>
- American Psychological Association. (2003). Turning lemons into lemonade: hardiness helps people turn stressful circumstances into opportunities. *American Psychological Association*, Washington, D.C., USA. [online] URL: <http://www.apa.org/research/action/lemon.aspx>
- Barlach, L., Limongi-frança, A. C., & Malvezzi, S. (2008). O Conceito de Resiliência Aplicado ao Trabalho nas Organizações. *Interamerican Journal of Psychology*, 42, 101–112.
- Beckwith, H. (2016). Building resilience in health care workers. *Imperial College Healthcare NHS Trust*, 457–460.
- Brandão, J. M., Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, 21(49), 263–271. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000200014>
- Cabral, L., Duarte, J., Varanda, H. I. da cruz, Martins, H. R., Sousa, I. M. A. O., & Cabral, J. M. S. (2014). Influência da crise económica na saúde mental dos profissionais da saúde. *Millenium*, 47, 205–215.
- Candeias, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública*, 31 (2): 209-13
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martinez, M., & Rubiales, Á. S. (2011). Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An. Sist. Sanit. Navar*, 34(1), 63–72.
- Commonwealth of Australia. (2005). Promoting resilience and wellbeing. In *Response ability* (pp. 1–6).
- Concelho Nacional de Saúde. (2017). *Fluxos financeiros no Sistema Nacional de Saúde*. Lisboa.
- Correia, S., & Frias, A. (2018). Projeto de intervenção educativa “Resiliência em

- Profissionais de saúde”. CROSSCUT 2018, International Congress of Cross-Curricular Teaching Curriculum Flexibility and innovation. Instituto de Educação, Universidade do Minho, Guimarães.
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. (2009). Investigação-Ação: Metodologia preferencial na práticas educativas. *Psicologia Educação e Cultura* (Vol. XIII).
- Coutinho, K. H. F., Tolentino, B. A., Santos, C. S., Souza F. C. (2013). O contexto da dinâmica grupal na psicologia e a importância de sua utilização. *Revista Digital. Buenos Aires*, 181. (online) <http://www.efdeportes.com/>
- Cariza Maria Alves BorgesDeep, C. A. F. de C. N., & Pereira, I. (2012). Adaptação da “The Resilience Scale” para a População Adulta Portuguesa. *Psicologia USP*, 23(2), 417–433.
- Dias, P. C., & Cadime, I. (2017). Protective factors and resilience in adolescents: The mediating role of self-regulation. *Psicologia Educativa*, 23, 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2016.09.003>
- Diehl, M., Hay, E. L., & Chui, H. (2012). Personal Risk and Resilience Factors in the Context of Daily Stress. *Annu Rev Gerontol Geriatr.*, 32(1), 251–274. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.32.251.Personal>
- Eshel, Y., Kimhi, S., Lahad, M., Leykin, D., & Goroshit, M. (2018). Risk Factors as Major Determinants of Resilience: A Replication Study. *Community Mental Health Journal*, 0(0), 0. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0263-7>
- Farrall, M. (2012). O conceito de Resiliência no contexto dos sistemas socio-ecológicos. *Ecologi@*, N°6, pp.50-62.
- Jenh, K. (2014). Articles Relationships at work: Intragroup conflict and the continuation. In Rahim, M. A. (2014). *Social Intelligence, Power, and Conflict* (vol.17, 22pp). New York: M. Afzalur Rahim.
- Kansky, J., & Diener, E. (2017). Benefits of Well-Being: Health, Social Relationships, Work, and Resilience. *Jornal Positive Psychology and Wellbeing*, 1(2), 129–169.
- Lanz, J. J., & Bruk-Lee, V. (2017). Resilience as a moderator of the indirect effects of conflict and workload on job outcomes among nurses. *Journal Advanced Nursing*, 73, 2973–2986. <https://doi.org/10.1111/jan.13383>
- Lima, M. (2018). Nós e os outros: o poder dos laços sociais. Lisboa: *Fundação Francisco Manuel dos Santos*.
- Machado, A. (2010). Resiliência e Promoção de Saúde: uma relação possível. *Psicologia*. Disponível em www.psicologia.com.pt
- Mcdonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., & Vickers, M. H. (2012). Nurse Education Today A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *YNEDT*, 32(4), 378–384. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.04.012>
- Melo, A. S., Filho, O. N. M., & Chaves, H. V. (2016). Lewin e a pesquisa-ação: gênese, aplicação e finalidade. *Revista de Psicologia*, 28(1), 153–159. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1162>
- Nadine, H., Matthias, B., & Oliver, H. (2017). Informal caregiving , work-privacy

- conflict and burnout among health professionals in Switzerland – a cross-sectional study. *Swiss Medical Weekly*, (November), 1–8. <https://doi.org/10.4414/smw.2017.14552>
- Navarro-Abal Y, López-López MJ, Climent-Rodríguez JÁ (2018). Engagement, resilience and empathy in nursing assistants. *Enferm Clin*. 28:103-110. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.08.009>
- Nogueira, T. V., Barros, T. A. V., & Pinto, F. R. (2013). Resiliência dos profissionais de saúde. *Simpoi*, 1–14.
- Nunes, L. A. S. (2017). O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. In *IV Congresso Português de Sociologia*.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia. (Campinas)*, 25(3), 405–416. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009>
- Pozuelo-Carrascosa, D. P. P., Vizcaíno, V. M., López, M. S., Gutiérrez, R. B., Martín, B. R., & Pacheco, B. N. (2017). Resilience as a mediator between cardiorespiratory fitness and mental health-related quality of life: A cross-sectional study. *Nursing and Health Sciences*, 19, 316–321. <https://doi.org/10.1111/nhs.12347>
- Punset, E. (2008). Viagem à felicidade: as novas chaves científicas. Dom Quixote, Lisboa.
- Ralha-Simões, H. (2014). Que caminhos para a resiliência? Dos equívocos e controvérsias às promessas ainda por cumprir. *Omnia*, (1), 5–13. Retrieved from [http://omnia.grei.pt/n01/\[1\]RALHA-SIM.pdf](http://omnia.grei.pt/n01/[1]RALHA-SIM.pdf)
- Rogers, D. (2016). Which educational interventions improve healthcare professionals' resilience?. *Medical Teacher*, 38(12), 1236–1241.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598–611.
- Santos, J. L. G. dos, Erdmann, A. L., Meirelles, B. H. S., Lanzoni, G. M. de M., Cunha, V. P. da, & Ross, R. (2017). Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos, 26(3), 1–9.
- Santana, L. de L., Sarquis, L. M. M., Brey, C., Miranda, F. M. D., & Felli, V. E. A. (2016). Absenteeism due to mental disorders in health professionals at a hospital in southern Brazil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1), 1–8. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53485>
- Silva, M. (2015). A educação pelos pares: críticas a uma estratégia de intervenção social. *CICS.NOVA-UMinho*, 1(2), 23.
- Silva, M., Lunardi, V., Lunardi Filho, W., Tavares, K. (2005). Resiliência e Promoção da Saúde. *Texto e Contexto – Enfermagem*, Nº14., pp.95-102.
- Sippel, L. M., R. H. Pietrzak, D. S. Charney, L. C. Mayes, and S. M. Southwick. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual? *Ecology and Society* 20(4):10. <http://dx.doi.org/10.5751/ES-07832-200410>
- Sovova, E., Nakladalova, M., Kaletova, M., Sovova, M., Radova, L., & Kribska, M.

- (2014). Which health professionals are most at risk for cardiovascular disease? Or do not be a manager. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(1), 71–77. <https://doi.org/10.2478/s13382-014-0228-1>
- Teixeira, P. M. M., & Neto, J. M. (2017). Uma proposta de tipologia para pesquisas de natureza interventiva. *Ciênc. Educ., Bauru*, 23(4), 1055–1076. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1516-731320170040013>
- Thiollent, M. (2011). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez.
- Visser, E. J. De, Dorfman, A., Chartrand, D., Lamon, J., & Freedy, E. (2016). Building resilience with the Stress Resilience Training System: Design validation and applications. *Work*, 54, 351–366. <https://doi.org/10.3233/WOR-162295>
- Wang, Z., Li, C., & Li, X. (2017). Resilience , Leadership and Work Engagement: The Mediating Role of Positive Affect. *Soc Indic Res* (2017), 132, 699–708. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1306-5>
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva. <https://doi.org/Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO>.
- World Health Organization. (2012a). *Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies*. Health promotion practice. <https://doi.org/10.1177/1524839914538045>
- World Health Organization. (2012b). *The new European policy for health – Health 2020 - draft 2*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization (1997) *Health for all for the twenty-first century: the health policy for Europe*, Copenhagen: WHO, 1997.

ANEXOS

Anexo 1- Autorização dos autores da Escala (Deep & Pereira, 2012)

Sidonie Correia <sidonie.correia@gmail.com>

Pedido de autorização para utilizar a “Escala de Resiliência adaptada para População Adulta Portuguesa”

Cláudia Deep <claudiangdeep@gmail.com>
Para: Sidonie Correia <sidonie.correia@gmail.com>

20 de junho de 2018 às 14:25

Querida Sidonie,
Permissão concedida.
Por favor, depois partilhe comigo os resultados obtidos.
Grata,
Cláudia Ng Deep

Anexo 2 - Escala de Resiliência adaptada para População Adulta Portuguesa (Deep & Pereira, 2012)

<p>Por favor, leia as instruções.</p> <p>Encontrará sete números, variando de "1" (Discordo Totalmente) a "7" (Concordo Totalmente). Assinale com uma cruz (X) o número que melhor indica os seus sentimentos sobre essa afirmação. Por exemplo, se discordar totalmente com a afirmação, assinale "1". Se é neutro, assinale "4" e se concordar totalmente, assinale "7".</p> <p>Código _____ Idade: ____ Sexo: _____</p>		Discordo Totalmente	Discordo Muito	Discordo Pouco	Não Discordo e nem Concordo	Concordo Pouco	Concordo Muito	Concordo Totalmente
		1	2	3	4	5	6	7
1	Normalmente eu lido com os problemas de uma forma ou de outra.							
2	Sou capaz de depender de mim próprio/a mais do que de qualquer outra pessoa.							
3	Manter-me interessado/a nas atividades do dia a dia é importante para mim.							
4	Posso estar por conta própria se for preciso.							
5	Sinto-me orgulhoso/a por ter alcançado objetivos na minha vida.							
6	Sou amigo/a de mim próprio/a.							
7	Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.							
8	Sou determinado/a.							
9	Raramente me questiono se a vida tem sentido.							
10	Vivo um dia de cada vez.							
11	Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.							
12	Tenho autodisciplina.							
13	Mantenho-me interessado/a nas coisas.							
14	Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.							
15	A confiança em mim próprio/a ajuda-me a lidar com tempos difíceis.							
16	Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.							
	Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspetivas.							
	Por vezes obrigo-me a fazer coisas quer queira quer não.							
19	A minha vida tem um propósito.							
20	Eu não fico obcecado/a com coisas que não posso resolver.							
21	Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.							
22	Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito.							
23	Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.							

APÊNDICES

APÊNDICE A

- Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para a participação no Projeto de intervenção educativa “Resiliência em Profissionais de Saúde”

a) Eu, Sidonie Antunes Correia, técnica de cardiopneumologia, e Mestranda em *Educação Para A Saúde* – Curso que resulta de uma proposta conjunta da Escola Superior de Educação (ESE) e Escola Superior de Tecnologia da Saúde (ESTeS), do Instituto Politécnico de Coimbra – venho deste modo convidá-lo(a) a integrar no projeto de educação em resiliência (“Resiliência em Profissionais de Saúde”) que estou a desenvolver no âmbito deste Curso de Mestrado, sob orientação da Prof^a. Doutora Ana Carolina Morgado Ferreira de Frias, docente da Escola Superior de Educação de Coimbra (ESEC).

b) O estudo tem como principal objetivo avaliar níveis de “Resiliência” dos profissionais de saúde; pretendendo ainda conceber e implementar um projeto de intervenção de educação em resiliência, identificando com os profissionais em estudo variáveis que mostram favorecer a sua proteção, com vista à promoção da saúde individual e coletiva no seu contexto de trabalho.

c) Para tal, gostaria de solicitar a sua autorização e colaboração para a participação neste projeto de intervenção educativa que será dividido em três fases:

1. Inicialmente serão entregues a escala de resiliência (Deep & Pereira) e o questionário sociodemográfico a cada profissional de saúde que aceite participar livremente, no sentido de obter dados iniciais que permitam comparar e analisar os resultados finais da intervenção educativa.

2. Num segundo momento será implementado um projeto de intervenção educativa que integrará quatro sessões educativas em “Resiliência” com duração aproximada de 45 minutos, a realizar no estabelecimento da ESTeSC.

3. A terceira e última fase da vossa colaboração passa por avaliar a implementação do projeto de intervenção, identificando junto aos profissionais em estudo variáveis que mostram favorecer a sua proteção, com vista à promoção da saúde individual e coletiva no seu contexto de trabalho.

d) Durante todo o processo apenas será pedido que faça quatro deslocações à

ESTeSC, sem outro qualquer gasto financeiro adicional. Realço ainda que a participação no projeto tem um carácter completamente voluntário e existe uma completa ausência de prejuízos caso não queira participar ou desistir a qualquer momento da intervenção.

e) É garantida toda a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo e anonimato (não existirá registo de dados com identificação).

Para qualquer questão relacionada com a sua participação neste estudo, por favor, contactar: 910069443 (telemóvel) e/ou sidonie_sido@hotmail.com (email).

Assinatura de quem pede consentimento:

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

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

Nome:

Assinatura:... .. **Data:** /..... /.....

APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico

Intervenção Educativa “Resiliência em Profissionais de Saúde” Mestrado Educação para a Saúde

Questionário Sociodemográfico

1. Qual o seu sexo? Masculino Feminino
 2. Que idade tem? _____
 3. Qual o tipo de sector onde trabalha: publico privado ambos
 4. Qual o seu estado civil? Solteiro Casado Outro, qual? _____
 5. Ao longo do seu percurso formativo alguma vez abordou a temática sobre resiliência?
 Sim. Em que contexto? _____
 Não
1. Habilitações literárias: _____
 2. Anos de experiência Profissional _____

APÊNDICE C - Inquérito por questionário de avaliação da Intervenção Educativa

Inquérito por questionário de avaliação da Intervenção Educativa “Resiliência em Profissionais de saúde”

Sexo: Masculino Feminino **Idade:** _____

Parte I - Avaliação da intervenção educativa

Instruções: assinale apenas um dos níveis com que mais se identifica, segundo a escala seguinte:

1	2	3	4	5
Fraco	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante	Bastante Importante

1.1 Interesse dos conteúdos apresentados	1	2	3	4	5
1.2 Conhecimentos que possuía sobre o tema antes da intervenção educativa	1	2	3	4	5
1.3 Conhecimentos que tem sobre o tema depois da intervenção educativa	1	2	3	4	5
1.4 Grau de importância de abordagens sobre o tema <i>Resiliência</i> ao longo do seu percurso académico e profissional (de forma a apoiar o seu desenvolvimento profissional)	1	2	3	4	5
1.5 Duração da intervenção educativa	1	2	3	4	5
Avaliação global da intervenção Educativa	1	2	3	4	5

Parte II – Aprendizagem sobre os conteúdos apresentados durante as sessões

Indique com um x se as seguintes afirmações são verdadeiras (V) ou falsas (F).

	V	F
2.1 Compreende-se por resiliência: o processo de resistir a um evento negativo, sem modificar a sua personalidade.		
2.2 A resiliência poderá ser considerada uma capacidade inata (característica presente e definida no nascimento)		
2.3 Os fatores protetores modificam a reação humana às situações de risco.		
2.4 O fatores protetores reduzem o efeito do risco e consequentemente as reações negativas em cadeia.		
2.5 As famílias resilientes são aquelas que, perante a adversidade, demonstram flexibilidade na capacidade de adaptação com resultados produtivos para o seu bem-estar.		
2.6 As emoções são o mesmo que sentimentos;		
2.7 Quando somos pessoas emocionalmente inteligentes, deixamos que os eventos influenciem e dominem.		
2.8 Na presença de outras pessoas é preciso levar em consideração o modo como elas interpretam o que expressamos, para isso é necessário ter empatia pelo próximo.		
2.9 A inteligência emocional permite às pessoas administrar e trabalhar as emoções significa reprimi-las.		

Parte III – A Resiliência na Promoção da Saúde

3.1- Durante a sua experiência profissional, alguma vez vivenciou uma situação particularmente *stressante* (contato com doente que o marcou pela sua história, situação clínica; colega de trabalho...)?

Sim Refira uma situação _____

Não

3.1.1- Se respondeu afirmativo em 3.1, assinale com uma *X* atrás de cada (pode assinalar mais que uma) características que a/o ajudaram a ultrapassar a situação?

__ Interajuda __ Coesão __ Harmonia __ Autoestima
 __ Compreensão __ Amizade __ Criatividade __ Humor
 __ Outros? _____

3.3- Na sua opinião, **qual o grau** de importância de desenvolver fatores protetores individuais, de equipe e /ou familiares, no seu contexto de trabalho? Assinale com um círculo apenas em um dos níveis com que mais se identifica, segundo a escala seguinte:

1	2	3	4	5
Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante	Extremamente Importante

<p>Sugestões/Opiniões/Considerações finais:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

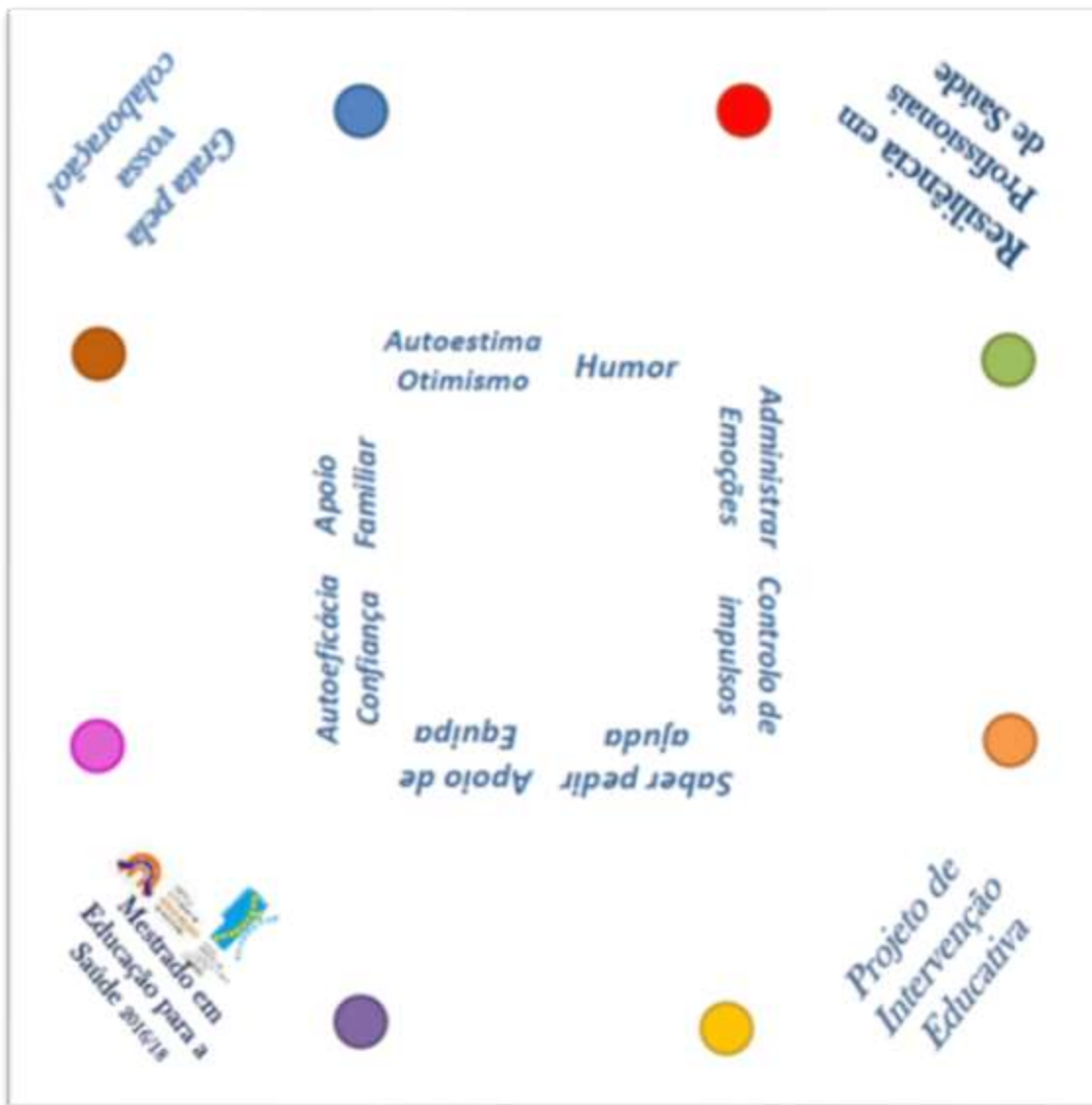
Grata pela sua colaboração!

Mestranda: Sidonie Correia
 Orientadora: Prof^ª Dra. Ana Frias

APÊNDICE D - Flyer de divulgação da Intervenção Educativa



APÊNDICE E - Origami da sorte com fatores protetores de resiliência



APÊNDICE F - Planejamento das Sessões Da Intervenção Educativa

1ª Sessão realizada a 03/05/2018

Objetivos	Atividades e Estratégias	Recursos	Resultados Esperados
<p>- Despertar o interesse das profissionais para a temática.</p> <p>- Sensibilizar as participantes para a importância da mesma no seu contexto laboral.</p> <p>- Promover a interação no grupo (quebra-gelo).</p> <p>- Motivar o grupo em estudo a participar nas sessões seguintes.</p>	<p>- Acolhimento das participantes;</p> <p>- Exposição inicial breve de conceitos científicos (origem do conceito Resiliência; diferentes proveniências e aplicações; Resiliência Humana e alguns exemplos; Resiliência Humana no contexto de trabalho);</p> <p>- Apresentação e discussão do vídeo “<i>Iguana vs Snakes Planet Earth II</i>”* - confronto da situação visualizada (mundo animal) com as expectativas e contextos dos seres humanos, em geral (e das próprias participantes em particular);</p> <p>- Dinâmica “Desenho Cooperativo”: O grupo tem oito minutos para se organizar e desenhar um barco. A primeira pessoa inicia o desenho fazendo apenas um traço e os outros continuam. Os participantes terão que incorporar algumas características individuais (cego e só tem o braço direito; cego e só tem o braço esquerdo; cego e surdo; cego e mudo; não tem braços). Ao fim de 5 minutos, e após todas as participantes desenharem pelo menos um traço, discute-se o resultado obtido, fazendo conexões com a resiliência humana.</p> <p>-Finalização da sessão, com agradecimento às participantes.</p> <p>*Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=Rv9hn4IGofM</p>	<p><u>Humanos:</u> profissionais de saúde; Investigadora (dinamizadora) e orientadora;</p> <p><u>Materiais:</u> Sala com retroprojeter; computador com colunas; Folhas e papel, em branco; várias canetas de cor; vendas para os olhos.</p>	<p>- Recetividade positiva.</p> <p>- Compreensão das tarefas solicitadas.</p> <p>- Que as participantes expressem os seus próprios sentimentos e opiniões sobre o tema, e a sua relação com o local de trabalho.</p>

2ª Sessão realizada a 10/05/2018

Objetivos	Atividades e Estratégias	Recursos	Resultados Esperados
<p>- Identificar fatores de risco e fatores protetores nos seus contextos de trabalho;</p> <p>- Descrever a importância de desenvolver eixos promotores de resiliência humana</p>	<p>- Apresentação de conteúdos científicos: compreensão dinâmica e internacional do processo resiliência; resiliência <i>versus</i> invulnerabilidade; mecanismos de proteção e risco em resiliência; pessoa resiliente (autoeficácia, autoestima, empatia, flexibilidade, confiança, apoio familiar e social);</p> <p>- Realização de dois exercícios em grupo: a) Preenchimento de um quadro sobre adversidades do seu local de trabalho, fatores de risco e de proteção; b) Comentar a possível natureza resiliente de diversas imagens apresentadas.</p> <p>- Atividade de “Comunicação e Interpretação”. Nesta atividade entrega-se a cada participante uma folha A4 em branco, pede-se às participantes para fecharem os olhos. Logo que todas se encontrem prontas, a dinamizadora dá instruções de voz alta e clara para todas as participantes em simultâneo realizarem com a sua respetiva folha, como por exemplo: dobrar a folha ao meio, dobrar a folha ao meio mais uma vez, rasgar o canto inferior esquerdo, dobrar mais uma vez a folha, rasgar a o canto superior direito, desdobrar a folha duas vezes e rasgar o canto superior esquerdo. Após cerca de 5/6 minutos, a dinamizadora pede ao grupo para parar, e abrir os olhos, expondo totalmente cada folha, de forma a que todas possam ver os diferentes padrões/desenhos das suas folhas em relação aos das outras, ainda que com as mesmas instruções.</p>	<p><u>Humanos:</u> profissionais de saúde; Investigadora (dinamizadora) e orientadora;</p> <p><u>Materiais:</u> Sala com retroprojektor; computador com colunas; Folhas A4 brancas (uma por cada participante) necessárias para a atividade.</p>	<p>- Que as profissionais consigam identificar em si fatores promotores da resiliência.</p> <p>- Que as participantes demonstrem vontade em trabalhar, no seu contexto ocupacional, eixos promotores de resiliência humana.</p>

3ª Sessão realizada a 17/05/2018

Objetivos	Atividades e Estratégias	Recursos	Resultados Esperados
<p>- Perceber e discutir a importância e diferenças entre Resiliência Familiar <i>versus</i> Resiliência Comunitária;</p> <p>- Sensibilizar para a existência de vários tipos de família, um deles pode-se considerar a equipe de trabalho onde é inserido.</p>	<p>- Apresentação dos conteúdos: resiliência familiar <i>versus</i> resiliência comunitária; resiliência e promoção da Saúde.</p> <p>- Distribuição de um <i>Origami da sorte</i> (apêndice E) com fatores protetores a cada participante. Realização de uma dinâmica de grupo a partir deste <i>Origami da sorte</i>: as participantes “jogaram” entre elas ao “<i>Quanto queres?</i>”, cada participante deu um exemplo do seu contexto de trabalho, onde o fator protetor que lhe tivesse sido sorteado no “jogo” ajudasse a resolver uma situação difícil ou adversidade que já tenha enfrentado.</p> <p>- Realização da dinâmica “<i>Post-it</i>”. Pediu-se às participantes para circularem pela sala em silêncio; À medida que cada uma se cruzava com as colegas, anotar num post-it uma qualidade ou algo que agrada-se em especial neles; Colar o post-it nas costas do respetivo colega. No final, pediu-se para se ajudarem a retirar os <i>post-its</i> das costas, e discutir sobre a dinâmica (como se sentem a receber elogios – designados por ‘vitaminas’, a facilidade de criticar comparado com o elogiar, entre outros pontos que a dinâmica aborda).</p>	<p><u>Humanos</u>: profissionais de saúde; Investigadora (dinamizadora) e orientadora;</p> <p><u>Materiais</u>: Sala com retroprojektor; computador; vários blocos de <i>post-it</i>, várias esferográficas.</p>	<p>- Que as participantes consigam enunciar as principais diferenças entre resiliência individual, familiar e comunitária, bem como a sua importância para o trabalho em equipa, nos seus locais e trabalhos e para a sua vida pessoal (própria família).</p> <p>- Que as participantes consigam dar alguns exemplos de como os processos de resiliência podem contribuir de uma forma significativa para a sua saúde e bem-estar pessoal e coletivo.</p>

4ª Sessão realizada a 07/06/2018

Objetivos	Atividades e Estratégias	Recursos	Resultados Esperados
<p>- Reconhecer as diferenças entre emoções vs sentimentos.</p> <p>- Entender a importância de administrar emoções no contexto de trabalho.</p>	<p>- Apresentação dos conteúdos: emoções (primárias, secundárias e de fundo); sentimentos; inteligência emocional; administrar emoções;</p> <p>- Dinâmica de “Dupla Rotatividade”. As participantes estão sentadas em círculo, e apenas uma (de pé) está voltada para as colegas sentadas; a dinamizadora pede à colega que está em pé para pensar em duas características da colega que está à sua frente durante 20 segundos; a dinamizadora antes de perguntar as características pede para avançar um lugar, e dizer duas características agora da colega que tem a sua frente, e assim sucessivamente. No final discute-se a dinâmica contextualizando à realidade (isto porque quando tudo aparenta estar controlado, a situação modifica-se e temos que reagir no momento face à nova realidade/dificuldades).</p> <p>- Metáfora do “iceberg”. Os profissionais no seu local de trabalho tendem a “rotular” os colegas apenas pelas aparências, mas tal como no iceberg que apenas vimos o que está à superfície, a nível social apenas estamos a ter a perceção de uma das características da pessoa numa determinada situação. Importa dar tempo ao outro, procurando conhecê-lo melhor e evitar</p> <p>- Finalização da intervenção educativa, com agradecimento às participantes.</p>	<p><u>Humanos:</u> profissionais de saúde; Investigadora (dinamizadora) e orientadora;</p> <p><u>Materiais:</u> Sala com retroprojektor; computador.</p>	<p>- Que as participantes consigam expressar os significados de emoções e sentimentos;</p> <p>- Que o grupo reconheça a importância da administração de emoções, enquanto eixo protetor da saúde individual e coletiva.</p> <p>- Que demonstrem vontade de participar em relações de empatia e promover o entendimento entre colegas e outros profissionais no local de trabalho.</p>