



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

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

**Stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem: Estudo da eficácia de um  
programa de relaxamento muscular progressivo**

Jéssica Dias Costa

Coimbra, junho de 2022





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

**Stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem: Estudo da eficácia de um  
programa de relaxamento muscular progressivo**

Jéssica Dias Costa

Orientadora: Doutora Rosa Cristina Correia Lopes, Professora Adjunta, Escola  
Superior de Enfermagem de Coimbra

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

Coimbra, junho de 2022



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Professora Doutora Rosa Cristina Correia Lopes, pela assertividade, congruência e disponibilidade e por ter contribuído neste meu percurso pessoal e acadêmico.

Aos participantes, agradeço pela confiança e por aceitarem participar neste estudo, sem eles não seria possível a concretização do mesmo.

Ao Rafael, agradeço pela paciência e compreensão neste caminho, mas sobretudo pelo amor e amizade. Agradeço-lhe pela cumplicidade e por ter tornado este percurso mais leve ao longo destes anos.

À minha família, agradeço todo o suporte e incentivo, por me acompanharem de perto nesta minha caminhada e principalmente pelo amor incondicional.

Agradeço aos meus amigos por me escutarem, incentivarem e sempre acreditarem em mim.

A todos que de alguma forma me ajudaram a percorrer este caminho, o meu profundo e sincero agradecimento.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

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

**CLE** – Curso de Licenciatura em Enfermagem

**COVID-19** - *Coronavirus Disease 2019*

**DGS** - Direção-Geral da Saúde

**EPS** - Escala de Perceção de Stresse

**EESMP** - Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**ESMP** – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**INSA** - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OPP** - Ordem dos Psicólogos Portugueses

**QAA** - Questionário de Autoavaliação de Ansiedade de Zung

**RD** - Respiração Diafragmática

**RMP** - Relaxamento Muscular Progressivo

**RSL** - Revisão Sistemática da Literatura

**SM-COVID19** – “Saúde Mental em Tempos de Pandemia COVID-19”

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**SNP** - Sistema Nervoso Parassimpático

**SNS** - Sistema Nervoso Simpático

**TPC** - Trabalho para Casa

**WHO** - *World Health Organization*



## RESUMO

A transição para o ensino superior representa para os estudantes um conjunto de desafios ao nível pessoal, social e institucional. O Curso de Licenciatura em Enfermagem acentua tais dificuldades, dado os múltiplos fatores potencialmente stressores e/ou ansiogénicos, especificamente no que respeita ao contexto de ensino clínico e à vivência da pandemia por COVID-19.

Este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia do Programa de Relaxamento Muscular Progressivo “Aprender a Relaxar” na redução do stress e ansiedade em estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar. Para o efeito foi concebido, testado e implementado o Programa “Aprender a Relaxar” que tem por base a aplicação das técnicas de respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo.

Foi realizado um estudo pré-experimental de cariz longitudinal, no qual se incluíram 7 estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar da instituição de ensino. A avaliação da eficácia foi realizada em três momentos: inicial, final e *follow-up* (4 semanas após a implementação), através da aplicação da Escala de Perceção de Stress e do Questionário de Autoavaliação de Ansiedade de Zung. O Programa consiste em 8 sessões, implementadas individualmente por videochamada através do *Zoom Video Communications*, ao longo de 5 semanas.

Os resultados indicam que houve uma redução dos níveis de stress entre a avaliação inicial e a avaliação final ( $p=0,069$ ) e uma diminuição estatisticamente significativa entre a avaliação inicial e o *follow-up* ( $p=0,033$ ). Quanto à ansiedade verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa entre a avaliação inicial e a avaliação final ( $p=0,033$ ) e entre a avaliação inicial e o *follow-up* ( $p=0,006$ ). Em ambas as variáveis não se observaram diferenças entre a avaliação final e o *follow-up* ( $p=1,000$ ).

O Programa “Aprender a Relaxar”, demonstrou ser um recurso terapêutico que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem ao seu dispor para aplicar nesta população, dada a sua eficácia na gestão do stress e autocontrolo da ansiedade e sintomatologia associada.

**Palavras-chave:** stress; ansiedade; estudante de enfermagem; relaxamento; enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria



## **ABSTRACT**

The transition to higher education represents a set of personal, social and institutional challenges for students. The Nursing Degree accentuates such difficulties, given the multiple potentially stressful and/or anxiogenic factors, specifically with regard to the context of clinical practice and the experience of the COVID-19 pandemic.

This study aimed to evaluate the effectiveness of the Progressive Muscle Relaxation Program “Aprender a Relaxar” in reducing stress and anxiety in nursing students followed in the anxiety consultation of the School Health Service. For this purpose, the “Aprender a Relaxar” Program was designed, tested and implemented, which is based on the application of diaphragmatic breathing techniques and progressive muscle relaxation.

A pre-experimental longitudinal study was carried out, in which 7 nursing students followed in the anxiety consultation of the School Health Service of the educational institution were included. Efficacy was evaluated in three stages: initial, final and follow-up (4 weeks after implementation), through the application of the Stress Perception Scale and the Zung Anxiety Self-Assessment Questionnaire. The Program consists of 8 sessions, implemented individually by video call through Zoom Video Communications, over 5 weeks.

The results indicate that there was a reduction in stress levels between initial and final assessment ( $p=0.069$ ) and a statistically significant decrease between initial and follow-up ( $p=0.033$ ). Regarding anxiety, there was a statistically significant decrease between the initial assessment and the final assessment ( $p=0.033$ ) and between the initial assessment and the follow-up ( $p=0.006$ ). In both variables, no differences were observed between the final assessment and the follow-up ( $p=1.000$ ).

The “Aprender a Relaxar” Program proved to be a therapeutic resource that the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric has at his disposal to apply in this population, given its effectiveness in stress management and self-control of anxiety and associated symptoms.

**Keywords:** stress; anxiety; nursing student; relaxation; specialist nurse in mental health and psychiatry



## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> - Teoria de Médio Alcance.....	36
<b>Figura 2</b> - Analogia do Baloço.....	57
<b>Figura 3</b> - Componentes Biopsicossociais do Modelo de Adaptação ao Stresse de Stuart.....	58
<b>Figura 4</b> - Modelo sugerido para um Programa - Conjunto alargado de intervenções pontuais ou psicoterapêuticas.....	84



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Dados obrigatórios e opcionais para a definição do diagnóstico stresse (moderado ou elevado) e respetivo conjunto de intervenções.....	82
<b>Quadro 2</b> - Dados obrigatórios e opcionais para a definição do diagnóstico ansiedade (moderada ou elevada) e respetivo conjunto de intervenções.....	83
<b>Quadro 3</b> - Aplicação dos instrumentos de recolha de dados de acordo com os momentos de avaliação inicial, avaliação final e <i>follow-up</i> .....	91
<b>Quadro 4</b> - Estrutura do Programa “Aprender a Relaxar”.....	95
<b>Quadro 5</b> - Resultados da aplicação do teste de Friedman para amostras dependentes relativo ao stresse e aplicação do método de comparação entre pares nos 3 momentos de avaliação.....	102
<b>Quadro 6</b> - Resultados da aplicação do teste de Friedman para amostras dependentes relativo às dimensões da ansiedade e aplicação do método de comparação entre pares nos 3 momentos de avaliação.....	105



## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> - Características da amostra em estudo.....	101
<b>Tabela 2</b> - Resultados da aplicação da Escala Numérica de Ansiedade (0-10) antes e depois das sessões de relaxamento.....	103
<b>Tabela 3</b> - Resultados relativos à ansiedade de acordo com os scores do QAA .....	103
<b>Tabela 4</b> - Resultados do questionário de avaliação do Programa relativamente aos conteúdos programáticos, profissional de saúde, organização, resultados/expectativas e avaliação global.....	106
<b>Tabela 5</b> - Resultados do questionário de avaliação do Programa relativamente à metodologia utilizada.....	107
<b>Tabela 6</b> - Resultados do questionário de avaliação do Programa relativamente aos ganhos obtidos.....	107



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>1. ENSINO SUPERIOR: TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO</b> .....	27
1.1. TEORIA DA VINCULAÇÃO .....	29
1.2. TEORIA DO DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL .....	31
1.3. TEORIA DAS TRANSIÇÕES .....	37
1.4. TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO AO ENSINO DE ENFERMAGEM .....	42
1.4.1. Transição do jovem adulto para o ensino superior .....	42
1.4.2. Adaptação do estudante ao curso de enfermagem .....	43
1.4.3. Adaptação em tempos de pandemia .....	48
<b>2. STRESSE</b> .....	55
2.1. TEORIA DE STRESSE DE LAZARUS E FOLKMAN .....	57
2.2. MODELO DE ADAPTAÇÃO AO STRESSE DE STUART .....	60
2.3. STRESSE EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM .....	63
<b>3. ANSIEDADE</b> .....	67
3.1. ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM .....	70
<b>4. TÉCNICAS DE RELAXAMENTO</b> .....	73
4.1. RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA .....	73
4.2. RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO .....	75
<b>5. RELEVÂNCIA E INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NA PREVENÇÃO DO STRESSE E ANSIEDADE NO ENSINO SUPERIOR</b> .....	81
5.1. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL SEGUNDO A CIPE .....	82
<b>PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b>	

<b>6. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	89
6.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO .....	89
6.2. OBJETIVOS DE ESTUDO .....	89
6.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	90
6.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	90
6.5. RECOLHA DE DADOS .....	93
6.6. VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES .....	93
6.7. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO .....	94
6.8. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	94
6.9. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS.....	98
6.10. PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	98
<b>PARTE III – FASE EMPÍRICA</b>	
<b>7. RESULTADOS</b> .....	103
7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	103
7.2. STRESSE .....	104
7.3. ANSIEDADE .....	105
7.4. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO PROGRAMA “APRENDER A RELAXAR” ..	108
<b>8. DISCUSSÃO</b> .....	111
<b>CONCLUSÃO</b> .....	121
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	125

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** - Questionário de Colheita de Dados

**APÊNDICE II** – Questionário de Avaliação do Programa

**APÊNDICE III** - Programa de Intervenção “Aprender a Relaxar”

**APÊNDICE IV** – Documento de Autorização para Potencial Participante do Estudo

**APÊNDICE V** - Consentimento Informado

## **ANEXOS**

**ANEXO I** - Escala de Percepção de Stresse

**ANEXO II** - Questionário de Autoavaliação de Ansiedade de Zung

**ANEXO III** - Parecer da Comissão de Ética

**ANEXO IV** - Autorização dos Autores dos Instrumentos de Avaliação



## INTRODUÇÃO

O processo de transição e adaptação do jovem adulto ao ensino superior, especialmente em contexto de pandemia, exige dos estudantes um nível superior de autonomia, bem como mecanismos de enfrentamento eficazes perante os diversos desafios que lhe são apresentados, quer sejam de âmbito pessoal, social e/ou académico (Araújo Almeida, & Paúl, 2003). A especificidade do ensino de enfermagem parece acentuar os desafios propostos aos estudantes, especialmente no que reporta aos ensinamentos clínicos, desencadeando níveis elevados de stresse e ansiedade e com repercussões no processo de aprendizagem e bem-estar (Sequeira, Carvalho, Borges, & Sousa, 2013). As teorias da vinculação, do desenvolvimento psicossocial e das transições permitem um conhecimento mais profundo dos potenciais problemas adaptativos e do sofrimento psicológico que os estudantes de enfermagem manifestam na transição e adaptação na entrada para o ensino superior, nomeadamente no que diz respeito ao stresse e ansiedade.

Estudos revelam que os estudantes de enfermagem apresentam elevados níveis de stresse (Firmino et al., 2018) devido a dificuldades financeiras, académicas e sobretudo à prática clínica (McCarthy et al., 2018). O stresse ocorre quando a pessoa avalia as situações decorrentes da relação entre a própria e o ambiente como excedente aos seus recursos, afetando o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984).

A ansiedade também é bastante prevalente nesta população, com vários estudos a evidenciar e a alertarem para este problema e a sugerirem intervenções de promoção da saúde mental desta população (Firmino et al., 2018; Labrague et al., 2018; Sequeira et al., 2013). A ansiedade é uma reação normal ao stresse e refere-se à antecipação de uma preocupação futura, estando associada à tensão muscular e ao comportamento de evitamento. Apesar de ser benéfica em algumas situações, quando ocorre de forma desajustada pode tornar-se numa perturbação, levando as pessoas a tentar evitar situações que desencadeiem ou piorem os seus sintomas, podendo afetar o desempenho no trabalho, na escola bem como nos relacionamentos interpessoais (American Psychiatric Association, 2021).

Este estudo justifica-se pelos níveis preocupantes de stresse e ansiedade apresentados pelos estudantes de enfermagem, com consequências na saúde mental e no sucesso académico (Firmino et al., 2018; Labrague et al., 2018; Martins et al., 2017), sendo da

competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) ajudar a pessoa a recuperar a saúde mental, nomeadamente através da conceção e implementação de programas de promoção da saúde mental de jovens através do sistema educativo (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

As técnicas de relaxamento, designadamente a respiração diafragmática (RD) e o Relaxamento Muscular Progressivo (RMP) são estratégias eficazes que o enfermeiro EESMP tem ao seu alcance para intervir junto desta população, nomeadamente através da sua inclusão em programas de promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença mental.

Justifica-se ainda pela escassa evidência de programas de RMP, especialmente na realidade portuguesa e cuja população alvo são estudantes de enfermagem.

Ademais, a implementação deste Programa tem como finalidade contribuir para uma das metas propostas pelo Plano Nacional de Saúde Mental, designadamente: aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). Esta investigação enquadra-se ainda na linha de investigação do projeto “Bem-estar, Ansiedade e Stresse” da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia do Programa de Relaxamento Muscular Progressivo “Aprender a Relaxar” na redução do stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar. Para o efeito foi concebido, testado e implementado o Programa “Aprender a Relaxar” que tem por base a aplicação das técnicas de RD e RMP.

A metodologia aplicada nesta investigação assenta num desenho pré-experimental de cariz longitudinal com um grupo experimental constituído por 7 participantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar da instituição de ensino (amostra por conveniência). Para a avaliação da eficácia do Programa, foram aplicados os instrumentos de avaliação: Escala de Perceção de Stresse (EPS), para a avaliação do stresse, e Questionário de Autoavaliação de Ansiedade de Zung (QAA), para a avaliação da ansiedade, em três momentos de avaliação: inicial, final e *follow-up* (4 semanas após a implementação). O Programa consiste num total de oito sessões que foram implementadas individualmente por videochamada através do *Zoom Video Communications*, ao longo de 5 semanas.

Estruturalmente, esta dissertação encontra-se organizada em três partes, sendo cada uma dividida por capítulos e subcapítulos. A primeira parte é compreendida pelo enquadramento teórico que abrange cinco capítulos.

O primeiro capítulo aborda as teorias subjacentes ao processo de transição e adaptação ao ensino superior, nomeadamente a teoria da vinculação, a teoria do desenvolvimento psicossocial proposta por Erik Erikson e a teoria das transições de Afaf Meleis. Este termina com um subcapítulo dedicado à adaptação específica ao ensino de enfermagem, nomeadamente aos desafios inerentes à pandemia pelo *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19).

O segundo capítulo refere-se ao stresse e especificamente às suas teorias propostas por Lazarus e Folkman e ao modelo de adaptação ao stresse de Stuart. Este termina com um subcapítulo dedicado ao stresse em estudantes de enfermagem.

O capítulo três explana a ansiedade bem como a ansiedade em estudantes de enfermagem.

O quarto capítulo refere-se às técnicas de relaxamento, designadamente a RD e o RMP. Nele são descritas as referidas técnicas e os seus efeitos e benefícios.

O capítulo cinco, retrata a relevância e intervenção do enfermeiro EESMP e a sua importância no contexto do ensino de enfermagem em termos de promoção da saúde e prevenção da doença mental.

A segunda parte aborda todo o processo metodológico inerente a esta investigação desde a questão de investigação até aos procedimentos éticos.

Por último, a terceira parte diz respeito à fase empírica da investigação, que abarca os resultados, a discussão dos mesmos e por último a conclusão desta dissertação.



## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1. ENSINO SUPERIOR: TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO

A transição para o ensino superior representa para o jovem estudante um conjunto de desafios que podem ser percebidos como oportunidades ou ameaças, nomeadamente aos níveis pessoal, social e institucional, na medida em que se confronta com um ambiente de aprendizagem muito diferente, especialmente quanto à organização do ensino e métodos de avaliação e à relação com os professores e colegas (Araújo et al., 2003). Alguns desses desafios referem-se, mais concretamente, à separação da família e do grupo de amigos; à necessidade de gestão dos recursos financeiros (Amado, Melo, & Pedroso, 2014); a realização de uma série de tarefas domésticas (Lourenço & Parreira, 2012); a integração em novos contextos e ambientes; ao confronto de situações que exigem maior autonomia, responsabilidade e capacidade de tomada de decisão; a adoção de novos papéis; estabelecimento de novas relações; gestão de atividades extracurriculares e, sobretudo a necessidade de autonomia que é imposta aos estudantes (Amado et al., 2014).

No que diz respeito à idade dos estudantes de ensino superior de enfermagem, a maioria situa-se num grupo etário designado de jovem adulto. Segundo a *World Health Organization* (WHO), o jovem adulto situa-se entre os 16 e os 24 anos (WHO, 2019), incluindo, portanto, parte do período da adolescência que se situa entre os 10 e 19 anos (WHO, s.d.). O facto dos períodos etários do jovem adulto e da adolescência se intersetarem poderá ser explicado pelo desenvolvimento dos indivíduos acontecer a um ritmo diferente e por não haver um limite específico para se considerar os estudantes como adolescentes ou jovens adultos. Importa ter em consideração que este é um período de descoberta de si e pelo assumir de novas responsabilidades (Amado et al., 2014).

Os múltiplos desafios com que o jovem se depara exigem dele um grau superior de autonomia comparado com a fase anterior do desenvolvimento humano. Assim, para que a transição e a adaptação ao ensino superior sejam bem sucedidas, é necessário que o estudante tenha e desenvolva mecanismos de enfrentamento face às novas exigências. As dificuldades percebidas pelo estudante, sobretudo no momento inicial do ingresso ao ensino superior, poderão representar grandes obstáculos na sua adaptação e integração. Estas percepções ou representações podem ser sobre a entrada em si ou acerca da qualidade e eficácia dos seus recursos de adaptação como

inadequados ou insuficientes, podendo conduzir a uma sensação de confusão em várias dimensões da sua vida (Araújo et al., 2003).

Segundo Chickering e Reisser (como referido por Araújo et al., 2003), o momento inicial da vivência académica caracteriza-se por sensações e emoções geradoras de ansiedade e bloqueadoras da vontade e da concentração que, por sua vez, decorrem das circunstâncias de grande indefinição, do ritmo acelerado em que tudo acontece ou se percebe acontecer, e da estranheza face aos novos ambientes e pessoas.

Portanto, são vários os fatores que podem influenciar a saúde mental dos estudantes do ensino superior, nomeadamente a motivação na realização do curso, a separação da família e amigos, a autonomia na aprendizagem e a necessidade de maior gestão de tempo e recursos, o estabelecimento de novos relacionamentos, assim como as perspetivas profissionais e de carreira (Sequeira, Carvalho, Borges, & Sousa, 2013).

De acordo com Sequeira et al. (2013), a preocupação com a saúde mental dos estudantes surgiu nos Estados Unidos da América no início do século XX, ao constatar-se que os estudantes universitários experienciam um período naturalmente vulnerável ao nível psicológico. No estudo de Bayram e Bilgel (2008), acerca da prevalência de depressão, ansiedade e stresse em estudantes universitários da Turquia, verificou-se que 27,1, 47,1 e 27% dos inquiridos apresentaram níveis de gravidade moderados ou superiores, na respetiva ordem. Também na investigação de Cruz, Pinto, Almeida e Aleluia (2010), realizada numa escola superior de enfermagem em Portugal, sobre a ansiedade numa amostra de 107 estudantes do 4º ano da licenciatura, verificou-se que 52.3% apresentaram níveis de ansiedade moderados.

Para Claudino e Cordeiro (2006) este acontecimento poderá dever-se ao facto do mundo atual se tornar cada vez mais exigente e competitivo, impondo rapidez, qualidade e perfeição. Desta forma, muitos estudantes têm dificuldade em lidar com as necessidades de adaptação com que se deparam diariamente.

O presente capítulo apresenta teorias que permitem a compreensão do processo de transição e adaptação do jovem adulto ao ensino superior e especificamente ao ensino de enfermagem, reportando também para o período atual de pandemia por COVID-19. As teorias da vinculação, do desenvolvimento psicossocial e das transições permitem um conhecimento mais profundo dos possíveis problemas adaptativos e do sofrimento psicológico que os estudantes de enfermagem manifestam na transição e adaptação na entrada para o ensino superior, nomeadamente no que diz respeito às variáveis (em estudo) stresse e ansiedade.

## 1.1. TEORIA DA VINCULAÇÃO

John Bowlby ficou conhecido como o pai da Teoria da Vinculação, através da incorporação de conceitos e métodos de diferentes áreas do conhecimento na Psicanálise. Para Bowlby e Ainsworth (como referido por Silva, 2014) a vinculação é como uma relação emocional profunda e duradoura que liga uma pessoa a outra no tempo e no espaço. O autor da teoria defende que os seres humanos nascem com um sistema psicobiológico designado de sistema comportamental de vinculação e que este sistema os motiva a procurar proximidade de outros, concretamente nas figuras de vinculação (Silva, 2014).

Vários foram os autores que contribuíram para a consolidação desta teoria, como é o caso de Mary Ainsworth pelo seu trabalho de investigação das relações mãe-criança e pelo desenvolvimento de um método de avaliação dos tipos de vinculação, conhecido como: a Situação “Estranha”, que será explicado adiante.

Também Lorenz e Harlow contribuíram com pesquisas realizadas na área da Etologia, evidenciando-se pelo trabalho realizado com gansos recém-nascidos e pela pesquisa com macacos *rhesus* levada a cabo por Harlow (Silva, 2014). Estas pesquisas levaram a concluir que o conforto no contacto com a mãe era mais importante do que a satisfação de necessidades de alimentação e que nenhuma recompensa de comida era necessária para a formação de vinculações fortes (Harlow como referido por Silva, 2014).

De outra forma, também o psicanalista René Spitz se destacou pelo termo “hospitalismo”, que utilizou como diagnóstico pediátrico em órfãos institucionalizados por apresentarem atraso no desenvolvimento físico, baixo quociente de inteligência, entre outros problemas de desenvolvimento, fruto da separação materna. Tal como Bowlby, Spitz defendia que, órfãos institucionalizados ou crianças vítimas de maus tratos, podiam tornar-se adultos com atraso mental, sociais, criminosos ou com psicopatologia (Silva, 2014).

De acordo com Silva (2014), a vinculação baseia-se na forma que uma pessoa é vinculada, podendo resultar num tipo de vinculação segura ou insegura. Trata-se de uma ligação afetiva íntima e próxima com dependência mútua, sustentada na convicção de que se prolongará no tempo. Já o comportamento de vinculação diz respeito aos comportamentos desencadeados pela separação ou ameaça de separação da figura de vinculação, que por sua vez podem terminar conforme o grau de proximidade dos dois elementos da relação.

Na década de 70, Ainsworth conseguiu testar os princípios da Teoria da Vinculação, através da observação de crianças entre os 12 e os 18 meses de idade que foram

submetidas a uma experiência em que eram separadas, por um curto período de tempo da mãe. Através destas observações, a autora definiu três tipos de vinculação: **segura**, **insegura-evitante** e **insegura-ambivalente**. Concluiu-se que mães responsivas aos seus bebês resultavam numa vinculação mais segura, enquanto mães não responsivas favoreciam vinculações evitantes e, ainda, mães com respostas inconstantes facilitavam vinculações ambivalentes (Silva, 2014).

Posto isto, uma criança segura vai construir um modelo de cuidador responsivo e confiável e, conseqüentemente um modelo de si como merecedor de atenção e amor. Pelo contrário, uma criança insegura vê o mundo como um lugar perigoso, onde as pessoas devem ser encaradas com cuidado e vê-se a si própria como não merecedora de atenção e amor. Assim, a qualidade da vinculação é frequentemente associada com o desenvolvimento psicossocial da criança, nomeadamente a sua sociabilidade, autoestima e competências cognitivas (Owens como referido por Silva, 2014).

Bowlby defendia que o comportamento de vinculação continuava durante toda a vida mas de forma menos frequente e urgente a partir dos 3 anos de idade, uma vez que a criança se sente menos ameaçada. No período da adolescência, a vinculação da criança com os pais começa a ser substituída por relações com os outros, normalmente os amigos de escola. Já na idade adulta, a relação emocional é direcionada para o parceiro e amigos próximos (Silva, 2014).

No trabalho de Bowlby intitulado “Quarenta e quatro jovens delinquentes, os seus caracteres e as suas vidas”, o autor estudou os efeitos da privação materna nas crianças, levando-o a concluir que os problemas relacionados a uma vinculação deficiente, se manifestam por sintomas que, muitas vezes, coexistem nas perturbações psiquiátricas (Silva, 2014). Assim, Bowlby propôs que a privação materna no período crucial dos 0 aos 5 anos poderia favorecer um comportamento antissocial e aparecimento de problemas emocionais, tendo em conta que os adolescentes da sua investigação revelavam maior falta de empatia com os outros, ausência de culpa e incapacidade de sustentar relações duradouras com significado (Bowlby como referido por Silva, 2014).

No que diz respeito aos jovens adultos, Cabral e Matos (2010), procuraram estudar a influência da vinculação às figuras parentais, do desenvolvimento psicossocial e das estratégias de *coping* nos processos de adaptação à universidade. Através dos resultados deste estudo, concluiu-se que a manutenção de relações emocionalmente próximas com as figuras parentais, são cruciais nesta fase desenvolvimental e nos processos de transição/adaptação aquando da entrada na universidade.

Para os autores, estas relações securizantes funcionam como base de suporte e como promotoras de um sentido de segurança interna e competência pessoal, resultando em níveis superiores de desenvolvimento e facilitando os processos de transição. Mais concretamente, a qualidade do laço emocional irá refletir-se numa perceção de maior competência pessoal para lidar com as situações geradoras de stresse, nomeadamente numa abordagem aos problemas em que serão privilegiadas a aproximação e reflexão acerca dos mesmos, identificando ativamente formas de os resolver ou contornar.

Pelo contrário, níveis elevados de ansiedade de separação comprometem estes processos, e estão associados a níveis superiores de mal-estar físico e dificuldades psicoemocionais. Isto é, elevados níveis de ansiedade de separação refletem dificuldades em lidar com o medo do abandono, rejeição, separação e perda e a incapacidade de imaginar-se sem o apoio, aprovação e presença constante das figuras parentais (Matos como referido por Cabral & Matos, 2010).

Segundo Cabral e Matos (2010), os indivíduos que vivenciam elevados níveis de ansiedade de separação tendem para a perceção de incompetência pessoal para lidar com as adversidades e para a procura dependente dos outros como recurso de *coping*. Desta forma, evidencia-se uma perceção negativa de si e positiva dos outros mas, sobretudo, dificuldades desenvolvimentais que comprometem a capacidade de abordar construtivamente os problemas ou situações geradoras de stresse e, conseqüentemente, a adaptação à universidade em termos genéricos (Cabral & Matos, 2010).

Ainda no estudo de Cabral e Matos (2010) verificou-se um padrão semelhante de resultados em relação à inibição da exploração e individualidade, na medida em que o jovem adulto sente os pais como figuras intrusivas e comprometedoras do seu processo de autonomização e individuação.

Em suma, ter uma relação emocionalmente próxima e apoiante com as figuras parentais, encorajadora da autonomia, bem como experienciar níveis relativamente baixos de ansiedade de separação, parecem ser condições facilitadoras dos processos de desenvolvimento que, por sua vez, são promotores dos recursos pessoais para fazer face às exigências e desafios de adaptação à universidade (Cabral & Matos, 2010).

## 1.2. TEORIA DO DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL

A Teoria do Desenvolvimento Psicossocial foi desenvolvida e apresentada pelo psicanalista Erik Erikson em 1933 (Bordignon, 2005), influenciado grandemente pelos conceitos e métodos da teoria freudiana (Leite & Silva, 2019). Ao contrário de Freud,

Erikson procurou organizar uma perspectiva do desenvolvimento humano ao longo de todo o ciclo vital, estendendo-o no tempo desde a infância até à velhice e incluindo não só a componente psicosssexual como também a psicossocial e, assim, apresentou o ciclo vital em oito estágios (Bordignon, 2005) a que Erikson designou de “Oito Idades do Homem” (Erikson, 1971). Neste sentido, a evolução da teoria de Erikson deve-se à compreensão do ser humano como um ser social, que vive, sofre pressão e é influenciado pela comunidade em que se insere. O autor desviou o foco da sexualidade para as relações sociais, propondo que o desenvolvimento ocorra em estágios psicossociais que vão além da infância, uma vez que a personalidade pode sofrer alterações nas etapas posteriores (Leite & Silva, 2019).

De acordo com Carpigiani (2010), o desenvolvimento da personalidade resulta da integração indissociável de três dimensões: biológica, social e individual. A **dimensão biológica** é a base que apoia todos os seres vivos e que proporciona o desenvolvimento de determinadas funções. Esta serve de suporte para outras dimensões, nomeadamente para o plano psicológico e é neste contexto que surge o conceito de Princípio Epigenético. A **dimensão social** desenvolve-se nas relações da cultura em que o bebé se insere. Ou seja, a gratificação das necessidades básicas do bebé que garante a sua sobrevivência, acontece na relação com outras pessoas, mas que varia de acordo com os padrões culturais. Assim, é nesta dimensão que começa a verificar-se a influência da cultura na formação da personalidade. A **dimensão individual** está associada ao conceito de ego da teoria de Erikson e, diz respeito à identidade do sujeito resultante da articulação entre os elementos das dimensões biológica e social. O mesmo autor afirma que o Homem evolui pela necessidade de manter-se em equilíbrio; assim, considerar estas dimensões facilita a compreensão do desenvolvimento psicológico saudável, bem como a capacidade de adaptação do ser humano.

Uma das características fundamentais que a teoria do desenvolvimento psicossocial propõe é a existência de uma **crise da personalidade** em cada um dos oito estágios do desenvolvimento (Carpigiani, 2010). A crise da personalidade pode ser vista como um tipo de conflito bipolar (Silva & Costa, 2005) que dá nome ao estágio em que ocorre (Leite & Silva, 2019) e cuja resolução depende do equilíbrio e dinâmica entre os dois pólos desse estágio (exemplo: confiança básica *versus* desconfiança) (Silva & Costa, 2005). Quando o resultado é positivo o indivíduo evolui e o *ego* torna-se mais forte e rico, preparando a pessoa para enfrentar situações de crise semelhantes. Pelo contrário, quando o resultado é negativo o *ego* fica fragilizado e a sua capacidade para enfrentar situações de crise torna-se insuficiente (Leite & Silva, 2019).

Assim, para que ocorra um desenvolvimento ideal, o desfecho de cada estágio deverá ocorrer através do equilíbrio entre os pólos positivo e negativo, ou seja, é necessário um pouco da qualidade negativa, mas o pólo positivo é aquele que deve dominar (Papalia & Feldman como referido por Leite & Silva, 2019). Acrescentar ainda que a resolução de cada estágio é independente da resolução dos estágios anteriores, contudo, a qualidade da resolução depende dos mesmos. Assim, cada estágio representa um potencial ponto de viragem (Silva & Costa, 2005) que é responsável pela formação da personalidade e que se reformula conforme as experiências que o indivíduo vivencia (Leite & Silva, 2019).

De acordo com Bordignon (2005), os estágios são processuais e desenvolvem-se continuamente, resultando numa maior diferenciação interna, complexidade, flexibilidade e estabilidade da personalidade.

O **jovem adulto** representa o período desenvolvimental da população em estudo e corresponde ao sexto estágio, cuja crise a ser desenvolvida é a **Intimidade versus Isolamento** (Leite & Silva, 2019). Esta é uma etapa de procura de si e de um sentido para a vida (Silva & Costa, 2005), na medida em que o jovem adulto se confronta com duas tarefas nucleares para o seu desenvolvimento: a construção da autonomia e a intimidade (Faria, 2008). Paralelamente ao desejo de um relacionamento afetivo íntimo, o jovem procura também construir uma carreira profissional que lhe proporcione estabilidade económica e emocional (Amado et al., 2014). Para Leite e Silva (2019), se o jovem não for bem sucedido no estabelecimento de compromissos com os outros, poderá sofrer o reverso da intimidade que é o isolamento e auto absorção.

Assim, o jovem precisa agora de integrar e sintetizar os estágios psicossociais anteriores (Silva & Costa, 2005), nomeadamente o da adolescência, que é marcado por profundas transformações físicas, cognitivas e socioemocionais (Faria, 2008). A construção da identidade, a autonomia face aos pais e o estabelecimento de novas relações significativas fora do meio familiar, são algumas das novas tarefas e mudanças desenvolvimentais que o jovem tem de assumir nos domínios cognitivo, pessoal e relacional (Faria, 2008; Silva & Costa, 2005).

No sexto estágio o jovem adulto, deve estar pronto para unir a sua identidade à de outra pessoa sem se sentir ameaçado, de forma a desenvolver a virtude do amor por meio da **intimidade** (Faria, 2008; Leite & Silva, 2019), isto é, através do desenvolvimento de relações íntimas com os outros (Faria, 2008). Por sua vez, a intimidade implica confiança, compromisso, investimento e segurança na relação com os outros (Silva & Costa, 2005) refletindo-se na capacidade para o envolvimento, desenvolvimento e

manutenção de relações de proximidade (Cabral & Matos, 2010). Para Erikson a intimidade deve incluir um sentido de conexão e mutualidade, o que implica ter capacidade e desejo de partilhar todo o seu ser com outra pessoa (Faria, 2008). Assim, é necessário que o jovem tenha vivenciado as etapas anteriores de forma positiva (Leite & Silva, 2019; Silva & Costa, 2005), construindo um ego forte, saudável e autónomo e que aceite conviver com outro ego sem se sentir anulado ou ameaçado (Rabello & Passos como referido por Leite & Silva, 2019). Para Erikson o sentido de identidade é fundamental para a construção da intimidade, pois só assim é possível a diferenciação dos pais e da família, e assim, deter os alicerces fundamentais para a construção de uma relação íntima, de partilha e interdependência, seja ela amorosa ou de amizade. Além disso, o jovem deve ter a capacidade para manter a sua individualidade no contexto das pressões sociais para se fundir com o outro (Faria, 2008).

Neste sentido, é expectável que ao longo da juventude, o indivíduo procure um relacionamento afetivo íntimo, duradouro e contínuo (Amado et al., 2014), bem como a manutenção das relações de amizade (Rawlins como referido por Faria, 2008). No estudo de Reis, Sheldon, Gable, Roscoe e Ryan (2000), realizado numa amostra de 67 estudantes de uma universidade dos Estados Unidos da América, acerca da relação entre o bem-estar diário e a satisfação das necessidades de autonomia, competência e relacionamento, verificou-se que aqueles que tinham mais interações íntimas com os seus amigos, ou seja, que tinham conversas sobre assuntos significativos e que se sentiam compreendidos e valorizados na interação, foram os que apresentaram níveis mais elevados de bem-estar diário.

Desta forma, ao desenvolver a virtude do amor, o jovem adulto está “capaz de se comprometer com uma relação, mesmo que tal signifique abdicar de interesses pessoais e fazer sacrifícios para a construção e consolidação dessa relação” (Faria, p. 10, 2008).

Segundo Amado et al. (2014) o reverso da intimidade é o **isolamento** que se caracteriza pelo distanciamento das pessoas, objetos ou situações, que o jovem percebe como ameaça real para si e para as suas relações. Rabello e Passos (como referido por Leite & Silva, 2019), referem que quando o ego não está suficientemente seguro, o indivíduo pode preferir o isolamento em detrimento da intimidade (Leite & Silva, 2019), levando a dificuldades tais como falar sobre si aos outros e estabelecer/manter amizades, tornando-se mais inibidos e resultando no desenvolvimento de medos e ansiedade quando se encontram em situações sociais (Silva & Costa, 2005). De outra forma, Leite e Silva (2019), denotam o risco de desenvolver o elitismo, nomeadamente ao restringir os seus contactos sociais a indivíduos com personalidades semelhantes. Note-se que

o isolamento também tem uma importante função e que ambas as vertentes devem existir: o jovem pode estar num relacionamento, mas deve ser capaz de estar sozinho (Leite & Silva, 2019).

Considerar em paralelo o modelo proposto por Chickering e Reisser acerca do desenvolvimento psicossocial do estudante do Ensino Superior proporciona uma maior compreensão das tarefas desenvolvimentais com as quais os jovens se confrontam na transição para o Ensino Superior. Os autores operacionalizaram as tarefas, que consideraram como centrais para o estudante universitário, em sete vetores (Araújo et al., 2003):

1. tornar-se competente;
2. gerir as emoções;
3. desenvolver a autonomia e a interdependência;
4. desenvolver relações interpessoais maduras;
5. estabelecer a identidade;
6. definir objetivos de vida;
7. desenvolver a integridade

Os autores consideram ainda que as áreas da competência, autonomia e da identidade têm maior relevância durante o ensino superior (Araújo et al., 2003).

Neste sentido, quando o jovem adulto ingressa no ensino superior, deve ser capaz de formar a sua independência, uma vez que tem de organizar a sua vida sem a ajuda da família, e de desenvolver a autogestão de tempo e recursos. Isto será fundamental para uma adaptação progressiva aos núcleos sociais da família, escola e comunidade em geral. Para tal, tem de aprender a lidar com um conjunto de responsabilidades que vão fazer parte da sua vida futura, tanto como estudante, como mais tarde profissional. Estas mudanças levam a uma necessidade de criação de mecanismos de adaptação quer a nível físico, social, emocional e académico (Claudino & Cordeiro, 2006).

Paralelamente à emancipação do núcleo familiar, que será gradualmente substituído pelo grupo de pares, o jovem terá uma fonte de referência das normas de conduta e de atribuição de estatuto diferente à da família (Claes como referido por Amado et al., 2014). A interação com o grupo de amigos irá fomentar o domínio psicológico de forma mais marcada (Claudino & Cordeiro, 2006), caracterizada pelo aumento da consciência e conhecimento do “eu” (Martins como referido por Claudino & Cordeiro, 2006). Segundo Bosquetti e Braga (como referido por Sequeira et al., 2013) esta interação, pode ser um

fator promotor de saúde mental dos jovens, quando se verifica o respeito mútuo, companheirismo, solidariedade e sentimento de amizade. Por outro lado, ao investir intensamente nas atividades sociais com os colegas, o jovem pode experimentar a pressão dos pares e as dificuldades inerentes à procura de emprego, correndo o risco de se deparar com ocasiões de assumir riscos e um ambiente de competitividade pelas melhores notas (Amado et al., 2014; Bosquetti & Braga como referido por Sequeira et al., 2013).

Analisando com maior profundidade a teoria psicossocial do desenvolvimento, Silva e Costa (2005), numa universidade portuguesa, procuraram analisar a influência da resolução das diferentes tarefas psicossociais no desenvolvimento de patologias de ansiedade em estudantes universitários, nomeadamente medos simples, fobia social, agorafobia, pensamentos e comportamentos obsessivo-compulsivos. As autoras concluíram que a tarefa psicossocial que melhor explicou as diferenças encontradas na maioria dos tipos de ansiedade referidos nos jovens foi a confiança *versus* desconfiança básica. Ou seja, os jovens com níveis de confiança mais baixos foram os que apresentaram médias mais elevadas em todos os tipos de medos, pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos. Neste sentido, quando a resolução tende para o pólo da desconfiança, dá-se início a uma estrutura de insegurança e medo.

Quanto ao género, os rapazes apresentaram médias significativamente mais elevadas na confiança comparativamente às raparigas, o que pode ser explicado pela maior vulnerabilidade biológica das mulheres associada à evolução da espécie e a estereótipos sociais e educacionais (Silva & Costa, 2005).

Também, à semelhança da teoria da vinculação, se verificou a importância da relação precoce com a mãe como preditora de um desenvolvimento saudável (Bowlby; Erikson como referido por Silva & Costa, 2005), uma vez que o estágio da confiança *versus* desconfiança é o primeiro a emergir, constituindo assim a pedra angular para todo o desenvolvimento futuro (Erikson como referido por Silva & Costa, 2005). Mais uma vez, a confiança em si próprio e nos outros revelou-se como um fator protetor da ansiedade (Warren et al. como referido por Silva & Costa, 2005), na medida em que são os jovens mais confiantes os que sentem maior segurança em si próprios e no mundo e menos ansiedade, contrariamente aos menos confiantes que são mais inseguros e preocupados (Silva & Costa, 2005).

Em virtude dos aspetos abordados, é possível concluir que a presente teoria contribui em parte para a compreensão da estruturação da ansiedade. Isto é, o jovem que não tenha resolvido construtivamente as crises anteriores será mais suscetível a ter medos,

dúvidas, vergonha e inseguranças e, portanto, tornar-se-á vulnerável ao aparecimento de manifestações de ansiedade (Silva & Costa, 2005). As mesmas autoras concluíram que os indivíduos com níveis mais baixos de identidade foram os que apresentaram maior dificuldade de adaptação a novos contextos e em estabelecer relações interpessoais.

Em suma, a adaptação ao ensino superior pode ser vista como uma tarefa síntese, uma vez que intensifica, retoma e reconfigura as tarefas anteriores do desenvolvimento psicossocial (Cabral & Matos, 2010).

### 1.3. TEORIA DAS TRANSIÇÕES

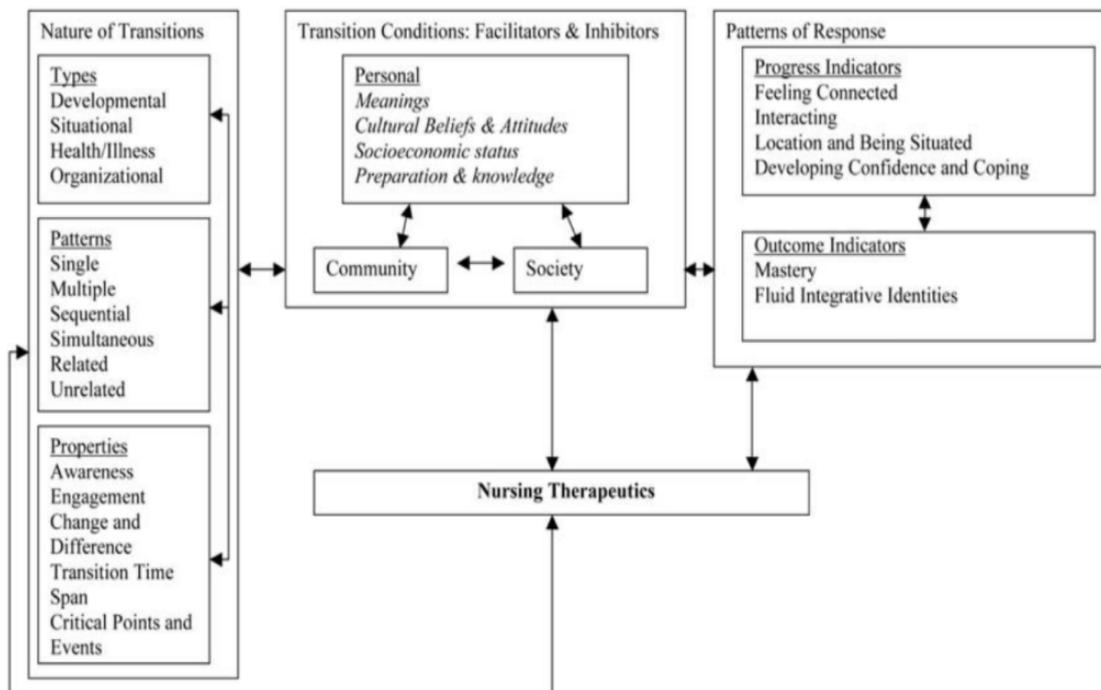
A **teoria das transições** foi apresentada por Afaf Meleis, que considerou a transição como um dos conceitos centrais da disciplina de enfermagem (Schumacher & Meleis, 1994). Para Chick e Meleis (como referido por Schumacher & Meleis, 1994), a transição é a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro; é um período em que uma alteração é percebida por uma ou várias pessoas, ocorrendo em seres humanos ou no ambiente, e que se caracteriza por uma alteração no estado de saúde, nos papéis das relações, nas expectativas ou nas capacidades (Meleis como referido por Schumacher & Meleis, 1994).

Ao nível individual e familiar, as mudanças que ocorrem nas identidades, nos papéis, nas relações, nas capacidades e nos padrões de comportamento constituem transições que, por sua vez, têm implicações importantes no bem-estar e na saúde (Schumacher & Meleis, 1994).

De acordo com Neves, Pedroso e Amado (2014), a transição é um processo que ocorre no tempo - ao longo da vida, e é um acontecimento que produz mudanças nas rotinas, papéis, relacionamentos interpessoais, conceito acerca de si ou do mundo em redor, e que tem um significado de fluxo e movimento. Esta pressupõe uma reorganização da pessoa para integrar mudanças fundamentais na sua vida (muitas vezes percecionadas pela pessoa como desafiantes), nomeadamente nos padrões de comportamento. Por sua vez, tais mudanças podem ser ou não esperadas, agradáveis ou desagradáveis e resultar em ganhos ou perdas.

Os aspetos comuns que caracterizam um período de transição são: desconexão da rede social usual e dos sistemas de apoio sociais; perda temporária dos pontos de referência familiares dos objetos ou sujeitos significativos; novas necessidades que poderão surgir ou necessidades já existentes e desconhecidas do meio familiar; e antigas expectativas incongruentes com a mudança da situação (Schumacher & Meleis, 1994).

De seguida, encontra-se representada na figura 1 a **Teoria de Médio Alcance** que proporciona uma visão mais abrangente das transições, fornece diretrizes mais específicas para a prática e conduz a questões de pesquisa mais sistemáticas e coerentes (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000):



**Figura 1** - Teoria de Médio Alcance

Fonte: Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000, p.16)

A Teoria de Médio Alcance, explicada a seguir, é constituída pela **natureza das transições, condições da transição (facilitadoras ou inibidoras), padrões de resposta e terapêutica de enfermagem.**

- **Natureza das transições: tipos, padrões e propriedades**

- **Tipos**

Tendo em conta que o enfermeiro acompanha diretamente a pessoa ao longo do ciclo vital, nomeadamente nos períodos de transição de instabilidade, Meleis, definiu quatro tipos de transição: **desenvolvimental**, quando compreendem períodos transitórios do ciclo vital; **situacional**, quando envolvem uma reformulação dos papéis da pessoa; **estado de saúde/doença**, quando surgem associadas à mudança de uma condição saudável para uma condição de doença e; **organizacional** quando as organizações experimentam transições que afetam a vida dos clientes e das pessoas que lá trabalham (Schumacher & Meleis, 1994).

- **Padrões**

Quanto aos **padrões**, as transições podem ser consideradas como complexas e multidimensionais, discretas ou mutuamente exclusivas, sequenciais, simultâneas, relacionadas ou não relacionadas (Neves et al., 2014). Uma transição importante poderá englobar uma série de transições discretas, ou seja, transições múltiplas podem ocorrer simultaneamente durante um certo período de tempo (Schumacher & Meleis, 1994). A entrada no ensino superior é exemplo de um “efeito de cascata”, uma vez que precipita transições concorrenciais como é o caso das relações familiares e das redes sociais (Klaich como referido por Schumacher & Meleis, 1994).

- **Propriedades**

As transições são complexas e multidimensionais e as suas propriedades estão relacionadas entre si, também de forma complexa. As propriedades são: a **consciência**, relacionada com a percepção, conhecimento e/ou reconhecimento de uma experiência de transição; o **compromisso**, relativo ao nível de envolvimento no processo de transição; a **mudança e diferença**, a mudança é inerente, mas não é sinónimo de transição (todas as transições envolvem mudanças, mas nem todas as mudanças são transições) e a diferença respeita a expectativas não correspondidas ou divergentes, sentir-se diferente, ser percebido como diferente, ou ver o mundo e os outros de maneiras diferentes; o **período da experiência**, vai desde os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, por um período de instabilidade, confusão e angústia, para um eventual término com um novo começo ou período de estabilidade; e por último os **pontos críticos e eventos**, que explicam a associação entre algumas transições e eventos significativos (ex.: nascimento, morte, menopausa ou diagnóstico de uma doença), ou outros eventos específicos não tão evidentes. O enfermeiro deve estar atento a cada ponto crítico e deve ter conhecimento e experiência para ajudar a pessoa no processo de transição (Meleis et al., 2000).

O processo de transição requer tempo para que ocorram mudanças nos comportamentos, na identidade, nos pressupostos sobre o mundo e mesmo na sua saúde (Neves et al., 2014). Os significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa, daí a duração e a intensidade da transição variar ao longo do tempo, além de afetar de forma diferente quem experiencia um mesmo evento. Avaliar a experiência das transições, pode ser útil para os enfermeiros para saber o nível de conforto e domínio da pessoa em lidar com as mudanças e diferenças (Meleis et al., 2000).

- **Condições facilitadoras e inibidoras das transições: pessoais, comunitárias e sociais**

Na disciplina de enfermagem, o ser humano é definido como um ser ativo que tem percepções e atribui significados às situações de saúde e doença. Essas percepções e significados são influenciados e, por sua vez, influenciam as condições sob as quais ocorre uma transição. Assim, para compreender as experiências da pessoa durante as transições, é necessário descobrir as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o progresso em direção a uma transição saudável. Condições pessoais, comunitárias ou sociais podem facilitar ou restringir os processos de transições saudáveis e os resultados das transições (Meleis et al., 2000).

- **Pessoais**

Os **significados** atribuídos aos eventos que precipitam uma transição e ao próprio processo de transição podem facilitar ou dificultar transições saudáveis. Também as **crenças e atitudes culturais** podem influenciar a experiência de transição, como é o caso do estigma dentro das culturas, que podem levar à inibição da expressão emocional e, conseqüentemente, à somatização de sintomas psicológicos. O **nível socioeconómico** pode ser um outro inibidor do processo de transição, pois são as pessoas com baixo nível socioeconómico as mais propensas a apresentar sintomas psicológicos. Por último, a **preparação e conhecimento**, referem-se à preparação antecipatória da experiência de transição, ou seja, como facilitador; ao passo que a falta de preparação é um inibidor (Meleis et al., 2000).

- **Comunitárias**

Os recursos da comunidade também podem facilitar ou inibir as transições. Nos momentos críticos das transições são exemplos de facilitadores: apoio das famílias; informações relevantes de profissionais de saúde de confiança e de outras fontes de informação (aulas, livros e outros materiais escritos); conselhos de fontes respeitadas; modelos de comportamento; e esclarecimento de dúvidas existentes. Quanto aos inibidores, enumeram-se os seguintes: a não utilização de recursos comunitários disponíveis ou apoio comunitário inadequado; recursos insuficientes; planeamento e oferta de recursos inconvenientes; conselhos negativos; informações insuficientes ou contraditórias; e dificuldades inerentes a estereótipos (Meleis et al., 2000).

- **Sociais**

A sociedade em geral também pode ser um facilitador ou inibidor de transições. Os principais inibidores podem ser representados por preconceitos, associados a um determinado processo de transição, que podem levar à discriminação e, conseqüentemente, interferir no processo de transição saudável (Meleis et al., 2000).

- **Padrões de resposta: Indicadores de processo e indicadores de resultado**

A saúde e o bem-estar percebido são o resultado de uma transição saudável. Por conseguinte, esta caracteriza-se por indicadores de processo e de resultado. Como as transições se desenvolvem ao longo do tempo, a identificação de indicadores de processo que movem os clientes na direção da saúde ou na direção da vulnerabilidade e do risco, permite uma avaliação e intervenção precoce por parte dos enfermeiros para facilitar resultados saudáveis (Meleis et al., 2000).

- **Indicadores de processo**

Os indicadores de processo incluem: **sentir-se integrado**, que é a necessidade de se sentir e permanecer conectado, de estabelecer novos contactos e manter relações antigas; **interações**, constituem uma dimensão crítica da experiência de transição, uma vez que promovem a descoberta, esclarecimento e reconhecimento de comportamentos desenvolvidos em resposta à transição; **sentir-se situado**, respeita ao “situar-se” em termos de tempo, espaço e relações (as comparações entre o antes e o depois são uma forma de se sentir situado, e favorecem a criação de novos significados e percepções); e, por fim, **desenvolver confiança e coping**, que ocorre quando os envolvidos experienciam um padrão indicativo de aumento no nível de confiança, que se reflete pelo conhecimento cumulativo das situações, maior compreensão dos pontos críticos e decisivos e da sabedoria resultante das experiências vividas (Meleis et al., 2000).

- **Indicadores de resultado**

Existem dois indicadores de resultados: a **mestria**, ou o domínio de novas habilidades e comportamentos necessários para gerir uma transição e/ou novas situações ou ambientes; e o desenvolvimento de **identidades flexíveis e integradoras**, no sentido em que as experiências de transição resultam numa reformulação da identidade, como mais fluídas e mais dinâmicas.

Para Ting e Robinson (como referido por Araújo & Ponte, 2011), o desenvolvimento pessoal do estudante universitário é considerado um indicador relevante da sua adaptação académica, incluindo o assumir de responsabilidades, a gestão da mudança, o desenvolvimento da autonomia, o confronto com situações de stresse, a gestão do tempo e a capacidade de autodisciplina.

Além disso, uma vez que o indivíduo é um ser holístico e único, faz todo o sentido considerar o ambiente cultural, étnico e social da pessoa para avaliar os mecanismos de adaptação, de forma a concluir se o comportamento demonstrado é inadequado, aceitável ou apropriado (Claudino & Cordeiro, 2006).

De salientar que a determinação do término de uma transição deve ser flexível e variável, dependendo do tipo de mudança ou do evento que inicia a transição, bem como da natureza e dos padrões da transição.

- **Terapêutica de enfermagem**

A compreensão das propriedades e condições inerentes a um processo de transição levará ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem congruentes com as experiências únicas das pessoas e suas famílias, promovendo respostas saudáveis à transição (Meleis et al., 2000). Assim, foram identificadas três medidas de enfermagem que são amplamente aplicáveis à intervenção terapêutica durante as transições.

A primeira é a **avaliação da prontidão**, que requer uma compreensão profunda da pessoa, nomeadamente dos pontos referenciados anteriormente, permitindo assim criar perfis individuais e identificar os padrões da experiência de transição (Schumacher & Meleis, 1994).

Uma outra terapêutica de enfermagem identificada foi a **preparação para a transição**, sobretudo por meio da educação e da criação de ambientes favoráveis à transição (programas educacionais, projetos, seminários, grupos de apoio, cursos de transição). Esta promove a aceitação gradual de novas responsabilidades e implementação de novas habilidades (Schumacher & Meleis, 1994).

A terceira intervenção de enfermagem é o **papel de suplementação**, que é definido como qualquer processo em que a insuficiência ou potencial insuficiência de papéis é identificada, e as condições e estratégias de esclarecimento e de desempenho de papéis são utilizados para desenvolver uma intervenção preventiva ou terapêutica, com o objetivo de diminuir, melhorar ou prevenir essa insuficiência de papéis (Meleis, 1975).

#### 1.4. TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO AO ENSINO DE ENFERMAGEM

##### 1.4.1. Transição do jovem adulto para o ensino superior

A entrada no Ensino Superior e o percurso académico significa para os estudantes um processo de múltiplas transições. Primeiramente porque se encontram num período crítico do desenvolvimento psicossocial enquanto jovens adultos, concomitantemente com a ocorrência de situações, que apesar de esperadas, os vão confrontar com mudanças por vezes abruptas que poderão afetar a sua condição de bem-estar/saúde (Araújo & Ponte, 2011), nomeadamente a saída do contexto familiar para um contexto que implica uma maior autonomia e adaptação a novas exigências sociais, novas regras, interlocutores e papéis (Neves et al., 2014).

Neves et al. (2014), referem que o impacto provocado pelas transições no estilo de vida do estudante pode abranger um ou mais âmbitos da sua vida. Relativamente às rotinas, as mudanças mais evidenciadas pelos estudantes são referentes aos horários de acordar e deitar, aos períodos diários de aulas, de estudo e de lazer, mesmo nas situações em que a mudança não é tão profunda (como é o caso dos estudantes que permanecem a residir na mesma localidade e com os pais). As autoras explicam ainda que a articulação entre os períodos de sono e vigília, a alimentação, as tarefas domésticas e as viagens diárias e/ou semanais constituem uma preocupação importante, uma vez que são áreas que interferem com o bem-estar. Além disso, pode demorar algum tempo até que o estudante tenha consciência das exigências do ensino superior, da complexidade dos seus papéis, das suas responsabilidades acrescidas, desde a gestão do tempo e dinheiro aos comportamentos e estilos de vida (Pinheiro como referido por Neves et al., 2014).

Segundo Lourenço e Parreira (2012), o assumir de novas responsabilidades pode causar nos estudantes algumas incapacidades ou limitações no seu funcionamento social e académico. Tendo em conta que todo o ser humano é um ser biopsicossocial, qualquer alteração a nível psicológico afeta o indivíduo no seu todo (Claudino & Cordeiro, 2006). Neste caso, podem surgir alguns problemas relacionados com os processos de transição tais como, a solidão e adaptação ao novo meio, problemas de desenvolvimento pessoal e social, de autoconceito e nas relações interpessoais e ainda os problemas específicos relacionados com a vida académica, associados ao novo tipo de ensino, às novas metodologias de estudo e, sobretudo, o stresse e ansiedade perante a avaliação e os momentos de exame. Lidar inadequadamente com todos estes problemas, pode levar a situações de mal-estar e a situações clínicas como depressão e distúrbios da ansiedade (Pereira como referido por Lourenço & Parreira, 2012).

Em suma, este processo de transição relativo ao ingresso ao ensino superior precisa ser bem alicerçado, uma vez que se trata de uma etapa repleta de fontes de stresse (avaliações, ensinamentos clínicos, competitividade, entre outros) que exigem dos estudantes, adaptações constantes para superar as dificuldades (Sequeira et al., 2013). A consciência do significado de uma transição, para os estudantes, é também essencial para a compreensão das suas experiências, bem como das consequências para a saúde, pois promove a perspectiva de novas oportunidades de crescimento pessoal.

#### **1.4.2. Adaptação do estudante ao curso de enfermagem**

Como se pode constatar, a adaptação ao ensino superior é um processo de natureza multidimensional e complexo, sendo por isso um conceito lato e abrangente. As tarefas

de transição e adaptação, acarretam desafios, exigências e experiências que são em si mesmos motores de desenvolvimento (Cabral & Matos, 2010).

Como referido anteriormente, o início do curso superior implica, na maioria das vezes, uma “separação” com a família, grupo de amigos, que pode ser acompanhada de sentimentos de solidão, isolamento e abandono, ou pelo contrário, pode ser vivido de forma positiva, conferindo ao estudante, maior autonomia e desenvolvimento da capacidade de adaptação (Pacheco; Custódio como referido por Sequeira et al., 2013). Portanto, o novo papel de “poder” e de responsabilidade que o jovem conquista, exige um grande nível de maturidade para ser capaz de responder aos desafios que lhe são colocados (Claudino & Cordeiro, 2006).

As tarefas de adaptação à universidade têm sido categorizadas por vários autores em dimensões principais, como se pode verificar pelos referenciais teóricos dos estudos de Cabral e Matos (2010) e de Araújo e Ponte (2011). Seguem-se as dimensões:

- **académica** - refere-se ao aparecimento de tarefas mais exigentes em termos de organização, responsabilidade e de autonomia, nomeadamente no que respeita às estratégias, hábitos e gestão de estudo, bem como aos novos ritmos de aprendizagem e aos sistemas de avaliação;
- **social e interpessoal** – concerne aos novos contextos: da própria instituição de ensino e das relações interpessoais - na relação com a família, os padrões de relacionamento interpessoal são mais maduros e menos hierarquizados; o grupo de pares expande-se e as relações dentro deste reformulam-se; e estabelecem-se relações potencialmente estruturadoras de intimidade, inclusivamente com o sexo oposto;
- **biopsicológica e emocional** – relativa a consequências no bem-estar físico e psicológico, incluindo as formas como os estudantes lidam com as perceções negativas de stresse;
- **institucional** – respeita ao envolvimento nas atividades (incluindo as extracurriculares) do contexto universitário e à adaptação à cultura e valores da instituição;
- **vocacional** – corresponde à exploração e construção de projetos e objetivos vocacionais, à tomada de decisão e à preparação da transição para o mercado de trabalho;
- **pessoal** – remete para a construção/consolidação da autonomia, para o estabelecimento do sentido de identidade (desenvolvimento da autoestima,

maior conhecimento de si e desenvolvimento de uma perspectiva própria do mundo) e de um estilo de vida.

De acordo com Pereira et al. (2006), são vários os estudos que têm demonstrado o quão difícil pode tornar-se o processo de adaptação e integração no contexto acadêmico. Para Araújo et al. (2003), o contexto de competição, a estrutura física e organizacional da instituição de ensino, bem como as ambições pessoais e elevadas expectativas que as pessoas significativas do estudante têm sobre ele, constituem alguns dos fatores geradores de stresse e ansiedade nos estudantes. Tais fatores podem refletir-se, em elevados níveis de insucesso escolar e aumento de problemas, com repercussões no desenvolvimento do indivíduo (Pereira et al., 2006).

Na investigação realizada no contexto brasileiro por Silva e Costa (2012), com o objetivo de estudar a prevalência de transtornos mentais comuns (transtornos depressivos, de ansiedade e de somatização) em estudantes universitários na área da saúde, constatou-se que os estudantes de fisioterapia e de enfermagem apresentavam os índices de prevalência mais elevados, de 40 e 25% respetivamente. Também no estudo de Cerchiarri (2004), objetivou-se investigar a saúde mental e a qualidade de vida de estudantes universitários igualmente no contexto brasileiro. Os resultados deste estudo apontam para uma maior prevalência de transtornos mentais nos estudantes de Enfermagem (34%), comparando com os cursos de Letras (22%), Direito (17%) e informática (9%). Carlloto, Nakumur e Câmara (como referido por Araújo & Ponte, 2011), também sugerem que os estudantes da área da saúde parecem constituir um grupo com maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de problemas de saúde, sobretudo transtornos emocionais, decorrentes das características do próprio curso.

Relativamente ao contexto português, no estudo de Santos (2011), acerca da saúde mental e comportamentos de risco em 666 estudantes universitários do 1º ciclo da universidade de Aveiro, verificou-se que os estudantes da área da Saúde, apresentavam níveis de saúde mental inferiores aos estudantes das outras áreas de estudo (Engenharias, Ciência e Tecnologia e Ciências Sociais e Humanas). No entanto, na investigação de Almeida (2014), com o objetivo de estudar a saúde mental global, a depressão, a ansiedade e comportamentos de risco em estudantes universitários (N=1968) do 1º ciclo da Universidade da Beira Interior e dos Politécnicos de Guarda, Castelo Branco e Portalegre, observaram-se resultados contrários, uma vez que os estudantes de Ciências Sociais e Humanas e os de Ciências da Saúde apresentaram melhor saúde mental global, menor depressão e menor ansiedade, comparando com os de Engenharias, Artes e Letras e Ciências. Assim, tal como refere Nogueira (2017), os estudos são inconclusivos quanto à relação preditiva entre as diferentes áreas de estudo

e a saúde mental dos estudantes de ensino superior, ainda que existam evidências de que os estudantes dos cursos de saúde têm pior saúde mental do que os de outras áreas.

No que diz respeito à especificidade do ensino de enfermagem, o período de formação em contexto de **ensino clínico** representa um condicionante para a alteração da saúde mental dos estudantes, nomeadamente com elevados níveis de stresse (Sequeira et al., 2013). No caso da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a partir do 2º ano da licenciatura, 50% da formação ocorre em contexto clínico (Neves et al., 2014), em que os estudantes saem de um contexto de aprendizagem em que o doente é virtual, para um novo contexto, agora real (Sequeira et al., 2013). Assim, surgem novas dificuldades, como ter que lidar com o sofrimento e a morte dos utentes (Edwards, Burnard, Bennett, & Hebden como referido por Sequeira et al., 2013) e principalmente os processos de avaliação, que são percecionados pelos estudantes com níveis de stresse moderados a elevados (Custódio como referido por Sequeira et al., 2013). De facto, vários autores referem que os períodos de formação e sobretudo os de estágio, são vivenciados pelos estudantes com níveis de stress e/ou ansiedade apreciáveis (Araújo et al., 2003). Claudino e Cordeiro (2006), explicam que a avaliação constante a que os estudantes estão sujeitos por parte dos orientadores, são uma potencial fonte de ansiedade. Da mesma forma, os elevados níveis de depressão nos estudantes a realizar ensino clínico, estão associados a cansaço físico e psicológico, falta de tempo e pressão para a realização de atividades no período de ensino clínico.

Além disso, Neves et al. (2014), referem que a transição do contexto teórico escolarizado para o contexto de prática clínica em instituições de saúde (hospitais e centros de saúde) parecem ser um fator de risco para a adoção de hábitos de saúde menos saudáveis como o consumo de café para manter o estado de vigília e o fumar como forma de alívio de stresse.

Araújo, Vieira, Fernandes e Sá (2011), enumeraram os seguintes fatores potencialmente stressantes ou ansiogénicos relacionados com o contexto escolar e de prática clínica: questões de natureza interpessoal, e entre estas, destacam-se as dificuldades de relacionamento com os professores, utentes e orientadores de estágio; dificuldades em assumir um novo papel; inseguranças nos procedimentos ou sentimentos de incompetência; avaliações teóricas e de ensino clínico/estágio; questões relacionadas com os procedimentos técnicos; dificuldade em lidar com a dor, o sofrimento e a morte; medo do novo e do imprevisto; gestão do tempo para estudo; carga de trabalho imposta e falta de tempo para a satisfazer; assumir maiores responsabilidades; confronto com o esperado ou idealizado e a realidade; dificuldades

na adaptação à escola e ao contexto de prática clínica; e dificuldades de ajustamento à enfermagem como profissão.

Segundo Cerchiari (2004), o processo de aprendizagem em enfermagem é stressante para os estudantes, podendo desencadear sofrimento psicológico, acompanhado de manifestações de tensão, irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga. Este sofrimento psíquico ajuda a ser explicado se pensarmos que o objeto de estudo da enfermagem é o ser humano, com toda a sua complexidade e modo de ser (Silva & Costa como referido por Sequeira et al., 2013).

No que concerne ao **ano letivo** do curso de enfermagem, Araújo et al. (2011), indicam que os estudantes do 1º ano são os que apresentam maiores níveis de ansiedade comparando com os restantes anos. Claudino e Cordeiro (2006) sugerem que a causa está relacionada com as dificuldades de adaptação ao novo meio social e às exigências do ensino superior. Assim sendo, faz sentido o facto de os estudantes mais jovens também serem os que apresentam níveis de ansiedade e depressão mais elevados (Claudino & Cordeiro, 2006).

Por sua vez, os estudantes do 4º ano são os que apresentam níveis de ansiedade e depressão mais reduzidos (Claudino & Cordeiro, 2006), uma vez que desenvolvem estratégias e mecanismos de  *coping*  favoráveis ao longo do percurso académico, (Araújo et al., 2011; Neves & Ribeiro como referido por Claudino & Cordeiro, 2006).

Relativamente ao **género**, importa ter em consideração que o género feminino é o que tem maior representatividade, uma vez que culturalmente e em termos históricos, o conceito de cuidar sempre teve ligado à mulher. Apesar do exercício de enfermagem por parte do género masculino ser, desde há muito, uma realidade, a profissão continua a manter-se mais ligada à mulher (Amado et al., 2014). Segundo Claudino e Cordeiro (2006), os níveis de ansiedade e depressão são mais elevados no género feminino comparando com o masculino, sugerindo que este facto se deve às exigências da sociedade atual em relação à execução de uma grande variedade de atividades, associado ao facto das meninas atingirem a maturidade mais cedo/rápido (física e psicologicamente) e, por isso percecionarem essas exigências com mais responsabilidade.

No estudo exploratório de Sequeira et al. (2013), sobre a vulnerabilidade mental em estudantes de enfermagem (N=980) de uma instituição de ensino superior do norte de Portugal, objetivou-se avaliar os consumos de substâncias psicoativas, a morbilidade psiquiátrica e analisar as variáveis que estão associadas a maior risco de adoecer dos estudantes de enfermagem. Os resultados deste estudo indicam níveis preocupantes

de morbidade essencialmente em termos de solidão (48,5%), nervosismo e apreensão (48,2%), tensão e irritabilidade (68,6%). 59,3% referiram sentir tristeza, 65% ansiedade e preocupação e 61,4% depressão (avaliado através do *Mental Health Inventory* de 5 itens). Em relação ao consumo de psicofármacos (tranquilizantes, sedativos, hipnóticos e outros) 42% dos estudantes referiram o seu consumo e, dessa percentagem evidenciou-se uma maior prevalência no recurso a tranquilizantes (49%), ou seja, 18,5% da amostra global. Relativamente ao consumo de substâncias psicoativas lícitas, 18,2% referiu o consumo de tabaco e 7,1% o consumo de álcool. Quanto às ilícitas, 4,6% referiram consumir algum tipo de drogas (erva - 3,7%; haxixe - 2,5%; cannabis - 2,2%; cocaína - 0,4%; e ácidos LSD - 0,4%).

De acordo com os autores do estudo, estes resultados são extremamente preocupantes, uma vez que se trata de uma população jovem, refletindo as suas dificuldades na utilização de estratégias de resolução de problemas não farmacológicas (Sequeira et al., 2013). Tudo isto pode conduzir os estudantes mais vulneráveis a situações de isolamento, solidão, conflitos nas relações com os pais e com os colegas, abuso de álcool ou de outras substâncias psicoativas, desinteresse, ansiedade, mal-estar ou solidão e até depressão (Araújo et al., 2011).

Em suma, conhecer estes dados e compreender as tarefas de adaptação (como as exigências inerentes aos ensinamentos clínicos) e as repercussões, potenciais ou reais, ao nível da saúde mental dos estudantes do ensino superior e especificamente do curso de enfermagem, é fundamental para identificar as necessidades de ajuda e assim adequar as intervenções no contexto académico, nomeadamente através da implementação de programas de promoção da saúde mental (Sequeira et al., 2013).

### **1.4.3. Adaptação em tempos de pandemia**

O *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*, cuja doença se designa por COVID-19, surgiu em dezembro de 2019 na China, na cidade de Wuhan (DGS, 2020). A doença manifesta-se, na maior parte dos casos, por sintomas ligeiros a moderados, sem necessidade de tratamento hospitalar. Os sintomas mais frequentes são febre, tosse seca e fadiga, e, o menos frequente é a dificuldade respiratória, podendo assim afetar vários órgãos, incluindo o sistema nervoso central (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA], 2020).

A disseminação do vírus aconteceu rapidamente por todo o mundo, pelo que a Organização Mundial de Saúde declarou a 11 de março de 2020 a situação de pandemia. Isto exigiu a todos os países uma resposta urgente no combate à mesma

(INSA, 2020), incluindo a restrição da livre circulação e movimento das pessoas, quarentena no caso de suspeita de infeção, bem como o isolamento profilático de pessoas com diagnóstico confirmado (Hansel et al. como referido por INSA, 2020).

Em Portugal, os primeiros casos de infeção foram confirmados pela DGS a 26 de fevereiro de 2020 (Xavier et al., 2020) e, no dia 18 de março, o Presidente da República decretou o estado de emergência, que se prolongou até ao dia 2 de maio de 2020. Este período caracterizou-se por medidas altamente restritivas aos cidadãos, com dever de recolhimento obrigatório no domicílio (INSA, 2020). O distanciamento social, e posterior confinamento total da população, associado às medidas restritivas (encerramentos dos estabelecimentos de ensino, declaração do estado de calamidade, imposição de cercas sanitárias, restrições à circulação de pessoas, e por fim, a declaração do estado de emergência), contribuíram para que se instalasse a incerteza e o alarme social (INSA, 2020).

No que reporta ao impacto da pandemia na saúde mental das pessoas, sabe-se que quanto maior o período de isolamento social, maiores serão os riscos para a incidência de problemas mentais, não obstante da importância desta medida na prevenção do contágio (Afonso & Figueira, 2020). Além do efeito negativo que a quarentena pode ter na saúde mental e no bem-estar da população, os seus efeitos repercutem-se, tanto a curto como a longo prazo (INSA, 2020). Afonso e Figueira (2020), referem alguns estudos em que se observou, ao nível psicológico, os seguintes sintomas psicopatológicos associados à quarentena: humor deprimido, irritabilidade, ansiedade, medo, raiva, insónia, entre outros; e a longo prazo: risco acrescido para o abuso de álcool, sintomas de perturbação de stress pós-traumático e depressão. Além disso, acrescentam que, a quarentena pode levar a um aumento de comportamentos de evitamento e, assim, a alterações de hábitos (por exemplo, evitamento de locais públicos, mudança de hábitos sociais, reforço do comportamento vigilante relativamente ao risco de infeção, entre outros), reforçados pelas medidas de saúde pública impostas pelos governos durante a fase de desconfinamento.

De salientar que as medidas restritivas aplicadas implicam alterações não só a nível psicológico, como também nas dimensões social e financeira da população, agravando ainda mais a saúde mental. Assim, a alteração nos estilos de vida, a mudança nos relacionamentos interpessoais, a incerteza e as dificuldades económicas e o risco de desemprego, são alguns fatores de risco adicionais para o desenvolvimento de problemas de saúde mental na população (INSA, 2020).

O consumo indevido de substâncias aditivas e a recaída nas mesmas, são exemplos de riscos acrescidos neste contexto pandémico, uma vez que constituem estratégias de *coping* (destrutivas) frequentemente associadas a situações de stresse e ansiedade (Hansel et al. como referido por INSA, 2020).

Os efeitos da pandemia na saúde mental são alarmantes, revelando elevados níveis de sofrimento psicológico, ansiedade, depressão e de stresse pós-traumático. O relatório final do estudo “Saúde Mental em Tempos de Pandemia COVID-19” (SM-COVID19) foi publicado em outubro de 2020 pelo INSA, cuja finalidade foi caracterizar o impacto da pandemia na saúde mental e bem-estar da população residente em Portugal, e, em particular, dos profissionais de saúde e das pessoas que estavam ou estiveram em quarentena ou isolamento, por infeção ou suspeita. Os resultados do estudo revelaram que 33,7% dos indivíduos da população geral e 44,8% dos profissionais de saúde apresentavam sinais de sofrimento psicológico. Verificou-se também que 27,0% apresentou sintomas de ansiedade moderada a grave, 26,4% sintomas de depressão moderada a grave e 26,5% de stresse pós-traumático, na população geral. Comparando com as prevalências do 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, verifica-se que estas percentagens são muito mais elevadas, nomeadamente no que se refere às perturbações de ansiedade (16.5%), à perturbação depressiva major (6.8%) e ao stresse pós-traumático (2.3%) (INSA, 2020).

De destacar que foram sobretudo as mulheres, os jovens adultos entre os 18 e os 29 anos, as pessoas desempregadas e os indivíduos com rendimento mais baixo que apresentaram sintomas de sofrimento psicológico moderado a grave, em várias das dimensões de saúde mental analisadas, nomeadamente no que se refere às escalas de bem-estar/sofrimento psicológico, ansiedade, depressão e perturbação de stresse pós-traumático. As dificuldades de conciliação do trabalho com a família, assim como a perceção de falta de apoio social e familiar, também foram associadas com mais frequência com sofrimento psicológico, ansiedade e depressão moderada a grave, na amostra da população em geral. Por outro lado, a manutenção de passatempos/*hobbies*, de rotinas diárias e de atividade física, são determinantes protetores para as dimensões referidas e em especial para o stresse pós-traumático (INSA, 2020).

- **Impacto da pandemia no ensino de enfermagem**

Como se pode constatar, a pandemia por COVID-19 exige o cumprimento de medidas de isolamento social para impedir a disseminação do vírus. Neste contexto, o Governo português decretou, a 12 de março de 2020, o encerramento de todos os

estabelecimentos de ensino públicos e privados, ainda que algumas instituições já o tivessem feito cerca de duas semanas antes. Assim, suspenderam-se as aulas presenciais e os estudantes ficaram confinados em casa (Xavier et al., 2020).

Apesar disso, o dever das instituições de ensino na formação de cidadãos e profissionais teve de continuar, pelo que os sistemas de ensino se viram obrigados a encontrar estratégias para manter o processo educativo, de acordo com as realidades e possibilidades (Oliveira et al., 2021). Várias foram as dificuldades e desafios que as instituições de ensino e a comunidade académica em geral tiveram que gerir e dar resposta (Ferreira, Príncipe, Pereira, Oliveira, & Mota, 2020), nomeadamente: interrupção do processo de ensino/aprendizagem; maior probabilidade de abandono dos estudos; necessidade de criar, manter e aumentar a resposta de ensino à distância, sendo este um dos principais desafios uma vez que exige um enorme esforço (técnico e humano) para mudar o ensino em contexto de sala de aula para o contexto virtual, num curto período de tempo; avaliar os resultados da aprendizagem; o isolamento social forçado, entre outros (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization como referido por Ferreira et al., 2020).

Portanto, é natural e expectável que os estudantes expressem preocupações relativamente à forma como as medidas de confinamento podem afetar as suas perspetivas de formação académica e profissional (Oliveira et al., 2021). Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (2020) é possível que alguns estudantes, para além da ansiedade provocada pelo isolamento, se sintam ainda mais ansiosos por ter ocorrido a interrupção dos seus processos de ensino/aprendizagem. Além da privação de oportunidades de crescimento e desenvolvimento dos estudantes, a interrupção letiva gerou incertezas face ao futuro e à conclusão do curso. Desta forma, é expectável que os estudantes se deparem com sentimentos de medo, ansiedade e frustração e que sintam dificuldade em adaptar-se e integrar todas as alterações provocadas pela situação de isolamento, como a mudança das rotinas, a inexistência de convívio presencial com os colegas, as novas modalidades de ensino/aprendizagem e a incerteza face ao futuro. Estes fatores de stresse podem desencadear alterações ao nível do comportamento, humor, sono, alimentação, estados de ansiedade ou ainda alterações ao nível da motivação e desempenho académico, como a falta de interesse pelas tarefas académicas, dificuldades de aprendizagem e risco de abandono académico.

Xavier et al. (2020), explicam que os estudantes do ensino superior têm sido referidos como um dos grupos especialmente afetados nas situações de pandemias com maior risco em termos de saúde mental e mudanças dos estilos de vida. Com as atividades

letivas presenciais suspensas e as medidas restritivas nos estabelecimentos de ensino a serem implementadas, num cenário de incerteza, a pandemia obrigou a que se adaptassem os contextos pessoais e familiares ao novo quotidiano.

No que reporta à especificidade do ensino de enfermagem, os estudantes podem enfrentar desafios acrescidos devido ao impedimento na realização dos ensinamentos clínicos que constituem metade do curso. No estudo de Xavier et al. (2020), realizado com 425 estudantes de enfermagem de uma escola portuguesa, objetivou-se conhecer as mudanças sociofamiliares, académicas e comportamentais dos estudantes de enfermagem, provocadas pela pandemia COVID-19; e caracterizar as percepções de saúde, informação e adesão às medidas veiculadas. Os resultados deste estudo indicam que para a maioria dos estudantes, o primeiro impacto foi o regresso a casa dos pais, resultando em consequências impeditivas do normal desenvolvimento do jovem adulto, como a perda de autonomia e de independência nos contextos sociais, ainda que os autores sugiram que coabitar com os pais possa ter um efeito protetor face à ansiedade.

Outro resultado importante deste estudo foi o stress manifestado perante as mudanças no ensino e à possibilidade de não concluírem o ano letivo. Além disso, observaram-se menores recursos financeiros; e os estudantes que consumiam, diminuíram significativamente os consumos de tabaco, álcool e outros. De um modo geral os autores concluíram que a pandemia COVID-19 trouxe alterações à vida dos estudantes de enfermagem, como o retorno à casa da família, preocupações com o sucesso escolar, distanciamento do contexto social académico e adesão massiva às medidas sanitárias recomendadas pela DGS.

Assim sendo, no estudo SM-COVID19 são apresentadas algumas recomendações gerais que devem ser garantidas aos jovens estudantes nomeadamente: assegurar o acesso a respostas de saúde mental e bem-estar; promover o contacto social e resiliência; comunicar de forma clara e eficaz acerca da pandemia; considerar a participação e o envolvimento dos jovens durante a resposta e recuperação à pandemia COVID-19 e resolver iniquidades que foram exacerbadas pela COVID-19, tal como o acesso digital (INSA, 2020).

Por isso, é de extrema importância vigiar a sua saúde mental da comunidade académica e em especial dos estudantes, particularmente no que respeita a sinais de ansiedade, experiências de perda/luto, stress e/ou *burnout*, ou outros sinais de alarme como alterações de comportamento e/ou de humor, perturbação de stress pós-traumático, entre outros (OPP, 2020).

Da mesma forma, é fundamental promover o desenvolvimento de competências sociais e emocionais, nomeadamente na gestão da ansiedade, facilitando assim os processos de adaptação face ao contexto de pandemia por COVID-19. A intervenção à distância surge assim como um importante recurso, nomeadamente para a implementação de programas que visem o desenvolvimento dessas competências, especificamente na identificação e gestão de emoções, no autocontrolo e empatia e na mobilização de estratégias de *coping* (OPP, 2020).



## 2. STRESSE

O termo *stresse* deriva das expressões latinas *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum*, que significam apertar, comprimir, restringir. Desde o século XIV, a expressão é utilizada na língua inglesa para retratar uma pressão ou constrição de natureza física. No século XIX, o termo *stresse* passou também a representar as pressões que afetam a mente humana (Serra, 2011).

Baqutayan (2015) descreve o *stresse* como qualquer fator que age interna ou externamente ao indivíduo, que dificulta a sua adaptação e que requer um maior esforço em manter um estado de equilíbrio entre ele e o ambiente externo. De acordo com Serra (2011), a pessoa envolve-se em processos de avaliação que estão na origem da dinâmica entre o indivíduo/ meio ambiente e vice versa que, por sua vez, vai determinando as consequências e a evolução da resposta adaptativa.

Hans Selye (1907-1982), médico endocrinologista, introduziu pela primeira vez o conceito de *stresse* de modo sistematizado (Serra, 2011). De acordo com Selye, o *stresse* é a resposta não específica do corpo a qualquer exigência feita sobre ele (Selye como referido por Baqutayan, 2015). Para o autor, existe uma resposta comum a diferentes tipos de *stressores*, que se assemelha à resposta face ao perigo, que designou de síndrome geral de adaptação e considerou como tendo três estágios, com base nas mudanças do funcionamento nervoso e endócrino: a reação de alarme, o estágio de resistência e o estágio de exaustão (Jones & Bright como referido por Baqutayan, 2015).

Em 1949, Moruzzi e Magoun descobriram no encéfalo o que designaram de “sistema de alarme” ou de “ativação geral”. Esta descoberta ajudou a entender a resposta de *stresse* e potenciou descobertas posteriores à compreensão da resposta biológica do *stresse*, nomeadamente o papel das vias aferentes no transporte da informação para o cérebro, a análise dessa informação, bem como a origem das emoções e suas repercussões nos sistemas vegetativo, endócrino, imunitário e no comportamento (Serra, 2011).

Mais tarde, em 1967, Holmes e Rahe realizaram vários estudos que levaram os autores a concluir que há acontecimentos que têm maior probabilidade do que outros em induzir *stresse* nos seres humanos e que os acontecimentos penosos influenciam o estado de saúde do indivíduo. Desta forma, o *stresse* começou a ser estudado pelas circunstâncias que determinam a resposta biológica inerente (Serra, 2011).

Em 1929, o fisiologista Walter Cannon descreveu as reações fisiológicas resultantes das situações de vivência de perigo em pessoas e animais. Para o autor, o sistema nervoso simpático (SNS) e o sistema endócrino são os responsáveis pelas reações fisiológicas decorrentes dos eventos indutores de stresse, tais como: aumento do ritmo cardíaco e respiratório, secura da boca, sudação excessiva e sensação de estômago apertado, resultantes da secreção de adrenalina e epinefrina pelas glândulas suprarrenais. Estas reações, despoletadas pela ativação geral do organismo, foram denominadas de respostas de luta ou fuga (*fight-or-flight*), dado que preparam o organismo para enfrentar a ameaça ou fugir da mesma. Por um lado, a resposta de luta ou fuga leva a pessoa a responder rapidamente às situações de perigo e a adaptar-se às condições ambientais, por outro lado, se a ativação do organismo for de tal modo elevada e/ou prolongada, pode ser nociva, prejudicando a saúde da pessoa (Cannon como referido por Santos & Castro, 1998).

Serra (2011) explica que quando ocorre uma resposta de stresse desencadeia-se uma série de alterações fisiológicas, nomeadamente nos sistemas nervoso vegetativo, endócrino e imunitário, como também alterações ao nível psicológico e comportamental. Apesar de necessário e adaptativo, quando é intenso, repetitivo e prolongado, o stresse pode ter consequências no bem-estar e na saúde física e mental da pessoa (Serra, 2011).

Selye definiu dois tipos de stresse, o **eustresse** que é benéfico e construtivo (estados breves, suaves e controlados de desafio à homeostasia, são considerados agradáveis ou estimulantes e podem ser um estímulo positivo ao desenvolvimento e crescimento intelectual e emocional) e o **distresse** que é prejudicial e nocivo (situações mais severas, prolongadas e incontroláveis de stresse psicológico e físico podem levar à doença) (Chrousos & Gold como referido por Santos & Castro, 1998).

De um modo geral o stresse excessivo torna-se prejudicial quando: evoca emoções negativas fortes que são perturbadoras; leva ao desenvolvimento ou agravamento de uma doença física e/ou psíquica; tem influência negativa na família, trabalho e/ou vida social; causa acidentes de trabalho ou rodoviários; prejudica os processos de tomada de decisão; tem repercussões negativas em aspetos de natureza económica; induz alterações do sono, vida sexual, metabolismo, e sistema imunitário (Serra, 2011). Apesar disso, Serra (2011) ressalta que, embora o stresse possa estar na origem de problemas físicos e/ou mentais, não se deve considerar como sinónimo de doença, dado que é uma condição inerente à vida e uma vez que a maior parte das situações indutoras de stress não determinam qualquer doença particular.

Por último, o autor destaca a relevância do apoio social como um importante fator atenuante das situações indutoras de stresse, uma vez que ajuda a pessoa a ultrapassar necessidades ou a enfrentar acontecimentos difíceis (Serra, 2011).

## 2.1. TEORIA DE STRESSE DE LAZARUS E FOLKMAN

Na década de 60, os psicólogos Richard Lazarus e Susan Folkman desenvolveram uma perspectiva que contribuiu fortemente para a construção de abordagens terapêuticas.

Nos seus trabalhos concluem que nenhuma situação, que em valor absoluto, possa ser reconhecida como indutora de stresse e que o fator decisivo que leva o indivíduo a sentir-se ou não em stresse está dependente da avaliação que faz da circunstância (Serra, 2011). Lazarus e Folkman (1984), definem os acontecimentos indutores de stresse como “uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é apreciado pelo indivíduo como excedente aos seus recursos, o que coloca em perigo o seu bem-estar” (p.19).

Lazarus refere-se ao stresse como uma característica natural e expectável da vida e que a forma como a pessoa avalia o acontecimento causador de stresse é que influencia ou não o seu bem-estar pessoal (Lazarus, 2006). Isto significa que a situação que o indivíduo experiencia pode não induzir stresse, mas a forma como a interpreta pode originar níveis de stresse elevados (Lazarus & Folkman, 1984). Nesta linha de pensamento, Lazarus concluiu que nenhuma situação em concreto pode ser reconhecida como indutora de stresse, porque nem todas as pessoas percebem os acontecimentos de igual forma (Lazarus & Folkman, 1984; Serra, 2011). O autor explica que a relação do indivíduo com o ambiente se baseia em experiências pessoais, valores e crenças, em variáveis físicas e sociais que são próprias da pessoa e na visão que tem do mundo (Lazarus, 2000).

O autor apresenta três etapas do processo de avaliação cognitiva, que determina se a pessoa se sente ou não em stresse: a avaliação primária, a avaliação secundária e a reavaliação. A **avaliação primária** refere-se à relevância que os acontecimentos têm para a pessoa, tendo em conta os seus valores, compromissos com metas pessoais, crenças sobre si mesmo e o mundo e intenções situacionais. Se nenhum destes fatores estiver comprometido, então o acontecimento não é relevante para o bem-estar pessoal, uma vez que não há nada a explorar e, por isso, não há stresse (Lazarus, 1999).

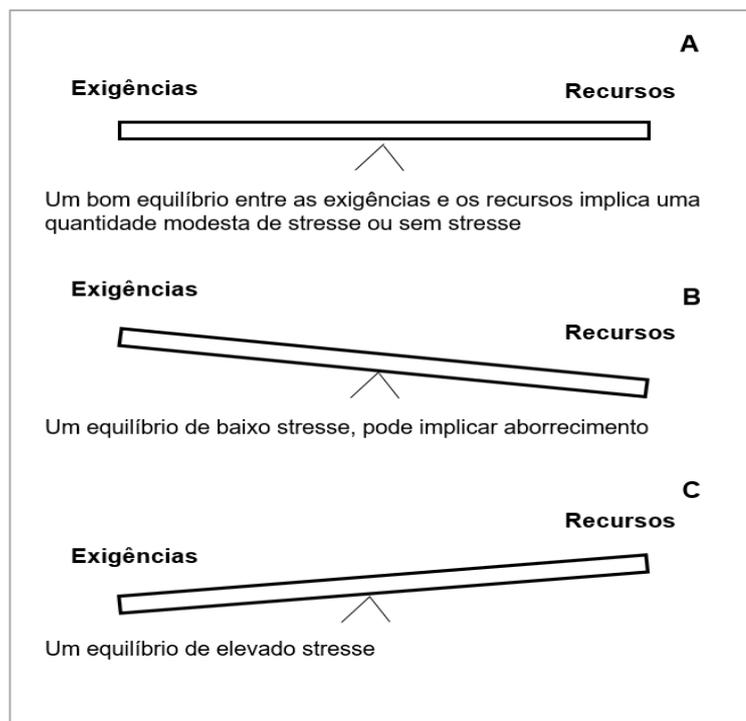
Pelo contrário, quando ocorre uma situação de stresse, as alternativas transacionais são de dano/perda, ameaça ou desafio. O **dano** diz respeito a uma condição desagradável que já ocorreu. Refere-se à lesão/ perda de algo (estatuto social, doença,

morte, etc.), ou seja, as más consequências já existem. A **ameaça** refere-se a uma antecipação de uma situação desagradável, que levará à ocorrência de um evento que deverá ter más consequências, mas que ainda não ocorreu. O **desafio** caracteriza-se pelo potencial de crescimento, isto é, o indivíduo acredita que é possível alcançar ou ultrapassar as dificuldades (Carver & Conner-Smith, 2010; Folkman & Lazarus, 1984). Tanto a ameaça como o desafio referem-se a situações futuras que geram incerteza, podendo ocorrer em simultâneo, embora um ou outro geralmente domine (Lazarus, 1999).

A **avaliação secundária** ocorre geralmente quando houve uma avaliação primária de dano, ameaça ou desafio; refere-se a um processo de avaliação das estratégias que podem ser utilizadas para lidar com as situações de stresse e assim, adaptar-se ao meio. Quanto mais a pessoa se sentir confiante nas suas capacidades de enfrentar e superar obstáculos e perigos, maior a probabilidade de se sentir desafiada em vez de ameaçada. Por outro lado, o oposto promove a ameaça dada a sensação de inadequação e/ou insegurança (Lazarus, 1999).

Por último, a **reavaliação**, como o nome indica, refere-se à avaliação do sucesso ou insucesso da tentativa de controlo da situação stressante. Caso a interpretação final da situação stressante for de sucesso, então num próximo encontro deixa de ser percebido como ameaçador. Por outro lado, se apreciação final for de insucesso, então a pessoa irá experienciar um nível de stresse superior em situações similares (Lazarus, 1999).

A analogia do baloiço apresentada por Lazarus ajuda a explicar as situações stressantes da relação pessoa-ambiente, que se baseia no equilíbrio de forças entre as exigências ambientais e os recursos psicológicos da pessoa para lidar com essas exigências (Figura 2). De um lado do baloiço, pesam as exigências ambientais e do outro os recursos pessoais e, se as primeiras forem muito superiores aos recursos da pessoa, dá-se uma relação stressante (Lazarus, 1999).



**Figura 2 - Analogia do Baloço**

**Fonte:** Lazarus (1999, p.59)

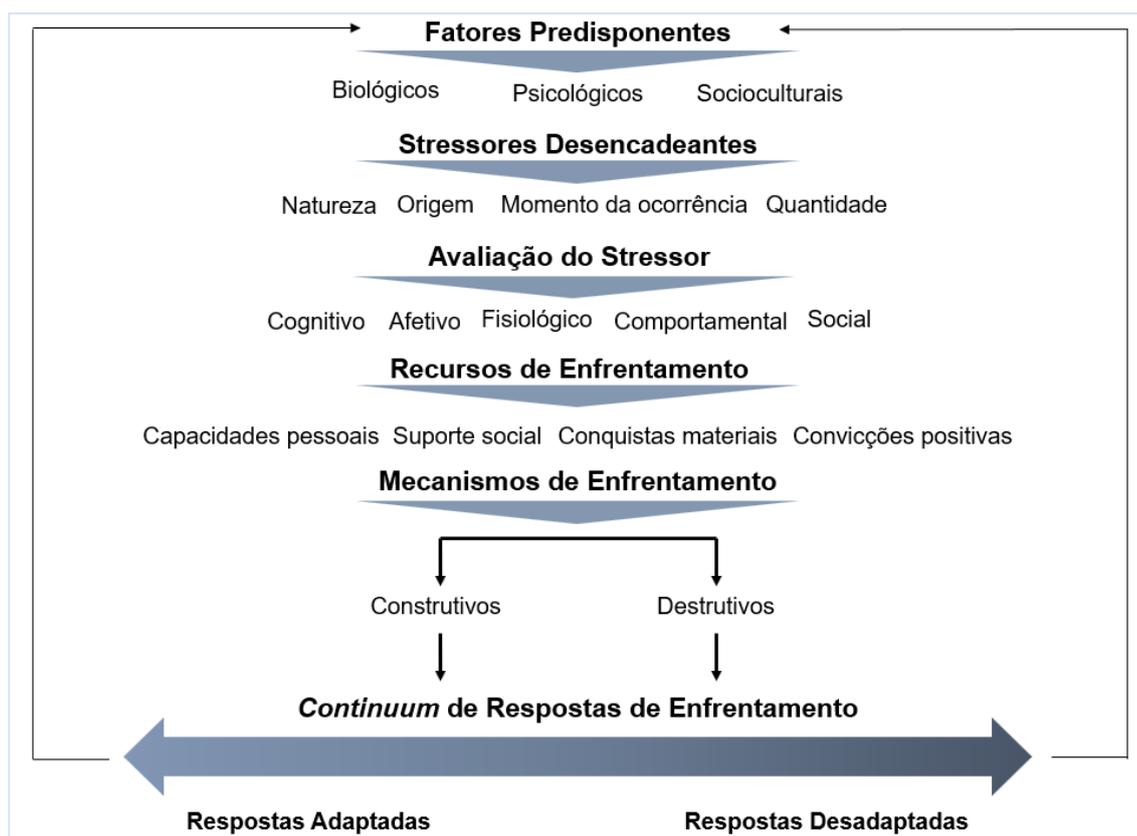
Lazarus e Folkman (1984) defendem que as estratégias variam de acordo com as características pessoais, a situação concreta e o momento da vida em que ocorre. Contudo, existem estratégias de *coping* que podem ser mais eficazes que outras, desde que sejam utilizadas no momento oportuno, pela pessoa adequada, tendo em conta a circunstância específica que induz stresse. No entanto, nem sempre determinada estratégia é eficaz em todos os tipos de circunstâncias e para todos os indivíduos (Lazarus, 2006). As estratégias de *coping* podem ser focadas no problema, quando o objetivo é alterar a relação entre a pessoa-ambiente ou podem ser focadas na emoção, quando o objetivo é alterar o significado dessa relação (Lazarus, 1999).

Para Lazarus (1999), a avaliação que o indivíduo faz dos acontecimentos indutores de stresse geram uma emoção que têm um significado próprio. Por conseguinte, as emoções experimentadas pelos indivíduos envolvidos num acontecimento podem ser as mesmas, similares ou totalmente diferentes. As suas histórias individuais têm influência na percepção e na escolha de estratégias para reagir aos acontecimentos (Lazarus, 2006). Mais do que qualquer outro processo psicológico, as emoções revelam o que é importante para o indivíduo, sendo um indicador do que está bem e mal. Se as coisas funcionam mal, o indivíduo tem tendência a experimentar emoções de ansiedade, raiva, culpa, vergonha e, cada uma destas emoções refletem um dano diferente ou uma ameaça. Se as coisas funcionam de forma positiva, o indivíduo vai reagir experienciando

emoções de alegria, orgulho e satisfação, sendo que estas emoções refletem um benefício pessoal ou uma sensação de desafio (Lazarus, 2006).

## 2.2. MODELO DE ADAPTAÇÃO AO STRESSE DE STUART

O Modelo de Adaptação ao Stresse de Stuart foi desenvolvido por Gail Stuart na década de 80, conferindo à prática do enfermeiro EESMP um cuidado abrangente, holístico e relevante para as necessidades da pessoa, família, grupos e comunidades (Stuart, 1998). A natureza holística da prática da enfermagem psiquiátrica examina todos os aspetos do indivíduo e do seu ambiente, uma vez que os **componentes biopsicossociais** específicos do modelo incluem: fatores predisponentes; stressores desencadeantes; avaliação do stressor; recursos de enfrentamento; mecanismos de enfrentamento (Stuart, 1998) (Figura 3).



**Figura 3** - Componentes Biopsicossociais do Modelo de Adaptação ao Stresse de Stuart

**Fonte:** Stuart (1998, p.103)

Os **fatores predisponentes** são considerados fatores condicionantes ou de risco que influenciam tanto o tipo quanto a quantidade de recursos que a pessoa é capaz de usar para lidar com o stresse. Estes podem ser de natureza biológica (história genética,

estado nutricional, etc), psicológica (personalidade, autoconceito, capacidades adaptativas e de resiliência, etc) e sociocultural (idade, gênero, escolaridade, etc) (Stuart, 1998).

Os **stressores desencadeantes** são descritos como estímulos percebidos pela pessoa como difíceis, perigosos ou desafiantes, levando à utilização de níveis elevados de energia e a um estado de tensão e stresse. Também estes podem ser classificados quanto à sua natureza biológica, psicológica e/ou sociocultural e podem ser de origem interna ou externa à pessoa. O momento da ocorrência de um stressor é um importante fator que deve ser avaliado, nomeadamente quanto à duração da exposição e frequência com que ocorreu. Além disso, é necessário avaliar a quantidade de stressores sujeitos à pessoa, pois quanto maior for a proximidade da ocorrência desses eventos dentro de um certo período de tempo, mais difícil se torna lidar com os mesmos (Stuart, 1998).

A **avaliação do stressor** deriva do significado único, da intensidade e importância atribuída pela pessoa a um dado evento tendo em conta o seu bem-estar. A avaliação cognitiva é um componente essencial que determina as respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas, comportamentais e sociais, exercendo assim um papel importante na mobilização das estratégias de enfrentamento e assim na capacidade de adaptação às situações (Stuart, 1998).

Stuart (1998) define três determinações cognitivas possíveis ao stresse: o dano/perda que já ocorreu; ameaça, ou o dano previsto ou futuro e; o desafio, cujo foco está no potencial ganho e crescimento em vez de em possíveis riscos. Em termos práticos, as pessoas que vêem as situações stressantes como um desafio têm maior probabilidade de suceder e de tirar vantagem das mesmas, resultando assim na redução do nível de stresse. As estratégias passivas, hostis, evasivas ou autodestrutivas, podem impedir o desaparecimento da origem do stresse (Stuart, 1998).

A resposta afetiva refere-se à emoção suscitada pela situação stressante, sendo a reação de ansiedade inespecífica/generalizada a resposta afetiva predominante, geralmente acompanhada de outras emoções como alegria, tristeza, raiva, etc; que por sua vez pode variar na duração e intensidade ao longo do tempo (Stuart, 1998).

As respostas fisiológicas resultam da ação e interação de inúmeras hormonas (epinefrina, vasopressina, entre outras) e neurotransmissores que conduzem a uma resposta fisiológica de “luta ou fuga” dada a estimulação do SNS e o aumento da atividade do sistema pituitário-adrenal. Esta resposta tem consequências ao nível do

sistema imunitário, afetando a capacidade do organismo de combater doenças (Stuart, 1998).

As respostas comportamentais são o reflexo das emoções, das manifestações fisiológicas bem como da apreciação cognitiva inerente à situação stressante (Stuart, 1998).

A resposta social é descrita em relação a três aspetos, designadamente: a procura de significado (a procura de informação e a compreensão do que está a acontecer à pessoa, permitindo-lhe racionalizar o seu problema e conseqüentemente planear estratégias de enfrentamento); a atribuição social (a identificação da causa ou dos fatores que estão na origem da situação podem interferir na resposta de enfrentamento, consoante as emoções despoletadas) e a comparação social (a pessoa faz comparações acerca das suas capacidades e habilidades com outras pessoas com problemas semelhantes) (Stuart, 1998).

A forma como a pessoa avalia os eventos, considerando os componentes cognitivos, afetivos, fisiológicos, comportamentais e sociais, deve ser um importante foco a considerar pelo enfermeiro EESMP pois permite uma compreensão holística da pessoa (Stuart, 1998).

Os **recursos de enfrentamento** dizem respeito às opções ou estratégias disponíveis e utilizadas pela pessoa, que a ajudam a estabelecer o que pode ser feito perante a situação stressante. Estes incluem as capacidades e habilidades pessoais tais como técnicas defensivas, habilidades sociais (facilitam a solução de problemas ao envolver outras pessoas, através da cooperação e o apoio), capacidade de resolução de problemas (capacidade de procurar informações, de identificar o problema, de ponderar alternativas e de implementar um plano de ação), conhecimento e inteligência (permitem que as pessoas tenham perspetivas diferentes de lidar com o stresse). O suporte social, ou seja, os relacionamentos da pessoa com a família, o grupo e a sociedade são um recurso crucial para fazer face a eventos stressores. As conquistas materiais, referem-se ao dinheiro, bens e serviços que a pessoa possui ou pode comprar, aumentando as opções para enfrentar as situações. Por último, as convicções positivas como a motivação e ter um bom conceito de si próprio pode potenciar sentimentos de esperança bem como sustentar a resposta de enfrentamento perante as mais adversas circunstâncias (Stuart, 1998).

Por último, os **mecanismos de enfrentamento** são descritos como sendo quaisquer esforços da pessoa para lidar com o stresse, constituindo um importante foco para a

intervenção de enfermagem em termos da prevenção primária. Stuart definiu três tipos de mecanismos de enfrentamento, designadamente:

- Centrados no problema: envolvem tarefas e esforços diretos para lidar com a ameaça em si (ex.: negociação, confronto e procura de aconselhamento);
- Com enfoque cognitivo: tentativa da pessoa controlar o significado do problema de modo a minimizá-lo/ neutralizá-lo (ex.: comparação positiva, ignorância seletiva, substituição de recompensas e desvalorização dos objetos desejados);
- Com enfoque na emoção: utilizados pela pessoa com objetivo de amenizar/moderar o seu sofrimento emocional (ex.: mecanismos de defesa de ego, como negação, supressão ou projeção) (Stuart, 1998).

Os mecanismos utilizados podem ser ainda considerados construtivos quando a ansiedade é tratada como um sinal de alerta e o indivíduo a aceita como um desafio para resolver o problema, levando ao crescimento, aprendizagem e à conquista de objetivos. Por outro lado, são considerados destrutivos quando aliviam a ansiedade sem resolver o conflito, mediante a evasão ou fuga, em vez de resolvê-la. Estes mecanismos bloqueiam o funcionamento da pessoa e impedem o crescimento, diminuem a autonomia e interferem no domínio do ambiente (Stuart, 1998).

### 2.3. STRESSE EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

A entrada no ensino de enfermagem requer dos estudantes várias transições que podem ser stressantes nesta população (Sequeira et al., 2013). McCarthy et al. (2018) referem-se a evidências que sugerem que o stresse pode ter nos estudantes de enfermagem um impacto cognitivo (estratégias de enfrentamento ineficazes, medo, ansiedade, preocupação e opressão), emocional (irritabilidade e exaustão, sensação de depressão, diminuição da autoconfiança, falta de concentração, perda de foco e motivação), fisiológico (palpitações, náuseas e vômitos, choro, irritabilidade e exaustão, tontura, transpiração e gaguez) e/ou comportamental (tempo limitado para se envolver em atividades de lazer e manter um equilíbrio entre vida profissional e pessoal).

Vários estudos demonstram que os estudantes de enfermagem são uma população que apresenta consideráveis níveis de stresse, especialmente no que reporta à realização de ensinamentos clínicos.

Em Portugal, no estudo de Firmino et al. (2018), com o objetivo de determinar a prevalência de stresse, ansiedade e depressão numa amostra de 253 estudantes de enfermagem portuguesas de 4 escolas de enfermagem, verificou-se que 45,1% da

amostra apresentou stresse elevado, sendo que 14,2% foi classificado como leve, 11,5% moderado, 13% severo e 6,3% extremamente severo.

Na investigação de Martins et al. (2017), objetivou-se identificar situações indutoras de stresse e *burnout* em estudantes de enfermagem nos ensinos clínicos. A amostra foi constituída por 236 estudantes de enfermagem, na qual se verificou um predomínio de 47,0% de stresse moderado. Verificaram-se índices de saúde baixos, com o bem-estar biopsicossocial da amostra em estudo afetado e elevados índices de stresse. As principais situações de stresse indicadas pelos estudantes foram: não controlar a relação com o utente; falta de competência; relação com supervisor e colegas; sobrecarga; e impotência e incerteza.

A nível internacional o estudo realizado por Labrague et al. (2018), cujo objetivo foi determinar o nível de stresse, as situações indutoras de stresse bem como as estratégias de *coping* em estudantes de diferentes países, designadamente Grécia, Filipinas e Nigéria. Os resultados indicam níveis moderados de stresse sendo a categoria das tarefas e carga de trabalho a principal fonte de stresse.

Outras investigações realizadas em diferentes países e que revelam moderados a elevados níveis de stresse são as de Ribeiro et al. (2020) realizada no Brasil; Smith e Yang (2017) na China; e Rathnayake e Ekanayaka (2016) no Sri Lanka, especificamente com níveis de stresse classificados como leve (18,5%), moderado (25,0%), severo (17,4%) e extremamente severo (21,7%). Na revisão sistemática de Li e Hasson (2020), que inclui estudos de diversos países, os resultados também apontam para altos níveis de stresse.

McCarthy et al. (2018) no seu estudo de revisão, com o objetivo de analisar a literatura acerca das fontes de stresse em estudantes de enfermagem, verificaram que as principais fontes de stresse se relacionavam com questões clínicas, académicas e financeiras, mas predominantemente do ambiente de prática clínica.

No que concerne ao **contexto académico**, identificaram-se como situações indutoras de stresse: salas de aula lotadas, aulas aborrecidas, horas teóricas intensivas, grande diversidade de aulas no mesmo dia e ser questionado pelos professores durante a aula. A preparação e a realização de exames, juntamente com a preocupação de obter notas baixas e/ou não passar nos exames, bem como o cumprimento de prazos, também foram percebidos como stressantes (McCarthy et al., 2018).

Relativamente aos stressores de origem **financeira**, estes foram mais evidentes em estudantes que nasceram fora do país de estudo, inclusive por terem de viver com finanças limitadas quando não eram elegíveis para subsídios, bolsas de estudo e/ou

empréstimos; entre outros. Para outros estudantes, o stresse financeiro refletiu-se em terem de trabalhar para fazerem face às exigências financeiras (McCarthy et al., 2018).

No que diz respeito ao stresse relacionado à **prática clínica**, os estudos apontam para o cuidado direto aos utentes como uma das principais fontes de stresse para os estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico, nomeadamente pelo medo em cometer erros ou causar danos aos utentes e por considerarem os seus conhecimentos limitados. Outras situações stressantes enumeradas incluíram o medo de contrair uma doença dos utentes, presenciar e/ou ser confrontado com experiências de vida difíceis e existenciais como dor, sofrimento, morte e/ou ansiedade aguda. Tudo isto foi percecionado pelos estudantes como tendo impacto na confiança dos mesmos aquando do cuidado aos utentes (McCarthy et al., 2018).

De acordo com Custódio, Pereira e Seco (2009), os estudantes de enfermagem em ensino clínico percecionam as situações relacionadas com a avaliação, os aspetos pessoais, a gestão e organização do tempo e do trabalho, como indutoras de maior stresse, seguindo-se as situações relacionadas com aspetos específicos da profissão de enfermagem e os fatores relacionados com a orientação em ensino clínico.

Por último, McCarthy et al. (2018), enumeram vários fatores de stresse inerentes às **relações** com colegas e professores em contexto de ensino clínico, tais como: sentir-se sem apoio, ignorado, indesejado, sentir-se rejeitado pelos enfermeiros da equipa, entre outros. Nalguns casos, os relacionamentos foram agravados pela falta de apoio emocional durante eventos agudos, como situações de emergência ou morte de um utente.

Em relação às características dos estudantes de enfermagem, note-se que é o **género** feminino o que evidencia maior vulnerabilidade ao stresse, inclusivamente em contexto de ensino clínico, apresentando significativamente mais manifestações de stresse (especialmente físicas e cognitivo-emocionais) comparando com o género masculino (predomínio de manifestações comportamentais) (Custódio et al., 2009).

No estudo de Firmino et al. (2018), verificou-se que a perceção de stresse dos estudantes de enfermagem do último **ano** era inferior em comparação com estudantes de anos anteriores. Os autores sugerem que tal se deve ao desenvolvimento de habilidades, comportamentos e da adaptação dos estudantes ao longo do curso de enfermagem, como resultado da socialização, domínio e experiência na área da enfermagem.

Por outro lado, no estudo de Custódio et al. (2009), verificou-se que foram os estudantes do 1º ano os que apresentaram uma menor perceção de situações indutoras de stresse

em ensino clínico comparativamente com os outros anos. Os autores sugerem que tal acontecimento pode estar relacionado com a duração do ensino clínico e com a instituição/serviço de ensino. Apesar disso, os estudantes do 2º ano foram os que apresentaram elevada percepção de situações indutoras de stresse comparado com o 3º e 4º ano.

Neste seguimento, Firmino et al. (2018), referem-se à **idade** como um preditor para a utilização de estratégias de *coping* pelos estudantes de enfermagem, isto é, os estudantes mais velhos têm mais capacidades em utilizar habilidades de enfrentamento mais eficazes do que os mais novos. Os autores sugerem que as experiências clínicas anteriores, a aquisição de mais conhecimentos e habilidades podem ter contribuído para uma maior eficácia nas estratégias de *coping* e por isso terem uma menor percepção de stresse (Firmino et al., 2018).

Os autores do estudo também verificaram que ser **trabalhador-estudante** e ser **casado** são fatores protetores ao stresse (Firmino et al., 2018).

Em síntese, são vários os fatores de stresse a que os estudantes de enfermagem estão sujeitos ao longo do percurso académico, especialmente no que reporta aos ensinamentos clínicos. A avaliação que é feita das situações e a percepção da adequação dos recursos de enfrentamento, vão determinar se o estudante se sente ou não em stresse. Por conseguinte, lidar construtivamente com as situações de stresse vai potenciar o crescimento pessoal e incrementar o desenvolvimento de capacidades de enfrentamento.

### 3. ANSIEDADE

Em termos históricos, já na mitologia da antiguidade clássica havia relatos de ataques de pânico e da presença de ansiedade como uma característica do quotidiano dos homens da Grécia Antiga (Coutinho, Dias, & Bevilaqua, 2013). Cícero (106-43 a.c.) fazia distinção entre *anxiētās*, como um estado de ansiedade contínuo (ansiedade-traço), e *angor*, como um estado de ansiedade momentâneo (ansiedade-estado) (Croqç como referido por Frota, Fé, Paula, Moura, & Campos, 2022). Relatos bíblicos indicam para a existência de sintomas de medo excessivo, devido ao distanciamento da relação com Deus (Coutinho et al., 2013).

No entanto, foi a partir do início do século XVII que o termo ansiedade começou a ser usado na literatura médica sobre doenças mentais. O conceito foi evoluindo e, no início do século XIX, surgiram as primeiras concepções psicossomáticas dos transtornos mentais. No final do mesmo século, o tratamento e estudo da ansiedade foram atribuídos à área da psiquiatria (Coutinho et al., 2013).

A ansiedade é uma emoção experienciada por toda a gente ao longo da vida (Costa et al., 2018). Baptista et al. (2005) referem-se à ansiedade como uma mistura de emoções que varia ao longo do tempo e conforme as situações que a desencadeiam, sendo por isso uma resposta vaga, imprecisa e difícil de definir.

Alguns autores consideram que a ansiedade é uma emoção complexa cuja emoção predominante é o medo (emoção básica) (Baptista, Carvalho, & Lory, 2005; Serra, 1989). Apesar da proximidade destes termos, vários autores procuram diferenciar estas emoções. O medo é uma resposta emocional desencadeada por uma ameaça óbvia e concreta (real ou percebida), resultando em sentimentos de apreensão e comportamentos de fuga ou evitamento (Baptista et al., 2005; Costa et al., 2018; Frota et al., 2022; Serra, 1989). Pelo contrário, a ansiedade é um estado emocional que resulta da antecipação de uma ameaça futura cuja origem é difícil de identificar uma vez que não há uma situação em concreto que a desencadeie (Baptista et al., 2005; Costa et al., 2018; Serra, 1989). Esta resposta emocional é acompanhada de tensão muscular, estado de vigilância e comportamentos de evitamento ou apreensão (Costa et al., 2018).

A ansiedade pode ser descrita como uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (*International Council of Nurses*, 2017); sentimento vago de desconforto e medo, acompanhado por uma resposta autonómica,

causado pela antecipação de um perigo (cuja origem é frequentemente inespecífica ou desconhecida para a pessoa) (Herdman & Kamitsuru como referido por Sequeira & Sampaio, 2020); estado de apreensão ou antecipação de perigos ou eventos futuros desfavoráveis, associado a sentimentos de preocupação, desconforto, ou sintomas somáticos de tensão (WHO como referido por Frota et al., 2022).

Trata-se de um sinal de alerta para perigos iminentes que permite à pessoa ficar atenta e adotar medidas para lidar com tais ameaças ou se adaptar a novas circunstâncias (Frota et al., 2022; Sequeira & Sampaio, 2020). Faz parte da vida natural do indivíduo, traduzindo-se num mecanismo adaptativo e transitório como forma de resposta a situações de stresse e que cursa com o aumento da atividade do SNS (Than como referido por Saraiva & Cerejeira, 2014). Desta forma, a ansiedade ajuda no desenvolvimento e desempenho da pessoa, promovendo a criatividade e a cooperação interpessoal (Cabrera & Sponholz como referido por Almeida, 2014).

No entanto, pode ocorrer de forma desajustada, quer pelo contexto, quer pela intensidade ou duração (Than como referido por Saraiva & Cerejeira, 2014), podendo interferir no desenvolvimento normal do indivíduo, afetando a sua autoestima, a interação com os outros, a memória e levando a uma maior vulnerabilidade e à perda de defesas físicas e psíquicas (Cabrera & Sponholz como referido por Almeida, 2014).

De acordo com Lima et al. (2020), a resposta neurológica à ansiedade dá-se através da hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e da alteração da atividade de neurotransmissores no Sistema Nervoso Central, uma vez que estimulam a libertação de adrenalina e cortisol pelas glândulas supra-renais. Isto resulta em manifestações autonómicas como palpitações, dispneia, tonturas, suores, sensações de calor e frio ou tremores (Baptista et al., 2005).

Segundo Correia (2014), a resposta à ansiedade dá-se em três eixos diferentes: o eixo fisiológico refere-se a sintomas somáticos ou físicos da ansiedade, como opressão torácica, dificuldade respiratória, sintomas vegetativos (boca seca, sudação, tremor, palpitações, taquicardia), náuseas, dor abdominal, cefaleias, entre outros; o eixo cognitivo diz respeito ao conjunto de pensamentos, ideias, crenças ou imagens que acompanham a ansiedade e se relacionam com possíveis perigos presentes ou futuros; e o eixo comportamental traduz-se na reação às cognições ansiosas podendo muitas vezes manifestar-se através de um comportamento evitante.

É possível ainda distinguir ansiedade de estado e de traço. A ansiedade como estado é causada por uma tensão específica, provocando reações emocionais desagradáveis, tais como sentimentos subjetivos de apreensão, nervosismo e preocupação,

intensificando a atividade do sistema nervoso autónomo. Por sua vez, ansiedade de traço é definido em termos das diferenças individuais e que são relativamente estáveis quanto à propensão para a ansiedade, isto é, diferenças inter-individuais na tendência para perceber situações como stressantes, perigosas ou ameaçadoras e na propensão para reagir a tais situações com elevações do estado de ansiedade mais frequentes e intensas (Cordeiro & Freire, 2009).

A ansiedade deixa de ser adaptativa e passa a ser patológica quando se torna excessiva e se prolonga para além de períodos apropriados, resultando em sofrimento ou prejuízo funcional importantes (Costa et al., 2018; Frota et al., 2022). De salientar que a experiência da ansiedade, pode ser categorizada em quatro níveis: leve, moderada, grave e pânico.

Assim, o termo pode ser utilizado no contexto de uma manifestação adequada a um estado afetivo; pode ser utilizado como um sintoma presente em inúmeras patologias, tanto do foro médico como psiquiátrico, ou relacionado com o consumo de substâncias e; pode ainda caracterizar um grupo de perturbações mentais (Frota et al., 2022; Pereira et al. como referido por Saraiva & Cerejeira, 2014). De entre estas enumeram-se: perturbação da ansiedade generalizada, perturbação da ansiedade de separação, perturbação da ansiedade social (fobia social), perturbação da ansiedade induzida por substâncias, perturbação da ansiedade atribuível a outra condição médica, perturbação da ansiedade com outra especificação / sem outra especificação, perturbação de pânico, agorafobia, fobia específica, stresse pós-traumático e mutismo seletivo (Correia, 2014). Assim, é importante o diagnóstico diferencial e a exclusão de potenciais patologias orgânicas (Pereira et al. como referido por Saraiva & Cerejeira, 2014).

Em termos epidemiológicos, a prevalência de transtornos de ansiedade em todo o mundo varia de 2,5 a 6,5% por país. Estima-se que 275 milhões de pessoas tenham sofrido um distúrbio de ansiedade em 2016, tornando-se o distúrbio de saúde mental ou de neurodesenvolvimento mais prevalente, no qual cerca de 62% (170 milhões) do sexo feminino em relação a 105 milhões de homens (Our World in Data, 2016).

Os dados da prevalência resultantes do último Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, mostra que as perturbações da ansiedade se destacam com 16,5% do total dos 22,9% das doenças psiquiátricas (DGS, 2014).

Relativamente ao tratamento das perturbações de ansiedade, Baptista et al. (2005), destacam a prescrição diferencial de fármacos (por exemplo: benzodiazepinas, antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptação da serotonina) e os tratamentos psicológicos que são particularmente eficazes: terapia comportamental (atua através da

modificação dos comportamentos relacionados com o medo, evitamento ou fuga, e da diminuição da ativação fisiológica) e terapia cognitiva (atua através da alteração dos conteúdos e dos padrões de pensamento relacionados com o medo, as interpretações catastróficas e a atenção). Geralmente, aplicam-se as duas componentes de forma integrada, passando a designar-se terapia cognitivo-comportamental (Baptista et al., 2005). Ao nível da intervenção do Enfermeiro EESMP, aborda-se com maior profundidade, no capítulo 5, a especificidade da sua intervenção para o diagnóstico de “ansiedade moderada/elevada”.

### 3.1. ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Os estudantes de enfermagem têm sido alvo de vários estudos no que diz respeito ao fenómeno da ansiedade, tanto no que se refere a abordagens quantitativas que medem a prevalência e gravidade deste sintoma e sua relação com outras variáveis; como a estudos de natureza qualitativa que procuram compreender esse fenómeno através da experiência da ansiedade percebida pelos estudantes. De acordo com Araújo et al. (2011), a ansiedade resulta de situações stressantes podendo interferir no desempenho dos estudantes de enfermagem, potenciando sentimentos de insegurança e opressão inerentes à especificidade do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE).

No estudo de Marchi, Bárbaro, Miasso e Tirapelli (2013), com o objetivo de avaliar a incidência de ansiedade, padrão de consumo de ansiolíticos e conhecimento sobre os mesmos em estudantes de enfermagem (n=308) de uma escola pública do Brasil (São Paulo), verificou-se que 34% apresentavam ansiedade leve, 24% moderada e 12% grave e que 16% consumiam ansiolíticos ou já tinham consumido nalgum momento da sua vida. Os autores do estudo salientam a importância da identificação e tratamento da ansiedade, especialmente quando encontrada em níveis elevados, dado que interfere com a qualidade de vida e com a formação da identidade do estudante.

Na investigação de Rathnayake e Ekanayaka (2016), realizada no Sri Lanka, objetivou-se examinar a depressão, ansiedade e stresse e fatores associados em estudantes de enfermagem (n=92). Relativamente à ansiedade, os resultados mostraram que 40,2% dos participantes apresentou níveis de ansiedade adequados, 21,7%, sintomas moderados e 16,3% sintomas extremamente graves. Também na investigação de Cheung et al. (2016) realizada em Hong Kong se verificou que 39,9% dos 661 estudantes de enfermagem em estudo apresentavam níveis moderados e extremamente graves de ansiedade.

No trabalho de Cruz et al. (2010), realizado numa escola superior de enfermagem, com o objetivo de avaliar o nível de ansiedade dos estudantes de enfermagem (107 estudantes do 4º ano) e identificar algumas variáveis que influenciam as manifestações comportamentais de ansiedade, constatou-se que 52,3% da amostra apresentou níveis moderados de ansiedade-traço e ansiedade-estado (Cruz et al., 2010).

Num outro estudo acerca da identificação dos fatores de ansiedade referidos por estudantes de enfermagem do 2º ano (327 estudantes de enfermagem a realizar ensino clínico pela primeira vez), verificaram-se níveis elevados de ansiedade, tanto na ansiedade-estado como na ansiedade-traço (Lourenço & Parreira, 2012).

Lourenço e Parreira (2012), indicam que se trata de uma amostra com elevados níveis de ansiedade (estado e traço) e, sugerem que os níveis elevados de ansiedade estado possam estar relacionados ao contexto de ensino clínico, à relação com os professores e/ou tutores, às exigências de aprendizagem e à falta de clareza no papel que desempenham no contexto de prática clínica. Sun et al. (2016), referem que elevados níveis de ansiedade durante a prática clínica afetam a saúde física e prejudicam o processo de aprendizagem, tendo em conta que impedem a atenção, a tomada de decisão e a capacidade cognitiva.

No que diz respeito às fontes de ansiedade identificadas pelos estudantes, diferentes estudos indicam que os momentos de avaliação em geral (Silva, 2014); a apresentação oral de trabalhos, dias anteriores a frequências, dia da frequência, duração dos ensinamentos clínicos (Cruz et al., 2010); a perceção dos professores como avaliadores e o primeiro ensino clínico em contexto hospitalar (Araújo et al., 2011), têm influência nos níveis de ansiedade. Cheung et al. (2016), verificaram correlações significativas entre a ansiedade e dieta desequilibrada, dificuldades financeiras, alterações do sono, ausência de atividades de lazer e a perceção de ter problemas de saúde mental.

Posto isto, Araújo et al. (2011), enumeram algumas manifestações de ansiedade identificadas por diversos autores nesta população, designadamente, angústia, taquicardia, distúrbios gastrointestinais, entre outras. Com relação à ansiedade face aos testes, os autores enumeram ainda: diferentes estados de medo, tensão, contração muscular, cefaleias, náuseas, e redução na capacidade de raciocínio (não fazendo, muitas vezes, jus às suas capacidades intelectuais e de inteligência). No estudo fenomenológico, levado a cabo por Sun et al. (2016), numa universidade de Taiwan, entrevistaram-se 15 estudantes de enfermagem (com manifestações de ansiedade) com o objetivo de explorar as experiências de ansiedade sentidas em relação ao seu primeiro ensino clínico. Os resultados evidenciaram três temas principais:

- ansiedade relativa ao primeiro ensino clínico: gerada por dúvida, preocupação e medo; dificuldade em lidar com o processo de aprendizagem; dificuldade em estabelecer relações terapêuticas com os utentes (devido ao sentimento de preocupação); impossibilidade em prever a progressão da doença dos utentes; e interações professor-aluno.
- 3 fases de reações de ansiedade: aumento da ansiedade antes da prática clínica; ansiedade exacerbada durante a prática clínica; e alívio da ansiedade após a prática clínica.
- comportamentos de enfrentamento: autorreflexão na preparação para a prática clínica; encontrar formas de alívio emocional; estratégias de distração; e lidar com as situações (Sun et al., 2016).

Os resultados deste estudo contribuem sobretudo para a consciencialização dos docentes, bem como, dos estudantes para esta problemática e para facilitar a preparação dos estudantes aquando do primeiro ensino clínico (Sun et al., 2016).

No que diz respeito a variáveis demográficas, estudos indicam que estudantes de enfermagem do sexo feminino apresentam níveis de ansiedade superiores quando comparados aos do sexo masculino (Cheung et al., 2016; Claudino & Cordeiro, 2006). Quanto à idade, também se verificou que os estudantes mais novos ou de anos curriculares mais baixos apresentaram níveis de ansiedade superiores comparando com estudantes mais velhos ou de anos curriculares mais avançados. Tal facto pode estar associado às estratégias de enfrentamento que os estudantes de enfermagem vão desenvolvendo ao longo do curso e, por isso, desenvolvem capacidades para lidar com situações ansiógenas (Cheung et al., 2016; Claudino & Cordeiro, 2006).

Em suma, os estudantes de enfermagem são um grupo de risco quanto à experiência de stresse e ansiedade, especialmente devido ao contexto de prática clínica (que ocorre em grande parte do CLE). O ensino clínico é um preditor de ansiedade nesta população (Araújo et al., 2011) que por sua vez interfere na atenção, bloqueia a compreensão e o raciocínio, diminuindo assim as habilidades intelectuais e o desempenho em geral (Marchi et al., 2013).

#### **4. TÉCNICAS DE RELAXAMENTO**

Nas últimas décadas, a utilização de técnicas de relaxamento para a gestão e tratamento de uma série de doenças e perturbações, tem vindo a expandir-se consideravelmente (Day, Eyer, & Thorn, 2014). O principal objetivo destas técnicas é induzir uma resposta psicofisiológica de relaxamento e, assim, reduzir a resposta ao stresse (Benson, Greenwood, & Klemchuk como referido por Day et al., 2014).

Algumas das mais conhecidas técnicas de relaxamento são: técnicas respiratórias, imaginação guiada, RMP, biofeedback, treino autogénico, hipnose e meditação. Estas abordagens constituem um tratamento comum para: hipertensão, síndrome do intestino irritável, cefaleias, dor crónica, insónia, ansiedade e depressão, entre muitos outros distúrbios. Apesar de divergirem nas suas bases teóricas e métodos de implementação, estas técnicas enfatizam o papel da pessoa cuidada como um participante ativo do seu próprio tratamento e representam uma base para o desenvolvimento de capacidades de enfrentamento (Day et al., 2014).

De acordo com Day et al. (2014), o relaxamento resulta de um processo fisiológico que equilibra a resposta do corpo ao stresse. Para tal, o hipotálamo regula a atividade dos dois ramos principais do sistema nervoso autónomo: o sistema nervoso parassimpático (SNP), que é responsável pela resposta de relaxamento, e o SNS, que produz a resposta ao stresse.

O National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH, 2016), acrescenta que o objetivo destas técnicas é o de produzir uma resposta natural de relaxamento do corpo, caracterizada por um padrão de respiração mais lento, pressão arterial mais baixa e uma maior sensação de bem-estar.

Neste capítulo, serão abordadas as técnicas de relaxamento utilizadas no Programa de Intervenção Terapêutico, designadamente a Respiração Diafragmática e o Relaxamento Muscular Progressivo.

##### **4.1. RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA**

A relação entre respiração e emoção é bidirecional, pois emoções específicas induzem padrões respiratórios e padrões respiratórios induzem emoções específicas. Os exercícios de respiração afetam as principais estruturas anatómicas e vias neuronais

envolvidas na regulação da emoção, atenção, percepção e solução de problemas. A respiração profunda aumenta a ativação do SNP, aumentando a plasticidade neuronal e alterando o processamento da informação, tornando-se possível o tratamento para transtornos psicológicos e stresse, reduzindo ansiedade, insónia e outros sintomas (Serafim, 2018).

Segundo Boiten et al. (como referido por Philippot, Chapelle, & Blairy, 2010) identificam-se quatro tipos de respiração relacionados ao estado emocional: a respiração rápida e profunda que está associada à excitação, como raiva, medo ou até alegria; a respiração rápida e superficial, típica de antecipação e tensão, incluindo concentração, medo e pânico; a respiração lenta e profunda observa-se frequentemente no estado de repouso e relaxado e; a respiração lenta e superficial que está associada a estados de abstinência e passividade, como depressão ou felicidade calma.

Quando uma pessoa sente ansiedade, o SNS é ativado de forma que a frequência cardíaca, a pressão arterial e a respiração aumentem. Enquanto, ao praticar técnicas de relaxamento de respiração profunda, é o SNP que funciona, diminuindo a atividade do SNS, de modo que a frequência cardíaca, a pressão arterial e a frequência respiratória diminuam dentro dos limites normais. Assim, existem alterações devido às técnicas de relaxamento de respiração profunda, como a diminuição na pressão sanguínea, frequência cardíaca, tensão muscular, melhora a forma física, aumenta a concentração e o processo de resolução de problemas melhorando a capacidade de lidar com stressores, sem se focar nos stressores e estar relaxado (Potter, Anne, Patricia, & Hall como referido por Ariga, 2019).

A RD é uma técnica de respiração que demonstrou ser eficaz na redução das percepções e sintomas de ansiedade. Consiste na contração do músculo do diafragma de forma a mobilizar o ar para a zona inferior dos pulmões, aumentando o comprimento do diafragma e a eficiência da respiração, tornando a expiração fácil e mais eficaz (Chen, Huang, Chien, & Chieng, 2016).

À semelhança do RMP, esta técnica traz inúmeras vantagens, nomeadamente pela abordagem não farmacológica, segurança, requisitos mínimos de espaço, facilidade de aprendizagem e de prática (Kim, Roth, & Wollburg como referido por Chen et al., 2016). Os exercícios respiratórios têm uma aplicação clínica benéfica no tratamento de transtornos psicológicos, com baixo risco e custo e também são eficazes para melhorar sintomas de comorbidades clínicas (Serafim, 2018).

Em suma, as práticas específicas de respiração são benéficas na redução dos sintomas de stresse, ansiedade, insónia, transtorno de stresse pós-traumático, transtorno

obsessivo-compulsivo, depressão, transtorno de déficit de atenção e esquizofrenia (Brown, Gerbarg, & Muench, 2013). Além disso, os exercícios de RD demonstraram aumentar a capacidade vital em pessoas com asma, insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica e reduzir os níveis de dor associados à enxaqueca e à recuperação de cirurgias (Chen et al., 2016).

#### 4.2. RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

Em termos históricos, a técnica de RMP foi desenvolvida pela primeira vez em 1938 por Edmund Jacobson. Em teoria, Jacobson construiu a sua abordagem do RMP com base na premissa fundamental de que, para atingir o relaxamento completo, a pessoa deve primeiro ser capaz de diferenciar entre as sensações musculares de tensão (isto é, fibras musculares encurtadas /contraídas) *versus* relaxamento (fibras musculares alongadas) (Day et al., 2014).

No seu formato original, o RMP exigia frequentemente a realização de mais de 100 sessões de terapia para se dominar a técnica. No entanto, este método original raramente é implementado na prática clínica na sua forma completa, não se verificando também nas pesquisas atuais. Joseph Wolpe (1958), adaptou o protocolo de Jacobson para desenvolver uma abordagem mais condensada e simplificada, na qual vários grupos musculares são submetidos ao treino de relaxamento simultaneamente. Wolpe incluiu sugestões terapêuticas para criar uma forte tensão em grupos musculares direcionados, seguida pela libertação dessa tensão, argumentando que esse procedimento ajudaria as pessoas a discriminar a tensão muscular do relaxamento muscular. Bernstein e Carlson (1993), mais tarde rotularam essa técnica de ciclo de libertação de tensão. Em 1987, Öst usou o RMP como base para um protocolo de relaxamento breve e padronizado denominado relaxamento aplicado, que integra várias teorias de relaxamento para o desenvolvimento de habilidades de relaxamento rápidas e confiáveis em utentes (Day et al., 2014).

Assim, o RMP é um método amplamente usado para reverter o processo de tensão muscular esquelético prolongado e elevado e, para aliviar a ansiedade e o stresse. Uma das grandes vantagens do RMP na prática clínica, é que se trata de um método não farmacológico e complementar de relaxamento muscular profundo, com base no princípio de que a tensão muscular é a resposta psicológica do corpo aos pensamentos que provocam ansiedade.

A razão para a redução da ansiedade, após a realização da técnica de relaxamento, deve-se ao equilíbrio entre os núcleos hipotalâmicos anterior e posterior que, através da

redução da atividade do SNS, evita os efeitos colaterais do stresse e da ansiedade e aumenta o relaxamento tanto no corpo como na mente (Harorani, Davodabady, Masmouei, & Barati, 2020). Por sua vez, o relaxamento consiste em respostas complexas nos níveis motor, visceral e comportamental. As respostas motoras e viscerais envolvem a contração/tensão de um grupo de músculos enquanto se inspira, mantendo a tensão por um curto período e, de seguida a libertação/relaxamento dos músculos enquanto se expira (Vickers & Zollman, 1999). As respostas comportamentais envolvem a observação, discriminação e verbalização das mudanças existentes no sistema neuromuscular, permitindo o desenvolvimento de habilidades de libertação/relaxamento consciente de tensão, levando a que esse efeito de aprendizagem se generalize para os restantes grupos musculares (Jacobson, 1976; Vickers & Zollman, 1999). Desta forma, o RMP permite que tanto o corpo como a mente resultem num estado de alívio profundo de tensão e ansiedade (Harorani et al., 2020).

Na prática clínica, o RMP foi padronizado pela primeira vez por Bernstein e Borkovec (1973) e atualizado por Andrasik (1986). O RMP básico ensina a pessoa a envolver-se numa série de ciclos de libertação de tensão, em que cada fase de tensão dura aproximadamente 5 a 7 segundos e, cada fase de libertação / relaxamento dura cerca de 20 a 30 segundos. A sequência de grupos de músculos efetua-se das mãos para a cabeça e posteriormente para os pés e, quando a pessoa atinge a sensação de relaxamento total num determinado grupo muscular, deve prosseguir para o próximo grupo de músculos. Geralmente, são necessários um a dois ciclos de libertação de tensão por grupo muscular para a pessoa sentir relaxamento completo nesse grupo, podendo, no entanto, serem necessárias mais repetições (Day et al., 2014).

Na versão original de Jacobson, o RMP abrange o maior número de grupos musculares, em que a contração e relaxamento é realizada em 16 grupos musculares. Como referido anteriormente, Wolpe adaptou-o para o uso na dessensibilização sistemática em 1948 e, Bernstein e Borkovec em 1973, estudaram ajustes à técnica para se adequar à gestão do stresse, abreviando a versão original para 7 e 4 grupos musculares.

A ordem na qual os grupos musculares são contraídos e relaxados é apresentada de seguida na versão extensa de 16 grupos musculares e nas versões abreviadas de 7 e 4 grupos musculares, respetivamente (McCallie, Blum, & Hood, 2006):

- **16 grupos musculares:** 1) mão e antebraço dominantes; 2) bíceps dominantes; 3) mão e antebraço não dominantes; 4) bíceps não dominantes; 5) testa; 6) parte superior das bochechas e nariz; 7) bochechas e maxilares inferiores; 8) pescoço e garganta; 9) peito, ombros e parte superior das costas; 10) região

abdominal; 11) coxa dominante; 12) parte inferior da perna dominante; 13) pé dominante; 14) coxa não dominante; 15) parte inferior da perna não dominante; 16) pé não dominante.

- **7 grupos musculares:** 1) mão e braço direitos; 2) mão e braço esquerdos; 3) rosto; 4) ombros e pescoço; 5) tórax, costas e barriga; 6) perna direita; 7) perna esquerda.
- **4 grupos musculares:** 1) mãos e braços; 2) rosto, pescoço e ombros; 3) peito, costas e barriga; 4) ambas as pernas.

O RMP é uma das técnicas de relaxamento amplamente utilizadas para o alívio do stresse e ansiedade (Vickers & Zollman, 1999), com efeitos benéficos nos problemas de ansiedade e depressão, bem como na potencialização de sentimentos de autocontrolo e da capacidade de enfrentamento de situações stressantes (Melo-Dias, Lopes, Cardoso, Bobrowicz-Campos, & Apóstolo, 2019).

No estudo de Harorani et al. (2020), procurou-se investigar o efeito do relaxamento na qualidade do sono e ansiedade em utentes queimados. Neste estudo os participantes aprenderam a contrair e relaxar os músculos regularmente, bem como a identificar sintomas de stresse, alcançando assim o estado de relaxamento. A eficácia deste método de relaxamento verificou-se no alívio dos sintomas, nomeadamente na melhoria da qualidade do sono e na redução do nível de ansiedade.

Numa recente revisão sistemática da literatura (RSL), na qual foram incluídos 5 ensaios clínicos randomizados com 216 adultos com esquizofrenia (sem sintomatologia positiva ativa), verificou-se um aumento do bem-estar nos participantes, bem como uma diminuição significativa do estado de ansiedade. Com esta revisão concluiu-se que o relaxamento é um método que pode ser usado pelos profissionais de saúde para reverter o processo de tensão muscular prolongada e para aliviar a ansiedade, tendo em conta que nos 5 estudos incluídos, a ansiedade diminuiu significativamente. Os autores desta RSL consideram otimistas os resultados obtidos acerca da redução da ansiedade-estado e da melhoria do bem-estar, relativamente à eficácia do RMP em adultos com esquizofrenia (Melo-Dias et al., 2019).

São vários os estudos que mostram evidências de que o RMP é uma das terapias mais eficazes para distúrbios psicológicos, nomeadamente na ansiedade (Conrad & Roth, 2007; Godbey & Courage, 1994; Şahin & Dayapoğlu, 2015; Torabizadeh, Bostani, & Yektatalab, 2016), depressão (Lolak, Connors, Sheridan, & Wise, 2008) e na dor resultante de condições físicas associadas ao stresse (Emery, France, Harris, Norman, & VanArsdalen, 2008).

Num estudo realizado por Parás-Bravo et al. (2018), cujo objetivo foi determinar se a prática da técnica de relaxamento de Jacobson reduz o consumo de medicamentos psicotrópicos e analgésicos numa amostra de utentes com cancro, evidenciou-se que 97,24% dos participantes relataram melhoria nos níveis de ansiedade e que o treino do RMP ajudou a reduzir o consumo de drogas psicotrópicas e analgésicas (Parás-Bravo et al., 2018).

Ademais, o RMP é eficaz na redução dos sinais mentais e fisiológicos de stresse numa variedade de populações, desde estudantes universitários (Dolbier & Rush, 2012), utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (Chegeni et al., 2018), utentes queimados (Harorani et al., 2020), utentes odontológicos (Park, Yim, & Lee, 2018), utentes com ressecação pulmonar (Aksu, Erdogan, & Ozgur, 2018), pais de crianças hospitalizadas com doenças malignas (Tsitsi, Charalambous, Papastavrou, & Raftopoulos, 2017), utentes submetidos a cirurgia (Hasanpour-Dehkordi, Solati, Tali & Dayani, 2019), mulheres submetidas a mastectomia radical (Zhou et al., 2014), enfermeiros (Zarbakhsh & Raisi, 2018) e utentes internados com doença mental grave (Melo-Dias et al., 2019).

No estudo de Torabizadeh et al. (2016), realizado com 150 estudantes de enfermagem, objetivou-se comparar os efeitos do método de relaxamento muscular com o método de grupo de suporte, verificando-se que ambos os métodos tiveram impacto significativo nos níveis de ansiedade dos estudantes. No entanto, uma comparação dos *scores* médios de ansiedade total, revelou que o relaxamento muscular foi mais eficaz do que o grupo de apoio na redução dos níveis de ansiedade nos estudantes.

A técnica de RMP tem sido usada para o tratamento de uma variedade de transtornos, incluindo fobias específicas, transtorno do pânico, cefaleia, dor, epilepsia e zumbido (Day et al., 2014). É particularmente eficaz para transtornos de ansiedade, especialmente transtorno de ansiedade generalizada, para o qual mostra efeitos de tratamento equivalentes à terapia cognitivo-comportamental a curto prazo (Dugas et al., 2010).

Carlson e Hoyle (1993), encontraram evidências da eficácia do RMP num vasto conjunto de condições de saúde, incluindo enxaqueca crónica e cefaleia tensional, zumbido, sintomas de quimioterapia em doentes oncológicos, hipertensão, depressão, dor cervical, lombalgias, stresse e outros. McCallie et al. (2006), também encontraram suporte empírico para o uso do RMP na insónia, cefaleia, ansiedade, depressão e angústia em utentes com cancro, síndrome do intestino irritável, dor de artrite, mas não para doença pulmonar obstrutiva crónica ou dor cervical crónica.

Por outro lado, Chegeni et al. (2018), também mostraram que o relaxamento reduz a fadiga e melhora a qualidade do sono em utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. O relaxamento também tem sido eficaz na intensidade da dor pós-cesariana e na qualidade do sono segundo Ismail e Elgzar (2018). No estudo de Gao, Curtiss, Liu e Hofmann (2018), mostrou-se que o relaxamento reduz o stresse e melhora o bem-estar e, na investigação de Aksu, Erdogan e Ozgur (2018), o RMP melhorou a qualidade do sono de utentes com resseção pulmonar. Além disso, segundo o estudo de Park, Yim e Lee (2018), esta técnica alivia a tensão e ansiedade em utentes odontológicos.

Os resultados de estudos realizados para investigar o efeito do RMP sobre o nível de ansiedade, mostraram eficácia em estudantes submetidos a exames de simulação clínica (Carver & O'Malley, 2015), pais de crianças hospitalizadas com doenças oncológicas (Tsitsi et al., 2017), mulheres com cancro de mama após mastectomia radical (Zhou et al., 2014) e em utentes submetidos a cirurgia (Hasanpour-Dehkordi et al., 2019).

Em suma, a aplicação desta técnica é recomendada para várias situações, como dor, stresse, depressão e outras perturbações do sono e ansiedade (Harorani et al., 2020).

Considera-se esta técnica como uma ferramenta útil para os profissionais de saúde com características benéficas na sua utilização, nomeadamente: ser de fácil aprendizagem e a sua prática promover distração, alívio da tensão e das contrações musculares, redução do stresse e ansiedade, melhoria da qualidade do sono e diminuição da sensibilidade à dor e fadiga (Wang, He, Wang, Liu, & Tang, 2012); não necessita de ser feito num tempo e local específicos, não requer tecnologia e equipamentos especiais e fortalece a relação profissional de saúde-utente (Harorani et al., 2020) e; é uma técnica não invasiva e de baixo custo, com resultados psicológicos positivos (Torabizadeh et al., 2016).



## 5. RELEVÂNCIA E INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NA PREVENÇÃO DO STRESSE E ANSIEDADE NO ENSINO SUPERIOR

Para um melhor entendimento acerca da relevância do enfermeiro EESMP no ensino superior importa abordar neste capítulo conceitos importantes como a saúde mental, sendo esta parte integrante da saúde. Nesta linha, também é explanado o conceito de doença mental e discutida a sua prevalência e repercussões ao nível socioeconómico.

A saúde mental é, segundo a WHO (2018), uma dimensão positiva e que faz parte do conceito geral de saúde. Em sentido lato, pode dizer-se que há **saúde** quando se verifica o desenvolvimento ótimo da pessoa no contexto em que se insere, tendo em conta múltiplas variáveis de natureza biológica, psicológica, social, cultural e ecológica (Sequeira & Sampaio, 2020).

Ter **saúde mental** não é simplesmente a ausência de doença, perturbações mentais ou alterações do comportamento (Sequeira & Sampaio, 2020), mas antes definida como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as suas próprias capacidades, pode lidar com o stresse normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere” (WHO, 2018). Esta é influenciada pelos fatores biológicos, individuais, familiares e sociais e pelos fatores económicos e ambientais de cada pessoa (WHO, 2018).

Por outro lado, a **doença mental** é uma situação patológica na qual a pessoa apresenta distúrbios na sua organização mental. É um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biopsicológicos e socioculturais, implicando na pessoa doente, a incapacidade de exercer os seus papéis sociais (familiares, laborais e/ou comunitários) (Sequeira & Sampaio, 2020).

Sabe-se que as doenças mentais têm repercussões significativas nos sistemas económico, social, educativo, penal e judicial. Facto disso é que a doença mental custa à União Europeia cerca de 3 a 4% do Produto Interno Bruto, sobretudo devido à perda de produtividade, são exemplos a reforma antecipada e as pensões por invalidez (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

Em Portugal, a prevalência anual de perturbações psiquiátricas é de 22,9%, isto é, mais de um quinto dos portugueses sofrem de uma doença mental. As perturbações

predominantes são as da ansiedade e do humor com uma percentagem de 16,5% e 7,9%, respetivamente (Almeida & Xavier, 2013).

No estudo de Sequeira et al. (2013), relativamente aos estudantes de enfermagem de uma escola de enfermagem do norte de Portugal, verificou-se que 59,3% dos estudantes referiram sentir tristeza, 65% ansiedade e preocupação e 61,4% depressão. Estes dados e de outros estudos são preocupantes, revelando necessidade de intervenção ao nível da prevenção de problemas de ansiedade e depressão, e da promoção da saúde mental dos estudantes de enfermagem, relativamente à melhoria da autoestima, da autonomia e do desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas (Sequeira et al., 2013).

De acordo com os autores, a monitorização deste problema deve ser uma prioridade das instituições de ensino superior, de modo a proporcionar uma resposta precoce e adequada a todos os estudantes. Além disso, importa sensibilizar os estudantes para a importância da sua saúde mental, incentivando-os a desenvolverem formas adaptativas de lidar com a ansiedade e integrando no seu quotidiano práticas promotoras de saúde mental, como o exercício físico, alimentação adequada, sono reparador e evitando o abuso de substâncias (Sequeira et al., 2013).

## 5.1. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL SEGUNDO A CIPE

A área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) é uma especialidade que se insere na disciplina e profissão de enfermagem. Além das competências inerentes à profissão de enfermagem de cuidados gerais, o enfermeiro especialista em ESMP detém mais conhecimentos, maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e igualmente de variedade de intervenções (OE, 2015). Isto confere-lhe uma prática mais autónoma, que lhe permite compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental da pessoa assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (OE, 2018).

De acordo com o Regulamento n.º 356/2015 acerca dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental,

A especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas,

psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução. (p. 17034, OE, 2015)

As competências específicas do enfermeiro especialista em ESMP são descritas pelo Regulamento n.º 515/2018, onde se lê que são as competências de âmbito psicoterapêutico que conferem ao enfermeiro especialista em ESMP a capacidade de desenvolver um juízo clínico singular, que se evidencia numa prática clínica diferente de outras áreas de especialidade. Este tem como foco a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, como também o diagnóstico e intervenção nas respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradoras de sofrimento, alteração ou doença mental (OE, 2018).

Dado o contexto desta investigação, são apresentados infra os diagnósticos stresse e ansiedade e respetivas intervenções de enfermagem de saúde mental conforme apresentado pelo Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Além disso, será espelhado o modelo sugerido para a conceção de um Programa de Intervenção (OE, 2019).

- **Stresse moderado ou elevado**

O stresse é definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) 2015 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 86) como:

sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.

**Quadro 1** - Dados obrigatórios e opcionais para a definição do diagnóstico stresse (moderado ou elevado) e respetivo conjunto de intervenções

<b>Dados Obrigatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Verbaliza stresse relacionado com evento stressante</li><li>- Manifesta sinais e sintomas de stresse (Escala de Perceção de Stresse)</li><li>- Interferência do stresse nas atividades de vida diária</li><li>- Potencial da pessoa para gerir o stresse</li></ul>
<b>Dados Opcionais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Valor Questionário de Vulnerabilidade ao Stresse (QVS)</li><li>- Indicador NOC de Resultado para Nível de Stresse</li></ul>
<b>Intervenções</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ensinar Sobre Stresse (inclui Informar Sobre Recursos Comunitários)</li><li>- <u>Executar Apoio Emocional</u></li><li>- <u>Executar Intervenção Psicoeducativa</u></li><li>- <u>Executar Escuta Ativa</u></li><li>- <u>Executar Relação de Ajuda</u></li><li>- <u>Executar Técnica de Relaxamento</u></li><li>- <u>Instruir sobre Estratégias de Resolução de Problemas</u></li><li>- Instruir Sobre Estratégias de Redução do Stresse</li><li>- Vigiar Níveis de Stresse</li></ul>

Nota: As intervenções apresentadas a sublinhado referem-se a intervenções de enfermagem específicas do enfermeiro EESMP.

- **Ansiedade moderada ou elevada**

Na versão 2015 da CIPE, a ansiedade é descrita como uma “emoção negativa: sentimento de ameaça; perigo ou angústia” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 40). Já na CIPE versão 2 a ansiedade é definida como:

um tipo de Emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autosegurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula. (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 47)

De salientar que a definição deste diagnóstico implica necessariamente o comprometimento do Autocontrolo Ansiedade.

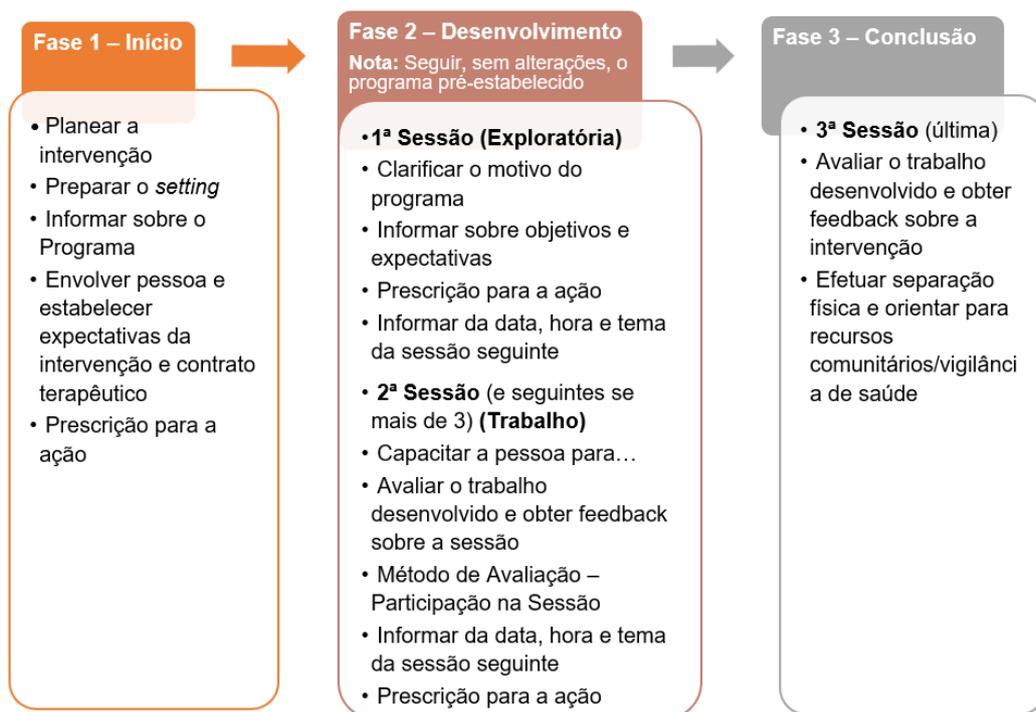
**Quadro 2** - Dados obrigatórios e opcionais para a definição do diagnóstico ansiedade (moderada ou elevada) e respetivo conjunto de intervenções

<b>Dados Obrigatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalização de ansiedade</li> <li>- Manifestação de sinais e sintomas de ansiedade</li> <li>- A ansiedade tem repercussões na funcionalidade da Pessoa</li> <li>- Potencial da pessoa para o autocontrolo ansiedade</li> </ul>
<b>Dados Opcionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valor da Escala de Ansiedade Hospitalar (indicador NOC Nível + Autocontrolo da Ansiedade)</li> <li>- Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade</li> </ul>
<b>Intervenções</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar Sobre Estratégias de Redução da Ansiedade</li> <li>- <u>Executar Apoio Emocional</u></li> <li>- Executar Escuta Ativa</li> <li>- <u>Executar Relação de Ajuda</u></li> <li>- <u>Executar Técnica de Relaxamento (especificar técnica)</u></li> <li>- <u>Instruir sobre Estratégias de Resolução de problemas</u></li> <li>- <u>Treinar Técnica de Autocontrolo</u></li> <li>- <u>Treinar Técnica de Relaxamento</u></li> <li>- Vigiar Ansiedade (inclui o Autocontrolo da Ansiedade)</li> </ul>

*Nota:* As intervenções apresentadas a sublinhado referem-se a intervenções específicas do enfermeiro EESMP.

Sequeira e Sampaio (2020), sugerem também como intervenções principais o incentivo da pessoa na promoção de hábitos de vida saudáveis, tais como a diminuição do consumo de café e/ou álcool, a manutenção de uma alimentação saudável, sono e repouso adequados, a prática de exercício físico regular e a dedicação a passatempos prazerosos.

Por último, dada a necessidade da criação e implementação de programas e projetos de promoção da saúde mental nas instituições de ensino, nomeadamente ao nível do stresse e ansiedade, apresenta-se de seguida o modelo sugerido, com linhas orientadoras, para a conceção de um Programa de intervenção.



**Figura 4** - Modelo sugerido para um Programa - Conjunto alargado de intervenções pontuais ou psicoterapêuticas

**Fonte:** OE (2019, pp.44-45)

## **PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**



## **6. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

Segundo Fortin (2009), a metodologia é o conjunto de métodos e técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação científica, sendo definida como um meio para atingir os objetivos que acompanham a investigação, facilitando a sua organização.

Neste capítulo apresentam-se as seguintes componentes metodológicas: questão de investigação, objetivos de estudo, população e amostra, instrumentos de recolha de dados, recolha de dados, variáveis dependentes e independentes, hipóteses de investigação, desenho de investigação, análise e tratamento de dados e procedimentos éticos.

### **6.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO**

A questão de investigação é um enunciado interrogativo e preciso que permite inferir o tipo de resultado pretendido com a investigação, relacionado com uma ou mais variáveis numa determinada população (Fortin, 2009).

A questão de investigação definida para este estudo é: Qual a eficácia do Programa de Relaxamento Muscular Progressivo “Aprender a Relaxar” na redução do stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem, seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar?

### **6.2. OBJETIVOS DE ESTUDO**

Um objetivo é um enunciado declarativo que delimita e precisa a orientação da investigação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão (Fortin, 2009). Desta forma, formularam-se os seguintes objetivos geral e específicos:

#### **Objetivo geral**

- Avaliar a eficácia do Programa de Relaxamento Muscular Progressivo “Aprender a Relaxar” na redução do stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar.

#### **Objetivos específicos**

- Avaliar as características dos participantes;
- Conceber o Programa de Relaxamento Muscular Progressivo: “Aprender a Relaxar”

- Implementar o Programa de Relaxamento Muscular Progressivo “Aprender a Relaxar” em estudantes de enfermagem que recorrerem ao Serviço de Saúde Escolar;
- Avaliar a aplicação do Programa de RMP “Aprender a Relaxar”
- Avaliar os níveis de ansiedade no final de cada sessão;
- Avaliar os níveis de stresse e ansiedade antes e após a implementação do Programa e no *follow-up* (4 semanas após);
- Comparar os níveis de stresse e ansiedade antes e após a implementação do Programa e no *follow-up* (4 semanas após)

### 6.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo é o conjunto dos elementos da população que têm características em comum as condições e variáveis consideradas no problema (condições de elegibilidade), e para o qual se pretende fazer generalizações. Por sua vez, a amostra é o subconjunto representativo da população alvo (Fortin, 2009).

A população em estudo são estudantes do ensino superior de enfermagem com manifestações de ansiedade. O estudo foi realizado numa amostra por conveniência, de 7 estudantes de todos os anos da licenciatura em enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem, seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar da respetiva instituição.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

#### **Inclusão**

- Estudantes de enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem com manifestações de ansiedade e em acompanhamento da consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar, que aceitem participar no estudo;

#### **Exclusão**

- Idade superior a 23 anos;
- Uso de medicação ansiolítica e/ou antidepressiva.

### 6.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Neste estudo foram utilizados diversos instrumentos de recolha de dados:

- Questionário de colheita de dados
- Escala de Perceção de Stresse

- Questionário de Autoavaliação de Ansiedade de Zung
- Escala Numérica de Ansiedade (0-10)
- Questionário de Avaliação do Programa

O **Questionário de Colheita de Dados (Apêndice I)** inclui questões sobre género, idade, local de residência e se é deslocado(a) da residência habitual no período letivo, ano de escolaridade da licenciatura de enfermagem, profissão e questões sobre toma de medicação psiquiátrica.

### **Escala de Perceção de Stresse**

A EPS foi desenvolvida por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983) que é, segundo os autores, uma medida global de stresse tendo em conta que avalia o grau em que um indivíduo aprecia as suas situações de vida como stressantes. A versão original da escala é formada por 14 itens, mas existem duas versões reduzidas, uma de 10 itens e outra de 4 itens (Pais-Ribeiro & Marques, 2009).

A versão de 14 itens foi traduzida e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Marques (2009), no entanto um dos itens da escala foi retirado por exibir propriedades métricas muito fracas, ficando reduzida a 13 itens, sendo esta a versão utilizada neste estudo (**Anexo I**).

Segundo Cohen et al. (como referido por Pais-Ribeiro & Marques, 2009), trata-se de uma escala unidimensional e a nota global resulta da soma dos valores atribuídos a cada item. As respostas são dadas numa escala do tipo *likert* de cinco opções, acerca da frequência com que determinados sentimentos ou pensamentos ocorreram, variando entre “nunca” e “muitas vezes” (classificado entre 0 e 4). Alguns itens (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 12) são formulados pela positiva (itens positivos) e os restantes pela negativa (itens negativos), sendo que a nota total resulta da soma dos valores dos 13 itens, revertendo a cotação dos itens positivos de forma que a uma nota mais elevada corresponda maior stresse.

Neste estudo a análise da consistência interna do conjunto de 13 itens que compõem a EPS, feita no momento da avaliação inicial, revelou um valor de 0,932 através do coeficiente alfa de Cronbach, superior ao estudo de validação da escala para a população portuguesa de Pais-Ribeiro e Marques (2009), cujo valor obtido foi de 0,88. Segundo Pais-Ribeiro (2010), o valor do coeficiente varia de 0,00 a 1,00, sendo que valores acima de 0,80 indicam boa consistência interna.

### **Questionário de Autoavaliação de Ansiedade de Zung**

O QAA foi desenvolvido por Zung (1975) e representa um instrumento de autoavaliação dos quatro componentes da ansiedade: cognitivo, motor, vegetativo e sistema nervoso central, de 5, 4, 9 e 2 itens pela respetiva ordem. A escala avalia a ansiedade estado e consiste em 20 itens baseados nos sinais e sintomas mais característicos das manifestações de ansiedade, com uma tipologia de resposta *likert* e com quatro opções de resposta: “nenhumas ou raras vezes”, “algumas vezes”, “uma boa parte do tempo” e “a maior parte ou a totalidade do tempo”, sendo atribuída a cada resposta um valor de 1 a 4 de menos para o mais ansioso (Ponciano, Serra, & Relvas, 1982).

A pontuação da escala varia entre 20 e 80, sendo que quanto maior a pontuação total da escala, maior é o nível de ansiedade da pessoa. Ponciano et al. (1982), sugerem que valores acima de 37 indicam uma forte suspeita para a existência de ansiedade, enquanto valores acima de 40 indicam a certeza de determinada pessoa pertencer a uma população doente.

O QAA foi validado para a população portuguesa por Ponciano et al. (1982) (**Anexo II**), que consideraram como um bom instrumento discriminativo entre a população saudável e uma população de indivíduos com ansiedade. Segundo os autores, o QAA tem uma boa validade, fidedignidade e discriminação. No estudo de validação do instrumento para a população portuguesa de Serra, Ponciano e Relvas (1982) o estudo da consistência interna foi realizado pelo método de metade-metade ( $r = 0,614$ ) e pelo método par-ímpar ( $r = 0,625$ ), revelando segundo os autores uma consistência interna muito elevada, boa homogeneidade e assim boa capacidade de medição do mesmo atributo. No presente estudo obteve-se um alfa de Cronbach de 0,936, revelando uma boa consistência interna do QAA.

A **Escala Numérica de Ansiedade (0-10)** avalia a perceção da pessoa acerca do seu nível de ansiedade, considerando 0 - “sem ansiedade” e 10 “máximo de ansiedade sentida”. É um instrumento de cariz subjetivo em que é classificada a perceção do participante sobre o seu nível de ansiedade no pré e pós treino de RMP.

Por último, o instrumento utilizado para a avaliação da satisfação do Programa consistiu num **Questionário de Avaliação do Programa (Apêndice II)** construído para avaliar a satisfação dos participantes relativamente a: conteúdos programáticos, profissional de saúde, organização, metodologia *online*, resultados/expectativas, avaliação global, ganhos obtidos e eventuais críticas/ sugestões a indicar.

## 6.5. RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi realizada no ano letivo 2020/2021, no período compreendido entre 15 de março a 21 de maio de 2021. Recorreu-se à plataforma *Google Forms* para criar formulários *online* e enviar o respetivo *link* aos participantes nas sessões *zoom*.

Foram realizados três momentos de avaliação principais do Programa “Aprender a Relaxar”: avaliação inicial - no início da primeira sessão; avaliação final - no final da última sessão; *follow-up* - 4 semanas após o término do Programa.

Como se pode observar no quadro 3, nos três momentos de avaliação foram aplicados a EPS e o QAA. Na avaliação inicial utilizou-se também o Questionário de Colheita de Dados e na avaliação final aplicou-se ainda o Questionário de Avaliação do Programa. Por último, utilizou-se a Escala Numérica de Ansiedade no final de cada sessão.

**Quadro 3** - Aplicação dos instrumentos de recolha de dados de acordo com os momentos de avaliação inicial, avaliação final e *follow-up*.

	Avaliação inicial	Avaliação final	Follow-up
Questionário de Colheita de Dados	✓	-	-
EPS	✓	✓	✓
QAA	✓	✓	✓
Questionário de Avaliação do Programa	-	✓	-
Escala Numérica de Ansiedade	Final de cada sessão		

✓ Aplicação do instrumento; - Não aplicação do instrumento

## 6.6. VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou situações que são estudadas numa investigação. As variáveis independentes e dependentes estão ligadas no estudo do tipo experimental, no sentido de que uma afeta a outra. Esta relação forma a base da predição e exprime-se pela formulação de hipóteses (Fortin, 1996).

A variável independente refere-se a um fenómeno de manipulação por parte do investigador, com o objetivo de observar o efeito dessa manipulação (tratamento, intervenção, programa) sobre uma ou mais variáveis dependentes (Fortin, 1996).

Assim, a variável independente é o Programa “Aprender a Relaxar” e as variáveis dependentes são o stresse e a ansiedade.

Definiram-se ainda as seguintes variáveis atributo: idade, género, local de residência, profissão (se for trabalhador-estudante, indicar se possui estatuto trabalhador-estudante), ano curricular atual do CLE e antecedentes de consumo de medicação psiquiátrica.

## 6.7. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A hipótese de investigação é um enunciado formal afirmativo acerca de relações previstas entre duas ou mais variáveis numa determinada população. Deste modo, as hipóteses são a base da expansão dos conhecimentos quando se trata de apoiar ou refutar uma teoria (Fortin, 1996).

Assim, formularam-se hipóteses de investigação para a variável stresse:

- H1: O Programa “Aprender a Relaxar” diminui os níveis de stresse dos estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar entre a avaliação inicial e a avaliação final;
- H2: O Programa “Aprender a Relaxar” diminui os níveis de stresse dos estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar entre a avaliação inicial e o *follow-up*;
- H3: O Programa “Aprender a Relaxar” altera os níveis de stresse dos estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar entre a avaliação final e o *follow-up*;

e para a variável ansiedade:

- H4: O Programa “Aprender a Relaxar” diminui os níveis de ansiedade dos estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar entre a avaliação inicial e a avaliação final;
- H5: O Programa “Aprender a Relaxar” diminui os níveis de ansiedade dos estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar entre a avaliação inicial e o *follow-up*;
- H6: O Programa “Aprender a Relaxar” altera os níveis de ansiedade dos estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar entre a avaliação final e o *follow-up*.

## 6.8. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Esta investigação enquadra-se num desenho experimental de cariz longitudinal, tendo-se optado por um estudo pré-experimental com um grupo único (sem grupo de controlo),

sendo a amostra constituída por conveniência. Segundo Fortin (1996), as investigações do tipo experimental caracterizam-se pelo estudo de relações de causalidade, em que uma intervenção X (variável independente: Programa “Aprender a Relaxar”), que se presume produzir um efeito Y (variáveis dependentes: stresse e ansiedade), é introduzida numa situação e controlada pelo investigador. No desenho pré-experimental, o sujeito age como seu próprio controlo e permite um menor número de sujeitos necessários. No entanto, existem várias ameaças à validade interna e é impossível eliminar os efeitos de certos fatores (Fortin, 1996).

Ademais, trata-se de um estudo de cariz longitudinal prospetivo, na medida em que há um seguimento do grupo experimental por meio de três momentos de avaliação, nomeadamente de *follow-up*. Trata-se de um processo ao longo do tempo que permite estudar mudanças nas variáveis em estudo, dado que a sequência temporal entre a intervenção terapêutica e a sua avaliação é bem conhecida (Hochman, Nahas, Filho, & Ferreira, 2005).

O Programa “Aprender a Relaxar” foi concebido com base em técnicas de relaxamento, nomeadamente RD e RMP e é constituído por um total de 8 sessões com duração de 5 semanas, sendo as primeiras 6 sessões bissemanais e as 2 restantes semanais. As sessões foram realizadas individualmente e tiveram uma duração de cerca de 60 minutos por sessão. Devido ao contexto de pandemia por COVID-19, as sessões foram realizadas por videochamada através do *Zoom Video Communications*. O Programa foi previamente testado numa pessoa (selecionada pela investigadora) do género feminino, de 25 anos e sem antecedentes psiquiátricos nem manifestações de ansiedade.

A metodologia do Programa assenta no método expositivo e, sobretudo numa componente prática e interativa, através da realização e apreensão de técnicas de relaxamento e pela participação ativa dos participantes. O Programa contém uma componente que foi designada de trabalho para casa (TPC). Esta consiste na identificação de uma situação geradora de ansiedade, na identificação de sinais e sintomas no contexto da situação descrita, nomeadamente o nível de ansiedade experienciado e, por último, as estratégias utilizadas para fazer face à mesma (**Apêndice III**).

Como principais objetivos do Programa “Aprender a Relaxar” definiram-se:

- ❖ Promover o reconhecimento de fatores desencadeantes e a consciencialização de sinais e sintomas de ansiedade;
- ❖ Ensinar, Instruir e Treinar as técnicas de RD e de RMP;
- ❖ Reduzir os níveis de stresse e ansiedade dos participantes;

- ❖ Capacitar os participantes para a utilização de técnicas de relaxamento na gestão da ansiedade

A fim de conseguir chegar aos participantes do estudo, foi inicialmente solicitada a colaboração do Serviço de Saúde Escolar da instituição de ensino para informar os participantes sobre a existência do Programa. Para os participantes interessados em participar no estudo, foi realizado um contacto preparatório para realizar uma breve apresentação do Programa, com informação esclarecida sobre o mesmo e seus objetivos, para assinar o consentimento informado e calendarizar as sessões.

Estruturalmente, o Programa divide-se da seguinte forma (Quadro 4):

#### Quadro 4 - Estrutura do Programa “Aprender a Relaxar”

<b>Contacto</b>	- Apresentação breve do Programa com informação esclarecida sobre o mesmo e seus objetivos;
<b>Preparatório</b>	- Consentimento informado e calendarização das sessões;
<b>Sessão n<sup>o</sup>1</b>	- Apresentação detalhada do Programa; - Avaliação inicial (caracterização da amostra, EPS, QAA); - Psicoeducação (o que é stresse? O que é ansiedade? Estratégias para redução do stresse e ansiedade; Respiração diafragmática; Relaxamento muscular progressivo);
<b>Sessão n<sup>o</sup>2</b>	- Instrução e execução das técnicas de RD e RMP na posição de deitado segundo guião; - Avaliação do nível de ansiedade; - Instrução para preenchimento do TPC (colunas “data”, “situação”, “sinais de ansiedade” e “intensidade”);
<b>Sessão n<sup>o</sup>3</b>	- Análise e discussão do TPC; - Treino das técnicas de RD e RMP na posição de deitado segundo guião; - Avaliação do nível de ansiedade; - Instrução para preenchimento do TPC (colunas “ação tomada” e anteriores) - Disponibilização de áudio de RMP guiado (versão deitado) via email;
<b>Sessão n<sup>o</sup>4</b>	- Análise e discussão do TPC; - Treino das técnicas RD e RMP na posição de deitado segundo guião; - Avaliação do nível de ansiedade;
<b>Sessão n<sup>o</sup>5</b>	- Análise e discussão do TPC; - Aplicação das técnicas de RD e RMP na posição de sentado segundo guião; - Avaliação do nível de ansiedade; - Disponibilização de áudio de RMP guiado (versão sentado);
<b>Sessão n<sup>o</sup>6</b>	- Análise e discussão do TPC; - Aplicação das técnicas de RD e RMP na posição de sentado segundo guião; - Avaliação do nível de ansiedade; - Avaliação do conhecimento sobre a técnica de RMP (sequência dos grupos musculares e tempos de contração/ descontração);
<b>Sessão n<sup>o</sup>7</b>	- Análise e discussão do TPC; - Vigiar treino de RD e RMP (posição de sentado); - Avaliação do nível de ansiedade;
<b>Sessão n<sup>o</sup>8</b>	- Análise e discussão do TPC; - Vigiar treino de RD e RMP (posição de sentado); - Avaliação do nível de ansiedade; - Avaliação final (EPS, QAA, Questionário de Avaliação do Programa)

No início de cada sessão foi realizada uma reflexão conjunta acerca do motivo das situações descritas serem geradoras de ansiedade, tendo em conta o nível de ansiedade experienciado, e foi discutida a eficácia das estratégias utilizadas.

Foram realizados três momentos de avaliação: avaliação inicial, avaliação final e *follow-up*.

#### 6.9. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Para o tratamento e análise dos dados utilizou-se o *software* SPSS versão 28.0.1.0. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais das variáveis de caracterização dos participantes, bem como as estatísticas resumo das variáveis quantitativas discretas e/ou contínuas.

Na estatística descritiva e análise exploratória dos dados utilizaram-se medidas de tendência central (média) e de dispersão (máximo, mínimo e desvio padrão).

Por se tratar de uma amostra de tamanho reduzido, optou-se pela utilização de testes não paramétricos: Teste de Friedman para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos de avaliação definidos e; Método de Comparação entre Pares com a correção de Bonferroni, para identificar onde é que se encontram essas diferenças.

#### 6.10. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foi realizado o pedido de autorização à Comissão de Ética da UICISA com a referência AD\_P709\_09/2020 e obteve-se parecer positivo (**Anexo III**). Também a utilização dos instrumentos de avaliação do stresse (EPS) e ansiedade (QAA) foi previamente autorizada pelos respetivos autores (**Anexo IV**).

Os estudantes interessados em participar no estudo foram informados de forma breve sobre o Programa pela Enfermeira do Serviço de Saúde Escolar e, posteriormente solicitados a ler e assinar um documento de autorização para potencial participante do estudo (**Apêndice IV**), para que a mesma pudesse indicar o nome de cada participante, contacto telefónico e de *email* à investigadora.

Posteriormente, foi realizado um contacto preparatório pela investigadora para solicitar o consentimento informado (**Apêndice V**), após informar e esclarecer os participantes sobre os objetivos, método e implementação do Programa, e para a calendarização das sessões do mesmo. Neste contacto preparatório foi assegurada a participação voluntária no estudo e os participantes foram informados da possibilidade de recusar a participação ou desistir do estudo a qualquer momento.

Para garantir o anonimato dos dados recolhidos utilizou-se a plataforma *Google forms*: serviço que permite criar questionários *online* de forma anónima. A Enfermeira do Serviço de Saúde Escolar enviou diferentes códigos a cada um dos participantes para inserirem nos questionários *online*. Desta forma, foi possível associar os questionários ao mesmo participante, sem que isso revelasse a sua identidade. Apenas a investigadora teve acesso às respostas enviadas pelos participantes.



## **PARTE III – FASE EMPÍRICA**



## 7. RESULTADOS

Segundo Fortin (1996), o tratamento e apresentação dos resultados constituem a última fase da investigação. Os resultados obtêm-se através do processo de colheita de dados, através de análises descritivas e inferenciais (normalmente por esta ordem), e devem ser analisados e apresentados de forma a responder à questão de investigação e/ou às hipóteses formuladas.

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é composta por um total de 7 participantes do sexo feminino; apresentam uma média de idades de 20,43 anos; todos os participantes são estudantes (profissão) sendo 2 do 1º ano (28,57%), 1 do 2º ano (14,29%), 3 do 3º ano (42,86%) e 1 do 4º ano (14,29%); 4 residem no mesmo distrito da instituição de ensino (57,14%); 5 encontram-se deslocados da residência habitual durante o período letivo (71,43%), sendo que destes, 3 (60%) mora com amigos(as), 1 (20%) com familiar(es) e 1 (20%) sozinho(a). Relativamente à questão “já tomou medicação para reduzir a ansiedade?”, 3 (42,86%) responderam “sim” e 4 (57,14%) responderam “não” (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características da amostra em estudo

Características	Média	Dp	Mín.	Máx.
Idade (anos)	20,43	1,18	18	22
	<b>n</b>		<b>%</b>	
<b>Sexo</b>				
Feminino	7		100	
Masculino	0		0	
<b>Ano Curricular</b>				
1º ano	2		28,57	
2º ano	1		14,29	
3º ano	3		42,86	
4º ano	1		14,29	
<b>Local de Residência</b>				
Coimbra	4		57,14	
Guarda	1		14,29	
Porto	1		14,29	
Madeira	1		14,29	
<b>Deslocado(a) da Residência Habitual</b>				
Sim	5		71,43	
Não	2		28,57	
<b>Se sim, com quem mora</b>				
Família	1		20,00	
Amigos(as)	3		60,00	
Sozinho(a)	1		20,00	
<b>Profissão</b>				
Estudante	7		100	
<b>Já tomou medicação para reduzir a ansiedade</b>				
Sim	3		42,86	
Não	4		57,14	

## 7.2. STRESSE

Os resultados sobre a perceção do stresse (Quadro 5) indicam os seguintes valores do posto médio: 2,86 na avaliação inicial; 1,64 na avaliação final e; 1,50 no *follow-up*.

Aplicou-se o teste de Friedman para verificar se existem as diferenças com valor estatístico (considerando um intervalo de confiança de 95%). Obteve-se um valor de  $p=0,018$  indicando que existem diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* obtidos nos diferentes momentos de avaliação.

Posteriormente, aplicou-se o teste *post-hoc* (método de comparação entre pares com o valor de significância ajustado com a correção de Bonferroni), revelando que, apesar de se observar uma diminuição dos níveis de stresse entre a avaliação inicial e a avaliação final, a diferença não foi estatisticamente significativa ( $p=0,069$ ). Assim, não se confirma a hipótese (H1): “O Programa “Aprender a Relaxar” diminui os níveis de stresse dos estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar entre a avaliação inicial e a avaliação final”.

Relativamente às diferenças encontradas entre a avaliação inicial e o *follow-up*, verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa nos níveis de stresse ( $p=0,033$ ). O que confirma a hipótese (H2) de que “O Programa “Aprender a Relaxar” diminui os níveis de stresse dos estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar entre a avaliação inicial e o *follow-up*”.

Na comparação entre a avaliação final e o *follow-up*, os níveis de stresse mantiveram-se ( $p=1,000$ ). Ou seja, não se confirma a hipótese (H3) “O Programa “Aprender a Relaxar” altera os níveis de stresse dos estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar entre a avaliação final e o *follow-up*”.

**Quadro 5** - Resultados da aplicação do teste de Friedman para amostras dependentes relativo ao stresse e aplicação do método de comparação entre pares nos 3 momentos de avaliação

Dimensões	Avaliação Inicial(a)	Avaliação Final(b)	Follow-up(c)	valor $p$	Comparação entre Pares (teste <i>post-hoc</i> )
score EPS	Posto Médio	Posto Médio	Posto Médio	0,018*	a-b ( $p=0,069$ ) b-c ( $p=1,000$ ) a-c ( $p=0,033$ )*
	2,86	1,64	1,50		
	Média:25,29; Dp:10,95; Mín.:9; Máx.:41	Média:15,14; Dp:4,30; Mín.:7; Máx.:19	Média:14,71; Dp:5,85; Mín.:7; Máx.:23		

\* $p<0,05$ .

### 7.3. ANSIEDADE

Tendo em conta os resultados obtidos pela Escala Numérica de Ansiedade (0-10) (Tabela 2), de um modo geral, antes das sessões de relaxamento, o valor mínimo variou

entre 1 e 3 e o valor máximo entre 5 e 9; após a aplicação das técnicas de relaxamento o valor mínimo foi sempre 0 e o valor máximo variou entre 2 a 5.

Observa-se ainda, na tabela 2, o seguinte: antes do início das sessões de relaxamento, o valor médio mais baixo foi na sessão nº 8 (M=3,4) e o mais alto na sessão nº 3 (M=5,9); depois das sessões o valor médio mais baixo registou-se nas sessões 4 e 6 (M=0,9) e o mais elevado na sessão nº 3 (M=2,0). Quanto às diferenças entre a média antes e a média depois o valor mais baixo da diferença de médias foi 2,0 (sessão nº 5) e o mais elevado foi 3,9 (sessão nº 3).

**Tabela 2** - Resultados da aplicação da Escala Numérica de Ansiedade (0-10) antes e depois das sessões de relaxamento

	Sessão 2		Sessão 3		Sessão 4		Sessão 5		Sessão 6		Sessão 7		Sessão 8	
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
<b>Mín.</b>	1	0	3	0	1	0	3	0	1	0	1	0	2	0
<b>Máx.</b>	7	4	9	5	5	2	5	3	7	2	7	4	6	3
<b>Média</b>	5,0	1,7	5,9	2,0	3,6	0,9	3,6	1,6	3,7	0,9	4,3	1,6	3,4	1,1
<b>Dp</b>	1,8	1,7	2,1	1,8	1,3	0,8	0,7	0,9	2,0	0,8	1,7	1,4	1,3	0,8

A - antes; D - depois

Relativamente à aplicação do QAA, observa-se (Tabela 3) que das 7 participantes, 3 (42,86%) apresentaram no momento da avaliação inicial, scores superiores a 40; 3 (42,86%) apresentaram scores inferiores ou iguais a 37 e; 1 (14,29%) apresentou score entre 38 e 40 pontos. Quanto à avaliação final e ao *follow-up*, 6 (85,71%) participantes obtiveram scores inferiores ou iguais a 37, enquanto 1 (14,29%) obteve score superior a 40.

**Tabela 3** - Resultados relativos à ansiedade de acordo com os scores do QAA

Momento de avaliação	Score					
	≤ 37		38 - 40		> 40	
	n	%	n	%	n	%
<b>Avaliação Inicial</b>	3	42,86	1	14,29	3	42,86
<b>Avaliação Final</b>	6	85,71	-	-	1	14,29
<b>Follow-up</b>	6	85,71	-	-	1	14,29

Os resultados sobre a ansiedade (Quadro 6) indicam os seguintes valores do posto médio: 3,00 na avaliação inicial; 1,64 na avaliação final e; 1,36 no *follow-up*.

Para verificar se existem diferenças com valor estatístico no *score* total do QAA e respectivas dimensões, entre os três momentos de avaliação, aplicou-se o teste de Friedman, com um intervalo de confiança de 95%. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões motora ( $p=0,021$ ), vegetativa ( $p=0,004$ ) e do sistema nervoso central (SNC) ( $p=0,026$ ). O mesmo não se verificou para a dimensão cognitiva ( $p=0,113$ ). Analisando os *scores* do total da escala, também se encontraram diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,004$ ).

De seguida, procedeu-se à aplicação do teste *post-hoc* (método de comparação entre pares com o valor de significância ajustado com a correção de Bonferroni), indicando diferenças estatisticamente significativas nos *scores* das dimensões motora, entre a avaliação inicial e a avaliação final ( $p=0,033$ ), e vegetativa, entre a avaliação inicial e a avaliação final ( $p=0,033$ ) e entre a avaliação inicial e o *follow-up* ( $p=0,006$ ). Não se verificaram diferenças com valor estatístico nos momentos de avaliação da dimensão do SNC.

Quanto ao *score* global do QAA observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação inicial e a avaliação final ( $p=0,033$ ), confirmando-se a hipótese (H4) de que “o Programa “Aprender a Relaxar” diminui os níveis de ansiedade dos estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar entre a avaliação inicial e a avaliação final”.

Em relação às diferenças encontradas entre a avaliação inicial e o *follow-up*, verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa nos níveis de ansiedade ( $p=0,006$ ), confirmando-se assim a hipótese (H5) de que “o Programa “Aprender a Relaxar” diminui os níveis de ansiedade dos estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar entre a avaliação inicial e o *follow-up*”.

Por fim, os valores entre a avaliação final e o *follow-up* foram bastante semelhantes ( $p=1,000$ ), ou seja, não se confirma a hipótese (H6): “O Programa “Aprender a Relaxar” altera os níveis de ansiedade dos estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar entre a avaliação final e o *follow-up*”.

**Quadro 6** - Resultados da aplicação do teste de Friedman para amostras dependentes relativo às dimensões da ansiedade e aplicação do método de comparação entre pares nos 3 momentos de avaliação

Dimensões	Avaliação Inicial(a)	Avaliação Final(b)	Follow-up(c)	valor $p$	Comparação entre Pares		
	Posto Médio	Posto Médio	Posto Médio		a-b	b-c	a-c
<b>Cognitiva</b>	2,57	1,71	1,71	0,113			
<b>Motora</b>	2,79	1,43	1,79	0,021*	0,033*	1,000	0,184
<b>Vegetativa</b>	3,00	1,64	1,36	0,004*	0,033*	1,000	0,006*
<b>SNC</b>	2,64	1,93	1,43	0,026*	0,544	1,000	0,069
<b>QAA Total</b>	3,00	1,64	1,36	0,004*	0,033*	1,000	0,006*
	Média:42,86; Dp: 13,78; Mín.:27 ; Máx.:63	Média:32,29; Dp:7,57; Mín.:24; Máx.:47	Média:31,86; Dp:6,91; Mín.:24; Máx.:46				

\* $p < 0,05$ . Nota: a dimensão cognitiva não consta na comparação entre pares porque não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com o teste de Friedman

#### 7.4. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO PROGRAMA “APRENDER A RELAXAR”

Os resultados do Questionário de Avaliação do Programa (Tabela 4) mostram que na categoria dos **conteúdos programáticos**, 71,43% considerou excelente e 28,57% muito bom os itens “conteúdos do Programa” e “estrutura dos conteúdos” e ainda 85,71% considerou excelente e 14,29% muito bom o “interesse dos conteúdos” e a “adequação dos métodos utilizados aos temas tratados”.

Em relação à categoria **profissional de saúde**, 85,71% considerou excelente e 14,29% muito bom o “domínio e clareza na exposição dos conteúdos” e a “capacidade de motivar para os assuntos abordados”. Relativamente à **organização**, 71,43% considerou excelente e 28,57% muito bom os itens “qualidade e adequação das ferramentas utilizadas (ex. Zoom)” e “horário e duração das sessões”; 71,43% considerou excelente, 14,29% muito bom e 14,29% bom no item “duração do Programa”; quanto ao item “material didático”, 85,71% considerou excelente e 14,29% muito bom.

No que diz respeito à categoria dos **resultados/expectativas**, 85,71% considerou excelente e 14,29% muito bom a “utilidade prática do Programa” e 71,43% considerou excelente e 28,57% muito bom os “temas abordados face às expectativas”. De destacar

a **avaliação global** do Programa, no qual 85,71% considerou excelente e 14,29% muito bom a “aquisição de novos conhecimentos” e a “avaliação global do Programa”.

**Tabela 4** - Resultados do questionário de avaliação do Programa relativamente aos conteúdos programáticos, profissional de saúde, organização, resultados/expectativas e avaliação global

	n (%)				
	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
<b>Conteúdos Programáticos</b>					
Conteúdos do Programa	-	-	-	2 (28,57)	5 (71,43)
Estrutura dos conteúdos	-	-	-	2 (28,57)	5 (71,43)
Interesse dos conteúdos	-	-	-	1 (14,29)	6 (85,71)
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados	-	-	-	1 (14,29)	6 (85,71)
<b>Profissional de Saúde</b>					
Domínio e clareza na exposição dos conteúdos	-	-	-	1 (14,29)	6 (85,71)
Capacidade de motivar para os assuntos abordados	-	-	-	1 (14,29)	6 (85,71)
<b>Organização</b>					
Qualidade e adequação das ferramentas utilizadas (ex. Zoom)	-	-	-	2 (28,57)	5 (71,43)
Duração do Programa	-	-	1 (14,29)	1 (14,29)	5 (71,43)
Horário e duração das sessões	-	-	-	2 (28,57)	5 (71,43)
Material didático	-	-	-	1 (14,29)	6 (85,71)
<b>Resultados/ Expectativas</b>					
Utilidade prática do Programa	-	-	-	1 (14,29)	6 (85,71)
Temas abordados face às expectativas	-	-	-	2 (28,57)	5 (71,43)
<b>Avaliação Global</b>					
Aquisição de novos conhecimentos	-	-	-	1 (14,29)	6 (85,71)
Avaliação Global do Programa	-	-	-	1 (14,29)	6 (85,71)

Quanto à **metodologia** (Tabela 5), 57,14% considerou que seria mais satisfatória a opção presencial para a implementação do Programa, enquanto 28,57% optou pela opção *online* e 14,29% não respondeu.

De salientar que na avaliação da satisfação do Programa *online*, numa escala de 1 a 10, 28,57% atribuiu a pontuação 10, 42,86% atribuiu 9 e 28,57% atribuiu a pontuação 8.

**Tabela 5** - Resultados do questionário de avaliação do Programa relativamente à metodologia utilizada

Metodologia	n (%)
Qual das seguintes opções considera mais satisfatória para a implementação do Programa?	
Presencial	4 (57,14)
<i>Online</i>	2 (28,57)
(sem resposta)	1 (14,29)
Como avalia de 1 a 10 a sua satisfação com a metodologia <i>online</i> ?	
1-7	-
8	2 (28,57)
9	3 (42,86)
10	2 (28,57)

Relativamente aos resultados da categoria **ganhos obtidos** (Tabela 6), 71,43% considerou que melhorou bastante e 28,57% que melhorou na “identificação de sinais e sintomas de stresse e ansiedade” e na “capacidade de autocontrolo de stresse e ansiedade”. De realçar que 85,71% respondeu que melhorou bastante e 14,29% que melhorou os “níveis de stresse e ansiedade após realização das Técnicas de Relaxamento”.

**Tabela 6** - Resultados do questionário de avaliação do Programa relativamente aos ganhos obtidos

Ganhos Obtidos	n (%)			
	Sem melhoria	Melhorou pouco	Melhorou	Melhorou bastante
Identificação de sinais e sintomas de stresse e ansiedade	-	-	2 (28,57)	5 (71,43)
Capacidade de autocontrolo de stresse e ansiedade	-	-	2 (28,57)	5 (71,43)
Níveis de stresse e ansiedade após realização das Técnicas de Relaxamento	-	-	1 (14,29)	6 (85,71)

## 8. DISCUSSÃO

Fortin (1996), refere-se à discussão como a etapa em que se realiza a interpretação dos resultados, através da comparação e de uma análise profunda dos mesmos. Esta é, segundo a autora, uma etapa exigente e que requer pensamento crítico, na qual o investigador deve ter em consideração o problema em estudo, o quadro de referência, o objetivo da investigação e outras investigações científicas que estudaram o mesmo fenómeno.

Em primeiro lugar, importa analisar o facto da **amostra** utilizada ser totalmente composta pelo género feminino, que se deve sobretudo, pelo curso de enfermagem ser constituído maioritariamente por este. Em termos históricos, a enfermagem e o conceito de cuidar sempre estiveram fortemente ligados à mulher, explicando a imensa representatividade do curso de enfermagem pelo género feminino (Amado et al., 2014). Além disso, os níveis de ansiedade e depressão são superiores no género feminino comparando com o masculino (Claudino & Cordeiro, 2006), levando a que haja uma maior procura dos serviços de apoio psicológico, explicando assim, o facto da amostra deste estudo ser 100% do género feminino.

Ademais, trata-se de uma amostra por conveniência, de tamanho reduzido e sem grupo de controlo. Tais fatores representam ameaças à validade interna do estudo e, portanto, não permitem a generalização dos resultados. Como exemplo, tem-se o acompanhamento na consulta do Serviço de Saúde Escolar que os participantes mantiveram durante o período de recolha de dados, ainda que o número de consultas por participante tenha sido reduzido (variou de 0 a 3).

Quanto aos **instrumentos** utilizados, foram respeitados os princípios éticos ao solicitar e obter autorização dos respetivos autores. Tanto a EPS como o QAA estão validados para a população portuguesa e são amplamente utilizados em vários contextos e apresentam boa fiabilidade e elevados índices de consistência interna, inclusivamente no presente estudo.

Relativamente à **metodologia** adotada, trata-se de um desenho pré-experimental no qual foi concebido, implementado e avaliado o Programa “Aprender a Relaxar” de raiz, baseado em técnicas de relaxamento cujos benefícios, nomeadamente na redução do stresse e ansiedade em diversas populações, são bem sustentados pela evidência científica. Além disso, o Programa “Aprender a Relaxar” foi previamente testado, o que

permitiu ajustar determinados detalhes do Programa e testar o equipamento e ferramentas a utilizar (auriculares, microfone, portátil e o *Zoom Video Communications*).

Outro aspeto a considerar é o facto de se tratar de um estudo de cariz longitudinal, com três momentos de avaliação, salientando-se o *follow-up* que permite avaliar o efeito do Programa “Aprender a Relaxar” a curto prazo, amenizando possíveis ameaças à validade interna. A comparação entre a avaliação final e o *follow-up*, mostra que findo o Programa “Aprender a Relaxar”, os níveis de stresse e ansiedade se mantiveram muito semelhantes, ao contrário do que aconteceu entre a avaliação inicial e a avaliação final ou ainda entre a avaliação inicial e o *follow-up*, provando-se que as diferenças encontradas se devem ao Programa e não a fatores externos. Também se trata de um período experimental breve (5 semanas) cujos benefícios das técnicas utilizadas estão bem sustentados pela evidência científica, bem como do ponto de vista pessoal dos participantes e cujos resultados em estudo mostram diminuições acentuadas nos níveis de stresse e ansiedade.

A **construção** do Programa de intervenção foi estruturada de modo a desenvolver a autonomia das participantes através da aprendizagem e treino das técnicas de relaxamento. Além disso, a disponibilização de áudios em ambas as versões (deitado/sentado), que permite a realização do RMP guiado fora das sessões de relaxamento, constitui uma vantagem para a utilização continuada da técnica de RMP quer durante, quer findo Programa “Aprender a Relaxar”. O facto de ambos os áudios serem realizados com a voz da própria investigadora, parece também ser um aspeto positivo, na medida em que os participantes se encontram familiarizados com a mesma, facilitando assim a indução do relaxamento e potenciando a eficácia das sessões de relaxamento.

Tendo em conta o principal objetivo deste estudo em avaliar a eficácia do Programa de Relaxamento Muscular Progressivo “Aprender a Relaxar” na redução do stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar, apresenta-se de seguida a discussão dos resultados decorrentes da comparação entre os momentos de avaliação inicial, final e *follow-up* da amostra em estudo.

Relativamente à discussão dos resultados da avaliação do **stresse**, a comparação entre os três momentos de avaliação para amostras dependentes indica que houve uma redução entre a avaliação inicial e a avaliação final, no entanto sem significado estatístico. Atendendo a uma nova redução dos níveis de stresse após quatro semanas do Programa, constatou-se que existe uma diminuição estatisticamente significativa

entre a avaliação inicial e o *follow-up*. Por fim, a comparação entre a avaliação final e o *follow-up* suporta os resultados anteriores, uma vez que revela uma ligeira diminuição nos níveis de stresse, ainda que sem significado estatístico.

Ao longo do período experimental do Programa sucedeu um conjunto de diferentes fatores potencialmente stressores para as participantes em estudo, designadamente o aumento do ritmo de atividades letivas como o início de ensinos clínicos, as avaliações por frequência, a entrega de trabalhos, apresentações, entre outros, contrastando com o início do Programa em que, algumas participantes se encontravam com as atividades letivas suspensas devido às medidas preventivas face à pandemia; além da ocorrência de diversas situações de natureza pessoal e familiar. Considerando que o stresse está associado à relação pessoa-ambiente como refere Lazarus (1999), então estes fatores externos podem ter contribuído para uma maior perceção de stresse e, estar na causa da diminuição dos *scores*, entre a avaliação inicial e final, não terem significado estatístico.

No estudo de Consolo, Fusner e Staib (2008), os autores apontam uma justificação semelhante. O estudo foi realizado numa universidade em Ohio, Estados Unidos da América, cujo objetivo foi comparar as frequências cardíacas e o desempenho dos estudantes de enfermagem (n=21) em exames cognitivos e em exames de prática laboratorial antes e depois de exercícios de RD. O efeito da respiração profunda na frequência cardíaca e nos resultados dos testes deste estudo foi inconsistente. Os autores sugerem que a falta de mudanças significativas na redução do stresse pode ter sido pelo momento do pós-teste coincidir com a semana de avaliações, em que seria expectável um aumento significativo dos níveis de stresse. Ora, considerando a suposição de que os níveis de stresse deveriam aumentar nessa semana, então o facto de não ter havido um aumento significativo, ou de não se alterarem de todo, é sugestivo de que a intervenção realizada tenha reduzido algumas respostas ao stresse em alguns indivíduos.

Verificou-se também uma diminuição dos níveis de stresse entre avaliação inicial e final ainda que as diferenças encontradas não revelem significado estatístico. De salientar que a comparação entre a avaliação inicial e o *follow-up* evidenciou uma diminuição estatisticamente significativa nos níveis de stresse, indicando que a participação no Programa “Aprender a Relaxar” é eficaz na redução dos níveis de stresse, nomeadamente após 4 semanas da sua implementação. Assim, confirma-se a hipótese H2 de que “o Programa “Aprender a Relaxar” diminui os níveis de stresse dos estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar entre a avaliação inicial e o *follow-up*”.

Relativamente à comparação entre a avaliação final e o *follow-up*, não se observaram diferenças com significado estatístico, apesar de se observar uma ligeira redução que dá ênfase à análise efetuada da comparação entre a avaliação inicial e o *follow-up*. Tal indica que após a implementação do Programa, os níveis de stresse se mantêm baixos em pelo menos 4 semanas e que o Programa foi eficaz na aquisição de estratégias para a autogestão do stresse.

Embora a literatura sobre estudos que utilizaram a técnica de RMP como estratégia para diminuir o stresse em estudantes de enfermagem sejam escassos, os seus resultados são consistentes com os desta investigação. Num estudo randomizado controlado de Pelit-Aksu, Özkan-Şat, Yaman-Sözbi e Şentürk-Erenel (2020), implementou-se um programa de RMP em estudantes de enfermagem durante 3 semanas, 4 vezes por semana, evidenciando que o RMP melhorou significativamente o *burnout* e as respostas fisio-psico-sociais ao stresse durante a prática clínica dos estudantes de enfermagem do grupo experimental comparando com o grupo de controlo. Os autores concluíram que o RMP é uma técnica eficaz que os estudantes podem usar como estratégia para reduzir o stresse e o *burnout* na prática clínica.

Também Gangadharan e Madani (2018) realizaram um estudo pré-experimental em que estudaram o efeito da técnica de RMP na redução da depressão, ansiedade e stresse numa amostra de 218 estudantes de enfermagem (identificados com estados emocionais negativos de nível médio/ moderado/ severo/ extremamente severo). A intervenção ocorreu num período de 5 semanas e os resultados da mesma indicaram uma diminuição estatisticamente significativa no stresse, ansiedade e depressão. As autoras concluíram que a técnica de RMP é muito eficaz na redução destes sintomas em estudantes de enfermagem e acrescentam que quando esta técnica é realizada com regularidade na rotina dos estudantes, ajuda a melhorar os estados emocionais negativos e a lidar melhor com as dificuldades diárias da vida académica.

A analogia do baloiço “sobe-e-desce” proposta por Lazarus (1999), ajuda a explicar o que acontece com a implementação do Programa “Aprender a Relaxar” na interação pessoa-ambiente. Partindo do pressuposto que as participantes se encontravam numa situação de elevado stresse, em que as exigências ambientais eram superiores aos recursos para lidar com as mesmas, então a participação no Programa favoreceu um bom equilíbrio entre estes extremos do baloiço, resultando em níveis saudáveis de stresse. Ademais, o *feedback* das participantes revelou maior confiança no enfrentamento das situações stressantes, alterando possivelmente as suas perceções de ameaça para perceções de desafio que, por sua vez, podem ser superadas com entusiasmo, persistência e autoconfiança (Lazarus, 1999).

No que diz respeito à discussão dos resultados da avaliação da **ansiedade**, a comparação entre os três momentos de avaliação para amostras dependentes, evidencia que houve uma diminuição estatisticamente significativa entre a avaliação inicial e a avaliação final e, ainda entre a avaliação inicial e o *follow-up*. Quanto à comparação entre a avaliação final e o *follow-up*, observou-se uma ligeira diminuição dos *scores* obtidos, no entanto, sem significado estatístico. Tendo isto em conta, é possível afirmar que o Programa “Aprender a Relaxar” é eficaz na diminuição da ansiedade em pelo menos quatro semanas, reforçando a importância da aprendizagem e aquisição de técnicas de relaxamento na manutenção ou até mesmo redução dos níveis de ansiedade após a sua implementação.

Estes resultados são corroborados por diferentes estudos que utilizaram as técnicas de RD e RMP em estudantes de enfermagem. Mojarrab, Bazrafkan e Jaber (2020), realizaram um estudo quasi-experimental com um grupo experimental e de controlo para avaliar o efeito de um programa de enfrentamento da ansiedade no nível de desempenho do Exame Clínico Estruturado Objetivo de estudantes de enfermagem do primeiro ano numa universidade em Shiraz, Irão. A intervenção consistiu numa única sessão de RMP com música suave, treino de RD e outras técnicas de relaxamento e estratégias calmantes, resultando numa diminuição estatisticamente significativa no *score* médio da ansiedade, contrariamente ao grupo de controlo que apresentou níveis de ansiedade significativamente mais elevados após o exame.

Também Zargarzadeh e Shirazi (2014), realizaram um estudo quasi-experimental em estudantes de enfermagem com ansiedade face aos testes que foram distribuídos por um grupo experimental e outro de controlo. O objetivo foi determinar o efeito da técnica de RMP na ansiedade face aos testes. Para tal, foram realizadas 4 sessões de RMP no grupo experimental e os participantes do mesmo foram instruídos a praticar a técnica duas vezes por dia até ao exame final. Os resultados foram bastante positivos, reforçando a eficácia do método de RMP na redução da ansiedade face aos testes entre estudantes de enfermagem.

Efetivamente, tanto a RD como o RMP são técnicas de relaxamento que quando utilizadas alteram o processo fisiológico do sistema nervoso autónomo, produzindo uma resposta de relaxamento que resulta da ativação do SNP (Day et al., 2014). Os resultados deste estudo e o *feedback* transmitido pelas participantes em estudo, corroboram a veracidade dos benefícios do RMP mencionados por Wang et al. (2012), inclusive como estratégia de distração, alívio da tensão e das contrações musculares, melhoria da qualidade do sono e, essencialmente na redução do stress e ansiedade.

Apesar de se terem identificado várias situações indutoras de stresse no decorrer do Programa, tal não se verificou com a ansiedade. Isto é sugestivo de que a perceção das participantes em estudo relativamente às situações indutoras de stresse se alterou. Contrariamente ao que acontecia antes da implementação do Programa “Aprender a Relaxar”, as participantes sentiam-se capazes de enfrentar as situações que até então eram percecionadas como ameaçadoras. Por um lado, pela execução e prática das técnicas de RD e RMP, que contribuíram para a diminuição da resposta emocional da ansiedade face às situações indutoras de stresse e, por outro lado, pela aquisição de mecanismos de enfrentamento construtivos, que por sua vez capacitam a pessoa para fazer face aos problemas e promovem a sua resiliência.

A ansiedade é uma resposta emocional complexa que pode ocorrer de forma desajustada, quer pelo contexto, quer pela intensidade ou duração (Saraiva & Cerejeira, 2014). Neste contexto pode ser considerada como uma emoção negativa, marcada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (International Council of Nurses, 2017) e, por isso, ser particularmente incomodativa para quem a experiencia, podendo comprometer a eficácia da vida diária e prejudicar a vida social da pessoa (Serra, 1989). Tendo em conta os resultados do Programa “Aprender a Relaxar”, com destaque para as diferenças encontradas antes e depois da implementação do mesmo, considera-se que o objetivo do Programa na redução dos níveis de ansiedade foi alcançado, evidenciando-se, de facto, níveis mais adequados de ansiedade. Efetivamente, a ansiedade faz parte da vida natural e é expectável que ocorra e, em níveis adequados, tem uma função adaptativa e transitória em resposta a situações indutoras de stresse; ajuda no desenvolvimento e desempenho do indivíduo e promove a criatividade e cooperação interpessoal (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Relativamente às dimensões da ansiedade, os resultados mostram melhorias significativas nas dimensões motora, entre a avaliação inicial e a avaliação final, e na dimensão vegetativa, entre a avaliação inicial e a avaliação final e ainda entre a avaliação inicial e o *follow-up*. Quanto à dimensão do SNC, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas com o teste de Friedman, no entanto, o método de comparação entre pares não detetou diferenças com significado estatístico entre os momentos de avaliação. Por último, a dimensão cognitiva não evidenciou diferenças com significado estatístico.

O Programa “Aprender a Relaxar” contém uma componente que foi designada de TPC. Este está diretamente direcionado para o eixo cognitivo, nomeadamente por promover a autoconsciencialização; promover a reflexão e o autoconhecimento acerca de situações desencadeantes de ansiedade; e promover a identificação de estratégias de

*coping* perante determinadas situações ansiógenas. No entanto, os resultados da dimensão cognitiva do QAA mostram que a inclusão do TPC não é suficiente para provocar alterações significativas nessa dimensão.

Os resultados da **avaliação contínua** das sessões de relaxamento, realizada pelas participantes através da Escala Numérica de Ansiedade (0-10), reforçam a eficácia da aplicação das técnicas de relaxamento. A média do total das sessões antes da implementação do RMP foi de  $4,2 \pm 1,8$  e a média depois de  $1,4 \pm 1,3$ , o que é consistente com o *feedback* das participantes.

A **avaliação final**, através do Questionário de Avaliação do Programa. Relativamente às categorias: conteúdos programáticos, profissional de saúde, organização, resultados/expectativas e avaliação global a maioria (71,43% a 85,71%) classificou como excelente. Quanto à metodologia, a maioria (57,14%), indicou preferência em realizar as sessões de modo presencial ao invés do método *online*, *ainda* que para a avaliação da satisfação com a metodologia adotada, a totalidade tenha classificado entre 8 a 10, numa escala de 1-10. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros Centro (2021), apesar da telenfermagem já existir antes da pandemia por COVID-19, esta foi claramente potenciada pelo período em que nos encontramos. Assim, a teleconsulta surge como uma solução inovadora e de baixo custo e como promotora da aproximação do cliente ao profissional de saúde.

Ainda em relação à avaliação final do Programa, a maioria das participantes considerou que melhorou bastante: os níveis de stresse e ansiedade após a realização das técnicas de relaxamento; na identificação de sinais e sintomas de stresse e ansiedade; e na capacidade de autocontrolo de stresse e ansiedade. Estes resultados são consistentes com os obtidos na EPS e no QAA.

Os estudantes de enfermagem são uma população de risco no que reporta à manifestação de stresse e ansiedade, com vários estudos a confirmarem isso quer a nível nacional (Firmino et al., 2018; Martins et al., 2017) quer internacional (Labrague et al., 2018). São exemplos de estudos que evidenciam tal acontecimento, o de Onieva-Zafra et al. (2020) na Espanha sobre a ansiedade e stresse percebido; no Brasil os estudos recaem sobre a identificação das situações e/ou fatores indutores de stresse em contexto de ensino clínico (Dias, Barbosa, Barbosa, & Bardaquim, 2021; Mendes & Martino, 2020) bem como sobre a avaliação do nível de stresse (Ribeiro et al., 2020; Silva et al., 2020) e ainda sobre a prevalência de ansiedade (Fernandes, Vieira, Silva, Avelino, & Santos, 2018). Também na Arábia Saudita se identificaram as principais situações indutoras de stresse em ambiente de ensino clínico (Ahmed & Mohammed,

2019), sendo este contexto aquele que evidencia níveis superiores de stresse no estudo de Al-Gamal, Alhosain e Alsunaye (2018); no Sri Lanka e em Hong Kong também se verificaram níveis preocupantes de stresse ansiedade e depressão, nos estudos de Rathnayake e Ekanayaka (2016) e de Cheung et al. (2016), respetivamente; como também na China se evidenciaram elevados níveis de stresse (Smith & Yang, 2017). Numa investigação fenomenológica realizada em Taiwan, estudou-se a experiência da ansiedade no primeiro ensino clínico, revelando sentimentos de dúvida, preocupação e medo relativamente ao processo de aprendizagem, à interação professor-aluno, ao estabelecimento de relações terapêuticas com os utentes e à incerteza da progressão do estado clínico dos utentes (Sun et al., 2016).

Ainda em estudos de revisão sistemática (Li & Hasson, 2020) e de revisão integrativa (Leite, Fernandes, & Araujo, 2020) se verificaram níveis de stresse e ansiedade preocupantes e, na RIL de McCarthy et al. (2018), foram identificadas as fontes de stresse percecionadas pelos estudantes, sendo elas associadas a condições financeiras, ao ambiente académico e sobretudo ao contexto clínico.

Desta forma, torna-se evidente a necessidade de intervenção junto desta população, nomeadamente através de programas de promoção de saúde mental. No estudo de Lopes (2012), no qual foi concebido e implementado o programa “Cuidar-se para Saber Cuidar”, o treino e desenvolvimento de competências pessoais e sociais tais como o autoconceito, a assertividade, a expressão de emoções, a empatia, entre outros, revelaram influência no bem-estar, na saúde e no desempenho académico e profissional dos estudantes de enfermagem, além de relações interpessoais mais competentes e gratificantes.

O Programa “Aprender a Relaxar”, demonstrou ser um recurso terapêutico eficaz para a gestão do stresse e autocontrolo da ansiedade e da sintomatologia associada. Primeiramente, porque ensina acerca destas problemáticas e promove o reconhecimento de fatores desencadeantes, ao mesmo tempo que potencia a consciencialização de sinais e sintomas de ansiedade e, sobretudo o treino e apreensão das técnicas de relaxamento de RD e de RMP.

De lembrar que a conceção e implementação de programas faz parte da competência específica do enfermeiro especialista em ESMP conforme o Regulamento nº 515/2018 da OE (OE, 2018) e, portanto, o Programa “Aprender a Relaxar”, dado a sua eficácia na redução do stresse e ansiedade, constitui uma ferramenta útil e eficaz para esta população, ainda que vários fatores percecionados como stressantes tenham emergido nesta amostra ao longo do período experimental. Além disso, a aquisição de novas

estratégias de autocontrolo como a RD e o RMP, capacita os estudantes para a autogestão de stresse em pelo menos quatro semanas após o Programa.

Em suma, o Programa “Aprender a Relaxar” evidenciou eficácia na redução dos níveis de stresse e ansiedade, tal como na capacitação dos participantes para a utilização de técnicas de relaxamento na gestão da ansiedade e eventos stressores, contribuindo assim para a promoção da saúde mental dos participantes do estudo.



## CONCLUSÃO

A transição para o ensino superior representa para o jovem estudante um conjunto de desafios ao nível pessoal, social e institucional. O CLE acentua tais dificuldades, dado os múltiplos fatores potencialmente stressores e/ou ansiógenos, especificamente no que respeita ao contexto de ensino clínico. Dificuldades nos relacionamentos interpessoais, sentimentos de incompetência, avaliações constantes, gestão do tempo de estudo, assumir novas responsabilidades, dificuldade em lidar com a dor e o sofrimento, entre outros, são alguns fatores identificados pelos estudantes de enfermagem (Araújo et al., 2011).

Por outro lado, a pandemia por COVID-19 levou à interrupção das atividades letivas, gerando incertezas face ao futuro, nomeadamente à própria conclusão do curso. As medidas de isolamento social conduziram a alterações nos processos de ensino/aprendizagem e à perda de autonomia e de independência nos contextos sociais, dado o ensino à distância e à inexistência de convívio presencial com os colegas (OPP, 2020; Xavier, 2020). Tudo isto, potencia o desencadear de alterações ao nível do comportamento, humor, sono, alimentação, estados de ansiedade ou ainda alterações ao nível da motivação e desempenho académico, como a falta de interesse pelas tarefas académicas, dificuldades de aprendizagem e risco de abandono académico (OPP, 2020).

Este estudo pré-experimental de carácter longitudinal teve como objetivo avaliar a eficácia do Programa de Relaxamento Muscular Progressivo “Aprender a Relaxar” na redução do stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar. Para tal, foi concebido, implementado e avaliado o Programa “Aprender a Relaxar”, numa amostra de 7 estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar da instituição de ensino.

Os resultados dos testes inferenciais permitiram concluir que o Programa “Aprender a Relaxar” foi eficaz na redução dos níveis de stresse e ansiedade a curto prazo, evidenciando-se como uma ferramenta terapêutica eficaz para a gestão do stresse e autocontrolo da ansiedade e da sintomatologia associada. Simultaneamente, ensina acerca destas problemáticas e promove o reconhecimento de fatores desencadeantes, ao mesmo tempo que potencia a consciencialização de sinais e sintomas de ansiedade

e, sobretudo dado o treino e apreensão das técnicas de relaxamento de RD e de RMP, como estratégia de autocontrolo e gestão do stresse e ansiedade.

A metodologia adotada permitiu concretizar todos os objetivos inicialmente propostos, nomeadamente o objetivo principal em avaliar a eficácia do Programa “Aprender a Relaxar” na redução do stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem seguidos na consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar.

Deste estudo destacam-se os resultados que corroboram os efeitos benéficos das técnicas de relaxamento na redução do stresse e ansiedade. A RD aumenta a concentração, a capacidade de resolução de problemas e induz o estado de relaxamento (Potter, Anne, Patricia, & Hall como referido por Ariga, 2019), sendo eficaz na redução dos sintomas de stresse, ansiedade, insónia, entre outros (Brown, Gerbarg, & Muench, 2013). O RMP é frequentemente utilizado para reverter o processo de tensão muscular bem como para o alívio do stresse e ansiedade (Vickers & Zollman, 1999) e é benéfico na potencialização de sentimentos de autocontrolo e da capacidade de enfrentamento de situações stressantes (Melo-Dias, Lopes, Cardoso, Bobrowicz-Campos, & Apóstolo, 2019).

Neste âmbito, a apreensão das técnicas permite aos estudantes ter ao seu dispor estratégias eficazes na autogestão do stresse e ansiedade e representam uma base para o desenvolvimento de capacidades de enfrentamento (Day et al., 2014). Neste estudo verificou-se que os efeitos do Programa se mantiveram, pelo menos, a curto prazo.

De salientar também o facto de se ter concebido um programa de raiz, que se evidenciou eficaz na redução dos níveis de stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem. O Programa “Aprender a Relaxar” contribui para a evidência científica de programas baseados na técnica de RMP, dirigido a estudantes de enfermagem e constitui um importante contributo para a prática de ESMP que o enfermeiro especialista tem ao seu dispor para aplicar nesta população, sem a necessidade de criação de novos programas ou de recorrer a programas cuja eficácia não tenha sido evidenciada.

Cabe ao enfermeiro EESMP diagnosticar e intervir nas respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento e/ou que alterem a saúde mental, com objetivo de prevenir a doença mental e promover a saúde. O enfermeiro EESMP detém e mobiliza competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais que lhe permite estabelecer relações de confiança com a pessoa, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução. No contexto deste estudo, importa

realçar que todo o trabalho inerente ao desenvolvimento do Programa “Aprender a Relaxar” está em linha com a unidade de competência específica do enfermeiro EESMP, designadamente na coordenação, implementação e desenvolvimento de projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos (OE, 2018).

Ademais, trata-se de uma intervenção de baixo custo e de fácil acessibilidade que tem como principal vantagem o facto de poder ser realizado totalmente à distância que, por sua vez, garante maior flexibilidade de horários e de remarcação de sessões.

Como **dificuldades** deste estudo, inerentes ao processo de implementação do Programa, destaca-se a inexistência de contacto direto com os participantes, o que pode ser um obstáculo à relação terapêutica. Outras dificuldades detetadas foram, problemas de ligação à internet e ruídos externos, reportados no ambiente dos participantes, que constituíram barreiras ao processo de relaxamento. Uma outra dificuldade apontada foi a impossibilidade de visualizar a contração/descontração de todos os grupos musculares aquando da técnica de RMP, pela impossibilidade de a câmara captar a imagem corporal completa dos participantes.

As **limitações** deste estudo prendem-se com a amostra (por conveniência, tamanho reduzido e elementos apenas do género feminino) que não permitem a generalização dos resultados.

**Sugere-se** a replicação do Programa “Aprender a Relaxar” numa amostra mais ampla, eventualmente aleatória e com grupo de controlo. Tendo em conta que os resultados da dimensão cognitiva do QAA indicam que o Programa não foi suficiente para provocar alterações significativas nessa dimensão, sugere-se a inclusão de intervenções de outras intervenções/estratégias.

Por fim, sugere-se a possibilidade de realizar uma avaliação em larga escala dos estudantes de enfermagem, especialmente os do 1º ano e os que se encontram em ensino clínico (através da EPS e do QAA) e encaminhamento dos casos mais graves de stresse e/ou ansiedade para os serviços de saúde escolar, sendo o Programa “Aprender a Relaxar”, uma potencial intervenção terapêutica do enfermeiro EESMP.



## BIBLIOGRAFIA

- Afonso, P. & Figueira, M. L. (2020). Pandemia COVID-19: Quais são os riscos para a saúde mental?. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(1), 2-3.
- Ahmed, W. A. M. & Mohammed, B. M. A. (2019). Nursing students' stress and coping strategies during clinical training in KSA. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 14(2), 116-122.
- Aksu, N. T., Erdogan, A., & Ozgur, N. (2018). Effects of progressive muscle relaxation training on sleep and quality of life in patients with pulmonary resection. *Sleep and Breathing*, 22(3), 695–702. <https://doi.org/10.1007/s11325-017-1614-2>
- Al-Gamal, E., Alhosain, A., & Alsunaye, K. (2018). Stress and coping among saudi nursing students during clinical education. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 198-205.
- Almeida, J. M. C. & Xavier, M. (Coord.). (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório*. Universidade Nova de Lisboa. Portugal.
- Almeida, J. S. P. (2014). *A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: Estudo de prevalência e correlação*. (Tese de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa). Recuperado de <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2939/1/tese.pdf>
- Amado, R. M., Melo, R. C., & Pedroso, R. M. (2014). O contexto e o perfil dos estudantes. In R. Pedroso, & I. Brito (Eds.), *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp.103-111). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Araújo, B. R., Almeida, L. S., & Paúl, M. C. (2003). Transição e adaptação académica dos estudantes à escola de enfermagem. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5 (1), 56-64.
- Araújo, B., & Ponte, F. (2011). Transições na vida académica dos estudantes da licenciatura em enfermagem. In *Libro de Actas do XI Congreso Internacional Galego-Portugués de Psicopedagogía* (pp. 3991–4002).

- Araújo, B., Vieira, M., Fernandes, A., & Sá, L. (2011). Determinantes psicossociais no percurso académico: estudo com estudantes de enfermagem. In *Libro de Actas do XI Congreso Internacional Galego-Portugués de Psicopedagogía* (pp. 4003–4014).
- Ariga, R. A. (2019). Decrease anxiety among students who will do the objective structured clinical examination with deep breathing relaxation technique. *Neuroscience, Neurology and Psychiatry*, 7(16), 2619-2622.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia* 19(1-2), 267-277.
- Baqutayan, S. M. S. (2015). Stress and coping mechanisms: A historical review. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(2), 479-488.
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667-672.
- Bordignon, N. A. (2007). O desenvolvimento psicossocial do jovem adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 4(2), 7-16.
- Brown, R. P., Gerbarg, P. L. & Muench, F. (2013). Breathing practices for treatment of psychiatric and stress-related medical conditions. *Psychiatric Clinic of North America*, 36(1), 121-140.
- Burton, C. A. C., Murray, J., Holmes, J., Astin, F., Greenwood, D., & Knapp, P. (2012). Frequency of anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*, 8(7), 545-559.
- Cabral, J., & Matos, P. M. (2010). Preditores da adaptação à universidade: o papel da vinculação, desenvolvimento psicossocial e coping. *Psychologica*, 52(1), 55-77.
- Carlson, C. R., & Hoyle, R. H. (1993). Efficacy of abbreviated progressive muscle relaxation training: a quantitative review of behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1059–1067. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.6.1059>
- Carpigiani, B. (2010, Agosto). Erik h. erikson - teoria do desenvolvimento psicossocial. *Carpsi*. Recuperado de [https://www.carpsi.com.br/Newsletter\\_7\\_ago-10.pdf](https://www.carpsi.com.br/Newsletter_7_ago-10.pdf)
- Carver, C. S., & Conner-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology* 61, 679–704.
- Carver, M. L., & O'Malley, M. (2015). Progressive muscle relaxation to decrease anxiety in clinical simulations. *Teaching and Learning in Nursing*, 10(2), 57–62. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2015.01.002>

- Cerchiari, E. A. N. (2004). *Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários*. (Tese de doutoramento, Universidade Estadual de Campinas). Recuperado de <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313371>
- Chegeni, P. S., Gholami, M., Azargoon, A., Pour, A. H. H., Birjandi, M., & Norollahi, H. (2018). The effect of progressive muscle relaxation on the management of fatigue and quality of sleep in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 31, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.01.010>
- Chen, Y., Huang, X., Chien, C. & Cheng, J. (2016). The effectiveness of diaphragmatic breathing relaxation training for reducing anxiety. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(4), 329-336.
- Cheung, T., Wong, S. Y., Wong, K. Y., Law, L. Y., Ng, K., Tong, M. T., ... Yip, P. S. F. (2016). Depression, anxiety and symptoms of stress among baccalaureate nursing students in hong kong: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(8), 779.
- Claudino, J., & Cordeiro, R. (2006). Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem: o caso particular dos alunos da escola superior de saúde de portalegre. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32(11), 197-210.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro verde: Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas, Bélgica: CCE.
- Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243–264. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.08.001>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2015*. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Consolo, K., Fusner, S., & Staib, S. (2008). Effects of diaphragmatic breathing on stress levels of nursing students. *Teaching and Learning in Nursing*, 3(2), 67-71.
- Cordeiro, R. A. & Freire, V. (2009). Estado-Traço de Ansiedade e Vivências Académicas em Estudantes do 1º Ano do Instituto Politécnico de Portalegre. *Millenium, Journal of Education, Technologies and Health*, 1-7.

- Correia, D. T. (2014). *Manual de Psicopatologia*. Lisboa: Lidel.
- Costa, A. R., Mendes, C., Vieira, D., Nobre, S., Teixeira, S., Lopes, J., & Costa, S. (2018). Avaliação da ansiedade-estado em estudantes universitários de psicologia. *Revista Eletrónica de Educação e Psicologia*, 9, 49-61.
- Coutinho, F. C., Dias, G. P., & Bevilaqua, M. C. N. (2013). História. In. A. E. Nardi, J. Quevedo, & A. G. Silva (Eds.), *Transtorno de pânico - Teoria e clínica* (pp. 17-26). Brasil: Artmed.
- Cruz, C., Pinto, J., Almeida, M., & Aleluia, S. (2010). Ansiedade nos estudantes do ensino superior. Um estudo com estudantes do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem da escola superior de saúde de viseu. *Millenium*, 65(38), 223–242.
- Custódio, S., Pereira, A., & Seco, G. (2009). Stresse e estratégias de coping dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. In B. Silva, L. Almeida, A. Lozano, & M. Uzquiano (Eds.), *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia* (pp.4670-4683).
- Day, M. A., Eyer, J. C., & Thorn, B. E. (2014). Therapeutic relaxation. In S. Hofmann (Ed.), *The wiley handbook of cognitive behavioral therapy* (pp. 157–180). <https://doi.org/10.1002/9781118528563.wbcbt08>
- Dias, E. G., Barbosa, E. T., Barbosa, E. K. T., & Bardaquim, V. A. (2021). Ocorrência de estresse entre acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior. *Avances en Enfermería*, 39(1), 11-20.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a saúde mental 2017*. Lisboa, Portugal: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2020, Maio 22). O que é a COVID-19?. Recuperado de <https://covid19.min-saude.pt/o-que-e-a-covid-19/>
- Direção-Geral de Saúde. (2014). *Programa nacional para a saúde mental*. Lisboa, Portugal: DGS.
- Dolbier, C. L., & Rush, T. E. (2012). Efficacy of abbreviated progressive muscle relaxation in a high-stress college sample. *International Journal of Stress Management*, 19(1), 48–68. <https://doi.org/10.1037/a0027326>
- Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., ... Gervais, N. J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 41(1), 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.12.004>

- Emery, C. F., France, C. R., Harris, J., Norman, G., & VanArsdalen, C. (2008). Effects of progressive muscle relaxation training on nociceptive flexion reflex threshold in healthy young adults: a randomized trial. *Pain*, *138*(2), 375–379. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.01.015>
- Erikson, E. (1971). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar.
- Faria, C. M. G. M. (2008). Vinculação e desenvolvimento epistemológico em jovens adultos (Tese de Doutoramento). Universidade do Minho, Portugal.
- Fernandes, M. A., Vieira, F. E. R., Silva, J. S., Avelino, F. V. S. D., & Santos, J. S. D. (2018). Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários de uma instituição pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(5), 2298-2304.
- Ferreira, A., Príncipe, F., Pereira, H., Oliveira, I., & Mota, L. (2020). Covimpact: pandemia COVID-19 nos estudantes do ensino superior da saúde. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, *3*(1), 7-16. doi:10.37914/riis.v3i1.80
- Firmino, C., Valentim, O., Sousa, L., Antunes, A.V., Marques, F., & Simões, C. (2018). Stresse, ansiedade e depressão em estudantes de enfermagem portuguesas. In Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sá, L., Seabra, P., Silva, M., & Araújo, O. (Eds.). *IX Congresso Internacional ASPESM: Saúde mental para todos* (pp.109-118).
- Fortin, M. (1996). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Frota, I. J., Fé, A. A. C. M., Paula, F. T. M., Moura, V. E. G. S., & Campos, E. M. (2022). Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. *Journal of Health & Biological Sciences*, *10*(1), 1-8.
- Gao, L., Curtiss, J., Liu, X., & Hofmann, S. G. (2018). Differential treatment mechanisms in mindfulness meditation and progressive muscle relaxation. *Mindfulness*, *9*(4), 1268–1279. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0869-9>
- Godbey, K. L., & Courage, M. M. (1994). Stress-management program: intervention in nursing student performance anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*, *8*(3), 190–199. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(94\)90053-1](https://doi.org/10.1016/0883-9417(94)90053-1)
- Harorani, M., Davodabady, F., Masmouei, B., & Barati, N. (2020). The effect of progressive muscle relaxation on anxiety and sleep quality in burn patients: a randomized clinical trial. *Burns*, *46*(5), 1107–1113. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2019.11.021>

- Hasanpour-Dehkordi, A., Solati, K., Tali, S. S., & Dayani, M. A. (2019). Effect of progressive muscle relaxation with analgesic on anxiety status and pain in surgical patients. *British Journal of Nursing*, 28(3), 174–178. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.3.174>
- Hochman, B., Nahas, F. X., Filho, R. S. O., & Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(2), 2-9. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/acb/a/bHwp75Q7GYmj5CRdqsXtqbj/?format=pdf&lang=pt>
- İnangil, D., Şendir, M., Kabuk, A., & Türkoğlu, İ. (2020). The effect of music therapy and progressive muscle relaxation exercise on anxiety before the first clinical practice in nursing students: A randomized controlled study. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(3), 341-349.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2020). *Relatório final: SM-COVID19 - saúde mental em tempos de pandemia*. Lisboa, Portugal: INSA.
- International Council of Nurses. (2017). *International classification for nursing practice 2017 version*. Geneva: International Council of Nurses.
- Ismail, N. I. A. A., & Elgzar, W. T. I. (2018). The effect of progressive muscle relaxation on post cesarean section pain, quality of sleep and physical activities limitation. *International Journal of Studies in Nursing*, 3(3), 14–29. <https://doi.org/10.20849/ijsn.v3i3.461>
- Jacobson, E. (1976). *You must relax*. London: Unwin Paperbacks.
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Papathanasiou, I. V., Edet, O. B., Tsaras, K., Leocadio, M. C., ... Velacaria, P. I. T. (2018). Stress and coping strategies among nursing students: an international study. *Journal of Mental Health*, 27(5), 402-408.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55(6), 665-673.
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74(1), 9-46.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leite, A. A. M. & Silva, M. L. (2019). Um estudo bibliográfico da teoria psicossocial de Erik Erikson: contribuições para a educação. *Debates em Educação*, 11(23), 148-168.
- Leite, A. C., Fernandes, A. M. M., & Araujo, R. V. (2020). Nível de estresse e ansiedade dos discentes do curso de enfermagem. *Research, Society and Development*, 9(10), e2679108553.

- Li, Z. S. & Hasson, F. (2020). Resilience, stress, and psychological well-being in nursing students: a systematic review. *Nurse Education Today*, 90, 1-13.
- Lima, C. L. S., Lira, S. M., Holanda, M. O., Silva, J. Y. G., Moura, V. B., Oliveira, J. S. M., & Serra, B. F. (2020). Bases fisiológicas e medicamentosas do transtorno da ansiedade. *Research, Society and Development*, 9(9), e808997780. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7780>
- Lolak, S., Connors, G. L., Sheridan, M. J., & Wise, T. N. (2008). Effects of progressive muscle relaxation training on anxiety and depression in patients enrolled in an outpatient pulmonary rehabilitation program. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(2), 119–125. <https://doi.org/10.1159/000112889>
- Lopes, R. C. C. (2012). *Competências pessoais e sociais em estudantes de enfermagem: Implicações da implementação de um programa de intervenção no saber fazer relacional* (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/74228/2/30536.pdf>
- Lourenço, A. C. & Parreira, P. M. S. D. (2012). Ansiedade dos estudantes perante o ensino clínico: um estudo com estudantes de enfermagem. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(4), 203-212. Recuperado de: [http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/3591/0214-9877\\_2012\\_1\\_4\\_203.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/3591/0214-9877_2012_1_4_203.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Luo, Y., Yan, C., Huang, T., Fan, M., Liu, L., Zhao, Z., ... Fan, X. (2016). Altered neural correlates of emotion associated pain processing in persistent somatoform pain disorder: An fmri study. *Pain Practice*, 16(8), 969-979.
- Marchi, K. C., Bárbaro, A. M., Miasso, A. I., & Tirapelli, C. R. (2013). Ansiedade e consumo de ansiolíticos entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(3), 731-739.
- Martins, C., Campos, S., Duarte, J., Martins, R., Moreira, T., & Chaves, C. (2017). Situações indutoras de stress e burnout em estudantes de enfermagem nos ensinamentos clínicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5(spe5), 25-32.
- McCallie, M. S., Blum, C. M., & Hood, C. J. (2006). Progressive muscle relaxation. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 13(3), 51–66. [https://doi.org/10.1300/J137v13n03\\_04](https://doi.org/10.1300/J137v13n03_04)
- McCarthy, B., Trace, A., O'Donovan, M., Brady-Nevin, C., Murphy, M., O'Shea, M., & O'Regan, P. (2018). Nursing and midwifery students' stress and coping during their

- undergraduate education programmes: An integrative review. *Nurse Education Today*, 61, 197-209.
- Meleis, A. I. (1975). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. *Nursing Research*, 24(4), 264-271.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Melo-Dias, C., Lopes, R. C., Cardoso, D. F. B., Bobrowicz-Campos, E., & Apóstolo, J. L. A. (2019). Schizophrenia and progressive muscle relaxation – a systematic review of effectiveness. *Heliyon*, 5(4), e01484. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019. e01484>
- Mendes, S. S. & Martino, M. M. F. (2020). Fatores de estresse em estudantes do último ano da graduação em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03593.
- Meshram, R. S., Sulaxane, Y. D., Kulkarni, S. S., & Kale, A. H. (2017). Association of anxiety with body mass index (BMI) and waist to hip ratio (WHR) in medical students. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 6(1), 1-5.
- Mojarrab, S., Bazrafkan, L., & Jaber, A. (2020). The effect of a stress and anxiety coping program on objective structured clinical examination performance among nursing students in shiraz, iran. *BMC Medical Education*, 20(1), 301.
- National Center for Complementary and Integrative Health. (2016). Relaxation Techniques for Health. Recuperado de <https://www.nccih.nih.gov/health/relaxation-techniques-for-health>
- Neves, M. M., Pedroso, R. M., & Amado, R. M. (2014). Transições e contextos: Explicando os estilos de vida dos estudantes. In R. Pedroso, & I. Brito (Eds.), *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp.113-136). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).
- Nogueira, M. J. C. (2017). *Saúde mental em estudantes do ensino superior: Fatores protetores e fatores de vulnerabilidade*. (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Recuperado de <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/28877>
- Oliveira, C. R., Silva, B. M., Mielke, F. B., Benites, P. Z., Moreira, R. M., Poletto, S., & Cunha, W. N. (2021). *Saúde mental na escola em tempos de pandemia - guia prático*

para professoras e professores. Recuperado de <https://www.neca.org.br/arquivos/11417>

- Onieva-Zafra, M. D., Fernández-Muñoz, J. J., Fernández-Martínez, E., García-Sánchez, F. J., Abreu-Sánchez, A., & Parra-Fernández, M. L. (2020). Anxiety, perceived stress and coping strategies in nursing students: a crosssectional, correlational, descriptive study. *BMC Medical Education*, 20(1), 370.
- Ordem dos Enfermeiros Centro. (2021). *Consultas de enfermagem à distância - telenfermagem: Guia de recomendações*. Coimbra, Portugal: OEC.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Lisboa, Portugal: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 515/2018: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa, Portugal: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa, Portugal: OE.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *Recomendações para intervenção psicológica no ensino superior*. Lisboa, Portugal: OPP.
- Our World in Data. (2016). Transtornos de ansiedade. Recuperado de <https://ourworldindata.org/mental-health#anxiety-disorders>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Pais-Ribeiro, J., & Marques, T. (2009). A avaliação do stresse: A propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stresse. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 237-248.
- Parás-Bravo, P., Alonso-Blanco, C., Paz-Zulueta, M., Palacios-Ceña, D., Sarabia-Cobo, C. M., Herrero-Montes, M., ... Fernández-de-las-Peñas, C. (2018). Does jacobson's relaxation technique reduce consumption of psychotropic and analgesic drugs in cancer patients? A multicenter pre-post intervention study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 18(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2200-2>
- Park, E. S., Yim, H. W., & Lee, K. S. (2018). Progressive muscle relaxation therapy to relieve dental anxiety: a randomized controlled trial. *European Journal of Oral Sciences*, 127(1), 45–51. <https://doi.org/10.1111/eos.12585>

- Pelit-Aksu, S., Özkan-Şat, S., Yaman-Sözbi, Ş., & Şentürk-Erenel, A. (2020). Effect of progressive muscle relaxation exercise on clinical stress and burnout in student nurse interns. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3), 1095-1102.
- Pereira, A. M. S., Motta, E. D., Vaz, A. L., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A. C., ... Lopes, P. N. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no ensino superior: estratégias de intervenção. *Análise Psicológica*, 1(14), 51-59.
- Philippot, P., Chappelle, G & Blairy, S. (2010). Respiratory feedback in the generation of emotion. *Cognition and Emotion*, 16(5), 605-627.
- Ponciano, E., Serra, A. V., & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de zung, numa amostra de população portuguesa-I. – Resultados da aplicação numa amostra de população normal. *Psiquiatria Clínica*, 3 (4), 191-202.
- Rathnayake, S. & Ekanayaka, J. (2016). depression, anxiety and stress among undergraduate nursing students in a public university in sri lanka. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), 1020-1032.
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435.
- Ribeiro, F. M. S. S., Mussi, F. C., Pires, C. G. S., Silva, R. M., Macedo, T. T. S., & Santos, C. A. S. T. (2020). Nível de estresse entre universitários de enfermagem relacionado à fase de formação e fatores sociodemográficos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3209.
- Şahin, Z. A., & Dayapoğlu, N. (2015). Effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with chronic obstructive lung disease (COPD). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(4), 277–281. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.10.002>
- Santos, A. M., & Castro, J. J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4(16), 675-690.
- Santos, M. L. R. (2011). *Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários*. (Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro). Recuperado de <https://ria.ua.pt/handle/10773/6738>
- Saraiva, C.B. & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel.
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.

- Sequeira, C. & F. Sampaio (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Borges, E., & Sousa, C. (2013). Vulnerabilidade mental em estudantes de enfermagem no ensino superior: Estudo exploratório. *Journal of Nursing and Health*, 3(2), 170-181.
- Serafim, S. D. (2018). *Efeitos de um breve protocolo de treinamento de respiração profunda sobre os sintomas de ansiedade em pacientes com transtorno bipolar* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Serra, A. V. (1989). Transtornos mediados pela ansiedade: Perspectivas actuais do seu tratamento. *Psicologia*, 7(1), 11-24.
- Serra, A. V. (2011). *O stresse na vida de todos os dias*. Coimbra: Instituto Piaget.
- Serra, A. V., Ponciano, E., & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de zung, numa amostra de população portuguesa-II. – Sua avaliação como instrumento de medida. *Psiquiatria Clínica*, 3 (4), 203-213.
- Silva, B. R. (2014). *Ansiedade: Uma revisão integrativa desse fenômeno entre os estudantes de enfermagem* (Monografia, Universidade Federal Fluminense). Recuperado de <https://app.uff.br/riuff/handle/1/2879>
- Silva, K. K. M, Martino, M. M. F., Bezerra, C. M. B., Souza, A. M. L., Silva, D. M., & Nunes, J. T. (2020). Estresse e qualidade do sono em alunos de graduação em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20180227.
- Silva, M. G. & Costa, M. E. (2005). Desenvolvimento psicossocial e ansiedades nos jovens. *Análise Psicológica*, 2(23), 111-127.
- Silva, N. F. (2014). *Teoria da Vinculação*. (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/302939128.pdf>
- Silva, R. S. & Costa, L. A. (2012). Prevalência de transtornos mentais comuns entre estudantes universitários da área da saúde. *Encontro: Revista de Psicologia*, 15(23), 105-112.
- Smith, G. D. & Yang, F. (2017). Stress, resilience and psychological well-being in chinese undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 49, 90-95.
- Stuart, G. W. (1998). O modelo de adaptação ao estresse de stuart. In Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (Eds.) *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática* (pp. 97-113). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

- Sun, F., Long, A., Tseng, Y. S., Huang, H., You, J., & Chiang, C. (2016). Undergraduate student nurses' lived experiences of anxiety during their first clinical practicum: A phenomenological study. *Nurse Education Today*, *37*, 21-26.
- Torabizadeh, C., Bostani, S., & Yektatalab, S. (2016). Comparison between the effects of muscle relaxation and support groups on the anxiety of nursing students: a randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *25*, 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.09.001>
- Tsitsi, T., Charalambous, A., Papastavrou, E., & Raftopoulos, V. (2017). Effectiveness of a relaxation intervention (progressive muscle relaxation and guided imagery techniques) to reduce anxiety and improve mood of parents of hospitalized children with malignancies: a randomized controlled trial in republic of cyprus and gree. *European Journal of Oncology Nursing*, *26*, 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.10.007>
- Vickers, A., & Zollman, C. (1999). ABC of complementary medicine: hypnosis and relaxation therapies. *British Medical Journal*, *319*(7221), 1346–1349. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7221.1346>
- Vinhas, R. S. A. (2008). *A expressão da ansiedade e da depressão em pacientes com VIH/SIDA*. (Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Recuperado de <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1046/2/Tese%20Raquel%20Vinhas.pdf>
- Wang, W., He, G., Wang, M., Liu, L., & Tang, H. (2012). Effects of patient education and progressive muscle relaxation alone or combined on adherence to continuous positive airway pressure treatment in obstructive sleep apnea patients. *Sleep and Breathing*, *16*(4), 1049–1057. <https://doi.org/10.1007/s11325-011-0600-3>
- World Health Organization. (2018). Mental health: strengthening our response. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2019). *Reducing inequities in health across the life-course. Transition to independent living – young adults*. Recuperado de [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/403937/20190530-h1510-life-course-young-adults-en.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/403937/20190530-h1510-life-course-young-adults-en.pdf)
- World Health Organization. (s.d.). *Adolescent health*. Recuperado de <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/about-child-and-adolescent-health/adolescent-health>
- Xavier, B., Camarneiro, A. P., Loureiro, L., Menino, E., Oliveira, A. C., & Monteiro, A. P. (2020). Impacto da COVID-19 nas dinâmicas sociofamiliares e académicas dos

estudantes de enfermagem em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20104. doi: <https://doi.org/10.12707/RV20104>

Zarbakhsh, M., & Raisi, L. S. (2018). The Efficacy of Progressive Muscular Relaxation Upon Nurses Sleep Quality. *International Clinical Neuroscience Journal*, 5(4), 164-168.

Zargarzadeh, M., & Shirazi, M. (2014). The effect of progressive muscle relaxation method on test anxiety in nursing students. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(6), 607-612.

Zhou, K., Li, X., Li, J., Liu, M., Dang, S., Wang, D., & Xin, X. (2014). A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(1), 54–59. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.07.010>



## APÊNDICES



## APÊNDICE I

### Questionário de Colheita de Dados

Código atribuído\_\_\_\_\_

Idade\_\_\_\_\_

Sexo: Feminino  Masculino

Ano curricular atual do CLE: 1º ano  2º ano  3º ano  4º ano

Local de Residência\_\_\_\_\_

Deslocado(a) da residência habitual no período letivo? Sim  Não

Se sim, com quem mora? Colega  Amigo  Familiar(es)  Sozinho(a)

Profissão:\_\_\_\_\_ Possui estatuto trabalhador/estudante? Sim  Não

Se sim: Part-time  Full-time

Toma medicação para reduzir a ansiedade? Sim  Não

Já tomou medicação para reduzir a ansiedade? Sim  Não

Toma outra medicação do foro psiquiátrico? Sim  Não  Qual?\_\_\_\_\_



## APÊNDICE II

### Questionário de Avaliação – Aprender a Relaxar

A sua opinião sobre o Programa Aprender a Relaxar é muito importante pois permite desencadear um processo de melhoria contínua e o ajustamento dos projetos e métodos em ações futuras. Por favor, marque com um **(x)** em cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído ao valor 1 “insuficiente” e ao valor 5 “excelente” conforme a sua opinião.

<b>Conteúdos Programáticos</b>	1 Insuficiente	2 Suficiente	3 Bom	4 Muito bom	5 Excelente
Conteúdos do Programa					
Estrutura dos conteúdos					
Interesse dos conteúdos					
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados					

<b>Profissional de Saúde</b>	1 Insuficiente	2 Suficiente	3 Bom	4 Muito bom	5 Excelente
Domínio e clareza na exposição dos conteúdos					
Capacidade de motivar para os conteúdos abordados					

<b>Organização</b>	1 Insuficiente	2 Suficiente	3 Bom	4 Muito bom	5 Excelente
Qualidade e adequação das ferramentas utilizadas (ex. <i>zoom</i> )					
Duração do Programa					
Horário e duração das sessões					
Material didático					

Qual das seguintes opções considera mais satisfatória para a implementação do Programa?	Presencial	Online

Metodologia online: Como avalia de 0 a 10 a sua satisfação com a metodologia online?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

<b>Resultados/ Expetativas</b>	1 Insuficiente	2 Suficiente	3 Bom	4 Muito bom	5 Excelente
Utilidade prática do Programa					
Temas abordados face às expectativas					

<b>Avaliação Global</b>	1 Insuficiente	2 Suficiente	3 Bom	4 Muito bom	5 Excelente
Aquisição de novos conhecimentos					
Avaliação global do Programa					

<b>Ganhos obtidos com a implementação do Programa Aprender a Relaxar</b>				
<b>Como avalia de 0 a 3 os ganhos obtidos?</b>				
<b>0– Sem Melhoria 1- Melhorou pouco 2- Melhorou 3-Melhorou Bastante</b>				
	0	1	2	3
Identificação de sinais e sintomas de stresse e ansiedade				
Capacidade de autocontrolo de stresse e ansiedade				
Níveis de stresse e ansiedade após realização das técnicas de relaxamento				

**Críticas/Sugestões/Comentários**


Obrigada pela colaboração! 😊

## APÊNDICE III

# Aprender a Relaxar

## Programa de Relaxamento Muscular Progressivo

### ❖ Metodologia

A metodologia do Programa assenta, numa primeira fase, no método expositivo e, sobretudo numa componente prática e interativa, através da realização e apreensão de técnicas de relaxamento e pela participação ativa dos participantes. As sessões serão implementadas individualmente.

Pelo contexto atual de pandemia por covid-19, as sessões serão realizadas por videochamada através do *Zoom Video Communications*.

Estruturalmente, o Programa divide-se da seguinte forma:

**Contacto preparatório:** Consentimento informado e calendarização das sessões

**1ª sessão:** Apresentação do Programa; Avaliação inicial (caracterização sociodemográfica, EPS, QAA); e psicoeducação (o que é stresse? O que é ansiedade? Estratégias para redução do stresse e ansiedade; Respiração diafragmática; Relaxamento muscular progressivo);

**2ª a 8ª sessão:** Aplicação das técnicas de respiração diafragmática e de relaxamento muscular progressivo segundo guião (na posição de deitado até à 4ª sessão e, na posição de sentado da 5ª à 8ª sessão); vigiar treino de respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo (participante deve realizar o treino progressivamente de forma mais autónoma a partir da 6ª sessão); Análise e discussão do TPC;

**Fim da 8ª sessão:** Avaliação final (EPS, QAA, Questionário de avaliação do Programa)

### ❖ População alvo

Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em acompanhamento da consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar da ESEnfC

Critérios de inclusão: estudantes de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra com manifestações de ansiedade e que recorram à consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar da ESEnfC

Critérios de exclusão: idade superior a 23 anos; uso de medicação ansiolítica e/ou antidepressiva

#### ❖ **Objetivos**

- Ensinar, Instruir e Treinar a técnica de relaxamento muscular progressivo;
- Reduzir os níveis de stresse e ansiedade dos participantes;
- Promover a aquisição de estratégias para reduzir o stresse e a ansiedade.

#### ❖ **Duração**

O Programa tem a duração de 5 semanas com início em março e término previsto em abril. Cada sessão terá duração de 60 minutos.

#### ❖ **Avaliação**

Serão realizados três momentos de avaliação através da aplicação dos instrumentos EPS e QAA: o primeiro momento antes do início do Programa num contacto preparatório; o segundo no final do Programa (sessão 8); o terceiro momento no *follow-up* que acontecerá 4 semanas após o término do Programa. Em cada sessão será avaliado o nível de ansiedade através de uma escala numérica 0-10 (0- sem ansiedade, 10- ansiedade máxima sentida).

#### ❖ **Material**

O material necessário comum a todas as sessões é: computador com câmara e microfone funcionais e com ligação à internet.

❖ **Planeamento das sessões**

Sessão 1	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre o estudo, a participação no programa e o decorrer das sessões</li> <li>- Implementar questionário de avaliação sociodemográfica</li> <li>- Avaliar os níveis de stresse e ansiedade através de instrumentos validados</li> <li>- Ensinar sobre stresse e ansiedade e estratégias de redução nomeadamente técnicas de relaxamento (RD e RMP)</li> </ul>
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> <li>5 min. - Apresentação dos participantes e investigadora</li> <li>5 min. - Apresentação do Programa “Aprender a Relaxar”</li> <li>20 min. - Avaliação inicial via <i>Google forms</i>: dados sociodemográficos, EPS e QAA</li> <li>30 min. - “Stresse e Ansiedade” (O que é?; Que estratégias?; Respiração diafragmática; Relaxamento Muscular Progressivo) e disponibilização de panfleto informativo via <i>email</i></li> </ul>

Sessão 2	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir sobre Respiração Diafragmática</li> <li>- Instruir Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson</li> <li>- Promover o relaxamento corporal</li> <li>- Reduzir os níveis de stresse e ansiedade</li> <li>- Avaliar níveis de ansiedade</li> </ul>
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 min. - Resumo da sessão anterior e explicação do decorrer da sessão</li> <li>10 min. - Instrução de técnica de Respiração Diafragmática</li> <li>30 min. - Instrução da técnica de Relaxamento Muscular Progressivo (participante deverá estar deitado)</li> <li>5 min. - Avaliação do nível de ansiedade percecionada antes e após a técnica de Relaxamento Muscular Progressivo (escala numérica 0 -10)</li> <li>5 min. - TPC: instrução para preenchimento das colunas “data”, “situação”, “sinais de ansiedade” e “intensidade”</li> </ul>

### Sessão 3

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Treinar Respiração Diafragmática</li><li>- Treinar Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo</li><li>- Promover o relaxamento corporal</li><li>- Reduzir os níveis de stresse e ansiedade</li><li>- Avaliar níveis de ansiedade</li></ul>
Conteúdos	
5 min.	- Resumo da sessão anterior e explicação do decorrer da sessão
10 min.	- Análise e discussão do TPC
10 min.	- Treino de Respiração Diafragmática
25 min.	- Treino da técnica de Relaxamento Muscular Progressivo (participante deverá estar deitado)
5 min.	- Avaliação do nível de ansiedade percecionada antes e após a Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo (escala numérica 0 -10)
3 min.	- TPC: instrução para preenchimento da coluna “ação tomada” e anteriores
2 min.	- Disponibilização de áudio de RMP guiado (para posição de deitado)

### Sessão 4

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Treinar Respiração Diafragmática</li><li>- Treinar Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo</li><li>- Promover o relaxamento corporal</li><li>- Reduzir os níveis de stresse e ansiedade</li><li>- Avaliar níveis de ansiedade</li></ul>
Conteúdos	
5 min.	- Resumo da sessão anterior e explicação do decorrer da sessão
10 min.	- Análise e discussão do TPC
10 min.	- Treino de Respiração Diafragmática
20 min.	- Treino da técnica de Relaxamento Muscular Progressivo (participante deverá estar deitado)
5 min.	- Avaliação do nível de ansiedade percecionada antes e após a Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo (escala numérica 0 -10)

### Sessão 5

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Treinar Respiração Diafragmática</li><li>- Treinar Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo</li><li>- Promover o relaxamento corporal</li><li>- Reduzir os níveis de stresse e ansiedade</li><li>- Avaliar níveis de ansiedade</li></ul>
Conteúdos	
5 min.	- Resumo da sessão anterior e explicação do decorrer da sessão
10 min.	- Análise e discussão do TPC
10 min.	- Treino de Respiração Diafragmática
20 min.	- Treino de técnica de Relaxamento Muscular Progressivo (participante deverá estar sentado)
5 min.	- Avaliação do nível de ansiedade percecionada antes e após a Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo (escala numérica 0 -10)
2 min.	- Disponibilização de áudio de RMP guiado (para posição de sentado)

### Sessão 6 e 7

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinar Respiração Diafragmática</li> <li>- Treinar Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo</li> <li>- Promover o relaxamento corporal</li> <li>- Reduzir os níveis de stresse e ansiedade</li> <li>- Promover o autocontrolo: ansiedade</li> <li>- Avaliar níveis de ansiedade</li> </ul>
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> <li>5 min. - Resumo da sessão anterior e explicação do decorrer da sessão</li> <li>10 min. - Análise e discussão do TPC</li> <li>10 min. - Vigiar treino de Respiração Diafragmática (participante deverá realizar de forma autónoma)</li> <li>20 min. - Vigiar treino de técnica de Relaxamento Muscular Progressivo (participante deverá estar sentado e realizar o RMP de forma autónoma)</li> <li>5 min. - Avaliação do nível de ansiedade percecionada antes e após a Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo (escala numérica 0 -10)</li> </ul>

### Sessão 8

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinar Respiração Diafragmática</li> <li>- Treinar Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo</li> <li>- Promover o relaxamento corporal</li> <li>- Reduzir os níveis de stresse e ansiedade</li> <li>- Promover o autocontrolo: ansiedade</li> <li>- Avaliar níveis de ansiedade</li> <li>- Avaliar os níveis de stresse e ansiedade através de instrumentos validados</li> </ul>
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> <li>5 min. - Resumo da sessão anterior e explicação do decorrer da sessão</li> <li>5 min. - Análise e discussão do TPC</li> <li>10 min. - Vigiar treino de Respiração Diafragmática (participante deverá realizar de forma autónoma)</li> <li>20 min. - Vigiar treino de técnica de Relaxamento Muscular Progressivo (participante deverá realizar de forma autónoma)</li> <li>5 min. - Avaliação do nível de ansiedade percecionada antes e após a Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo (escala numérica 0 -10)</li> <li>20 min. - Avaliação final via <i>Google forms</i>: EPS, QAA e questionário de satisfação</li> </ul>



## APÊNDICE IV

### **Autorização para Potencial Participante do Estudo**

O meu nome é Jéssica Dias Costa, sou enfermeira, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar a Dissertação de Mestrado com o tema: “Stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem: Estudo da eficácia de um Programa de Relaxamento Muscular Progressivo”, sob orientação da Professora Doutora Rosa Cristina Lopes.

O objetivo da investigação é avaliar a eficácia de um Programa de Relaxamento Muscular Progressivo na redução do stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem seguidos em consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar.

Caso tenha interesse em participar no estudo, solicito a sua autorização para que o Serviço de Saúde Escolar possa indicar o seu nome e email para potencialmente participar no estudo e eventual consulta de informação clínica.

Eu (nome completo) \_\_\_\_\_  
declaro que autorizo a indicação do meu nome e email para o estudo e eventual consulta dos meus dados clínicos para efeitos de participação única e exclusiva do mesmo.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## APÊNDICE V

### Consentimento Informado

#### Informação ao Participante

O meu nome é Jéssica Dias Costa, sou enfermeira, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a realizar a Dissertação de Mestrado com o tema: “Stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem: Estudo da eficácia de um Programa de Relaxamento Muscular Progressivo”, sob orientação da Professora Doutora Rosa Cristina Lopes.

O objetivo da investigação é avaliar a eficácia de um Programa de Relaxamento Muscular Progressivo na redução do stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem seguidos em consulta de ansiedade do Serviço de Saúde Escolar.

O Programa é constituído por 8 sessões (sessões individuais) a decorrer ao longo de 5 semanas, com início em novembro e término previsível em dezembro. As primeiras 6 sessões serão bissemanais e as 2 últimas serão semanais. Cada sessão terá uma duração de cerca de 60 minutos por participante.

A recolha de dados será realizada através de um questionário de dados sociodemográficos, dos instrumentos ISEU (Inventário do Stress em Estudantes Universitários) e STAI (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) a realizar no início e no final do programa e 4 semanas após o término do programa.

A sua participação é voluntária e poderá recusar a sua participação ou desistir em qualquer momento do estudo.

É garantida a confidencialidade e anonimato dos dados, sendo a recolha dos mesmos assegurada pela utilização da plataforma *Google forms*. Através desta via poderá responder aos questionários *online* sem que a sua identidade esteja associada, uma vez que terá que inserir um código que lhe será previamente atribuído pela Enfermeira do Serviço de Saúde Escolar via *email*. Apenas a investigadora terá acesso às respostas enviadas pelos participantes. Para efeitos de apresentação de resultados os participantes serão referidos como “P1”, “P2”, ..., “P7”.

Desta forma, solicito a sua participação neste estudo.

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

**Designação do estudo:** Stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem: Estudo da eficácia de um Programa de Relaxamento Muscular Progressivo

**Investigador(a):** Enfermeira Jéssica Dias Costa, Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Eu, abaixo assinado, (nome completo), \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

declaro que consinto participar voluntariamente no Programa suprarreferido após ter compreendido a informação que me foi fornecida sobre os objetivos, o método e a implementação do Programa, tendo-me sido dada a oportunidade de expor as questões que julguei necessárias.

Fui informado que tenho o direito de participar de forma voluntária e que poderei recusar a participação ou desistir em qualquer momento do estudo.

Foi-me assegurado o anonimato e confidencialidade dos meus dados.

Por isso, consinto em participar voluntariamente no Programa suprarreferido.

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXOS



## ANEXO I

J. PAIS RIBEIRO & T. MARQUES

### ESCALA DE PERCEPÇÃO DE STRESS

Nesta escala fazemos perguntas acerca dos seus sentimentos e pensamentos que ocorreram no último mês. Em cada uma pedimos para indicar **com que frequência** você se sentiu ou pensou de determinada maneira. Embora algumas das questões sejam parecidas, há diferenças entre elas e deverá responder a cada uma como uma questão diferente. A melhor maneira de o fazer é responder a cada questão rapidamente. Ou seja, não se preocupe em lembrar do número de vezes que se sentiu de determinada maneira. Em vez disso assinale a alternativa que lhe pareça uma estimativa razoável. As alternativas que pode escolher são: “Nunca”; “Quase Nunca”, “Algumas vezes”; “Com muita frequência”; e “Muitas vezes”

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

\*- Itens da versão de 10 itens; \*\*- itens da versão de quatro itens; (1)-Itens invertidos



## ANEXO II

### Escala de ansiedade de Zung (Ponciano, E., Serra, V., Relvas, J., 1982)

	Nenhumas ou raras vezes	Algumas vezes	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou a totalidade do tempo
1. Sinto-me mais nervoso e ansioso do que costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto-me como se estivesse para “rebotar”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que tudo corre bem e que nada de mal acontecerá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto os braços e as pernas a tremer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tenho dores de cabeça, no pescoço e nas costas, que me incomodam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me fraco e fico facilmente cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sinto o meu coração a bater depressa demais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho crises de tonturas que me incomodam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tenho crises de desmaio ou a sensação de que vou desmaiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Posso inspirar e expirar com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sinto os dedos das minhas mãos e dos meus pés entorpecidos e com picadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Costumo ter dores de estômago ou más digestões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tenho de esvaziar a bexiga com frequência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A minha face costuma ficar quente e corada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tenho pesadelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ANEXO III

### COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer Nº 709\_09/2020

**Título do Projecto:** Stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem: Estudo da eficácia de um Programa de Relaxamento Muscular Progressivo

#### Identificação das Proponentes

Nome(s): Jéssica Dias Costa

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Professora Doutora Rosa Cristina Lopes

**Relator:** Filomena Girão

#### Parecer

##### A – Resumo do Projecto

Este projecto reflecte um estudo quasi-experimental, na sequência da implementação de um programa de relaxamento muscular progressivo junto dos estudantes de enfermagem do ensino superior com manifestações de ansiedade. O estudo será realizado seguindo instrumentos de avaliação STAI e ISEU em 3 momentos de avaliação (antes do início do programa de relaxamento, após o fim do programa e quatro semanas após o fim do programa).

##### B – Identificação das Questões com Eventuais Implicações Éticas

B.1. A pertinência do estudo encontra-se devidamente justificada, sendo a metodologia proposta adequada à obtenção de resultados cientificamente válidos.

B.2. Este estudo não apresenta riscos para os participantes visto que consiste na sua inclusão num programa de relaxamento e posterior follow-up com preenchimento de questionários.

B.3. O presente estudo assegura o respeito pela autonomia dos participantes, garantindo que a sua decisão de participação é tomada de forma livre e consciente.

B.4. Ao longo do estudo será garantida a confidencialidade dos dados, sendo os mesmos pseudonimizados e garantindo-se que apenas a investigadora terá acesso ao respectivo código de correspondência.

B.5. Não existem interesses financeiros nem conflitos de interesse a dedarar.

B.6. Os riscos e sobrecarga sobre as participantes são proporcionais aos ganhos que se espera obter com o estudo.

##### C – Conclusões

Face ao exposto, propõe-se que a Comissão de Ética delibere da parecer positivo ao presente estudo.

O relator: Filomena Girão

Data: 14/10/2020 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Bokello



## ANEXO IV

### Autorização dos autores dos instrumentos de avaliação

#### Escala de Percepção de Stress

---



**José Luis Pais Ribeiro** <jlpr@fpce.up.pt>

12/12/2020, 17:25 ☆ ↶ ⋮

para mim ▾

Cara Colega

Autorizamos o uso da versão de escala de percepção de stress que estudámos para uso com a população portuguesa. A escala e o estudo de validação estão no artigo que pode encontrar no meu site na secção "publicações" referencia 258.

cordialmente

José Luis Pais Ribeiro

#### Escala de Ansiedade de Zung



**João Relvas** <jrelvas@netcabo.pt>

quinta, 10/12/2020, 16:32 ☆ ↶ ⋮

para mim ▾

Obrigado pelo contacto.

Apliquei já há muito tempo a Escala de Zung em muitos trabalhos. Tenho muito gosto que a utilize. Vou ver se lhe mando a chave de cotação que é relativamente simples.

Cumprimentos e felicidades no seu trabalho

João Relvas

