

6 RELAXAMENTO: ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NO STRESS¹

| Elizabete Borges²; Teresa Ferreira³; |

RESUMO

O stress é um fator com influência na qualidade de vida no trabalho do enfermeiro. As consequências do stress ocupacional encontram-se documentadas em vários estudos com repercussões a curto e longo prazo na qualidade de vida dos trabalhadores e organizações. Na especificidade do contexto laboral uma das estratégias que poderá ser implementada na gestão do stress é o relaxamento: a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson. O estudo teve como objetivo analisar a eficácia de um programa de gestão de stress. Estudo integrado no paradigma de investigação quantitativo do tipo descritivo, exploratório e correlacional. Desenvolvemos um estudo longitudinal, com um desenho pré e pós-teste e análise intra-sujeitos em dois momentos distintos, mediados por um intervalo de tempo de seis meses, neste intervalo implementamos um programa psicopedagógico. A amostra foi constituída por enfermeiros que aceitaram participar no estudo (N=92). Os resultados evidenciaram a vantagem de implementação de programas na gestão do stress laboral com recurso a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson.

PALAVRAS-CHAVE: Stress; Relaxamento; Enfermeiro; Trabalho

RESUMEN

El estrés es un factor que influye en la calidad de vida en el trabajo del enfermero. Las consecuencias del estrés ocupacional se han descrito en varios estudios, donde se recoge su repercusión a corto y largo plazo en la calidad de vida de los trabajadores y organizaciones. Específicamente en el contexto laboral una de las estrategias que podrá ser incluida para gestionar el estrés es la relajación: La técnica de relajación progresiva de Jacobson. Estudio integrado en el paradigma de investigación cuantitativa de tipo descriptiva, exploradora y correlacionada.

El objetivo de este trabajo fue analizar la eficacia de un programa para gestionar el estrés. Realizamos un estudio longitudinal, con diseño pre y post-test, con análisis intra sujetos en dos momentos diferentes, con un intervalo temporal de seis meses. En este intervalo se implementó un programa psicopedagógico. La muestra estuvo formada por 92 enfermeros que aceptaron participar en el estudio. Los resultados mostraron la ventaja en implementar programas en la gestión del estrés laboral recurriendo a la técnica de relajación progresiva de Jacobson.

DESCRIPTORES: Estrés; Relajación; Enfermero; Trabajo

ABSTRACT

Stress influences the quality of working life among nurses. The consequences of occupational stress are described by literature, revealing consequences at a short and long term in the quality of life both for workers and organizations. Regarding the specificities of the Occupational context, one of the strategies which can be implemented to manage stress is relaxation, especially the Jacobson's progressive relaxation technique. This study aims to analyze the effectiveness of a management stress program. It is an exploratory and descriptive study, integrated within the paradigm of quantitative research. It is also a prospective and longitudinal study, having an intra-subjects approach, with data collected at two different moments that configures a pre and a post-test design. During the interval we implemented a psycho-pedagogical program among a group of nurses (N=92) who voluntary agreed to participate. The results showed advantages in the implementation of occupational stress management programs using the Jacobson's progressive relaxation technique.

KEYWORDS: Stress; Relaxation; Nurse; Work

1 Artigo extraído da Tese de Doutoramento em Enfermagem "Qualidade de vida relacionada com o trabalho: Stresse e violência psicológica nos enfermeiros" (2012), apresentada no Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

2 Doutoramento em Enfermagem; Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto, Portugal, elizabete@esenf.pt

3 Doutoramento em Psicologia da Saúde; Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072 Porto, Portugal, teresarodrigues@esenf.pt

INTRODUÇÃO

O stress enquanto um acontecimento inevitável na existência humana emerge em diferentes contextos laborais, sendo a enfermagem uma profissão sujeita a elevados níveis de stress (ICN, 2010; Tuckett, Parker & Eley, 2010).

O International Council of Nurses (ICN, 2007) identifica como causas de stress no trabalho as condições de trabalho, as relações no trabalho, o conflito e a ambiguidade das funções, a estrutura e o ambiente da organização, a sobreposição trabalho-família, o desenvolvimento da carreira profissional e a natureza do posto de trabalho.

A intervenção no controlo do stress pode ser desenvolvida com recurso a diferentes estratégias.

Hargreaves (2001, cit. por Jesus, 2007) propõe um programa de gestão do stress em quatro áreas de intervenção: alterar as causas de stress (eliminar as causas, aumentar os recursos, reorganizar a vida e evitar os stressantes), desenvolver meios de defesa (treino/autodesenvolvimento gestão do tempo, firmeza e comunicação), trabalhar com a mente (criar uma imagem positiva, mudar as convicções irrealistas, evitar pensar em “tudo ou nada” e “tem de ser” e é “obrigatório”) e um estilo de vida equilibrado (adotar uma dieta saudável; reduzir o tabaco, álcool e cafeína; fazer exercício regular; ocupar os tempos livres; descontraírem-se e dormir melhor).

Para Serra (2002) a redução do stress pode ser concretizada através da alteração da relação do indivíduo com a circunstância, do desenvolvimento das aptidões e dos recursos do indivíduo assim como, da resistência individual ao stress.

O exercício físico, o controlo do peso e o convívio social são também estratégias que podem ser implementadas para melhorar a resistência ao stress.

Relativamente ao stress laboral, Ramos (2001) apresenta-nos diferentes estratégias de intervenção que assentam em três áreas: eliminar, reduzir ou adequar fontes de stress, reduzir vulnerabilidades/aumentar resistências e melhorar atos de coping e assistir, cuidar e recuperar pessoas perturbadas pelo stress. Para este autor independentemente da classificação apresentada, todas as estratégias podem ser implementadas nos diferentes níveis de prevenção.

Na especificidade do contexto laboral uma das estratégias que poderá ser implementada é o relaxamento.

O relaxamento para Payne (2002) é usualmente utilizado na referência a momentos de alívio de tensão, em oposição, a momentos de contração muscular. A autora considera esta definição demasiado restrita e cita a definição de Ryman (1995) como mais abrangente “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo” (p.3).

Para Serra (2002) o treino de relaxamento tem demonstrado vantagens em problemas de saúde associados ao stress.

Existem diferentes tipos de técnicas de relaxamento, contudo alguns critérios devem ser contemplados na opção por um determinado método. Segundo Payne (2002) devem ser de fácil aprendizagem e aplicação, não requererem equipamento complexo, serem passíveis de utilizar com grupos pequenos e servirem para todas as idades.

O relaxamento deve ser iniciado assim que a pessoa esteja decidida a aprender a técnica. Deve ser realizado num local tranquilo, com temperatura adequada, confortável (podendo ser com o recurso a uma cama, colchão ou cadeira), em grupo ou individualmente (uma grávida não deve realizar parte do relaxamento que inclua contração e descontração muscular), com roupa adequada e ser submetido a avaliação (Serra, 2002; Vasquez, 2001).

Abordamos de seguida a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, identificada como o mais antigo método de relaxamento (Ramos, 2001). Para Vásquez (2001) esta técnica consiste num procedimento que visa conseguir a redução dos níveis de ativação, mediante uma diminuição progressiva e voluntária da contração muscular. O seu objetivo é dotar a pessoa de habilidades para controlar a sua própria ativação fisiológica e confrontar as situações que provocam stress e ansiedade. Com a execução desta técnica “muitos indivíduos poderiam beneficiar ao adquirir a habilidade de relaxar para gerir diferentes situações stressantes na sua vida diária” (Vásquez, 2001, p. 21).

A técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, para além das condições necessárias de espaço, ambiente, individual ou grupo, determina que a pessoa possua características que permitam a sua aprendizagem e a continuidade da sua execução. Deve ser sempre iniciada com a explicação dos seus objetivos e fundamentos. Pode ser integrada num processo de aprendizagem demorado, quando implementado na sua versão original (16 grupos musculares). Existem contudo, versões para 7 e 4 grupos musculares.

Na execução desta técnica deve ser contemplado que cada procedimento deve ser implementado pelo terapeuta, para que o mesmo possa ser cuidadosamente explicado e adaptado às características das pessoas. Também, deve ser introduzido apenas um novo procedimento após o anterior ser apreendido, sendo que cada procedimento deve ser descrito em pormenor, em que a voz do terapeuta deve alterar ao longo dos ciclos de tensão e distensão.

No final das sessões é fundamental que se proceda à avaliação, analisando as experiências subjetivas da pessoa ao nível do grau de relaxamento conseguido. Pode ser realizada através da perceção sobre a experiência de relaxamento ou com a aplicação de escalas de Likert de 10 pontos, em que o 0 significa ausência de relaxamento e o 10 o máximo de relaxamento percebido (Vásquez, 2001). Para Serra (2002) o procedimento deve ser iniciado e finalizado com a monitorização do pulso de modo a poderem ser interpretadas as alterações ocorridas.

Esta técnica é algo que se vai desenvolvendo em termos de habilidade, o que leva a um maior grau de relaxamento à medida que a mesma se vai repetindo (Serra, 2002, Vásquez, 2001). Enquanto uma habilidade motora e que deve ser repetida para promover o seu domínio, deve ser executada diariamente, de preferência duas vezes por dia. Porém, nem sempre é possível esta periodicidade, pelo que uma vez por dia é mais fácil de ser concretizado. Imagens de paz podem ser utilizadas em complementaridade a esta técnica (Serra, 2002). Com este estudo definimos como objetivo analisar a eficácia de um programa de gestão de stress.

METODOLOGIA

Estudo integrado no paradigma de investigação quantitativo, do tipo descritivo, exploratório e correlacional. Desenvolvemos um estudo longitudinal. Efetuámos uma abordagem segundo um desenho pré e pós-teste, com análise intra-sujeitos em dois momentos distintos, mediados por um intervalo de tempo de seis meses, neste intervalo implementamos um programa psicopedagógico, sem controlo de outras variáveis o que não se enquadra num tipo de estudo experimental.

Este estudo faz parte de um mais abrangente que teve por finalidade contribuir para a melhoria da qualidade de vida no trabalho e, por inerência, melhorar os cuidados em saúde prestados pelos enfermeiros proporcionando-lhes alguns recursos que lhes permitam desenvolver capacidades para gerirem melhor o stress relacionado com o trabalho de enfermagem.

A população alvo são Enfermeiros/Alunos de Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (CPLEE) de uma Escola Superior de Enfermagem da região norte de Portugal. Os critérios de inclusão da nossa amostra foram serem enfermeiros/alunos de CPLEE e aceitarem participar no estudo. A amostra foi constituída por 92 enfermeiros/alunos de diferentes CPLEE (Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem Comunitária ...). Foram respeitados os procedimentos éticos inerentes ao processo investigativo.

Os enfermeiros que aceitaram participar no estudo foram informados de todos os aspetos que o estudo englobava: da finalidade e objetivos, do carácter longitudinal, intervenção psicopedagógica pelo que se solicitou a manutenção da sua participação promovendo a adesão e minimizando a “mortalidade da amostra” comum nestes estudos. A intervenção revestiu-se de um programa psicopedagógico de ajuda na gestão das emoções, proporcionando recursos/habilidades para a gestão do stress relacionado com o trabalho dos enfermeiros.

O plano de intervenção psicopedagógico integrou um total de três sessões de 2 horas cada e foi desenvolvido pela investigadora (assim como a respetiva colheita de dados). A planificação/calendarização das sessões foi feita de acordo e em consenso com os Coordenadores dos CPLEE e enfermeiros. O intervalo de tempo entre a primeira e segunda sessão foi de 3 a 4 semanas e entre a segunda e a terceira sessão, 3 semanas. O programa psicopedagógico completo (3 sessões) apresentou uma perda de participantes de 32 (34,8%). Assim, a adesão dos participantes ao programa psicopedagógico foi de 65,2% (60 participaram em todas as sessões).

Na primeira sessão foram abordados conteúdos teóricos relativos ao stress e violência psicológica como indutor de stress, as segundas e terceiras integraram técnicas de relaxamento de Jacobson para 7 grupos musculares - face; braço dominante e não dominante; pescoço e, peito, ombros, parte superior das costas e abdómen; perna dominante e não dominante (Gonçalves, 1990) em associação com técnicas de imaginação guiada. Os enfermeiros participaram nas sessões, por ordem sequencial das mesmas. Todas as sessões foram realizadas pela investigadora em contexto de sala de aula, solicitada para o efeito.

Na segunda e terceira sessão do programa psicopedagógico, após a exposição de breves conteúdos de relaxamento e da técnica de relaxamento de Jacobson para 7 grupos musculares (Gonçalves, 1990), antecedendo a execução pelos participantes, foi solicitado a

cada enfermeiro a automonitorização do pulso, antes e após a sessão de relaxamento, assim como, o respetivo registo do valor em folha dada pelo investigador. Foi também solicitado no final da execução da técnica de relaxamento o registo do grau de relaxamento percecionado pelo participante (numa escala de 0-valor mínimo e 10-valor máximo) na mesma folha de registo.

No período compreendido entre a segunda e terceira sessão foi pedido ao participante que referisse a frequência com que havia executado por autoiniciativa os exercícios aprendidos na 2ª sessão.

Os dados obtidos foram tratados em software informático, no programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 18.0 para Windows e estatística paramétrica. Recorremos à estatística descritiva e inferencial. Usamos o teste t de Student para amostras emparelhadas quando pretendemos fazer uma análise de variância de médias intra-sujeitos antes e após a implementação do programa psicopedagógico. Relativamente aos dados do teste t, os graus de liberdade são apresentados entre parênteses.

RESULTADOS

Dos participantes 84,8% eram do sexo feminino, com a idade média de 33,2 anos (DP=5,7) sendo 58,7% em situação double (casados/união de fato). A média de tempo de serviço na profissão foi de 10,4 anos. Trabalhavam em média 44,8 horas por semana, 65,6% eram enfermeiros graduados, 73,3% pertenciam ao quadro de pessoal da instituição, 78,7% exerciam a sua atividade profissional em instituição hospitalar. Dos participantes 24,3% exerciam funções de chefia ou responsabilidade de serviço e 66,7% dos enfermeiros não estavam satisfeitos com o local de trabalho. Relativamente, à perceção do nível de stress atribuído exclusivamente à atividade profissional, 32,5% identificaram-no como muito stressante.

Os valores obtidos resultantes do plano de intervenção (2ª e 3ª sessão): média (M), desvio padrão (DP), mínimo (Mn) e máximo (Mx) são apresentados na Tabela 1.

A Tabela 1 permite-nos constatar que na segunda sessão do programa de intervenção, no que se refere à monitorização do pulso verificou-se uma diminuição do valor médio de 74,8 (DP=9,9) para 68,6 (DP=9,7) sendo o valor mínimo de 50 e 40 e os valores máximos de 105 e 101 no início e final da sessão, respetivamente.

De igual modo na terceira sessão verificou-se um decréscimo no valor médio da frequência cardíaca no início da sessão com 77,0 (DP=10,3) e no final de 69,7 (DP=8,8).

Os valores mínimos e máximos foram de 56-100 e 46-92, no início e final da sessão, respetivamente.

Relativamente ao grau de relaxamento (segunda sessão) percecionado pelos participantes no final da execução da técnica o valor médio máximo percecionado foi de 6,2 (DP=1,7) no membro inferior dominante, sendo o valor médio mais baixo percecionado nos exercícios da face com M=4,9 e DP=2,0.

Na terceira sessão do programa de intervenção verificou-se uma perceção de maior grau de relaxamento nos grupos musculares peito, ombros, parte superior das costas e abdómen e perna dominante com a média de 7,3 (DP=1,8) valores iguais para os dois grupos musculares. Para os músculos da face, os participantes, assinalaram valores mais baixos de perceção de relaxamento (M=5,9; DP=2,0).

Em síntese constatamos uma diminuição do ritmo cardíaco no final da segunda e terceira sessão, ou seja após a execução dos exercícios de relaxamento com imaginação guiada.

Também podemos verificar valores médios mais elevados de perceção de relaxamento muscular, nos diferentes grupos, pelos participantes.

Na análise de variância das médias dos resultados obtidos entre os dois momentos de avaliação recorremos à estatística paramétrica (teste t para amostras emparelhadas) entre as médias da monitorização do pulso e do grau de relaxamento (nos diferentes grupos musculares e global) da segunda e terceira sessão (Tabela 2).

TABELA 1 - Distribuição dos valores de M, DP, Mn e Mx da monitorização do pulso e grau de relaxamento na segunda e terceira sessão do programa psicopedagógico

Parâmetros		2ª sessão					3ª sessão				
		N	M	DP	Mn	Mx	N	M	DP	Mn	Mx
Pulso	Início da sessão	59	74,8	9,9	50	105	59	77,0	10,3	56	100
	Fim da sessão	59	68,6	9,7	40	101	59	69,7	8,8	46	92
Grau de relaxamento	Braço Dominante	56	6,0	2,0	2	10	53	7,0	1,7	0	9
	Braço Não Dominante	57	5,9	1,9	2	10	53	6,8	1,7	2	9
	Face	57	4,9	2,0	0	9	54	5,9	2,0	0	10
	Pescoço	58	5,4	2,1	0	10	54	6,7	1,8	1	10
	Peito, Ombros, Parte Superior das Costas e Abdómen	58	6,0	1,8	0	9	54	7,3	1,8	3	10
	Perna Dominante	59	6,2	1,7	2	10	54	7,3	1,8	0	10
	Perna Não Dominante	59	6,1	1,6	2	10	54	7,2	1,6	1	10

Nota: Os valores de N apresentados correspondem aos participantes que efetuaram o registo da monitorização do pulso e do grau de relaxamento

TABELA 2 - Comparação entre as médias do pulso e do grau de relaxamento global e por grupo muscular na segunda e terceira sessão

Pulso e Relaxamento		N	M	DP	t (gl)	p																																																																					
Pulso	2ª sessão	58	71,5	8,8	-1,30 (57)	0,199																																																																					
	3ª sessão		73,1	8,1			Grau de Relaxamento	Global	51	5,7	1,5	-4,40 (50)	0,000	3ª sessão	6,8	1,4	Braço Dominante	51	5,9	1,9	-2,98 (50)	0,004	3ª sessão	6,9	1,7	Braço Não Dominante	52	5,8	1,9	-2,70 (50)	0,009	3ª sessão	6,7	1,7	Face	52	4,9	2,0	-3,24 (51)	0,002	3ª sessão	5,8	2,0	Pescoço	52	5,3	2,1	-4,31 (51)	0,000	3ª sessão	6,6	1,9	Peito, Ombros, Parte Superior das Costas e Abdómen	52	5,8	1,8	-5,19 (51)	0,000	3ª sessão	7,3	1,7	Perna Dominante	53	6,2	1,7	-3,18 (52)	0,002	3ª sessão	7,2	1,8	Perna Não Dominante	53	6,1	1,6	-3,61 (52)
Grau de Relaxamento	Global	51	5,7	1,5	-4,40 (50)	0,000																																																																					
			3ª sessão	6,8				1,4	Braço Dominante	51	5,9	1,9	-2,98 (50)	0,004	3ª sessão	6,9	1,7	Braço Não Dominante	52	5,8	1,9	-2,70 (50)	0,009	3ª sessão	6,7	1,7	Face	52	4,9	2,0	-3,24 (51)	0,002	3ª sessão	5,8	2,0	Pescoço	52	5,3	2,1	-4,31 (51)	0,000	3ª sessão	6,6	1,9	Peito, Ombros, Parte Superior das Costas e Abdómen	52	5,8	1,8	-5,19 (51)	0,000	3ª sessão	7,3	1,7	Perna Dominante	53	6,2	1,7	-3,18 (52)	0,002	3ª sessão	7,2	1,8	Perna Não Dominante	53	6,1	1,6	-3,61 (52)	0,001	3ª sessão	7,3	1,6				
	Braço Dominante	51	5,9	1,9	-2,98 (50)	0,004																																																																					
			3ª sessão	6,9				1,7	Braço Não Dominante	52	5,8	1,9	-2,70 (50)	0,009	3ª sessão	6,7	1,7	Face	52	4,9	2,0	-3,24 (51)	0,002	3ª sessão	5,8	2,0	Pescoço	52	5,3	2,1	-4,31 (51)	0,000	3ª sessão	6,6	1,9	Peito, Ombros, Parte Superior das Costas e Abdómen	52	5,8	1,8	-5,19 (51)	0,000	3ª sessão	7,3	1,7	Perna Dominante	53	6,2	1,7	-3,18 (52)	0,002	3ª sessão	7,2	1,8	Perna Não Dominante	53	6,1	1,6	-3,61 (52)	0,001	3ª sessão	7,3	1,6													
	Braço Não Dominante	52	5,8	1,9	-2,70 (50)	0,009																																																																					
			3ª sessão	6,7				1,7	Face	52	4,9	2,0	-3,24 (51)	0,002	3ª sessão	5,8	2,0	Pescoço	52	5,3	2,1	-4,31 (51)	0,000	3ª sessão	6,6	1,9	Peito, Ombros, Parte Superior das Costas e Abdómen	52	5,8	1,8	-5,19 (51)	0,000	3ª sessão	7,3	1,7	Perna Dominante	53	6,2	1,7	-3,18 (52)	0,002	3ª sessão	7,2	1,8	Perna Não Dominante	53	6,1	1,6	-3,61 (52)	0,001	3ª sessão	7,3	1,6																						
	Face	52	4,9	2,0	-3,24 (51)	0,002																																																																					
			3ª sessão	5,8				2,0	Pescoço	52	5,3	2,1	-4,31 (51)	0,000	3ª sessão	6,6	1,9	Peito, Ombros, Parte Superior das Costas e Abdómen	52	5,8	1,8	-5,19 (51)	0,000	3ª sessão	7,3	1,7	Perna Dominante	53	6,2	1,7	-3,18 (52)	0,002	3ª sessão	7,2	1,8	Perna Não Dominante	53	6,1	1,6	-3,61 (52)	0,001	3ª sessão	7,3	1,6																															
	Pescoço	52	5,3	2,1	-4,31 (51)	0,000																																																																					
			3ª sessão	6,6				1,9	Peito, Ombros, Parte Superior das Costas e Abdómen	52	5,8	1,8	-5,19 (51)	0,000	3ª sessão	7,3	1,7	Perna Dominante	53	6,2	1,7	-3,18 (52)	0,002	3ª sessão	7,2	1,8	Perna Não Dominante	53	6,1	1,6	-3,61 (52)	0,001	3ª sessão	7,3	1,6																																								
	Peito, Ombros, Parte Superior das Costas e Abdómen	52	5,8	1,8	-5,19 (51)	0,000																																																																					
			3ª sessão	7,3				1,7	Perna Dominante	53	6,2	1,7	-3,18 (52)	0,002	3ª sessão	7,2	1,8	Perna Não Dominante	53	6,1	1,6	-3,61 (52)	0,001	3ª sessão	7,3	1,6																																																	
	Perna Dominante	53	6,2	1,7	-3,18 (52)	0,002																																																																					
			3ª sessão	7,2			1,8	Perna Não Dominante	53	6,1	1,6	-3,61 (52)	0,001	3ª sessão	7,3	1,6																																																											
Perna Não Dominante	53	6,1	1,6	-3,61 (52)	0,001																																																																						
		3ª sessão	7,3			1,6																																																																					

Nos resultados obtidos através da comparação de médias das variáveis pulso e grau de relaxamento podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas para a percepção do grau de relaxamento global, referido pelos participantes no programa psicopedagógico.

Os enfermeiros apresentaram média superior do grau de relaxamento global (M=6,8; DP=1,4) na terceira sessão comparativamente à segunda sessão (M=5,7; DP=1,5) para um valor de $t(50)=-4,40$; $p=0,000$.

Quando comparados os diferentes grupos musculares verificamos a existência de resultados estatisticamente significativos, com valor médio superior, na terceira sessão em todos grupos. Os grupos musculares “Pescoço” e “Peito, Ombros, Parte Superior das Costas e Abdómen” foram os que apresentaram resultados com maior significância estatística, na segunda sessão com valores de M=5,3; DP=2,1 e M=5,8; DP=1,8 comparativamente à terceira sessão M=6,6; DP=1,9 e M=7,3; DP=1,7 para valores de $t(51)=-4,31$; $p=0,000$ e $t(51)=-5,19$; $p=0,000$, respetivamente.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados permitiu-nos constatar uma diminuição do ritmo cardíaco no final da segunda e terceira, ou seja após a execução dos exercícios de relaxamento e de imaginação guiada. De igual modo verificamos

um aumento do grau de percepção de relaxamento muscular global e nos diferentes grupos musculares, pelos participantes.

Através da comparação de médias das variáveis pulso e grau de relaxamento concluímos que para o grau de relaxamento, os enfermeiros apresentaram média superior do grau de relaxamento global na terceira sessão comparativamente à segunda sessão, assim como nos diferentes grupos musculares.

Como foi evidenciado no nosso estudo, Ramos (2001) afirma as vantagens das técnicas de relaxamento na redução da frequência cardíaca e da pressão sanguínea. Alparslan e Akdemir (2010) comprovam de igual modo a diminuição da tensão arterial, através do treino de relaxamento.

Bruneau e Ellison (2004) desenvolveram um estudo com 18 enfermeiros do NHS Community Hospital em que um dos objetivos visava avaliar o impacto de um programa de redução de stress, com o recurso a técnicas de relaxamento de Jacobson e concluíram que 66% dos participantes beneficiaram de forma significativa. Yung, Fung, Chan e Lau (2004) num estudo com 54 enfermeiros delinearum um programa de técnicas de relaxamento: Stretch-release relaxation (relaxamento progressivo) e Cognitive Relaxation (imaginação guiada) e concluíram que os métodos contribuíram para a diminuição dos níveis de ansiedade e aumento da saúde mental dos enfermeiros (particularmente com as técnicas de imaginação guiada).

Jesus, Santos, Stobäus, Mosquera e Esteve (2004, p. 359) concluíram num estudo em que aplicaram um Programa de Formação Contínua, a profissionais de Educação e de Saúde com a duração de 50h, num total de onze sessões (“partilha de experiências profissionais com colegas, identificação de fatores de stress e estratégias de coping para lidar com eles, substituir crenças irracionais por crenças mais apropriadas, treinar competências de assertividade e de relaxamento”) que os participantes revelaram um aumento significativo da percepção de bem-estar profissional.

Payne (2002) refere a importância do relaxamento no stress ocupacional assim como, fatores como o apoio da organização e a colaboração dos trabalhadores na planificação no sucesso dos programas.

Ramos (2001) menciona melhor desempenho, maior satisfação e estabilidade profissional melhores relações interpessoais, maior rendimento do trabalho e maior capacidade para lidar com o stress como resultados de técnicas de relaxamento na gestão do stress laboral.

CONCLUSÕES

Enquanto uma realidade nos contextos laborais o stress caracteriza-se pela sua complexa multifatorialidade dependente da singularidade de cada enfermeiro, da organização e da comunidade em que se encontra inserido. Um dos grandes desafios no contexto laboral português aponta para o investimento em programas de intervenção na gestão do stress laboral. Para a promoção da saúde dos enfermeiros, programas de intervenção inserem-se já em contextos organizacionais, em países como o Canadá (Hepburn & Enns, 2011; Wong & Lastinguer, 2012), EUA (Joahnsen, 2012), Holanda (Jonge, Spoor Gevers & Hamers, 2012) e o Reino Unido (Sargeant, 2011).

No gestão de unidades de cuidados a evidência científica permite constatar que urge desenvolver estratégias e mobilizar recursos para que a promoção da saúde no trabalho seja uma realidade. Neste sentido é fundamental a necessidade de num primeiro momento sensibilizar gestores para a relevância e resultados que poderão advir, no domínio da qualidade de cuidados prestados pelos enfermeiros.

A implicação dos trabalhadores na implementação e monitorização destes programas é crucial. Não é possível obterem-se ganhos em saúde se aos participantes não for dada possibilidade de participarem ativamente. No âmbito da gestão de serviços deverá estar presente que o trabalhador tem uma vida para além do contexto de trabalho e que esta interação poderá, em determinados momentos, revelar-se facilitadora ou dificultadora do seu desempenho. Assim, a intervenção individual poderá emergir como uma necessidade real.

Em síntese, os resultados evidenciaram a vantagem de implementação de programas na gestão do stress laboral nos enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alparslan, G. B. & Akdemir, N. (2010). Effects of walking and relaxation techniques exercises on controlling hypertension. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*, 16, 9-14.

Bruneau, B. M. & Ellison, G. T. (2004). Palliative care stress in a UK community hospital: evaluation of a stress-reduction programme. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(6), 296-304.

Gonçalves, O. (1990). *Terapia comportamental: Modelos teóricos e manuais terapêuticos*. Porto: Jornal de Psicologia.

Hepburn, C. G. & Enns, J. R. (2011). Social undermining and well-being in community health project groups: the role of communal orientation. 9th International Conference on Occupational Stress and Health, 02-90138.

International Centre for Human Resources in Nursing (2007). Entornos positivos para la práctica profesional. Acedido em: <http://www.icn.ch/es/news/whats-new-archives/ensuring-a-positive-practice-environment-1563.html>

International Council of Nurses (2010). *ICN REPORT 2007-2009: Health systems strengthening: working together to achieve more*. Genebra: Autor.

Jesus, S. N. (2007). Gestão do stress. Acedido em <http://w3.ualg.pt/~snjesus/Psicologia%20da%20Sa%C3%BAdePDF/6.Estilos%20de%20vida%20saud%C3%A1vel-PDF.pdf>

Jesus, S. N., Santos, J. C. V., Stobäus, C. D., Mosquera, J. J. M., & Esteve, J. M. (2004). Formação em gestão do stress. *Mal-Estar e Subjectividade*, 4, 358-371.

Johansen, M. L. (2012). Performance potential. Keeping the peace: conflict management strategies for nurse managers. *Nursing Management*, 43(2), 50-54.

Jonge, J., Spoor, E., Gevers, J., & Hamers, J. (2012). Results of the direct-project: A workplace intervention study to increase job resources and recovery opportunities to improve employee health, well-being, and performance in nursing homes. *Proceedings of the 10th Conference European Academy of Occupational Health Psychology*, 280-281.

Payne, R. (2002). *Técnicas de relaxamento*. Loures: Lusociência. (Tradução do original em língua inglesa *Relaxation Techniques*).

Ramos, M. (2001). *Desfiar o Desafio: Prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH.

Sargeant, J. (2011). Creative a positive workplace culture. *Nursing Management*, 18(9), 14-19.

Vasquez, M. I. (2001). *Técnicas de Relajación y Respiración*. Madrid: Editorial Síntesis.

Yung, P. M. B., Fung, M. Y., Chan, T. M. F. & Lau, B. W. K. (2004). Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: a controlled study. *Journal of Mental Health Nursing*, 13, 255-261.

Wong, C. A. & Laschinger, H. (2012). Authentic leadership, performance and job satisfaction: The mediating role of empowerment. *Proceedings of the 10th Conference European Academy of Occupational Health Psychology*, 240-241.