



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM RELATÓRIO FINAL

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na gestão da ansiedade

Alexandrina Moreira N° 27225

Junho, 2023

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Alexandrina da Costa Moreira
ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL COM
RELATÓRIO FINAL

**O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na gestão
da ansiedade**

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de: Prof. Dr.^a Maria Salomé Martins Ferreira

Junho de 2023

AGRADECIMENTOS

A realização do Estágio de Natureza Profissional, bem como do Relatório de Estágio de Natureza Profissional requer empenho, dedicação e estudo por parte de quem se propõe a realizá-los. A preocupação contínua de realizar um estágio e relatório de estágio rigorosos norteiam os passos à sua realização. Por essa razão, quero manifestar os meus mais sinceros e impetuosos agradecimentos a todas as pessoas envolvidas que, ao longo desta unidade curricular, me ajudaram e conduziram à concretização de mais uma etapa de grande importância a nível pessoal e profissional.

Neste sentido, os meus agradecimentos são dirigidos à minha orientadora Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira, pelo acompanhamento, disponibilidade e orientação.

À minha tutora Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Ana Paulina Garcez Rodrigues pela orientação, motivação, profissionalismo, disponibilidade, cooperação e acima de tudo por demonstrar grande valor humano, como pessoa e como profissional.

A todos os profissionais da UCC onde decorreu o estágio quero dirigir o meu profundo agradecimento pela receção, disponibilidade e colaboração.

Importa também deixar o meu profundo agradecimento ao ACES a que pertence a unidade funcional que possibilitou a concretização do meu Estágio de Natureza Profissional, bem como do projeto de investigação.

Por último, mas não menos importante, quero deixar o meu agradecimento ao meu namorado, nossos pais, família e amigos mais próximos pelo apoio incondicional, incentivo, paciência demonstrada e total ajuda na superação dos obstáculos encontrados ao longo desta caminhada. Tenho consciência que, sozinha nada disto teria sido possível. A eles dedico o trabalho desenvolvido.

O meu mais sincero Obrigado!

PENSAMENTO

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

RESUMO

Introdução e Enquadramento: O presente relatório reporta-se ao Estágio de Natureza Profissional realizado em contexto comunitário, cujo objetivo principal foi desenvolver competências comuns e específicas na prática de Enfermagem de Reabilitação, envolvendo também a componente de investigação. A ansiedade constitui um dos sintomas negativos relatados pelos trabalhadores face às exigências do ambiente laboral e a ginástica laboral constituiu-se como uma das estratégias apontadas para os distúrbios físicos e emocionais na saúde dos trabalhadores, nomeadamente na ansiedade.

O objetivo geral do estudo foi avaliar o contributo de um programa de exercício realizado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na diminuição da ansiedade nos profissionais. Como objetivos específicos foram traçados: avaliar o estado de ansiedade dos profissionais antes e após a realização do programa de exercício, identificar a importância atribuída pelos profissionais à prática de exercício em contexto laboral e avaliar a relação entre a realização de um programa de exercício e a ansiedade nos profissionais.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, quasi-experimental e longitudinal, com aplicação de um programa de ginástica laboral. Definimos como questão de investigação: Qual o contributo de um programa de exercício realizado pelo EEER na diminuição da ansiedade nos profissionais? A amostra foi composta por dezoito profissionais de um ACES da zona Norte. Definimos como hipótese de investigação: Espera-se que a realização de um programa de exercício interfira nos níveis de ansiedade dos profissionais. Para a recolha de dados utilizamos um questionário sociodemográfico com o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI) Forma Y-1, de preenchimento online.

Resultados: Após a aplicação das sessões de ginástica laboral verificou-se uma diminuição nos valores médios de ansiedade, no entanto não se obteve evidência estatística para afirmar que a realização de um programa de exercício interfira nos níveis de ansiedade dos profissionais

Conclusão: As sessões de exercício físico diminuem, em termos médios, os níveis de ansiedade, mas são necessários mais estudos para reforçar esta constatação.

Palavras-Chave: Enfermagem em Reabilitação, Ginástica laboral, Ansiedade, Doenças Profissionais.

ABSTRACT:

Introduction and Framework: This report refers to the Internship of a Professional Nature carried out in a community context, whose main objective was to develop common and specific skills in the practice of Rehabilitation Nursing, also involving the research component. Anxiety is one of the negative symptoms reported by workers in view of the demands of the work environment and workplace gymnastics was one of the strategies pointed out for physical and emotional disorders in workers' health, namely anxiety.

The general objective of the study was to evaluate the contribution of an exercise program carried out by the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the reducing anxiety in professionals. The specific objectives were: to evaluate the state of anxiety of the professionals before and after carrying out the exercise program, to identify the importance attributed by the professionals to the practice of exercise in the work context and to evaluate the relationship between the performance of an exercise program and the anxiety in professionals.

Methodology: This is a quantitative, quasi-experimental and longitudinal study, with the application of a labor gymnastics program. We defined as a research question: What is the contribution of an exercise program carried out by the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in reducing anxiety in professionals? The sample consisted of eighteen professionals from an ACES in the North region. We defined as research hypothesis: It is expected that the performance of an exercise program interferes in the professionals' anxiety levels. For data collection, we used a sociodemographic questionnaire with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form Y-1, to be completed online.

Results: After the application of the labor gymnastics sessions, there was a decrease in the average values of anxiety, however, no statistical evidence was obtained to affirm that the performance of an exercise program interferes in the professionals' anxiety levels.

Conclusion: Physical exercise sessions decrease, on average, anxiety levels, but more studies are needed to reinforce this finding.

Key words: Rehabilitation Nursing, Occupational Gymnastics, Anxiety, Occupational Illnesses.

ABREVIATURAS, ACRÓMIOS E SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

AVD- Atividades de Vida Diárias

BI-CSP- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CPCJ- Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

DGS- Direção-Geral da Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Dr.^a- Doutora

ECL- Equipa Coordenadora Local

ECCL- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELI7- Equipa Local de Intervenção Precoce

ENP- Estágio de Natureza Profissional

NACJR- Núcleo de Apoio a Crianças de Jovens em Risco

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

p.-Página

PNS- Plano Nacional de Saúde

Prof. – Professora

s.d. – sem data

SPPSM- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

SNS- Serviço Nacional de Saúde

STAI- Inventário de Estado-Traço de Ansiedade

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UGARNCCI- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

USF- Unidade de Saúde Familiar

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	ii
PENSAMENTO	iii
RESUMO.....	iv
ABREVIATURAS, ACRÓMIOS E SIGLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS.....	0
ÍNDICE DE FIGURAS	0
ÍNDICE DE GRÁFICOS	0
ÍNDICE DE QUADROS.....	1
INTRODUÇÃO	2
PARTE I- CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA E DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	6
PARTE II- DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	12
NOTA INTRODUTÓRIA.....	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1.1 Saúde e a Atividade Física	15
1.2 Atividade Física e Saúde Laboral.....	21
1.3 Saúde Laboral e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	26
1.4 A Ansiedade humana e a ansiedade de quem cuida	29
2. METODOLOGIA	35
2.1 Questão de Investigação, Finalidade e Objetivos	35
2.2 Tipo de Estudo.....	36
2.3 População e Amostra.....	36
2.4 Hipóteses.....	38
2.5 Variáveis.....	38
2.6 Instrumentos de Recolha de dados.....	38
2.7 Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados	40
2.8 Procedimentos Éticos	42
3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	44
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
5. CONCLUSÕES DO ESTUDO	58

6. CONTRIBUTOS, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES.....	60
<i>PARTE III- O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS.....</i>	<i>63</i>
<i>CONCLUSÕES</i>	<i>81</i>
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	<i>84</i>
<i>APÊNDICE.....</i>	<i>93</i>
APÊNDICE I – GRELHA DA TÉCNICA INALATÓRIA	94
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA CONSULTA DE PESSOAS COM DPOC	101
APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO PRIMEIRO MOMENTO DE AVALIAÇÃO.....	103
APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO SEGUNDO MOMENTO DE AVALIAÇÃO.....	107
APÊNDICE V- PEDIDO FORMAL AO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE DE UM ACES DA REGIÃO NORTE.....	110
APÊNDICE VI- PEDIDO DE DIVULGAÇÃO DO PROJETO AOS PROFISSIONAIS	116
APÊNDICE VII- CONSENTIMENTO INFORMADO	118
<i>ANEXOS</i>	<i>121</i>
ANEXO I - INVENTÁRIO ESTADO-TRAÇO DE ANSIEDADE (STAI) FORMA Y-1	122

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2- Índice de dependência dos utentes abrangidos pela UCC onde decorreu o ENP.....	7
--	---

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição da amostra segundo o género (n=18)	44
Gráfico 2- Distribuição da amostra segundo a idade (n=18)	44
Gráfico 3- Distribuição da amostra segundo o estado civil (n=18).....	45
Gráfico 4- Distribuição da amostra segundo como passa a maior parte do dia de trabalho (n=18)	45
Gráfico 5- Distribuição da amostra segundo a perceção de sedentarismo (n=18).....	46
Gráfico 6- Distribuição da amostra segundo a prática de atividade física (n=18)	46
Gráfico 7- Distribuição da amostra segundo se praticou alguma atividade física (n=18)	47
Gráfico 8- Distribuição da amostra segundo número de vezes por semana que pratica atividade física (n=18).....	47
Gráfico 9- Distribuição da amostra segundo a duração da atividade física (n=18)	48
Gráfico 10- Distribuição da amostra segundo limitações que interfiram na prática de atividade física (n=18).....	48
Gráfico 11- Distribuição da amostra segundo o motivo pela não prática de atividade física (n=18).....	49
Gráfico 12- Distribuição da amostra segundo o motivo de adesão ao programa de atividade física (n=18).....	49
Gráfico 13- Distribuição da amostra segundo a maior dificuldade em começar e/ou manter a prática de atividade física (n=18)	50
Gráfico 14- Distribuição da amostra segundo a importância que cada profissional atribui à prática de exercício em contexto laboral antes da implementação das sessões de exercício (n=18)	51

Gráfico 15- Distribuição da amostra segundo a importância que cada profissional atribui à prática de exercício em contexto laboral após a implementação das sessões de exercício (n=18)	51
Gráfico 16- Distribuição da amostra segundo o estado (STAI Forma Y-1) de ansiedade antes da implementação das sessões (n=18)	52
Gráfico 17- Distribuição da amostra segundo o estado (STAI Forma Y-1) de ansiedade depois da implementação das sessões (n=18)	52
Gráfico 18- Distribuição da amostra segundo o STAI Forma Y-1 antes da implementação das sessões (n=18)	53
Gráfico 19- Distribuição da amostra segundo o STAI Forma Y-1 depois da implementação das sessões (n=18)	53

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Resultados do teste T para amostras emparelhadas relativamente à diferença nos valores da ansiedade antes e após as sessões de ginástica laboral	54
---	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio de natureza profissional emerge no âmbito da unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional do VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Aquele, tem como objetivo o desenvolvimento de um relato reflexivo e baseado nas atividades desenvolvidas ao longo do estágio em consonância com os referenciais teóricos de enfermagem de reabilitação. Como se trata de um relatório com projeto de investigação, importa falar na questão de investigação: Qual o contributo de um programa de exercício realizado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na diminuição da ansiedade nos profissionais? Face ao exposto, o objetivo geral do projeto de investigação assenta em avaliar o contributo de um programa de exercício realizado pelo EEER na diminuição da ansiedade nos profissionais.

Ao longo do tempo, existe um reconhecimento pela importância da prática de atividade física regular na saúde e a consciencialização do seu valor como estratégia de prevenção de doenças e promoção da saúde (Oliveira, et al., 2011).

A prática de atividade física constitui um fator chave de proteção para a prevenção e controlo de diversas doenças não transmissíveis, bem como benefício na saúde mental, nomeadamente na prevenção do declínio cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade, podendo contribuir para o bem-estar geral da pessoa (DGS, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014) refere que a prática de atividade física regular ajuda na prevenção e controlo de doenças não transmissíveis, como doenças cardíacas, derrame, diabetes e vários tipos de cancro. Para além disso, ajuda na prevenção da hipertensão, manter o peso corporal saudável, melhorar a saúde mental, qualidade de vida e o bem-estar.

Para além da prática de atividade física regular, importa salientar a atividade física no local de trabalho, dado que é um dos recursos importantes que as empresas adotam, resultando em ganhos positivos quer para a pessoa quer para a empresa (Salve & Theodoro, 2004).

Candotti, et al. (2011) referem que a ginástica laboral constituiu uma solução para os distúrbios físicos e emocionais na saúde dos trabalhadores. A ginástica laboral tem, assim, o objetivo de prevenção e reabilitação de doenças que o trabalho repetitivo tem nos trabalhadores.

A ansiedade é um termo bastante falado e divulgado na atualidade, sendo um tema muito comum para a população em geral.

A Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM, s.d.), no seu site, descreve que a ansiedade tem um impacto na vida da pessoa. O mesmo autor, refere que se ela não for tratada, pode acarretar em incapacidade para a execução das tarefas

do dia a dia, incapacidade para trabalhar, pode conduzir ao consumo de substâncias, tais como abuso de álcool e pode levar ao desenvolvimento de outros problemas de saúde mental, como a depressão.

A relevância deste trabalho assenta no facto de que a ansiedade tem grande impacto na qualidade de vida e um elevado custo económico, pretendendo-se comprovar que o EEER tem um papel preponderante no alívio desta problemática através da implementação de um programa de atividade física.

Dado se tratar de um relatório de estágio de natureza profissional com o relato reflexivo e baseado nas atividades desenvolvidas ao longo do estágio importa salientar que o Estágio de Natureza Profissional (ENP) visa, de acordo com o guia orientador, complementar a formação académica, sendo estruturado de maneira a assegurar a aquisição de competências comuns estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para os Enfermeiros Especialistas (Regulamento 140/2019) e competências específicas para os EEER (Regulamento nº392/2019). Neste sentido, o estágio de natureza profissional tem como objetivos: desenvolvimento de competências em Enfermagem de Reabilitação, desenvolvimento na identificação de necessidades de cuidados, desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, desenvolvimento de um papel dinamizador na resposta da equipa de enfermagem e em articulação na equipa multidisciplinar, desenvolvimento de competências na prática de investigação, colaborar/conceber programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens ao nível do diagnóstico de necessidades de formação.

Para o desenvolvimento das competências anteriormente mencionadas foi selecionada a comunidade como campo de estágio. Isto porque, de acordo com Correia et al. (2001) a enfermagem na comunidade integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, destacando-se atividades como a educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados às pessoas e famílias. Isto porque, trabalhar na comunidade é trabalhar com as famílias e ajudá-las a desenvolverem as capacidades para o desempenho adequado das funções (Correia, et al., 2001).

A elaboração deste trabalho segue um conjunto de etapas baseadas nas normas de elaboração de trabalhos científicos e divide-se em três capítulos com subcapítulos. No primeiro capítulo é apresentada uma breve caracterização do contexto de prática clínica, onde é abordado a missão da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde decorreu o ENP, bem como os seus recursos humanos, a área de influência, população e

os serviços da Carteira Básica. De entre os inúmeros serviços é destacada a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) uma vez que os cuidados domiciliários que prestei ao longo do estágio foram no seu âmbito. A ECCI constitui uma das equipas domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Para além disso é abordado o desenvolvimento de algumas competências comuns para o Enfermeiro Especialista. No segundo capítulo é apresentado o trabalho de investigação desenvolvido neste estágio. Numa primeira parte é descrito o enquadramento teórico na qual foi efetuada uma breve revisão da literatura acerca de temas pertinentes para este trabalho como: a atividade física, a ginástica laboral, a ansiedade e o papel do EEER nestas temáticas. Na segunda parte é apresentada a metodologia do trabalho de investigação, na qual é abordado a problemática e a pertinência do estudo, a questão de investigação que se pretende dar resposta, a finalidade e objetivos do estudo, o universo e amostra, tipo de estudo, as variáveis, as hipóteses e os instrumentos e procedimentos de recolha de dados. Fazendo referência aos procedimentos éticos e à apresentação dos resultados, assim como a análise e discussão de resultados. Também foram abordados os contributos, limitações e sugestões de melhoria. Do terceiro capítulo faz parte a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo deste estágio bem como a reflexão das competências profissionais desenvolvidas comuns ao enfermeiro especialista e específicas do EEER ao longo do estágio.

A pesquisa bibliográfica foi realizada através da seleção de artigos científicos nas plataformas online B-On, Scielo e Pubmed, assim como em livros e websites oficiais. Além disso foram definidos descritores em ciências da saúde MeSh.

**PARTE I- CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA E
DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES**

O meu ENP decorreu numa UCC da região Norte, uma unidade funcional pertencente à ARS Norte. A UCC em questão tem como missão, dentro da sua área geográfica de intervenção, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, prestando cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário à pessoa, família e grupos mais vulneráveis, intervindo na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados, obtendo assim ganhos em saúde (Manual de Acolhimento de internos e alunos UCC, 2022).

Esta unidade desenvolve a sua atividade em articulação com as restantes unidades funcionais pertencentes ao ACES e atua em parceria com Instituições da comunidade. O objetivo centra-se, em responder às necessidades da população do concelho da sua área de atuação.

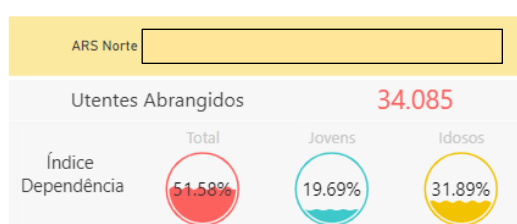
Dos recursos humanos desta unidade funcional fazem parte uma equipa multidisciplinar, constituída pela equipa de enfermagem, médica, assistente social, nutricionista, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional. A equipa de enfermagem é composta por duas Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, quatro Enfermeiras Especialistas em Reabilitação e uma Enfermeira Gestora.

De acordo com os últimos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), referentes aos censos de 2021, ele é constituído por 35138 habitantes, mais concretamente 52,4% do sexo feminino e 47,6% do sexo masculino.

A população abrangida pela UCC é de 34085 utentes, de acordo com o RNU, dos quais 17868 (52,42%) são do sexo feminino e 16217 (47,57%) do sexo masculino.

Relativamente ao grau de dependência, tendo em conta os dados da plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), a população apresenta um índice de dependência total de 51,58%, sendo que 19,69% corresponde ao índice de dependência de jovens e 31,89% ao índice de dependência de idosos.

Figura 1- Índice de dependência dos utentes abrangidos pela UCC onde decorreu o ENP



A UCC onde decorreu o ENP disponibiliza, na sua Carteira Básica, os seguintes serviços:

- Projeto de Preparação para o Parto e Parentalidade; Recuperação pós-parto e Promoção do Aleitamento Materno;
- Projeto Massagem ao Bebê;
- Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar;
- Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar;
- Projeto Escola Sorridente;
- Projeto Escola Inclusiva;
- Projeto Escola Preventiva/Projeto Cuidados Básicos de Higiene;
- Gestão da doença respiratória;
- Projeto Núcleo Local de Inserção;
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Esposende;
- Projeto Encontros Saudáveis/Séniore - Capacitação dos Cuidadores;
- Núcleo de Apoio a Crianças de Jovens em Risco (NACJR/CPCJ);
- Intervenção Precoce ELI7(Equipa Local de Intervenção Precoce);
- Projeto Nascer de Novo.

Dentro desta carteira básica de serviços, importa salientar a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), uma vez que os cuidados domiciliários que prestei ao longo do estágio foram no seu âmbito. A ECCI constitui uma das equipas domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Os cuidados continuados integrados, definem-se como, de acordo com o Decreto-Lei nº101/2006:

“(...) conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio, social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.” (p. 3857)

A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social e tem como missão a prestação cuidados de saúde domiciliários de enfermagem, médicos e de âmbito psicossocial a pessoas

“(...) em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.” (Decreto-Lei nº101/2006, p.3862)

Os cuidados de saúde da ECCI são de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas. Estas equipas destinam-se a pessoas com, de acordo com a Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (UGARNCCI), 2023 e com o Decreto-Lei 50/2017:

- Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
- Dependência funcional prolongada;
- Critérios de fragilidade;
- Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- Doença severa, em fase avançada ou terminal.

O Decreto-Lei 50/2017, no artigo nº19 (2017) acrescenta, para além do supradito, pessoas que exijam uma frequência de prestação de cuidados de saúde superiores a uma hora e trinta minutos por dia, no mínimo três vezes por semana; cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados; complexidade de cuidados que exijam um grau de diferenciação ao nível da reabilitação e necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.

A referenciação para a ECCI é realizada pelos profissionais de saúde dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou pelas Unidades de Saúde Familiar (USF) e pelas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). A proposta de admissão na equipa é enviada à Equipa Coordenadora Local (ECL) da área de residência que faz a validação (UGARNCCI, 2023). O internamento nesta equipa não tem qualquer custo para as pessoas que vão receber cuidados.

Como critérios de não admissão na ECCI, de acordo com o Decreto-Lei 50/2017, no artigo nº19:

- Episódio de doença em fase aguda;
- Necessidade exclusiva de apoio social;
- Necessidade de internamento para estudo diagnóstico;
- Regime terapêutico, que inclui antibióticos de uso exclusivo hospitalar.

No meu ponto de vista, os cuidados de saúde na comunidade são de extrema importância na saúde da pessoa e família pela sua natureza preventiva. A prevenção assume-se de particular relevo dado que, é através dela que vai permitir manter a qualidade de vida da pessoa. De entre as atividades capazes de atuar de forma preventiva encontra-se a prática de exercício físico, sendo um dos motivos para a escolha do projeto desenvolvido ao longo do estágio. Por outro lado, penso que a

adoção de comportamentos protetores de saúde e de prevenção de doenças pressupõe um conhecimento, pelo que, atuar ao nível da comunidade através da educação para a saúde, dotando as pessoas de conhecimentos acerca de estratégias para a prevenção de complicações e doenças torna-se essencial. Foi neste sentido que decorreu a escolha do ENP.

Para além do supradito, a escolha do projeto de investigação relacionado com a prática de ginástica laboral deveu-se pela verificação que, no momento em que ocorreu o estágio não estava presente nenhum projeto relacionado com a temática. Após o levantamento das necessidades verificamos que um projeto na área da prática de exercício direcionado para os profissionais do ACES onde decorreu o ENP seria uma mais valia pelas vantagens descritas pelos profissionais, isto porque tinha ocorrido uma sessão de prática de exercício num momento isolado. Aliado a isto está a revisão da literatura, onde nos salienta os ganhos para a empresa e para cada profissional que a prática de atividade física tem.

Um dos objetivos preconizados para este ENP prendia-se com a identificação de necessidades de gestão de cuidados e governação clínica e ainda, conceber/colaborar em programas de melhoria continua da qualidade dos cuidados (IPVC, 2022). Neste sentido, para o desenvolvimento desta competência foi possível participar nos inquéritos de satisfação relativos à qualidade da atuação dos elementos da equipa. Anualmente, é realizado a todas as pessoas ou pessoas significativas de utentes que tenham recebido os cuidados da equipa da ECCI, um inquérito que avalia o grau de satisfação relativamente à equipa médica, enfermagem e assistente social. De acordo com Santos, et al. (2013), um dos princípios da governação clínica é a participação e o envolvimento dos profissionais nos processos de gestão e tomada de decisão nas organizações e nos serviços de saúde, os quais devem estar tão comprometidos quanto os gestores com os resultados a serem alcançados. O desenvolvimento deste inquérito assume-se de particular importância, dado que, a monitorização da satisfação das pessoas permite promover o desenvolvimento profissional contínuo, pela deteção de aspetos a alterar.

Para além desta atividade, importa salientar a participação nas consultas para pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Para responder ao objetivo de desenvolvimento da identificação de necessidades de cuidados, foi questionado junto da tutora, equipa e enfermeira coordenadora da unidade, qual a necessidade de intervenção naquele momento. A necessidade identificada foi a elaboração de consultas para pessoas com DPOC. Face a esta necessidade, a conduta foi de abraçar o projeto. Neste sentido, colaborei no procedimento da consulta, na realização do questionário de avaliação inicial e desenvolvi uma grelha com os passos a seguir na técnica inalatória

(apêndice I). Para além disto, colaborei na realização das consultas, que foram momento propícios de educação para a saúde. Numa fase experimental das consultas elaborei um inquérito de satisfação para os utentes, no sentido de avaliar a sua opinião acerca das consultas. Neste sentido, foi questionado se as consultas respondiam às suas dúvidas e a pertinência dos temas abordados na consulta (apêndice II).

No que diz respeito ao domínio da gestão dos cuidados, o EEER assume o papel de gestor de caso. Martins & Fernandes (2010) referem que o gestor de caso constitui um elemento primordial na tomada de decisão e que tem o papel de assegurar de que todos os procedimentos necessários são efetuados de forma correta e adequada. Os mesmos autores (2010) verbalizam que um gestor de caso deve ser alguém que demonstre capacidades técnico-científicas e relacionais. Para além disto, deve ser um líder afetivo e que, para além da gestão dos cuidados assume-se como moderador das dinâmicas de grupo. Na UCC onde decorreu o ENP, este papel foi reconhecido aos EEER, sendo estas figuras de referência, quer no seio da equipa multidisciplinar, quer para as pessoas/famílias, constituindo-se um elemento agregador, servindo como ponte de articulação entre os vários intervenientes.

Outro exemplo da gestão de cuidados são as reuniões entre a equipa da UCC com a ECL, onde são discutidos todos os casos clínicos referenciados e onde se monitoriza e avalia as melhores estratégias para atingir os resultados propostos. Neste estágio houve a oportunidade de observar e participar nestas reuniões.

Por último, no que concerne com o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, este domínio foi concretizado, através da procura em aprender o máximo de experiências que o contexto proporcionou e ainda compreender todas as orientações dadas pela enfermeira tutora. Para além disto, outro aspeto facilitador do desenvolvimento de aprendizagens foi a pesquisa bibliográfica constante sobre os cuidados especializados de reabilitação.

Para finalizar, considera-se que o ENP contribuiu quer para o desenvolvimento de competências na área dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, que serão abordados mais concretamente na parte III do presente relatório; quer na identificação de necessidades na área da gestão de cuidados e governação clínica; quer no diagnóstico de necessidades.

Após a caracterização do contexto de prática clínica segue-se o trabalho de investigação realizado ao longo deste estágio.

PARTE II- DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

NOTA INTRODUTÓRIA

A Saúde Mental constitui parte integrante do conceito de saúde da OMS (Direção-Geral da Saúde) (DGS, 2021). Embora se reconheça a importância da saúde mental para as pessoas e empresas, verifica-se que existe uma elevada prevalência de perturbações mentais em contexto laboral (DGS, 2021).

A ansiedade é um termo bastante falado e divulgado nos dias atuais, fazendo parte da linguagem comum. Para além disto, a ansiedade tem um significativo impacto na vida pessoal, social e profissional da pessoa. A DGS (2021) no seu Guia Técnico nº3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores expostos a fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho, refere que as situações de ansiedade são cada vez mais relatadas pelos trabalhadores decorrentes da pressão para responder às exigências do ambiente de trabalho atual. As exigências que o mundo de trabalho moderno acarreta constituem ambientes de trabalho stressantes. De entre as exigências saliento a competitividade, exigências de produtividade e desenvolvimento económico, definição de objetivos pouco realistas, longas horas de trabalho, contratos precários e instabilidade/incerteza no emprego (DGS, 2021).

As condições de trabalho e a forma como aquele é organizado têm influência na saúde mental e bem-estar da pessoa (DGS, 2021). Neste sentido torna-se imprescindível que a empresa garanta um ambiente de trabalho saudável para a promoção da saúde dos trabalhadores. Esta será potenciada se for garantido que os trabalhadores sentem: bem-estar e segurança no local de trabalho, que desempenham a sua atividade em locais e ambientes que beneficiam Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho de qualidade e ambientes sem discriminação (DGS, 2021). Para além disto uma empresa que promova um ambiente de trabalho saudável é aquela que, para além de outros aspetos, tem uma cultura organizacional com medidas preventivas de fatores de risco psicossociais, tais a introdução de interrupções e pausas regulares ao longo da jornada de trabalho e incentivar à movimentação corporal durante as pausas ou interrupções de trabalho (DGS, 2021).

A movimentação corporal supramencionada diz respeito com a prática de ginástica laboral. A ginástica laboral apresenta-se como uma das soluções para os distúrbios físicos e emocionais na saúde dos trabalhadores, nomeadamente na ansiedade, interferindo de forma positiva na qualidade de vida dos trabalhadores, melhorando a sua saúde.

Salve e Theodoro (2004) diz-nos que um programa de atividade física é um dos recursos importantes que as empresas adotam, resultando ganhos positivos quer para a pessoa

quer para a empresa. Estes autores (2004) salientam ainda a importância e necessidade que as empresas têm em implementar programas que promovam a prevenção e promoção de saúde dos trabalhadores.

O EEER pelo conhecimento e competências que detém tornam-no um perito para intervir na área de atividade física de forma a promover a saúde das pessoas, durante o seu ciclo de vida, intervindo, também nos processos de doença, como o caso da ansiedade. Por meio de um programa de ginástica laboral, o EEER vai intervir na promoção de um ambiente empresarial saudável minimizando os riscos psicossociais.

Aliado a esta realidade, temos os enfermeiros como um dos grupos profissionais mais suscetíveis aos problemas de saúde mental, dado que estão em constante interação com pessoas que necessitam de ajuda (Gomes & Oliveira, 2013).

Desta forma, sendo a ansiedade um problema tão atual e presente na vida das pessoas e a ginástica laboral uma ferramenta importante para as empresas na promoção da saúde dos trabalhadores este projeto de investigação surge e justifica-se pela pertinência.

Neste projeto o objetivo geral centra-se em avaliar o contributo de um programa de exercício realizado pelo EEER na diminuição da ansiedade nos profissionais. Em relação aos objetivos específicos, pretende-se: identificar a importância atribuída pelos profissionais à prática de exercício em contexto laboral, avaliar o estado de ansiedade dos profissionais antes e após a realização do programa de exercício e avaliar a relação entre a realização de um programa de exercício e a ansiedade nos profissionais. Como instrumento de avaliação foi aplicado um questionário de avaliação de preenchimento online.

No que concerne à questão de investigação foi delineada a seguinte: Qual o contributo de um programa de exercício realizado pelo EEER na diminuição da ansiedade nos profissionais?

Relativamente à estrutura desta parte do relatório, encontra-se dividido em cinco momentos. Inicialmente é apresentado o enquadramento teórico onde é realizada uma revisão da literatura acerca da atividade física, da ginástica laboral, da ansiedade e do papel do EEER nestas temáticas. Segue-se a metodologia, onde é abordada a problemática e a sua pertinência, a questão de investigação à qual se pretende dar resposta, a finalidade e objetivos do estudo, o universo e amostra, tipo de estudo, as variáveis, as hipóteses levantadas e os instrumentos e procedimentos de recolha de dados, bem como os procedimentos éticos. Num terceiro momento é explanado a apresentação dos resultados. Segue-se a análise e discussão de resultados. Para finalizar este projeto, aparece os contributos, limitações e sugestões.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A literatura tem a função de documentar as fontes de ideias e para enriquecer a justificação que sustenta a questão de investigação (Fortin M. F., 1999).

1.1 Saúde e a Atividade Física

A OMS define a atividade física como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram consumo de energia. Estes movimentos incluem: atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e atividades de lazer (OMS, 2014).

A atividade física tem sido enaltecida desde os tempos remotos. Há séculos que ela é propagada como um fator de promoção à saúde. A título de exemplo, o romano Juvenal afirmava a importância da atividade física na expressão: *“Mens sana in corpore sano”* (“Mente sã em corpo são”) (Gualano & Tinucci, 2011).

A prática de atividade física vem desde a pré-história pelo que, sempre esteve presente na rotina do ser humano. O homem pré-histórico realizava uma série de exercícios físicos naturais que, transmitidos de geração em geração, foram aperfeiçoados. As atividades físicas nas sociedades pré-históricas prendiam-se com quatro causas: a luta pela sobrevivência, cultos, preparação guerreira e ações competitivas. Nessa altura, o homem dependia da força, da velocidade e resistência para sobreviver. Para a sobrevivência realizavam longas caminhadas ao longo das quais lutava, saltava, corria, isto é, era um ser fisicamente ativo. Uma revisão da literatura evidencia que a saúde relacionada com a prática de atividade física deriva das civilizações egípcia, macedônia, grega e romana (Oliveira, et al., 2011). Ao longo do tempo, existe um reconhecimento pela importância da prática de atividade física regular na saúde e a consciencialização do seu valor como estratégia de prevenção de doenças e promoção da saúde (Oliveira, et al., 2011).

A atividade física é planeada, estruturada, repetitiva e tem o objetivo de melhorar ou manter os componentes do condicionamento físico. A OMS (2014) refere que uma atividade física moderada e intensa traz benefícios para a saúde. Uma forma de ser ativo inclui caminhadas, andar de bicicleta, desporto, recreação ativa e brincadeiras. A prática de atividade física regular ajuda na prevenção e controlo de doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes e vários tipos de cancro. Para além disto, ajuda na prevenção da hipertensão, manter o peso corporal saudável, melhorar a saúde mental, a qualidade de vida e o bem-estar (OMS, 2014). A OMS (2014) salienta também que com o objetivo de trazer benefícios para a saúde cardiorrespiratória, todas as

atividades físicas devem ser praticadas em sessões de, pelo menos, dez minutos de duração.

A OMS salienta também que o aumento da atividade física aeróbica de intensidade moderada para mais de 300 minutos ou mais de 150 minutos na atividade física de intensidade vigorosa trazem benefícios adicionais à saúde.

A prática de atividade física regular, como caminhar, andar de bicicleta, praticar desporto, proporciona benefícios significativos para a saúde. A OMS (2014) salienta que alguma atividade é melhor do que nenhuma e, as pessoas ao se tornarem gradualmente ativas e de maneiras simples, tendem a atingir os níveis de atividade recomendados.

A prática de atividade física regular melhora a aptidão muscular e cardiorrespiratória; melhora a saúde óssea e funcional; reduz o risco de hipertensão, doença coronária, acidente vascular cerebral, diabetes, vários tipos de cancro e diminui o risco de depressão; reduz o risco de quedas, bem como fraturas da anca ou vertebrae; e, ajuda a manter um peso corporal saudável. No que concerne aos adultos e idosos, níveis altos de atividade física melhoram o risco de mortalidade por todas as causas, risco de mortalidade por doenças cardiovasculares, incidência de hipertensão, incidência de cancros específicos, como da mama, cólon, gástrico e renal, a incidência de diabetes tipo 2, melhora a saúde mental e cognitiva e melhora ao nível do sono (OMS, 2014).

O exercício físico é benéfico para a saúde e, de acordo com Macedo, et al. (2003), aquele proporciona uma melhoria da eficiência do metabolismo com consequente diminuição da gordura corporal, aumento da massa muscular, da força muscular, bem como um aumento da densidade óssea, fortalecimento do tecido conjuntivo, da flexibilidade, melhoria da postura, aumento da ventilação pulmonar, diminuição da frequência cardíaca em repouso, diminuição da pressão arterial e melhoria do perfil lipídico. Para além dos benefícios corporais, a prática de exercício físico possibilita uma melhoria da autoestima, do autoconceito, da imagem corporal e tem uma influência na diminuição da ansiedade, stress, da depressão, da tensão muscular, da insónia, melhoria do humor e aumenta a disposição física e mental. Vários estudos demonstram a influência da prática de exercício físico na diminuição do consumo de medicamentos. Aliado ao supracitado, a prática de exercício melhora a função cognitiva e de socialização (Macedo, et al., 2003).

Face ao exposto, a atividade física regular constitui um fator chave de proteção para a prevenção e controlo de diversas doenças não transmissíveis, bem como tem benefício na saúde mental, nomeadamente na prevenção do declínio cognitivo e sintomas de

depressão e ansiedade, podendo contribuir para o bem-estar geral da pessoa (DGS, 2021).

A qualidade de vida é condicionada por inúmeros fatores, das quais se destaca a prática de exercício físico como um meio de melhoria da qualidade de vida. O exercício físico tem um impacto positivo quer ao nível da saúde física quer mental. As práticas regulares de atividade física aliada a um estilo de vida ativa constituem métodos de redução de riscos cardiovasculares, diabetes, hipertensão, obesidade, bem como na obtenção de benefícios psicológicos, tais como o controlo dos níveis de ansiedade e de stress (Veigas & Gonçalves, 2009).

Existem inúmeros fatores de risco que podem predispor uma pessoa a declínio cognitivo. De entre os muitos fatores, existem alguns que podem ser revertidos ou atenuados pela prática de atividade física. Estudos têm vindo a comprovar que pessoas fisicamente ativas apresentam um menor risco de serem acometidas por problemas mentais em comparação com as pessoas sedentárias (Oliveira, et al., 2011). Ainda seguindo estes autores (2011), as pessoas que praticam alguma atividade física otimizam a saúde mental e bem-estar, através da melhoria do humor, ânimo e pensamento mais lógico e criativo, pelo que “A atividade física regular é o melhor suporte para prevenção de doenças e promoção da saúde.” (2011, p.129).

Também Córdova e Alvarez-Mon (1999) corrobora que a prática de atividade física traduz em inúmeros benefícios para a pessoa: diminuição do stress, melhoria do ânimo, melhora o sistema cardiovascular e função respiratória. Tudo isto, vai resultar numa maior produtividade no trabalho e nas atividades do quotidiano.

As diretrizes e recomendações da OMS, no documento *Recomendações da OMS para a atividade física e comportamento sedentário (2020b)* dão detalhes para as diferentes faixas etárias e grupos populacionais específicos acerca da quantidade de atividade física necessária para uma boa saúde. Neste sentido, e tendo como referência a população-alvo do projeto, a OMS, recomenda: a prática de, pelo menos 150 – 300 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada; ou, pelo menos, 75 – 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa, ou uma combinação de atividade de intensidade vigorosa e moderada durante a semana. Nestas diretrizes da OMS está incluído também a prática de atividades de fortalecimento muscular em intensidade moderada ou maior que envolvam todos os principais grupos musculares em dois ou mais dias da semana.

Para além disso, a OMS salienta seis premissas importantes, das quais destaco: “Qualquer quantidade de atividade física é melhor do que nenhuma, e quanto mais

melhor.” e “Toda a atividade física conta.” (DGS, 2020b, p. 1). Mesmo no caso de não serem cumpridas as recomendações, a OMS diz-nos que alguma atividade física é sempre benéfica para a saúde e que as pessoas devem iniciar com pequenas quantidades de atividade física e aumentar gradualmente a frequência, intensidade e duração ao longo do tempo (DGS, 2020b).

A OMS recomenda a limitação da quantidade de tempo gasto em sedentarismo, devendo, a população substituir esse tempo por atividade física de qualquer intensidade, quer pelos benefícios da prática da atividade física quer pela ajuda na redução dos efeitos nefastos de altos níveis de comportamento sedentário na saúde (DGS, 2020b).

A inatividade física constitui um dos principais fatores de risco para a mortalidade por doenças não transmissíveis, tendo as pessoas inativas um risco de 20% a 30% maior comparativamente com as pessoas ativas. A inatividade física constitui o quarto fator de risco de mortalidade global. (DGS, 2020b)

A OMS salienta que fatores como o uso de transportes motorizados e aumento do uso de telas para o trabalho, educação e recreação, contribuem para o sedentarismo. O comportamento sedentário traz risco para saúde, nomeadamente aumento da mortalidade por todas as causas, doenças cardiovasculares e por cancro, bem como, aumento da incidência de doenças cardiovasculares, cancro e diabetes tipo 2 (DGS, 2020b).

No relatório da OMS é descrito, que a nível mundial, mais de um quarto da população adulta mundial é insuficientemente ativa, que cerca de 1 em cada 3 mulheres e 1 em cada 4 homens não pratica atividade física suficiente para se manter saudável, que não houve melhoria nos níveis globais de atividade física desde 2001, que a atividade física insuficiente aumentou 5% (de 31.6% para 36.8%) nos países de renda alta entre 2001 e 2016 e que os níveis de inatividade são duas vezes maiores em países de alta renda em comparação com os de baixa renda (DGS, 2020b).

Um aumento dos níveis de inatividade física tem impactos negativos nos sistemas de saúde, no meio ambiente, no desenvolvimento económico, no bem-estar da comunidade e na qualidade de vida. A nível global, cerca de 28% dos adultos com 18 anos ou mais não eram suficientemente ativos em 2016 e a inatividade física constitui um dos grandes problemas de saúde pública na sociedade moderna. Tal como é possível ver no estudo de Gualano e Tinucci (2011) afirma que, cerca de 70% da população adulta não atinge os níveis mínimos recomendados de atividade física.

Segundo Macedo, et al. (2003) existem vários estudos que demonstram que o estilo de vida pouco ativo é um fator de risco para as principais causas de morte no mundo: a doença coronária e acidente vascular.

A literatura vincula o sedentarismo como um fator determinante nas doenças degenerativas e representa a carga mais alta de morbidade e mortalidade. Várias doenças como hipertensão, osteoporose, diabetes, doenças coronárias encontram-se relacionadas com o sedentarismo (Oliveira, et al., 2011). Para além disso, o sedentarismo assume-se como o principal fator de risco para a morte súbita e agravamento de doenças. Além do mais, o sedentarismo tem impacto na saúde mental, estando relatado em vários estudos como associado a diminuição da autoestima, da autoimagem, do bem-estar e da sociabilidade, aumento da ansiedade, da depressão, do stress e até associado a prejuízo na cognição. Posto isto, o sedentarismo é assumido como um problema de saúde pública (Oliveira, et al., 2011).

Para além do impacto da inatividade sobre a doença, importa falar que as doenças associadas a estilos de vida pouco ativos, exercem um peso elevado sobre os sistemas de saúde. De acordo com um estudo sobre o impacto social e económico da indústria do Fitness, publicado em 2022 pela empresa *Deloitte* em colaboração com a *Global Health & Fitness Alliance*, o tratamento e cuidados prestados a pessoas com doenças associadas a estilos de vida pouco ativos custam cerca de mil milhões de euros ao sistema de saúde português (DGS, 2022).

Um aumento na atividade física, bem como incentivo na sua prática deve ser um foco dos países e comunidade, pelo que, requer um esforço coletivo, nacional e local. Existem políticas para aumentar a atividade física quer no trabalho, quer nas creches, escolas e instituições de ensino superior, bem como na comunidade através de programas e espaços de atividade física (DGS, 2020b).

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental através do aconselhamento e apoio da população e implementação de programas com vista a tornarem as pessoas cada vez mais ativas.

A OMS em 2018, no sentido de aumentar a atividade física lançou um Plano de Ação Global sobre a atividade física 2018-2030, onde delinea quatro áreas de ação política e vinte recomendações e ações políticas específicas para os Estados Membros. Neste documento, a meta global consiste na redução de 15% da inatividade física até 2030 (DGS, 2020b).

A atividade constitui uma forma de lazer e de restaurar a saúde dos efeitos nocivos que a rotina traz. Por sua vez, a inatividade física e um estilo de vida sedentário estão

relacionados a fatores de risco para o desenvolvimento ou agravamento de doenças, tais como, coronárias, alterações cardiovasculares e metabólicas (Silva, et al., 2010).

No *Programa Nacional para Promoção da Atividade Física*, emanado pela DGS (2020a), através do Inquérito Nacional de Saúde (2019), os resultados revelam que 65% da população portuguesa com 15 anos ou mais refere nunca praticar qualquer tipo de exercício físico e a proporção de pessoas que indicam nunca praticar exercício físico, aumenta com a idade. Para além disso, a DGS (2020a) revela que no último estudo do *Global Burden of Disease* relativo à carga de doença e mortalidade atribuídas aos principais fatores de risco para a saúde entre 1990 e 2019, a atividade física insuficiente ocupa o 16º fator de risco de nível 2.

An, et al. (2020) abordam a relação entre a atividade física e a satisfação com a vida e felicidade. Quando abordamos o bem-estar, este é uma questão importante na saúde social e reflete uma boa vida. O bem-estar é algo subjetivo e inclui dois componentes, a cognitiva e a afetiva. A primeira diz respeito à satisfação com a vida através do julgamento em que cada pessoa avalia a sua qualidade de vida com base num conjunto pessoal de critérios. A segunda está relacionada com a felicidade e é uma avaliação emocional do grau de intensidade e conteúdo das experiências pessoais positivas dos momentos felizes da vida. Neste mesmo artigo, An, et al. (2020) salientam os benefícios que a atividade física proporciona às pessoas. Ao nível da saúde física, a atividade física melhora a capacidade funcional, diminui o risco de doenças, melhora a composição corporal e a perda de peso. Quanto a nível psicológico, a prática de atividade física melhora o humor, tem impacto na diminuição da ansiedade e depressão e aumento da autoeficácia. Estes mesmos autores afirmam que as pessoas com problemas de saúde mental podem obter maior satisfação com a vida com o exercício. No estudo de An, et al. (2020) é descrita a associação entre a atividade física e a satisfação e felicidade com a vida, tendo a atividade física sido selecionada como um dos estilos de vida saudáveis que pode melhorar a saúde física e mental e, por isso, aumentar a satisfação com a vida e felicidade. Assim, a atividade física está relacionada com a melhor satisfação com a vida e felicidade.

Amatriain-Fernández, et al. (2020) no seu artigo salienta a importância da prática de atividade física na saúde física e mental das pessoas. Aqueles autores descrevem a atividade física e exercício físico como fatores importantes, como sendo uma intervenção fundamental para reduzir o impacto psicológico e físico que o período de pandemia acarretou nas pessoas.

Payne (2003) afirma que existem provas sólidas de que o exercício físico contribui para o bem-estar e conseqüentemente para a paz de espírito das pessoas. Ela refere também que o exercício físico está estreitamente relacionado com a saúde mental. A prática de exercício traz inúmeros benefícios psicológicos, como a libertação de frustrações, distração em relação às preocupações, sensação de realização, sensação de melhor aparência física. Posto isto, a atividade física surge como uma ferramenta para combater os efeitos negativos que o stress tem no organismo humano.

Estudos demonstram que a falta de exercício físico é um fator importante para o aparecimento de sintomas de ansiedade e depressão (Doyne, 1987, citado por Godoy, 2002).

Para finalizar, resta salientar a relação direta entre a prática de atividade física, bem-estar e qualidade de vida, dado que, a prática de atividade física encontra-se relacionada com o bem-estar físico, emocional e psíquico. Para além disso, encontra-se associada à redução do nível de ansiedade, depressão e stress, levando ao aumento da criatividade e capacidade de concentração. Para além disso, a prática regular de atividade física contribui para aumentar a longevidade, reduzir a carga de doença e constitui um coadjuvante terapêutico relevante num conjunto alargado de doenças não transmissíveis. (DGS, 2020a)

1.2 Atividade Física e Saúde Laboral

Atualmente, as condições de segurança e saúde no trabalho são fatores fundamentais para o sucesso das organizações, dado que, aquelas estando asseguradas, os trabalhadores encontram-se mais motivados, levando ao aumento da produtividade e na redução do absentismo através da diminuição de ocorrência de acidentes e doenças profissionais. A Organização Internacional do Trabalho refere que, anualmente, ocorrem por todo o mundo cerca de 270 milhões de acidentes de trabalho e são declaradas 160 milhões de doenças profissionais (Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, 2018).

O mundo do trabalho tem sofrido grandes transformações devido às inovações tecnológicas e organizacionais. As organizações exigem cada vez mais dos seus trabalhadores com longas jornadas de trabalho. Estas exigências acarretam conseqüências na saúde dos trabalhadores, afetando o seu bem-estar e causando desconforto a nível muscular. O alto nível de exigência por parte das organizações tem um impacto significativo na ansiedade e stress do trabalhador. A alta pressão exercida por parte das organizações no trabalhador leva ao aumento do stress, à desmotivação e cansaço, tendo influência nas atividades laborais e nas atividades de vida,

nomeadamente na atividade física, de lazer e recreativa. Para além disto, as exigências e as longas jornadas de trabalho têm levado ao absentismo e, muitas vezes à invalidez ou aposentaria precoce decorrente das lesões proveniente da atividade laboral (Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, 2018).

Face a estes problemas, muitas empresas instituem a ginástica laboral como a solução para diminuir os afastamentos decorrentes de lesões, reduzir atestados médicos e mesmo acidentes de trabalho, possibilitando também o aumento da produtividade. Esta solução emerge dos inúmeros benefícios demonstrados na literatura pela adoção da ginástica laboral. Candotti, et al. (2011) no seu estudo salienta que a ginástica laboral é uma ferramenta para motivar as pessoas a praticar atividade física regular. Para além disto, refere que a ginástica laboral constituiu uma solução para os distúrbios físicos e emocionais na saúde dos trabalhadores. A ginástica laboral tem, assim, o objetivo de prevenção e reabilitação de doenças que o trabalho repetido provoca nas pessoas (Candotti, et al., 2011).

De acordo com Salve e Theodoro (2004) um programa de atividade física é um recurso importante para as empresas, resultando em ganhos positivos quer para a pessoa quer para a empresa. Estes autores salientam ainda a importância e necessidade das empresas em implementar programas que promovam a prevenção e promoção de saúde dos trabalhadores.

lackstet, et al. (2018) no seu estudo, salientam que a ginástica laboral interfere, de forma positiva na qualidade de vida dos trabalhadores, melhorando a sua saúde e a qualidade de vida, tendo assim um impacto positivo no quotidiano do trabalhador e, mesmo na empresa, através da redução do absentismo. Este estudo reforça ideologia que a ginástica laboral tem benefícios ao nível da redução da dor, na melhoria do desempenho e bem-estar. Para além disto, lackstet, et al. (2018) destacam a melhoria ao nível do controlo algico, melhoria no stress e aumento do relaxamento, tudo isto aspetos importantes na vida do trabalhador. Aqueles (2018) concluem que a prática de ginástica laboral tem impacto positivo na qualidade de vida da pessoa.

O bem-estar da pessoa, bem como o seu rendimento profissional são influenciados pelos diversos distúrbios psicológicos, nomeadamente a ansiedade (Laux, 2018). Estes distúrbios são resultado da pressão do mercado de trabalho, bem como das poucas horas de lazer. A sobrecarga de trabalho pode resultar em *Burnout*, sendo este causado por exposição a fatores de stress emocionais e interpessoais ocupacionais (Laux, 2018). Tudo isto, acarreta um aumento dos atestados médicos e conseqüentemente um aumento no absentismo laboral. Uma forma de combate a esta situação passa pela

adoção por parte da empresa de programas de qualidade de vida, com o objetivo de promover a saúde do trabalhador através de exercícios físicos aplicados ao próprio local de trabalho (Laux, 2018). Estes programas são considerados como uma mais-valia para a empresa e trabalhador, dado que, o trabalhador se sentirá mais saudável e, por conseguinte, mais produtivo, além de se tornar num ambiente mais eficiente e seguro.

Laux (2018) corrobora os inúmeros benefícios para a saúde das pessoas que praticam exercício físico no trabalho, como a melhoria na percepção da dor e absentismo, menor prevalência de inatividade física e diminuição do consumo abusivo de álcool, melhoria da motricidade fina, redução de lombalgias e segmentos corporais, bem como diminuição da intensidade e frequência da dor muscular e melhoria da postura. Para além disto, através da realização de um programa de exercício é possível a diminuição de atestados médicos e a melhoria no humor das pessoas.

Para além do que foi referido, a atividade física constitui um meio de libertar tensões, emoções e frustrações, acumuladas pelas pressões e exigências da vida (Godoy, R., 2002; in Veigas & Gonçalves, 2009).

A atividade física no local de trabalho ou fora dele é diferente da ginástica laboral, dado que, de acordo com Maciel, et al. (2005), os programas de atividade física têm o objetivo de incentivar a prática de desporto ou atividade que acarretam gasto de energia. Por sua vez, a ginástica laboral tem como principal objetivo a prevenção de doenças ocupacionais e são realizadas por períodos que variam de oito a doze minutos, durante a jornada de trabalho.

A ginástica laboral corresponde à prática de exercícios específicos realizados no próprio local de trabalho, isto é, dentro da empresa (Maciel, et al., 2005).

A ginástica laboral aparece como um método de prevenção de lesões por esforços repetitivos/ distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho. A prática de exercício no próprio local de trabalho tem como principal objetivo a prevenção de doenças relacionadas com a saúde ocupacional. A ginástica laboral deve ser realizada três vezes por semana, ou diariamente, por períodos entre oito a doze minutos, durante a jornada de trabalho (Maciel, et al., 2005).

De acordo com a literatura, existem diversos tipos de ginástica laboral, tendo todas elas o objetivo de melhoria da saúde física e mental do trabalhador. De acordo com Maciel, et al. (2005) a ginástica realizada no ambiente de trabalho pode ser classificada de acordo com o horário de aplicação, sendo que se é realizada no início da jornada de trabalho denomina-se de preparatória ou de aquecimento, tendo uma duração aproximada de dez a doze minutos e inclui exercícios de coordenação, equilíbrio, concentração, flexibilidade

e resistência muscular. Ela tem como objetivo o ativar fisiologicamente o organismo para o trabalho. No caso de ser realizada durante a jornada de trabalho, esta tem a denominação de compensatória e com duração de cinco a dez minutos e inclui exercícios de alongamento, flexibilidade, respiratórios e posturais. A sua principal finalidade consiste em compensar todo o tipo de tensão muscular adquirida pelo uso excessivo ou inadequado de estruturas musculares. Quando é realizada no final da jornada de trabalho chama-se de relaxamento e tem uma duração de dez ou doze minutos e inclui exercícios de alongamento, flexibilidade e meditação. Esta tem como objetivo o alívio das tensões.

A prática de exercícios no ambiente de trabalho também pode ser classificada quanto ao seu objetivo: ginástica corretiva ou postural e ginástica de compensação. A primeira está relacionada com o equilíbrio dos músculos agonistas/antagonistas. A realização deste tipo de exercício pode ter uma duração entre dez a doze minutos, todos os dias ou três vezes por semana. A ginástica de compensação tem como objetivo a evicção de vícios posturais e o aparecimento de fadiga e tem uma duração entre cinco a dez minutos (Maciel, et al., 2005). Estes autores salientam ainda outros tipos de ginástica laboral, como a ginástica terapêutica, que tem o objetivo de tratamento de distúrbios, patologias ou alterações posturais em grupos de pessoas com queixas prévias, e a ginástica de manutenção, que consiste num programa de continuidade após a obtenção do equilíbrio muscular alcançado pelas técnicas supramencionadas.

Pereira (2009 e 2013) citado por Santos e Melo (2019) afirma que a ginástica laboral traz inúmeros benefícios, a duração recomendada é de quinze minutos com uma frequência de cinco vezes por semana. Já Figueiredo (2007) citado por Santos e Melo (2019) relata que as durações das aulas tendem a ter entre cinco a quinze minutos.

Na atualidade, a maioria das pessoas tem uma vida sedentária, sendo necessário o incentivo à prática de exercício para a promoção da saúde. Esta prática pode ser iniciada a partir do local de trabalho, com sessões de exercícios.

A ginástica laboral acarreta inúmeros benefícios como a prevenção da fadiga muscular e a prevenção de patologias com origem em traumas cumulativos (Santos & Melo, 2019). Efetivamente, Picoli e Guastelli (2002) citado por Santos e Melo (2019) relatam os objetivos da ginástica laboral, nomeadamente a redução da fadiga muscular; a redução do número de acidentes de trabalho; a prevenção de doenças ocupacionais; a promoção da integração entre funcionários; a promoção da consciência corporal, bem como da saúde e bem-estar; e o aumento da motivação e disposição para o trabalho.

Os programas de ginástica laboral consistem em atividades físicas planeadas e realizadas no local de trabalho, devendo por isso estar adaptados ao ambiente organizacional. A ginástica laboral tem como objetivo criar espaços onde a pessoa possa, espontaneamente, fazer uma pausa na sua rotina e exercitar o corpo e mente, possibilitando a melhoria do ambiente laboral. Neste sentido, a ginástica laboral possibilita uma melhoria ao nível da produtividade e qualidade de vida dos trabalhadores (Martinez, 2021). O exercício físico no local de trabalho visa a prevenção do aparecimento de lesões por esforço repetitivo ou de distúrbios ocupacionais relacionados com o ambiente de trabalho, através de exercícios de mobilidade articular e muscular, bem como a criação de espaço no ambiente de trabalho onde as pessoas possam socializar e fazer uma pausa enquanto exercitam a mente e o corpo. Isto possibilita o aumento da produtividade e a redução de absentismo por lesões. Para além disto, estes ganhos propiciam uma melhoria na qualidade de vida da pessoa (Martinez, 2021).

Martinez (2021) salienta ainda que o principal objetivo da ginástica laboral é a redução dos índices de lesões por esforço repetitivo e dos distúrbios ocupacionais relacionados com o ambiente de trabalho e o stress laboral através dos exercícios de mobilidade articular e alongamento muscular. Isto permite a redução da perda de amplitude de movimento, lesões ou distúrbios relacionados com o trabalho. Estes exercícios planeados tem o objetivo também de promoção da saúde.

Importa abordar que a garantia de segurança e saúde nos locais de trabalho é um direito de todas as pessoas e um imperativo constitucional (Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, 2018). Sendo assim, é um direito do trabalhador a promoção e a manutenção dos mais elevados níveis de bem-estar.

A título de finalização deste capítulo, importa salientar que a ginástica laboral constitui uma dia a dia para a empresa e trabalhadores pelos benefícios que promove. Ela, ajuda na melhoria da concentração, na evicção de movimentos desnecessários que possam originar lesões por esforço repetitivo, bem como melhoria a nível cognitivo, prevenindo o aparecimento de transtornos, como, por exemplo burnout.

Este projeto decorreu, propositadamente, durante a jornada de trabalho dos seus participantes, no sentido de despertar nos participantes a importância da ginástica laboral e refletir sobre os seus benefícios.

1.3 Saúde Laboral e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Tendo presente o mencionado até ao momento, nomeadamente os inúmeros benefícios descritos pela prática de ginástica laboral, bem como a importância de atuação por parte das empresas no bem-estar e saúde dos trabalhadores torna-se fulcral uma intervenção. É neste sentido que surge o projeto implementado, dado que a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015) diz-nos que a promoção de estilos de vida saudáveis (ergonomia e exercício físico) constitui uma área prioritária de investigação em Enfermagem de Reabilitação. Um dos oito enunciados descritivos emanados pela Ordem dos Enfermeiros (2015), é a promoção da saúde. O EEER tem como foco de atenção a promoção do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas. Na procura permanente de excelência no exercício profissional, o EEER através das suas ações promove que a população alcance o seu máximo potencial de saúde. Um dos pilares prende-se com a educação da pessoa, ao longo de todo o ciclo vital.

O EEER incorpora um corpo de conhecimento específico de enfermagem, tornando-o perito para intervir na área de atividade física, de forma a acrescentar valor à saúde da pessoa, durante o ciclo de vida e nos processos de transição saúde-doença. A intervenção do EEER na atividade física e exercício físico está presente, como se comprova nos modelos teóricos de enfermagem, na qual estes elementos se enquadram enquanto focos e intervenções de enfermagem como o de Roper, Logan e Tierney (1995) e do de Orem (2001) (Martins & Sousa, 2019).

“ A atividade física e o exercício físico estão atualmente regulamentados em duas competências, definidas pela mesa do colégio de enfermagem de reabilitação da Ordem dos Enfermeiros, especificamente, J2.1.2- Realiza treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajuda técnicas e dispositivos de compensação), assim como os treinos inerentes à atividade e exercício físico e J3.1.3- Ensina, instrui e treina sobre técnicas e tecnologias (incluindo a atividade e o exercício físico) a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa e o seu projeto de saúde.” (Martins & Sousa, 2019, p. 4).

No seu artigo, Martins e Sousa (2019) ressaltam que a atividade física e o exercício físico como focos de atenção na enfermagem, uma vez que o exercício físico se encontra contemplado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2011 e a intolerância à atividade como um status comprometido.

Na CIPE versão 2015 encontra-se os diagnósticos/resultados: Adesão ao regime de exercício; Padrão de exercício comprometido; Atitude face ao regime de exercício dificultadora; Capacidade para gerir regime de exercício comprometida; Conhecimento sobre exercício; Conhecimento sobre regime de exercício; Intolerância à atividade; Risco de intolerância à atividade; Tolerância à atividade efetiva.

Como intervenções de enfermagem, a CIPE versão 2015 detém: Avaliar evolução da resposta psicossocial à instrução sobre exercício; Avaliar conhecimento sobre terapia física; Avaliar padrão de exercício; Avaliar tolerância à atividade; Monitorizar tolerância à atividade; Ensinar como aumentar a tolerância à atividade; Promover adesão ao regime de exercício; Promover exercício; Promover mobilidade física; Reforçar técnica de exercício muscular ou articular.

Neste sentido, a atividade física e o exercício físico são focos de atenção do EEER e este deverá utilizar estratégias apropriadas para aumentar a atividade física e o exercício físico. Para além disso, as estratégias deverão ser adaptadas de acordo com as capacidades, necessidades e desejos das pessoas (Martins & Sousa, 2019).

O EEER constitui um elemento de excelência para a implementação de uma intervenção na saúde laboral dado que, de acordo com o Regulamento n.º 392/2019, o EEER "(...) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas." (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13565). Pelo corpo de conhecimentos e experiências, aquele encontra-se em posição privilegiada para a tomada de decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações e reabilitação. Neste sentido, o EEER com vista a prevenir complicações, evitar incapacidades e manutenção das capacidades funcionais, interfere de forma positiva na qualidade de vida das pessoas, através da ginástica laboral. Uma das competências do EEER é a realização de prevenção e minimização do impacto dos riscos biomecânicos e psicossociais. Questões relacionadas com o sofrimento psicológico podem ter um impacto significativo na vida das pessoas e, quando já instalado de forma intensa, pode trazer consequências irreversíveis e incapacitantes, pelo que, faz todo o sentido que o EEER pela sua atuação, atue no sentido da prevenção do desenvolvimento destas doenças, antes que haja a manifestação das lesões.

Para além disto, Couto, et al. (2022, p.2) salientam que "O profissional responsável pelas sessões de ginástica laboral deve ser um enfermeiro de reabilitação, fisioterapeuta ou qualquer outro profissional adequadamente formado."

Sendo a ansiedade muito presente no dia a dia das pessoas, nomeadamente do trabalhador, quando vivencia momentos de transição, situações desconhecidas ou

inesperadas, como por exemplo, passar para uma situação de teletrabalho, ou mesmo em situações de rutura, esta poderá gerar sentimentos de sofrimento. O EEER tem um papel fulcral de prevenção da ansiedade, através da sua atuação: este profissional identifica a necessidade de intervenção e atua, concebendo, implementando e avaliando os planos e programas, no sentido de diminuir ou mesmo prevenir a ansiedade, promovendo qualidade de vida da pessoa, uma vez que, a ansiedade instalada tem um significativo impacto na vida laboral e pessoal.

O EEER através da sua intervenção especializada avalia os aspectos psicossociais que interferem na vida da pessoa e identifica a necessidade de intervenção no sentido de otimizar a função. Assim, o EEER utiliza a ginástica laboral como forma de intervenção na saúde laboral e atua ao nível motor, cognitivo, respiratório e cardíaco, uma vez que a ginástica laboral interfere de forma positiva em todos estes campos.

O EEER (Regulamento n.º392/2019) “ Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à sua reabilitação, capacitação e à autogestão.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13568). Através da sua intervenção especializada, o EEER capacita a pessoa com estratégias de autogestão, como, a título de exemplo, o ensino de exercícios para a pessoa realizar ao longo da jornada de trabalho ou mesmo numa situação em que sinta que os sintomas de ansiedade estão a aparecer.

As condições psicossociais do trabalho podem ter um impacto negativo na pessoa, nomeadamente na área cognitiva e afetiva, tendo como resultado episódios de ansiedade, depressão, alterações na tomada de decisão, na capacidade de concentração, *burnout*, ou mesmo influenciar a evolução de patologias previamente existentes. Para além disso, estudos concluíram que condições psicossociais adversas do trabalho estão associadas a um aumento do risco de demência (DGS, 2021). Nesta perspetiva, como forma de prevenção destas consequências, o EEER tem um papel preponderante, através da dinamização de planos que interferem de forma positiva nas pessoas, nomeadamente na prevenção do desenvolvimento de disfunções cognitivas. Para além da implementação, o profissional garante a segurança dos programas e planos de reabilitação implementados por via da monitorização e ajustes ao longo do programa.

Outra competência importante do EEER é a promoção de ambientes seguros, atuando nas questões ergonómicas e identificando as barreiras arquitetónicas e, no caso da presença destas, orienta para a sua eliminação. Além disso, o EEER colabora na elaboração de protocolos nas organizações para a promoção da saúde laboral. Outra atuação daquele profissional prende-se com a sensibilização da comunidade laboral para

importância da saúde laboral, uma vez que esta tem um impacto significativo a todos os níveis na vida do trabalhador.

O EEER (Regulamento n.º392/2019) “Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico visando a cultura de segurança nos diversos contextos de atuação (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13568), nomeadamente no contexto laboral.

“(...) os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação têm competências e são detentores de conhecimento científico que lhe permite prescrever exercício físico em populações especiais, contribuindo assim para a melhoria dos seus resultados em saúde, no âmbito da atividade física e do exercício físico.” (Martins & Sousa, 2019, p. 5).

A Ordem dos Enfermeiros (2023) num das notícias emanadas em abril, refere que o enfermeiro na área da saúde no trabalho tem uma enorme atuação. Ele colabora na execução dos exames, na formação e informação dos trabalhadores, na promoção de hábitos saudáveis através do ensino acerca da alimentação saudável, do estímulo ao exercício físico e na prestação de primeiros socorros em caso de acidentes de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Neste sentido, e sendo primordial adequar a intervenção preventiva às necessidades das pessoas, desenvolvemos este projeto de investigação, com a aplicação e avaliação de um programa de ginástica laboral, ao longo de seis semanas, descrito mais à frente.

1.4 A Ansiedade humana e a ansiedade de quem cuida

A ansiedade é um termo bastante falado e divulgado na atualidade. A população em geral emprega o termo em variados propósitos, mas o seu uso na língua portuguesa remonta o século XIX (Serra,1980).

A SPPSM (s.d.) no seu site, descreve a ansiedade como uma reação normal ao stress do quotidiano. Ela encontra-se presente no quotidiano, em diversas situações, nomeadamente nas questões laborais. Esta, de forma exagerada e prolongada pode tornar-se em algo patológico e grave. Falamos em perturbação da ansiedade quando existe um medo e ansiedade desproporcionado, que perduram há, pelo menos seis meses e que têm um enorme impacto na vida da pessoa (SPPSM, s.d.). Existem diversas perturbações de ansiedade, como o caso de fobias, ataques de pânico, perturbação de ansiedade generalizada, stress pós-traumático, entre outras. Todas estas têm em comum o sentimento de ansiedade exagerado, que se prolonga durante vários meses (SPPSM, s.d.). Os sintomas de ansiedade descritos podem ser de ordem psicológica, física ou comportamental (SPPSM, s.d.). Os primeiros dizem respeito à sensação de medo intenso

e apreensão, acompanhados de inquietação, desvio da atenção para a fonte do medo, preocupações persistentes, estado de alerta com dificuldade em adormecer e irritabilidade. No que diz respeito aos sintomas físicos, os descritos pela SPPSM são a tensão muscular, tremores, respiração mais acelerada, aumento dos batimentos cardíacos, transpiração, boca seca e vontade súbita de urinar ou defecar. Relativamente aos sintomas comportamentais, os descritos pela SPPSM são a evicção da ameaça ou dos estímulos associados ao perigo. As causas descritas para a ansiedade podem ser genéticas, psicológicas, traumáticas, uso de substâncias, problemas de saúde mental e física.

A ansiedade tem um impacto na vida da pessoa. Se não for tratada, pode acarretar em incapacidade para a execução das tarefas do dia a dia, incapacidade para trabalhar, pode conduzir ao consumo de substâncias, tais como abuso de álcool e pode levar ao desenvolvimento de outros problemas de saúde mental, como a depressão (SPPSM, s.d.).

Castillo, et al. (2000) descrevem a ansiedade como um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. A ansiedade passa para um processo patológico quando é de forma exagerada, desproporcional em relação ao estímulo que a desencadeou, interferindo na qualidade de vida, conforto emocional ou desempenho da pessoa (Castillo, et al.,2000). Os mesmos autores (2000) salientam que a maneira de diferenciar a ansiedade normal da patológica é avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento.

Já a Ordem dos Enfermeiros (2011) descrevem a ansiedade como “Emoção Negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (p.39).

Payne (2003) refere que a ansiedade pode ser um estado emocional ou uma característica da personalidade, correspondendo respetivamente ao “estado” de ansiedade e o segundo ao “traço” de ansiedade. O estado de ansiedade ocorre como uma reação temporária a um acontecimento, sentimento de apreensão num dado momento. Por sua vez, o traço de ansiedade diz respeito a uma tendência da pessoa para encarar todos os acontecimentos neutros como potenciais geradores de stress (Payne, 2003). O exercício físico tem sido associado a níveis reduzidos de estado de ansiedade.

Ribeiro, et al. (2019) ressaltam que os transtornos de ansiedade são a segunda causa de afastamento no trabalho.

Também a Organização Mundial de Saúde e o Organização Internacional do Trabalho, nos anos de 2000 previam o crescimento da incidência de problemas relacionados com a saúde mental (Ribeiro, et al., 2019). Os mesmos autores (2019) salientam que os transtornos de ansiedade interferem significativamente na vida da pessoa e daqueles que coabitam, influenciando as suas atividades e relacionamentos. No seu estudo, Ribeiro, et al. (2019) evidenciam para a alta prevalência de transtornos ansiosos como a causa de afastamentos do trabalho e dos altos custos em saúde.

Martinez (2021) refere que o stress é um distúrbio do século XXI. Numa fase inicial ele é identificado através de sintomas psicossomáticos, como através da insónia, taquicardia, gastrite, entre outros. Ele afeta a qualidade de vida das pessoas e muitas vezes pode levar ao absentismo, bem como à redução da produtividade no local de trabalho. Para além disto, o stress pode levar a outros distúrbios, como a síndrome de burnout. Este, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-11) é um distúrbio psíquico causado pela tensão emocional e física decorrente das condições de trabalho (Martinez, 2021).

Gomes e Oliveira (2013) salientam que a ansiedade provoca nas pessoas uma sensação desagradável de apreensão, muitas vezes acompanhada de sintomas como a cefaleia e palpitações. Quando numa fase inicial constitui um sinal de alerta e capacita a pessoa a desenvolver estratégias para lidar com a ameaça externa ou interna, tendo uma função adaptativa. Quando ampliada tem impacto mais acentuado na pessoa podendo afetar o pensamento, a memória, a percepção, produzir confusão mental, comprometendo as relações e desempenho (Gomes & Oliveira, 2013).

A ansiedade, bem como outros sintomas negativos, como o stress e o burnout, são sintomas cada vez mais relatados pelos trabalhadores face à pressão para responder às exigências do ambiente laboral moderno e face à atual situação pandémica. Estes sintomas ocasionam repercussões na vida profissional, mas também na vida pessoal, familiar e social da pessoa que os vivencia. A crise de saúde pública ocasionada pela pandemia da COVID-19 provocou quebra na economia e na sociedade e desencadeou mudanças laborais que provocam, agravam e realçam riscos psicossociais. Tudo isto, salienta a importância da saúde e bem-estar dos trabalhadores. As condições de trabalho e a forma como este é organizado tem impacto na saúde mental e bem-estar dos trabalhadores (DGS, 2021).

Face a este reconhecimento, a DGS lança um Guia intitulado “Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho” (DGS, 2021). Este documento tem o objetivo de identificar as boas práticas de prevenção de riscos

psicossociais e de vigilância da saúde dos trabalhadores. Neste documento, para além de inúmeros tópicos fundamentais relacionados com a saúde dos trabalhadores salienta que as empresas são responsáveis pela implementação de ambientes de trabalho saudáveis e seguros para os trabalhadores, podendo oferecer incentivos que reforcem comportamentos individuais saudáveis e que beneficiam a saúde e bem-estar, como “(...) aumento do tempo da hora de almoço para permitir realizar exercício físico) (...)” (DGS, 2021, p. 76).

A saúde dos trabalhadores está relacionada com a parte biológica, social e laboral. No guia da DGS (2021) encontra-se evidenciado que as perturbações mentais no local de trabalho representam uma significativa parte dos problemas de saúde, mencionando que “(...) um em cada cinco trabalhadores sofre de um problema de saúde mental.” (DGS, 2021). Neste documento é ainda dito que cerca de 25% dos trabalhadores da Europa afirmam sofrer de stress laboral e, a mesma percentagem de trabalhadores afirmam que o trabalho lhe afeta a saúde. Para além do impacto na saúde do trabalhador, estado de stress e ansiedade estão relacionados com a degradação da qualidade das relações com cônjuge, filhos e outros membros da família, tendo impacto na saúde pública, reforçando a importância da promoção da saúde dos trabalhadores.

Para além destas percentagens, no inquérito realizado pelas EU-OSHA concluiu que o custo total das doenças relacionadas com o trabalho para os países da EU-15 se encontra entre os 185 e 289 mil milhões de euros por ano (DGS, 2021).

Para além destes números, o Observador, no dia 05/02/2023 lança uma notícia baseada no Relatório emanado pela Ordem dos Psicólogos (2022) que nos diz que a perda de produtividade relacionada com os problemas psicológicos e com o stress custou 5.3 mil milhões de euros às empresas portuguesas em 2022, contrastando com 3.2 mil milhões de euros em 2020. Neste sentido, os custos dos problemas psicológicos e do stress em contexto laboral subiram 60% entre 2020 e 2022. Este mesmo artigo, refere que os trabalhadores portugueses faltaram, em média, oito dias por ano por problemas psicológicos em 2022.

No relatório emanado pela Ordem dos Psicólogos (2022) intitulado de: Prosperidade e Sustentabilidade das Organizações: Relatório do Custo do Stress e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal, vem nos elucidar para o impacto que os problemas psicológicos têm na saúde do trabalhador, na empresa e nos custos.

Este mesmo relatório afirma que Portugal enfrenta grandes desafios relativos à saúde psicológica e risco psicossociais no trabalho, salientando que estes problemas não estão confinados apenas a um custo humano, mas sim um impacto imensurável na sociedade e

na economia (Ordem dos Psicólogos, 2022). As pessoas sentem-se bem quando o seu contexto de trabalho é fisicamente seguro, ergonómico e não-tóxico e psicologicamente seguro, estando aqui representado o biopsicossocial que devemos atender em cada pessoa. Isto significa que, as condições de vida e bem-estar no trabalho não são influenciadas apenas pela segurança e saúde física no local de trabalho, mas também pelos riscos psicossociais, como o stress, as exigências cognitivas e emocionais, stress, ansiedade, *burnout*, entre outros.

Em Portugal, os problemas de saúde psicológica afetaram dois em cada cinco trabalhadores (Ordem dos Psicólogos, 2022). Neste seguimento, a Ordem dos Psicólogos (2022) salienta que é fundamental avaliar, prevenir e intervir nos riscos psicossociais, bem como implementar medidas de promoção de saúde psicológica e bem-estar no local de trabalho. Uma destas medidas tem a haver com a implementação de ações e estratégias de promoção da saúde psicológica e do bem-estar, sendo a ginástica laboral um exemplo dessas medidas.

Face a estes números, torna-se fulcral uma intervenção neste problema real e de enorme dimensão, dado que, de acordo com o relatório da DGS (2021), as projeções europeias mostram que os custos continuarão a aumentar num ritmo significativo.

Os trabalhadores encontram-se protegidos por diferentes instrumentos legais, como a Constituição da República Portuguesa, onde dita que é direito do trabalhador o direito à proteção da saúde. Para além deste, o Código do Trabalho (Lei nº7/2009, de fevereiro) refere que é dever da empresa proporcionar boas condições de trabalho. A Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (lei nº35/2014, de 20 junho), estabelece que a empresa deve ter ações no sentido da prevenção de riscos e doenças profissionais, tendo em conta a segurança e saúde das pessoas. Importa salientar a alteração de lei nº79/2019, de setembro, que clarifica que as empresas devem proceder à implementação de serviços de promoção de segurança e saúde no trabalho.

Para além destes documentos é importante salientar a Lei de Bases da Saúde (lei nº95/2019, 4 de setembro) que aborda o direito à proteção da saúde, como um direito de todas as pessoas; o direito da saúde mental e o direito dos trabalhadores de beneficiar de medidas relativas à saúde ocupacional.

Neste sentido, o enfermeiro através dos conhecimentos inerentes à profissão, deve mobiliza-los no sentido de resolução de problemas e dotar as pessoas e famílias de conhecimentos e capacidades que os ajudam a tomar as decisões mais adequadas ao seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Paralelo a esta realidade em que o enfermeiro constitui um elemento interveniente no combate a ansiedade, aquele profissional pode também ele sofrer de ansiedade. O enfermeiro surge como um dos profissionais de referência para os indivíduos, famílias e comunidade. Estes profissionais apresentam-se como um dos principais intervenientes no processo terapêutico, mas para cuidar de outrem, é fundamental cuidar de si próprio (Cabral & Florentim, 2016). Neste sentido, cuidar da sua saúde mental torna-se imperativo. Intrínseco ao cuidar em enfermagem está a prestação de cuidados e este é um fator de stress, quer pela responsabilidade, quer pela carga emocional da relação entre o enfermeiro e a pessoa ou família alvo de cuidados. O stress ocupacional, assim como a ansiedade ou depressão nos enfermeiros podem comprometer a qualidade da assistência prestada, bem como a sua atuação. Pensamentos negativos, bem como raciocínio prejudicado conduzem a ações disfuncionais que impedem o enfermeiro de desempenhar as suas funções (Cabral & Florentim, 2016). Face ao supradito, torna-se imperativo que para cuidar é fulcral cuidar-se através de um coping o mais ajustado possível (Cabral & Florentim, 2016).

Lopes (2021) afirma que “Sabemos que a sociedade em geral necessita de mecanismos e estratégias para cuidar da mente e nós, enfermeiros, não somos diferentes.” Aquele (2021) aponta que a resiliência, bem como a manutenção de passatempos, hobbies, rotinas diárias e atividade física, como aspetos com efeito protetor do bem-estar psicológico e associadas a um risco diminuído de ansiedade e depressão.

Gomes, et al. (2009) afirmam que os enfermeiros representam uma classe profissional exposta a elevados níveis de pressão e stress. Aqueles no seu artigo (2009) salientam que, para além dos efeitos negativos na saúde e bem-estar dos enfermeiros, o stress ocupacional influencia a qualidade e eficácia dos serviços que os enfermeiros prestam, tendo um impacto decisivo na saúde das pessoas. A tomada de decisão em enfermagem é particularmente decisiva e uma opção de tratamento ou ajuda errados poderão ter um impacto negativo na saúde da pessoa e piorar o seu estado.

De facto, Gomes e Oliveira (2013) salientam que os enfermeiros encontram-se entre os profissionais mais suscetíveis aos problemas de saúde mental, dado que estão em constante interação com pessoas que necessitam de ajuda.

Neste sentido, concluo ser de particular importância um projeto nesta área.

Tendo em mente tudo o que foi descrito até ao momento, de seguida, será apresentado o projeto desenvolvido neste estágio: “**Ativa-te**”. Este projeto surge após uma reflexão conjunta com a enfermeira tutora, a restante equipa da UCC e, decorrente da leitura do documento emanado pelo colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação

(2015). Deste documento fazem parte as áreas de investigação prioritárias em Enfermagem de Reabilitação para 2015-2025, na qual realço a promoção de estilos de vida saudáveis (ergonomia e exercício físico) que foi o ponto chave para o início do presente projeto.

2. METODOLOGIA

A investigação em Enfermagem tem um papel preponderante, uma vez que permite o desenvolvimento contínuo da profissão e conseqüentemente uma melhor prestação de cuidados. “A palavra *Metodologia* vem do grego: *meta* que significa para além de; *odos*, caminho; *logos*, discurso ou estudado.” (Vilelas, 2020, p. 21). Poderá então definir-se como um conjunto de procedimentos que contribuem para a obtenção do conhecimento, constituindo um lugar central no interior das teorias (Vilelas, 2020).

2.1 Questão de Investigação, Finalidade e Objetivos

Uma vez que a prática de atividade física regular, de acordo com a OMS (2014), acarreta inúmeros benefícios para a saúde física, mental e emocional, a ginástica laboral surge como uma importante ferramenta, que tem o intuito de motivar à prática de atividade física regular e assim contribuir para a diminuição de distúrbios físicos e emocionais na saúde dos trabalhadores. A ginástica laboral tem assim, o objetivo de prevenção e reabilitação de doenças que o trabalho repetido provoca nos trabalhadores. Para além disso, a DGS (2022) assume que a prática de atividade física tem um papel promotor da capacidade cognitiva, estritamente ligada a uma maior capacidade produtiva. Os dados a nível nacional indicam que Portugal perde mais de 7.6 milhões de dias de trabalho por absentismo, devido a dias de baixa por doença física ou mental ou produtividade reduzida (DGS, 2022).

O presente estudo teve como finalidade: contribuir para a redução da ansiedade nos profissionais de um ACES da zona Norte, e, neste sentido foi elaborada uma questão de investigação. De acordo com Fortin (1999) deve ser um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica. Desta forma, a realização deste projeto pretendia dar resposta à seguinte questão de investigação: **Qual o contributo de um programa de exercício realizado pelo EEER na diminuição da ansiedade nos profissionais de um ACES da região Norte?**

Face ao supramencionado, o presente projeto tinha como objetivo geral avaliar o contributo de um programa de exercício realizado pelo EEER na diminuição da ansiedade nos profissionais e como objetivos específicos: avaliar o estado de ansiedade dos profissionais antes e após a realização do programa de exercício, identificar a importância atribuída pelos profissionais à prática de exercício em contexto laboral, e avaliar a relação entre a realização de um programa de exercício e a ansiedade nos profissionais.

2.2 Tipo de Estudo

O presente estudo encontra-se num estudo de nível III, segundo Fortin (1999), uma vez que tem o objetivo de determinar o grau de influência de uma variável sobre a outra e como esta influência contribui para explicar a variação desta variável.

No sentido de dar resposta à questão de investigação, recorreu-se a um tipo de estudo de abordagem quantitativa, descritivo, quasi-experimental, longitudinal.

Este projeto quanto ao objetivo geral assenta num estudo descritivo, uma vez que os estudos descritivos “(...) procuram conhecer as características de determinada população/fenómeno, ou o estabelecer relações entre as variáveis.” (Vilelas, 2020, p. 214). Eles “Servem para aumentar os conhecimentos das características e dimensão de um problema (...)” (Vilelas, 2020, p. 214).

No que se refere á colheita de dados assenta num estudo quasi-experimental, dado que, estes “(...) flexibilizam as condições impostas pelas distribuições de probabilidade e inferências estatísticas para a população (...)” (Vilelas, 2020, p. 327). De entre as razões possíveis para a realização de um estudo quasi-experimental destaque, “ (...) visão generalizada de que já existem evidências suficientes dos benefícios de determinadas intervenções e estabelecer um grupo controlo não seria ético; (...)” (Vilelas, 2020, p. 327). Baseia-se num estudo quantitativo pois “(...) admitem que tudo pode ser quantificável, isto é, que é possível traduzir em números as opiniões e as informações (...)” (Vilelas, 2020, p. 197).

Trata-se ainda de um estudo longitudinal considerando que foi efetuado dois momentos de avaliação.

2.3 População e Amostra

Numa fase inicial tornou-se fundamental, inerente às etapas de técnica de amostragem, definir a unidade de análise e a população. A população constitui os elementos ou

sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 1999). Já a amostra é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e, para os quais, o investigador deseja fazer generalizações (Fortin, 1999). Neste sentido, a amostra deste estudo foi composta pelos profissionais de um ACES da região Norte. O presente estudo inclui todos os profissionais de um ACES da região Norte e, não apenas os profissionais de saúde, uma vez que a ansiedade pode estar relacionada e presente em todas as pessoas que exercem uma profissão. Para além disto, a seleção de todos os profissionais está relacionada com a questão de equidade. A amostra foi constituída pelos profissionais que contemplam os seguintes critérios de inclusão:

- Ser profissional do ACES onde decorreu o ENP;
- Ter a possibilidade de aceder a um dispositivo para assistir à sessão;
- Participar nas sessões de exercício;
- Responder a todos os questionários.

Os critérios de exclusão:

- Não responder aos dois questionários.

Após a definição dos critérios de inclusão e exclusão foi essencial determinar a técnica de amostragem a utilizar. À luz de Fortin (1999), a amostragem constitui o procedimento no qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é selecionado. Desta forma, foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística, por conveniência. Fortin (1999) afirma que a principal característica deste método de amostragem reside no facto de que cada elemento da população não ter uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. Para além disto, Fortin (1999, p.208) afirma que “(...) nem sempre é fácil construir amostras probabilísticas em certas disciplinas profissionais, porque o investigador raramente tem acesso a toda a população.” Por sua vez, Vilelas (2020) relata que nas amostras não probabilísticas, os vários elementos da população não possuem a mesma probabilidade de fazer parte da amostra do estudo. Para além disto, Vilelas (2020) afirma que este tipo de método permite um estudo mais rápido e com menores custos. O método de amostragem não probabilística utilizado no projeto foi através da amostra por conveniência ou, também chamada de acidental. Esta, à luz de Fortin (1999), é formada pelos sujeitos que estão presentes num momento preciso, num local determinado. Já Vilelas (2020, p.181) denomina que “(...) é aquela que se obtém sem nenhum plano preconcebido, (...)”

Relativamente ao número de sujeitos a considerar para formar uma amostra, este tópico é um aspeto que suscita imensas interrogações e vários são os fatores que devem ser

considerados, como o objetivo de estudo, a homogeneidade da população ou do fenómeno estudado e os testes de análise estatística (Fortin, 1999). A amostra do presente projeto foi composta por **dezoito profissionais** de um ACES da região Norte.

2.4 Hipóteses

Relativamente às hipóteses, Vilelas (2020) afirma que elas indicam, orientam o caminho ao investigador. A hipótese “(...) é a técnica metodológica mais importante do investigador e a sua função principal é sugerir novas experiências ou novas observações, (...)” (Vilelas, 2020, p.167). Já Fortin (1999) declara que uma hipótese “(...) é um enunciado formal das relações previstas ente duas ou mais variáveis.” (p.102). A mesma autora (1999) acrescenta ainda que a hipótese combina o problema e o objetivo numa explicação clara dos resultados esperados para o estudo. A hipótese é composta pelas variáveis em estudo, a população alvo e o tipo de investigação a realizar.

Assim, em conformidade com o alinhamento da questão de partida e os objetivos definidos delineamos a seguinte hipótese de investigação: Espera-se que a realização de um programa de exercício interfira nos níveis de ansiedade dos profissionais.

2.5 Variáveis

De acordo com Vilelas (2020, p. 171), “As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos ou pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.” Ainda seguindo o mesmo autor (2020, p.171), as variáveis “(...) têm de estar de acordo com a definição do problema, dos objetivos, das hipóteses e em consonância com o marco teórico.”, podendo ser dependentes ou independentes. No presente estudo, a variável dependente é a variável central do estudo, a ansiedade, e a variável independente é o programa de exercícios.

2.6 Instrumentos de Recolha de dados

A técnica de recolha de dados mais comum nos métodos quantitativos é o questionário. Este é um método preenchido pelo próprio sujeito, sem assistência. Ele traduz os objetivos do estudo com as variáveis mensuráveis (Fortin,1999).

Neste projeto, o instrumento de recolha de dados foi um questionário de caracterização sociodemográfica aplicado no início (apêndice III) e no fim do programa (apêndice IV), de preenchimento online. O primeiro possibilitou a recolha de informação pertinente da

pessoa, da pertinência da atividade física para a pessoa, qual o seu nível de atividade física e a auto-precepção que a pessoa tem relativamente à sua ansiedade. Nele encontra-se a caracterização sociodemográfica e a caracterização da atividade física, com questões, como: como a pessoa passa a maior parte do tempo no dia de trabalho, se ela se considera sedentária, se pratica ou se já praticou alguma atividade física, quantas vezes por semana pratica atividade física, qual a duração, qual o motivo para não praticar atividade física, o motivo de adesão ao projeto e qual o maior obstáculo para começar/manter a prática de atividade física. Para além destas, encontra-se uma questão “Qual a importância que atribui à prática de exercício em contexto laboral”, cujas respostas são categorizadas em: nada importante; baixa importância; nem pouco, nem muito importante; muito importante e extremamente importante. Na parte final deste questionário encontra-se o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI) Forma Y-1.

O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI) de Spielberger é um instrumento de autoavaliação de ansiedade, que tem como principal finalidade avaliar a ansiedade estado e ansiedade traço da pessoa. Este instrumento de relato pessoal é indicado para ser aplicável a indivíduos de ambos os sexos, a partir do 10ºano de escolaridade ou com idade equivalente. Ele surgiu em 1970, com o intuito de ser uma medida do tipo relato pessoal para a avaliar o estado e traço de ansiedade. Este inventário sofreu alterações desde o seu início, culminando na forma Y, publicada em 1983 e adaptada em mais de trinta línguas, nomeadamente a portuguesa. O STAI é um instrumento de autoaplicação que pode ser usado individualmente ou em grupo. Ele é constituído numa escala likert de quatro pontos. O inventário é constituído pela escala de estado de ansiedade, correspondendo ao “agora, neste preciso momento” e escala de traço de ansiedade, correspondendo ao como as pessoas se sentem “geralmente”. A aplicação do inventário exige que a escala de estado seja aplicada em primeiro lugar e, de seguida a escala traço. Na escala estado de ansiedade, as respostas classificam-se da seguinte forma: 1- “não”, 2- “um pouco”, 3- “moderadamente”, 4- “muito”. Na escala traço de ansiedade, as respostas encontram-se da seguinte maneira: 1- “quase nunca”, 2- “algumas vezes”, 3- “frequentemente”, 4- “quase sempre”. No que concerne a cotações, a cotação de cada item admite de 1 a 4 pontos, correspondendo a 1 ao grau mínimo e 4 grau máximo de ansiedade. No entanto existem 10 itens na escala de Estado e 9 na escala de Traço, onde a ansiedade está ausente, sendo estes itens de cotação inversa. O total de cotação de cada escala varia entre 20 e 80, correspondente entre mínimo e máximo respetivamente (Silva, 2000). Neste sentido, quanto mais alto for o resultado obtido mais elevados serão os níveis de sintomatologia ansiosa (Silva, 2010).

No que concerne à fidelidade e validade dos instrumentos de medida, estas são características essenciais e que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida (Fortin,1999). Para além destas duas características, a consistência interna do instrumento de medida é um essencial. Uma das principais técnicas para a determinar a consistência interna é o coeficiente de alfa de Cronbach. Segundo Fortin (1999) esta técnica é a mais correntemente utilizada para estimar a consistência interna de um instrumento de medida. “O valor do coeficiente varia de 0,00 a 1,00; o valor mais elevado denota uma maior consistência interna.” (Fortin,1999, p.227). No estudo implementado, o valor de alfa de Cronbach foi para a escala de estado 0,88 e para a escala de traço 0,93.

Após a implementação do programa de exercício, foi enviado novamente aos participantes a questão acerca da avaliação da importância atribuída à prática de exercício em contexto laboral e o STAI Forma Y-1.

2.7 Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados

Após a obtenção da autorização para a realização do estudo e da aceitação dos elementos da amostra para participarem no mesmo, passamos à primeira fase, a preparação das sessões de exercício. Para um melhor planeamento das sessões de exercício, antes da sua realização foi essencial a elaboração de um guião previamente organizado com os exercícios a serem abordados em cada sessão, e que é o eixo orientador do desenvolvimento das mesmas. O projeto teve como título: “Ativa-te” e consistiu em seis sessões de exercícios de alongamentos e mobilização associados com exercícios respiratórios.

As sessões de exercício foram em formato online, numa sala da UCC onde decorreu o ENP. No que se refere com o tempo de cada sessão, as sessões implementadas tiveram uma duração de vinte minutos. Isto porque foi tido em conta, para além do que a literatura nos diz, os possíveis atrasos na fase inicial, que se prendiam com a conexão ao dispositivo no início das sessões. Para além disto, ao longo das sessões eram realizadas explicações sobre cada exercício, o que poderia também envolver menos tempo para a realização dos exercícios em si. Sobre este assunto, aquilo que a literatura nos diz é que relativamente à duração semanal e tempo da sessão, Pereira (2009,2013) citado por Santos e Melo (2019) a frequência da ginástica laboral deve ser cinco vezes por semana com duração de quinze minutos. Já Figueiredo (2007) citado por Santos e Melo (2019) afirma que a ginástica laboral deve ser praticada todos os dias, com duração entre cinco a quinze minutos. Maciel, et al. (2005) salienta que a ginástica laboral deve ser realizada três vezes por semana ou diariamente, por períodos de oito a doze minutos. O mesmo

autor (2005) diz-nos que a ginástica ao longo da jornada de trabalho tem a duração de cinco a dez minutos e inclui exercícios de alongamento, flexibilidade, respiratórios e posturais. A sua principal finalidade consiste em compensar todo o tipo de tensão muscular adquirida pelo uso excessivo ou inadequado de estruturas musculares. Para além dos autores supramencionados Couto, et al. (2022) afirmam que a ginástica laboral durante a jornada de trabalho deve ter uma pausa de aproximadamente dez a quinze minutos por sessão, sendo que aí se realizam exercícios de alongamentos direcionados às áreas mais exercitadas durante o trabalho com o objetivo de atenuar e prevenir as doenças profissionais.

Posto isto, penso que os vinte minutos que foram aplicados em cada sessão foram suficientes, uma vez que foi possível a concretização de todos os exercícios propostos para cada sessão, bem como as explicações iniciais para cada um deles e, em todas as sessões foram disponibilizados cerca de três minutos para os profissionais se conectarem para a realização das sessões. No final de cada sessão foi também possível dar lugar a esclarecimento de dúvidas sobre algum exercício, pois foi proposto a cada profissional a realização dos exercícios sob a orientação do vídeo nos restantes dias da semana. Para além disto penso que os vinte minutos na jornada de trabalho não prejudicou as tarefas planeadas, nem influenciou de forma negativa o trabalho de cada profissional. Pondero que aumentar o tempo da sessão poderia condicionar a participação dos profissionais.

As sessões decorreram de 10 de janeiro a 14 de fevereiro de 2023, uma vez por semana, às terças feiras, num total de 6 semanas. No que se prende com a duração do programa de ginástica laboral recomendado, isto é, ao número de sessões de um programa, não foi encontrado na literatura alguma referência acerca do mesmo. Na literatura não existe consenso relativamente á durabilidade e número de sessões recomendadas. No entanto Payne (2003) afirma relativamente ao treino de relaxamento que apenas com uma prática regular e frequente é que poderão ocorrer mudanças comportamentais. A mesma autora aponta que é possível aprender a maior parte dos exercícios em cerca de seis sessões, desde que os exercícios sejam realizados periodicamente em casa.

De referir que posteriormente ás sessões, os profissionais tiveram acesso aos exercícios através de um vídeo, na qual constavam os exercícios realizados na sessão e uma frase motivacional. Desta forma os participantes poderiam realizar os exercícios nos restantes dias da semana, um maior número de vezes possível, de forma a ficarem mais comprometidos com essa atividade. Durante a sessão era reforçada a importância de manter o plano diariamente e em diversos momentos do dia.

De maneira a envolver o maior número de pessoas nas sessões, foram disponibilizados dois momentos: das 13h às 13h20 e das 13h30 às 13h50, à terça-feira. Este horário foi escolhido por ser aquele que abrange maior número de profissionais no serviço, uma vez que, é um período comum para vários profissionais: para uns é a interrupção para o almoço, para outros a hora de entrada no serviço e para outros a hora em que regressam de domicílios.

Como referido o programa foi aplicado em seis sessões. Relativamente à distribuição do programa pelas seis sessões, na primeira sessão, foi efetuada a primeira avaliação, tendo sido enviado o questionário de caracterização sociodemográfica a todos os participantes. Nesta sessão, os exercícios efetuados incidiram na região anatómica do pescoço e membros superiores. Na segunda sessão, os exercícios mantinham a sua incidência nos membros superiores. Na terceira sessão, para além de exercícios diversos na região dos membros superiores, também fizeram parte exercícios para a região do tronco. Na quarta sessão, os exercícios abordados tiveram como incidência os membros inferiores. Na quinta sessão, foi abordado novamente a região dos membros superiores e pescoço, mas com relevância às mãos. Da última sessão fizeram parte exercícios para todo o corpo.

Após a última sessão, foi enviado novamente aos participantes o questionário, via e-mail, sendo desta forma efetuado o segundo momento de avaliação. Após a receção dos questionários, procedeu-se ao tratamento de dados.

No que se refere ao tratamento de dados foram aplicadas medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e medidas de dispersão) e de estatística inferencial.

Dado que se pretende realizar um estudo quasi-experimental de abordagem quantitativa recorreu-se a análise estatística inferencial, com recurso ao programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), com um nível de significância de 5%. O nível de significância, de acordo com Fortin (1999) determina a probabilidade de o investigador rejeitar por erro a hipótese nula, tendo um nível fixado de 0.05.

2.8 Procedimentos Éticos

A realização de um estudo que envolva seres humanos implica, por parte do investigador o levantamento de questões morais e éticas (Fortin, 1999).

Todos as pessoas que realizam investigação estão sob a responsabilidade penal, civil e deontológica. Para além destas, o investigador tem também obrigações e

responsabilidades morais para com a sociedade, comunidade científica e para os participantes do estudo (Fortin, 1999). Aquando dos projetos de investigação, existe um conjunto de princípios ou direitos fundamentais que se espera que sejam respeitados pelo investigador. Fortin (1999) salienta os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos determinados pelos códigos de ética: “(...) o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.” (Fortin, 1999, p.116).

De acordo com o exposto, durante todo o percurso deste trabalho, foram respeitados todos os pressupostos inerentes a uma investigação e, para além dos referidos, saliento Vilelas (2020) e os princípios por ele elencados, o direito à autodeterminação, intimidade, ao anonimato e confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo. No sentido de respeitar todos estes direitos fundamentais, numa primeira fase procedeu-se ao pedido formal ao Conselho Clínico e de Saúde de um ACES da região Norte (Apêndice V), uma vez que este abrange a amostra populacional do estudo. Confirmado o parecer anteriormente mencionado foi realizado um pedido, por via eletrónica, de Consentimento Informado livre e esclarecido a todos os profissionais (Apêndice VII).

Um consentimento livre é aquele que é dado sem nenhuma ameaça, promessa ou pressão exercida, enquanto que um consentimento esclarecido é aquele em que a informação é transmitida dos elementos essenciais. A obtenção de um consentimento escrito, livre e esclarecido por parte das pessoas é essencial para uma conduta ética da investigação. Do consentimento informado fazia parte da explicação do estudo e o pedido para, de forma livre e voluntária, o envio do endereço eletrónico por parte de cada profissional, para receber semanalmente o endereço para assistir à sessão e/ou a gravação da sessão, de forma a tornar possível realizar os exercícios demonstrados, posteriormente. Aquando da realização do consentimento informado, tive presente que a informação dada fosse clara, precisa, simples e compreensível (Fortin, 1999). Após a obtenção do consentimento informado de todos os profissionais, foi enviado o endereço da sessão.

Neste projeto foi assegurado, aquando da aplicação do instrumento de avaliação, que não houvesse difusão ou acessos não autorizados, bem como os direitos dos participantes de serem informados sobre o estudo, objetivos, a possibilidade de desistir a qualquer momento sem qualquer tipo de represálias ou prejuízos, assim como a natureza do estudo e âmbito da sua participação. Após a conclusão do estudo é assegurada a destruição do material.

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Após o processamento dos dados torna-se importante apresentar os dados e interpretá-los à luz das questões de investigação ou das hipóteses formuladas (Fortin, 1999). “Quando o investigador apresenta os resultados do seu estudo, deve limitar-se estritamente a uma apresentação sob a forma narrativa dos resultados que ele reproduziu nos quadros e nas figuras.” (Fortin, 1999, p.330).

De seguida serão apresentados os resultados do estudo. Numa fase inicial é apresentada a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes e, posteriormente são apresentados resultados relacionados com a problemática e com as relações em estudo.

Gráfico 1- Distribuição da amostra segundo o género (n=18)

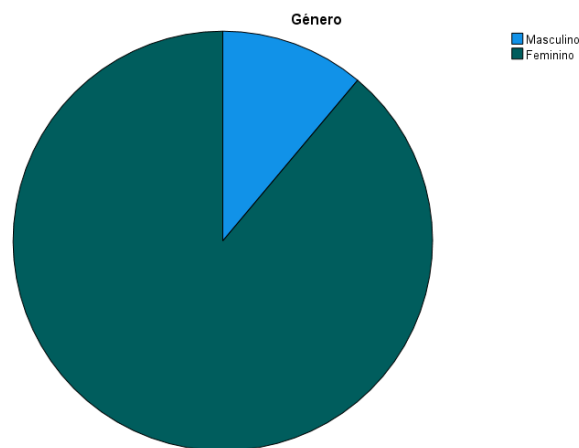
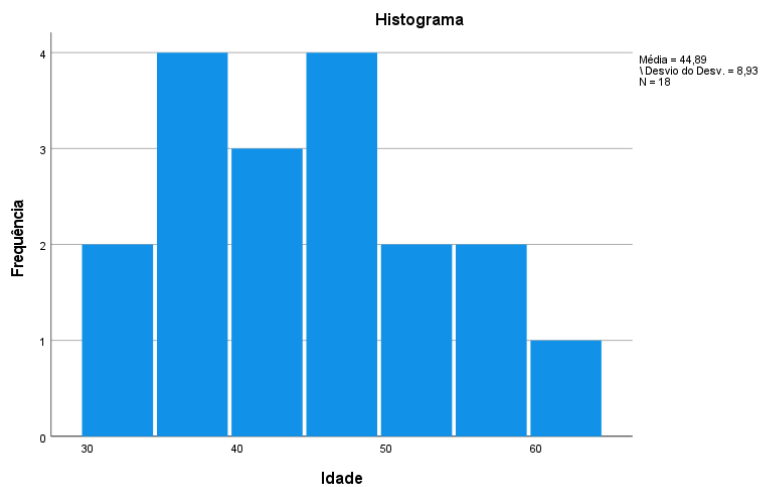
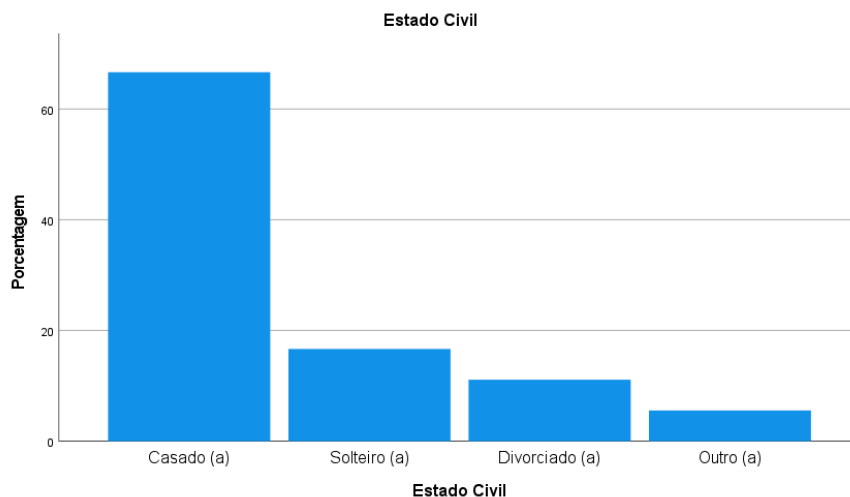


Gráfico 2- Distribuição da amostra segundo a idade (n=18)



A amostra deste estudo é composta por um total de dezoito pessoas. É constituída com predomínio de pessoas do sexo feminino (n=16), num total de 88,9%, relativamente ao sexo masculino (n=2) que corresponde a uma percentagem de 11,1%. No que concerne à idade, as idades da amostra variam entre 32 e 62anos, sendo a média de idades 44,89 ± 8,93.

Gráfico 3- Distribuição da amostra segundo o estado civil (n=18)



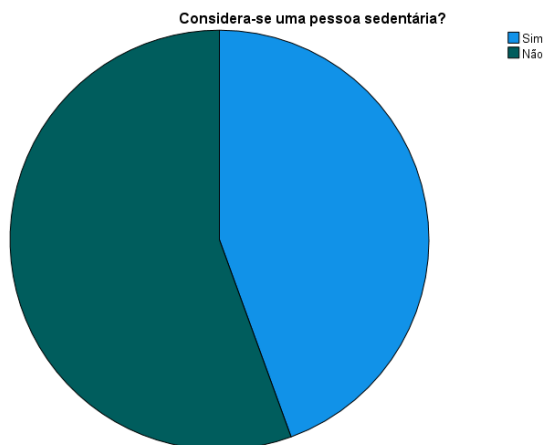
No que se refere ao estado civil dos participantes, predomina o estado de casado (a) (n=12) que corresponde a 66,7% da amostra, seguido do estado de solteiro(a) (n=3) que equivale a 16,7%, o estado de divorciado(a) (n=2) que equivale a 11,1% e, por último, o estado considerado como outro(a) (n=1) que corresponde a 5,6%.

Gráfico 4- Distribuição da amostra segundo como passa a maior parte do dia de trabalho (n=18)



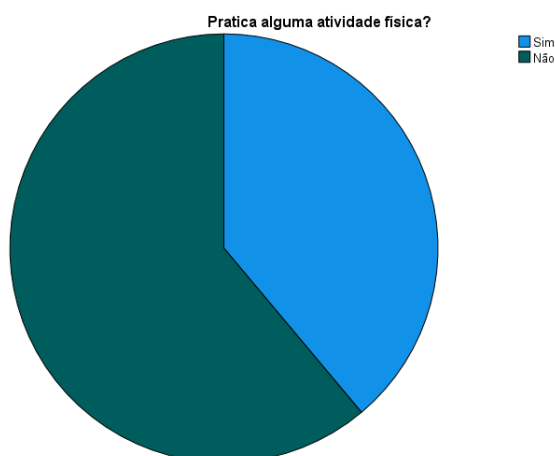
No que concerne à questão: “*Como passa a maior parte do tempo no seu dia de trabalho?*”, grande parte da amostra respondeu que passa o tempo sentado (n=15) que corresponde a 83,3%; (n=2) que corresponde a 11,1% responderam que passam a maior parte do seu dia de trabalho em pé; e (n=1) que equivale a 5,6% responderam que passam a maior parte do tempo no seu trabalho a caminhar.

Gráfico 5- Distribuição da amostra segundo a percepção de sedentarismo (n=18)



No que diz respeito ao sedentarismo, mais de metade da amostra não se considera uma pessoa sedentária (n= 10) que corresponde a 55,6%; enquanto que as restantes pessoas (n=8) consideram-se sedentárias, num total de 44,4%.

Gráfico 6- Distribuição da amostra segundo a prática de atividade física (n=18)



No que se refere à prática de alguma atividade física, a maior parte dos participantes da amostra respondeu que não pratica atividade física (n= 11) que corresponde a uma

percentagem de 61,1% e (n=7) responderam que sim, praticam atividade física, num total de 38,9%.

Gráfico 7- Distribuição da amostra segundo se praticou alguma atividade física (n=18)



Em relação à questão colocada: “*Já praticou alguma vez alguma atividade física?*” a maior parte da amostra respondeu que sim (n=16) que corresponde a uma percentagem de 88,9%. Por sua vez, (n=2) responderam que nunca praticaram, um total de 11,1% da amostra

Gráfico 8- Distribuição da amostra segundo número de vezes por semana que pratica atividade física (n=18)



Quanto ao número de vezes por semana que praticam alguma atividade física: (n=1) que corresponde a 5,6% responderam que praticam uma vez por semana; (n=1) que equivale

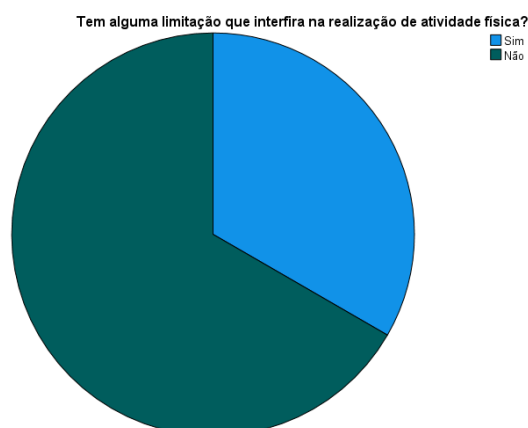
a 5,6% responderam que praticam duas vezes por semana; (n=2) que corresponde a 11,1% responderam que praticam três vezes por semana; (n=1) que equivale a 5,6% responderam que praticam quatro vezes por semana; e, (n=2) que corresponde a 11,1% responderam que praticam cinco vezes por semana. Por sua vez, (n=11) que equivale a 61,1% responderam que não praticam qualquer atividade física durante a semana.

Gráfico 9- Distribuição da amostra segundo a duração da atividade física (n=18)



Em relação à duração da atividade física por dia: (n=1) que corresponde a 5,6% dos inquiridos responderam que praticam menos de trinta minutos por dia; (n=4) que equivale a 22,2% responderam que praticam entre trinta a cinquenta e nove minutos por dia; (n=2) que corresponde a 11,1% responderam que praticam sessenta minutos por dia e, (n=11) que equivale a 61,1% responderam que não praticam.

Gráfico 10- Distribuição da amostra segundo limitações que interfiram na prática de atividade física (n=18)



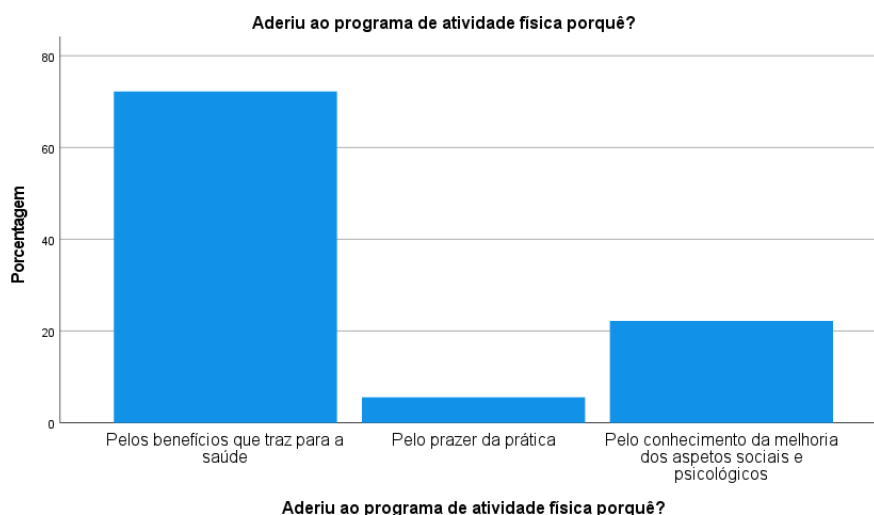
No que se prende com a existência de alguma limitação que interfira na realização, (n=12) que corresponde a 66,7% responderam que não têm nenhuma limitação enquanto que (n=6) que equivale a 33,3% responderam que possuem alguma limitação que interfere na realização de atividade física.

Gráfico 11- Distribuição da amostra segundo o motivo pela não prática de atividade física (n=18)



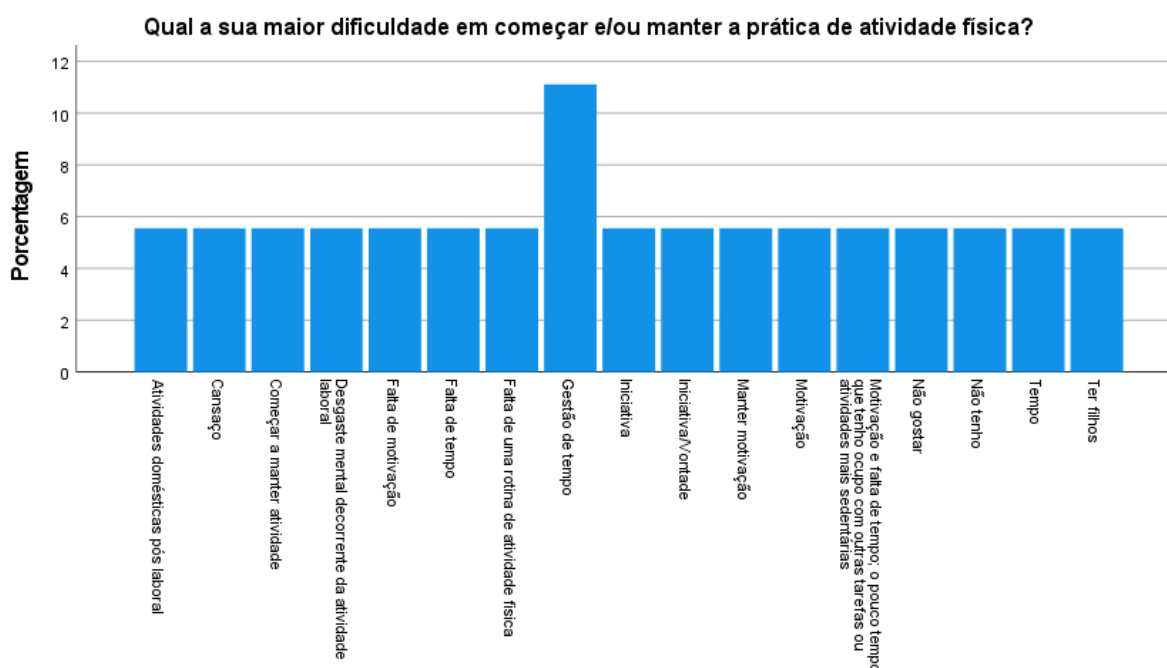
No que diz respeito ao principal motivo de não praticar atividade física, (n=2) que corresponde a 15,4% das pessoas responderam que o principal motivo é a falta de tempo; (n= 1) que corresponde a 7,7% responderam ser a falta de vontade o principal motivo; para (n= 5) que equivale a 38,5% o principal motivo é a falta de motivação; para (n=1) que corresponde a 7,7% são os problemas de saúde; para (n=2) que equivale a 15,4% o principal motivo é a falta de energia; (n=1) que corresponde a 7,7% responderam que o principal motivo é não gostar de praticar atividade física e, (n=1) que equivale a 7,7% responderam que o principal motivo é não ter companhia.

Gráfico 12- Distribuição da amostra segundo o motivo de adesão ao programa de atividade física (n=18)



No que concerne ao motivo de adesão ao programa de atividade física, (n= 13) que equivale a 72,2% dos inquiridos responderam que o motivo se prende com os benefícios que traz para a saúde; (n= 1) que corresponde 5,6% responderam que foi pelo prazer da prática e, (n= 4) que corresponde a 22,2% responderam que foi pelo conhecimento da melhoria dos aspetos sociais e psicológicos.

Gráfico 13- Distribuição da amostra segundo a maior dificuldade em começar e/ou manter a prática de atividade física (n=18)



Relativamente à opinião de cada um dos participantes acerca da maior dificuldade em começar e/ou manter a prática de atividade física, as respostas variaram de inquirido para inquirido. Sendo uma questão de resposta aberta, as respostas dadas: “atividades domésticas pós laboral”, “não gostar”, “cansaço”, “começar a manter a atividade”, “desgaste mental decorrente da atividade laboral”, “falta de motivação”, “falta de tempo”, “falta de uma rotina de atividade física”, “gestão de tempo”, “iniciativa”, “iniciativa/vontade”, “manter motivação”, “motivação”, “motivação e falta de tempo, o pouco tempo que tenho ocupo com outras tarefas ou atividades mais sedentárias”, “não tenho”, “tempo”, “ter filhos”.

Gráfico 14- Distribuição da amostra segundo a importância que cada profissional atribui à prática de exercício em contexto laboral antes da implementação das sessões de exercício (n=18)

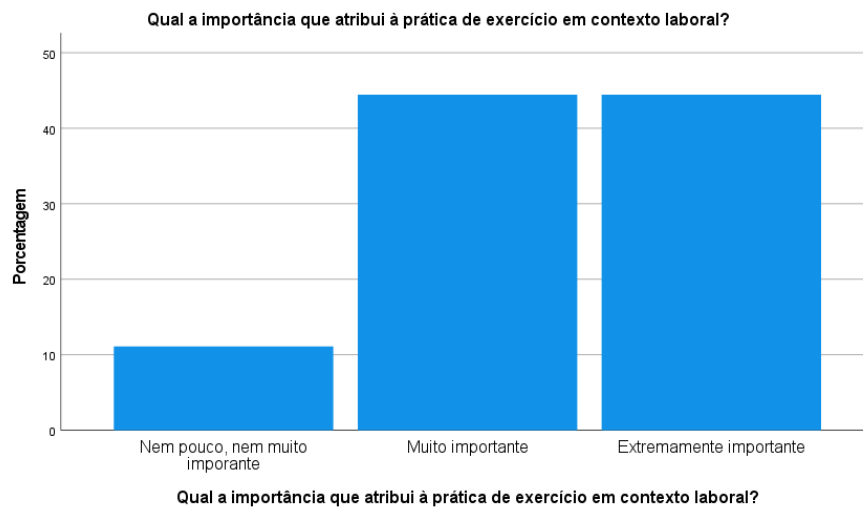
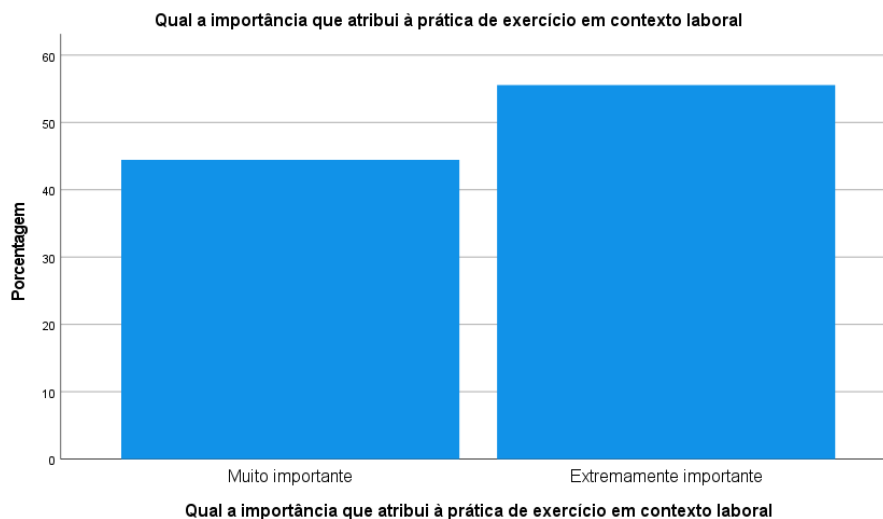


Gráfico 15- Distribuição da amostra segundo a importância que cada profissional atribui à prática de exercício em contexto laboral após a implementação das sessões de exercício (n=18)



No que se refere à importância que cada profissional atribui à prática de exercício em contexto laboral, antes do projeto implementado (gráfico 14) (n=2) que corresponde a 11,1% responderam que atribuem nem pouco, nem muito importante; (n=8) que equivale a 44,4% pensam ser muito importante e, (n=8) que corresponde a uma percentagem de 44,4% consideram extremamente importante. Quando questionados após a realização das sessões de exercício (gráfico 15), (n=8) que corresponde a 44,4% responderam muito importante e (=10) que equivale a 55,6% responderam considerar extremamente importante.

Gráfico 16- Distribuição da amostra segundo o estado (STAI Forma Y-1) de ansiedade antes da implementação das sessões (n=18)

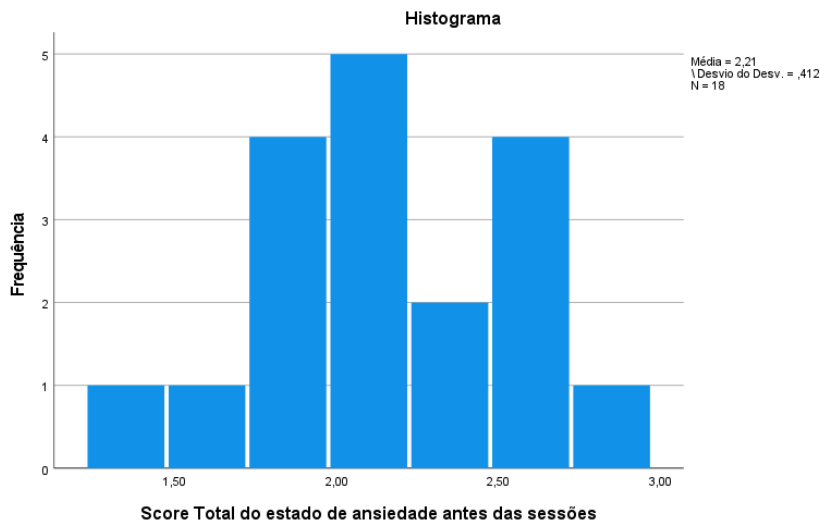
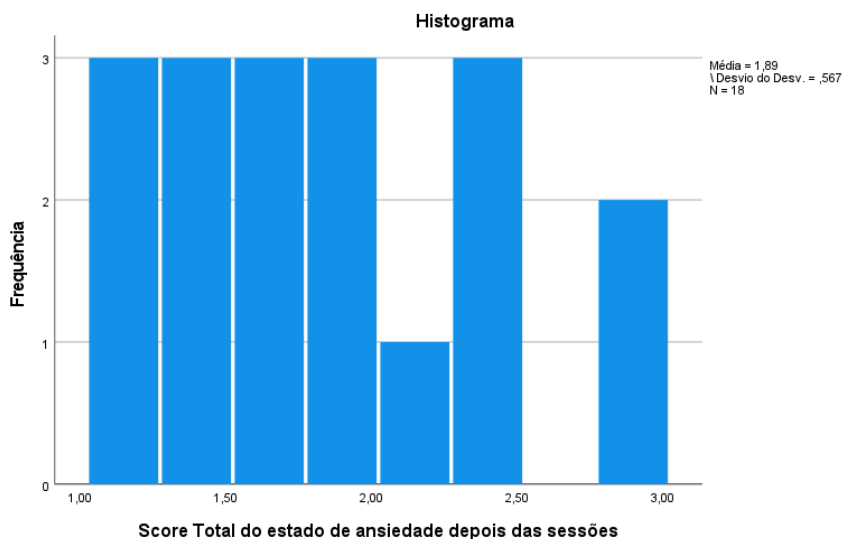


Gráfico 17- Distribuição da amostra segundo o estado (STAI Forma Y-1) de ansiedade depois da implementação das sessões (n=18)



No que diz respeito ao estado de ansiedade antes e após a realização do programa de exercício, após a análise de cada resposta dada pelos profissionais foi possível verificar diferenças entre os dois momentos nas respostas dadas. Por exemplo, relativamente à afirmação “Sinto-me calmo” alguns profissionais responderam no primeiro momento “um pouco” e, após a concretização do projeto, a resposta alterou “muito”. Outro exemplo que saliento diz respeito à alínea do questionário STAI Forma Y-1 “Sinto-me nervoso”. No primeiro momento alguns profissionais responderam “moderadamente” e, no segundo momento responderam “nada”. Estas respostas são exemplos que reforçam a alteração do estado de ansiedade. Antes da realização do programa de exercício apresentavam

2,21 ± 0,412 de estado de ansiedade e, após a realização do programa de exercício, os profissionais apresentavam 1,89 ± 0,567.

Gráfico 18- Distribuição da amostra segundo o STAI Forma Y-1 antes da implementação das sessões (n=18)

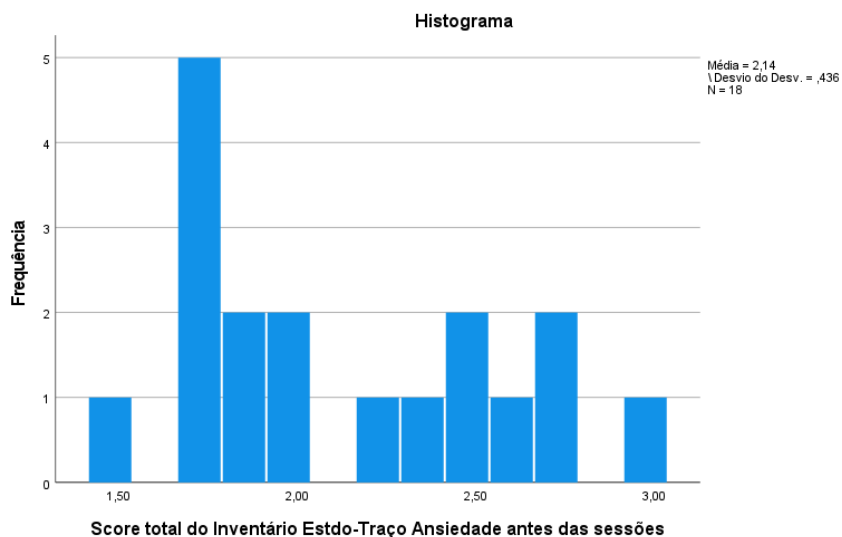
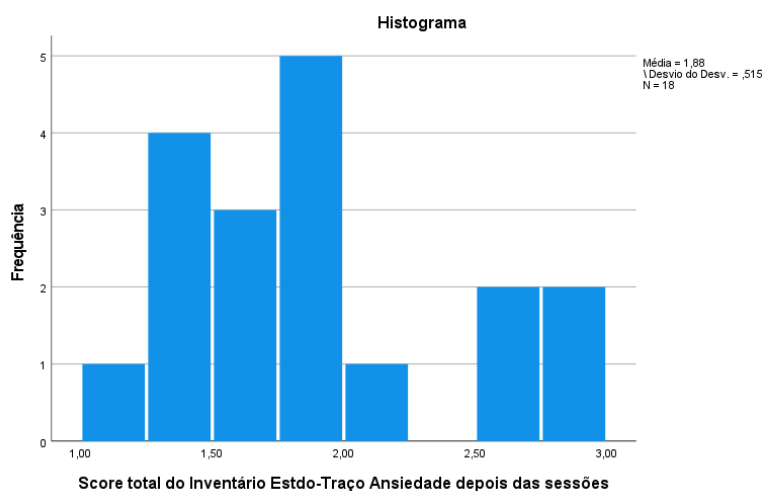


Gráfico 19- Distribuição da amostra segundo o STAI Forma Y-1 depois da implementação das sessões (n=18)



Quanto à relação entre a realização de um programa de exercício e a ansiedade nos profissionais, antes da realização das sessões de exercício (gráfico 18) os profissionais apresentavam 2,14 ± 0,436 de ansiedade de acordo com o STAI Forma Y-1 e, após a realização das sessões de exercício (gráfico 19) apresentavam 1,88 ± 0,515.

Importa ainda referir que existem diferenças médias, entre as respostas do estado de ansiedade e traço de ansiedade. A título de exemplo destaco a afirmação “Sinto-me

seguro”. A esta afirmação, a mesma pessoa respondeu diferente em cada momento. Por exemplo, na escala estado, na primeira avaliação a resposta foi “moderadamente” e, na segunda foi “muito”. Na escala traço, à mesma afirmação a resposta no primeiro momento foi “um pouco” e, no segundo momento de avaliação a resposta foi “moderadamente”.

Relativamente à Hipótese de Investigação definida para o estudo: *Espera-se que a realização de um programa de exercício interfira nos níveis de ansiedade nos profissionais*, para testar utilizamos o teste T para amostra emparelhadas, cujo resultado se encontra na tabela seguinte.

Quadro 1- Resultados do teste T para amostras emparelhadas relativamente à diferença nos valores da ansiedade antes e após as sessões de ginástica laboral

Ansiedade	Média final de ansiedade obtida no STAI Forma Y-1	Teste T	P
Antes das sessões de ginástica laboral	83,6	1,87	0,04
Depois das sessões de ginástica laboral	75,2		

Como é possível verificar no Quadro 1 existem diferenças entre os dois momentos, ao nível da ansiedade, antes das sessões de ginástica laboral, apresentavam um valor médio de 83,6 e, após a realização das sessões de ginástica laboral apresentavam um valor médio de 75,6. Ao aplicarmos o teste estatístico verificamos que esta diferença é estatisticamente significativa, com um $p = 0,04$, o que nos leva a aceitar a hipótese e a concluir que a prática de ginástica laboral interfere nos níveis de ansiedade nos profissionais, mais precisamente, que contribui para reduzir o nível de ansiedade.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase do trabalho de investigação torna-se fundamental a análise e discussão dos resultados pois, só assim se torna possível o confronto entre os resultados encontrados e a literatura existente sobre a temática em estudo.

Na concretização deste projeto, um dos objetivos específicos proposto foi o de avaliar o estado de ansiedade dos profissionais antes (gráfico 16) (página 52) e após a realização do programa de exercício (gráfico 17) (página 52). Este objetivo foi cumprido. Os profissionais antes da realização do programa de exercício apresentavam $2,21 \pm 0,412$ e após a realização do programa de exercício, os profissionais apresentavam $1,89 \pm 0,567$. Apesar da pouca notoriedade nos valores obtidos, houve uma diminuição nos valores médios do estado de ansiedade dos profissionais inquiridos, o que leva a concluir que parece existir relação entre as sessões de ginástica laboral implementadas e a diminuição do estado de ansiedade dos profissionais.

Quanto à relação entre a realização de um programa de exercício e a ansiedade nos profissionais, este objetivo foi igualmente cumprido pois antes da realização das sessões de exercício (gráfico 18) (página 53) os profissionais apresentavam $2,14 \pm 0,436$ de média de ansiedade de acordo com o STAI Forma Y-1 e, após a realização das sessões de exercício (gráfico 19) (página 53) apresentavam $1,88 \pm 0,515$. O que significa que houve diminuição em termos médios no score de ansiedade. O valor final do STAI Forma Y-1 antes das sessões variava entre 57 e 114. O valor final do STAI Forma Y-1 depois do programa implementado variava entre 48 e 113. Quer isto dizer que houve diminuição, em termos médios, no score de ansiedade com a implementação do projeto. Desta forma parece existir uma relação entre a realização do programa de ginástica laboral e a ansiedade nos profissionais.

Acrescento que a questão relacionada com a importância que cada profissional atribui à prática de exercício em contexto laboral, também demonstrou relevância, pois após a apresentação dos resultados do projeto (gráficos 14 e 15) (página 51) foi possível verificar que após a implementação do projeto ocorreu uma alteração na noção de importância da prática de exercício em contexto laboral. Antes do projeto concretizado 11,1% responderam que atribuem nem pouco, nem muito importante; 44,4% muito importante e, 44,4% extremamente importante. Quando questionados após a realização das sessões de ginástica laboral, 44,4% responderam muito importante e 55,6% responderam considerar extremamente importante. Esta alteração na resposta poderá estar relacionada com o desconhecimento da temática em causa. A prática de ginástica laboral em Portugal, ainda é uma realidade pouco conhecida e ainda pouco

implementada nas empresas, podendo o seu desconhecimento levar a duvidar dos seus benefícios. A implementação deste projeto poderá ter levado os profissionais a refletir acerca dos reais benefícios da atividade física e desta forma ter contribuído para a mudança de noção de importância. Para além dos conhecimentos teóricos acerca do tema, o facto de experienciar torna-se possível verificar os benefícios que o projeto possa trazer e alterar a percepção da importância da sua implementação numa empresa.

Outra questão que importa referir está relacionada com os gráficos 12 (página 49) e 14 (página 51). O gráfico 12, diz-nos que 72,2% dos inquiridos reconhecem que a prática de exercício traz benefícios para a saúde. Já no gráfico 14 está relatado que 88,8% dos inquiridos afirmaram que a prática de exercício físico em contexto laboral era “muito importante” ou “extremamente importante”. Dado que a literatura refere que a prática de exercício físico acarreta inúmeros benefícios para a saúde física e psicológica da pessoa, as pessoas reconhecem esses benefícios na prática e só não o fazem por falta de tempo, será que existe algum papel que o contexto laboral poderá ter? O contexto laboral tem um papel fundamental nesta problemática, dado que, através da implementação de programas de ginástica laboral, iria incitar a prática de atividade física e iria contribuir para que as pessoas não tivessem a resposta “Falta de tempo” como um dos motivos que impedissem a prática regular de atividade física. Aliado a isto, é fundamental que o contexto laboral garanta uma cultura organizacional com medidas preventivas de fatores de risco psicossociais, tais como o incentivado à movimentação corporal. Neste sentido, o contexto laboral deve ser um elemento potenciador da prática de exercício pelo que deveria oferecer tempo ao longo da jornada de trabalho e implementar projetos nesta área.

Uma das questões orientadoras para o projeto relacionava-se com a questão de o género influenciar a ansiedade. A estatística não foi conclusiva relativamente a esta questão o que pode ser explicado pelo reduzido número de pessoas do sexo masculino da amostra. Kinrys e Wygant (2005) no seu artigo referem que as mulheres apresentam um risco maior de desenvolvimento de transtornos de ansiedade ao longo da vida comparativamente com os homens e ainda os mesmos autores referem que a literatura aponta para que as mulheres apresentem um aumento da gravidade dos sintomas, curso crónico da doença e comprometimento funcional comparativamente com os homens.

No que concerne com as variáveis idade e a ansiedade, outra das questões orientadoras seria se a idade teria influência na ansiedade. Para tentar dar resposta a esta questão, foram agrupados os profissionais em faixas etárias e após a aplicação dos testes os resultados obtidos parecem indicar que não há evidência estatística suficiente para determinar que a idade tem influência na ansiedade. Isto poderá indicar que os

profissionais sentem a mesma ansiedade independentemente da idade. Na literatura não foi encontrado suporte que afirme que com o avançar da idade aumenta a ansiedade ou que determinada faixa etária tem maior nível de ansiedade em relação a outra.

Relativamente à questão se o estado civil tem influência na ansiedade, após a aplicação dos testes e de acordo com os resultados não há evidência estatística suficiente para determinar que o estado civil influencia a ansiedade.

Importa ainda mencionar um aspeto interessante. Após a apresentação dos resultados foi possível verificar que, apesar da maioria das pessoas passar a maior parte do dia sentada (gráfico 4) (página 45), e não praticar atividade física (gráfico 6) (página 46), não se considera sedentária (gráfico 5) (página 46). Isto leva-nos a refletir acerca das diretrizes emanadas pela OMS de que toda a atividade física conta. A OMS refere que a atividade física pode ser realizada como parte das tarefas diárias, domésticas, do trabalho, do lazer e do transporte. Desta forma a maioria das pessoas pode considerar-se uma pessoa ativa, pela vida atarefada, pelo trabalho e pelas tarefas domésticas que desempenha, mesmo não praticando atividade física.

Outro ponto a referir nesta análise e discussão de dados está relacionada com o facto de existirem pessoas a afirmar que não praticam atividade física por falta de tempo. Isto leva a refletir que poderia ser pertinente a entidade patronal disponibilizasse esse tempo de prática de exercício como um investimento na saúde dos profissionais, diminuindo a ansiedade, promovendo a sua qualidade de vida, podendo reduzir o absentismo. Isto vai de encontro com a literatura, quando nos diz que a prática de ginástica laboral constitui uma ferramenta importante nas empresas e tem um impacto positivo na vida da pessoa.

Para finalizar importa ressaltar que a prática de ginástica laboral interfere nos níveis de ansiedade nos profissionais, isto porque existem diferenças entre os dois momentos de avaliação. Antes das sessões de ginástica laboral 83,6 e, após a realização das sessões de ginástica laboral 75,6, com uma diferença estatisticamente significativa.

5. CONCLUSÕES DO ESTUDO

A ansiedade constitui um problema atual e cada vez mais relatado pelos trabalhadores face à pressão para responder às exigências do ambiente laboral.

O EEER constitui um profissional com um papel preponderante no alívio desta problemática por meio da implementação de programas de atividade física. Aquele profissional, pelas competências que detém torna-o perito para elaborar programas na área de ginástica laboral. Esta constitui uma solução possível das empresas na promoção da saúde dos seus trabalhadores.

Neste projeto o objetivo geral centrava-se em avaliar o contributo de um programa de exercício realizado pelo EEER na diminuição da ansiedade nos profissionais. Após a implementação do projeto foi possível apresentar alteração nos valores finais obtidos no STAI Forma Y-1, uma vez que antes da implementação do programa os profissionais apresentavam valores médios de ansiedade de $2,14 \pm 0,436$ de acordo com o STAI Forma Y-1 e, após a realização das sessões de exercício apresentavam $1,88 \pm 0,515$. O valor final do STAI Forma Y-1 antes das sessões variava entre 57 e 114. O valor final do STAI Forma Y-1 depois do programa implementado variava entre 48 e 113. Com os valores apresentados é possível concluir que houve diminuição, em termos médios, nos valores de ansiedade com a implementação do projeto, levando-nos a afirmar que intervenção do EEER tem contributo na diminuição da ansiedade nos profissionais.

Em relação aos objetivos específicos para o presente projeto estavam traçados os seguintes: avaliar o estado de ansiedade dos profissionais antes e após a realização do programa de exercício, identificar a importância atribuída pelos profissionais à prática de exercício em contexto laboral e avaliar a relação entre a realização de um programa de exercício e a ansiedade nos profissionais. Relativamente ao primeiro objetivo, este foi atingido, pois pelos resultados obtidos verificou-se uma diminuição, em termos médios, do estado de ansiedade dos profissionais.

No que se relaciona com a importância atribuída pelos profissionais à prática de exercício físico em contexto laboral houve uma alteração, dado que, antes da implementação do projeto havia profissionais que consideravam “nem pouco, nem muito importante” e após a realização das sessões de ginástica laboral esta opção não foi considerada. Após a realização das sessões de exercício, os profissionais apenas responderam muito importante e extremamente importante.

No que toca com o terceiro objetivo específico traçado: avaliar a relação entre a realização de um programa de exercício e a ansiedade nos profissionais, após a implementação do projeto foi possível verificar diminuição nos valores finais obtidos no

STAI Forma Y-1, pelo que o objetivo também foi atingido, considerando que o valor total do STAI Forma Y-1 antes das sessões variava entre 57 e 114. O valor total do STAI Forma Y-1 depois do programa implementado variava entre 48 e 113. Assim, os valores apresentados levam-nos a concluir que parece existir influência do programa implementado na ansiedade dos profissionais, pois verificou-se uma diminuição nos valores médios de ansiedade antes e após a implementação do programa de exercício.

Concluo que a realização do presente projeto possibilitou reforçar a ideia de que a ginástica laboral constitui uma ferramenta importante nas empresas e que tem influência num dos problemas de saúde atuais, a ansiedade.

6. CONTRIBUTOS, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Nesta fase do projeto importa abordar os contributos, limitações e sugestões para trabalhos futuros.

Para iniciar esta reflexão importa fazer alusão aos constrangimentos que ocorreram ao longo do projeto implementado. Um dos constrangimentos foi a existência de pessoas com dois cartões no mesmo telemóvel. Aquando do preenchimento do segundo questionário, não se recordavam qual o contacto que tinham colocado no primeiro. Neste sentido, existiram profissionais que não foram incluídos na amostra pois as identificações não correspondiam. Uma sugestão que deixamos é o anonimato ser mantido através dos últimos dígitos do cartão de cidadão. Outro constrangimento neste projeto foi a repetição de respostas pela mesma pessoa. No preenchimento do último questionário houve pessoas a responder mais do que uma vez, não sendo contabilizadas todas as vezes, apenas uma. Esta situação ocorreu, pois, as pessoas, provavelmente, não se recordaram que já tinham preenchido o questionário.

Uma limitação neste projeto poderá estar relacionada com o número de sessões. As seis sessões permitiram desenvolver exercícios para todos os segmentos corporais mas, quem sabe se um aumento do número de sessões não teria um maior impacto nos resultados. Consideramos que um grande número de sessões seria repetitivo e os participantes poderiam perder a motivação em assistir às sessões e, posteriormente em realizar os exercícios nos restantes dias da semana. Para além disso, tivemos que ter em atenção o tempo que nos restava para o final do ENP. Isto porque, no início do ENP era outro projeto que iria ser desenvolvido, mas, por motivos externos, houve um entrave e acabou por esse projeto ser abandonado. Desde a delimitação à concretização do novo projeto são necessárias várias etapas e, quando ocorreu a aprovação pelo Conselho Clínico e de Saúde do ACES foi apenas no início do mês janeiro. Neste sentido foram apenas delineadas as seis sessões de exercício, num total de seis semanas.

Para além da limitação anteriormente abordada, refletimos numa outra, a baixa adesão por parte dos profissionais ao projeto. A amostra do projeto era composta por dezoito profissionais. Um dos motivos que poderia ter condicionado a amostra foi o pouco tempo para a divulgação do projeto. O projeto foi apenas uma vez divulgado, uma semana antes do início das sessões. Além do mais, existe a possibilidade de os profissionais não terem aderido por falta de tempo na sua jornada de trabalho, esta afirmação esteve presente nas respostas ao questionário.

A amostra deste projeto é pequena e pode ter influência nas conclusões que foram retiradas. Mas também não sabemos se a amostra fosse maior se os resultados seriam

diferentes. Fica como sugestão, para investigação futura, um projeto com uma amostra maior e com diferente número de sessões.

Uma solução poderia ser o aumento do número de sessões, com exercícios diferentes em todas elas ou então ter outra sessão na mesma semana, com os mesmos exercícios.

Outra limitação neste projeto foi a pouca adesão por parte de profissionais do sexo masculino, impossibilitando tirar conclusões acerca da influência do género na ansiedade.

Um possível constrangimento está relacionado com o local das sessões. As sessões decorreram online, para ser possível contemplar todos os profissionais do ACES. Por esta via, não existe contacto direto com as pessoas e este pode constituir um entrave, conduzindo a que não aderissem ao projeto. Uma situação que refletimos está relacionada com a possibilidade das sessões de forma presencial. Consideramos que, para muitas pessoas poderia ter sido mais motivador, condicionando um aumento do número de participantes. Como o projeto estava planeado para ser durante a jornada de trabalho, no caso de sessões de forma presencial, não seria possível a participação de todos os profissionais do ACES. Isto porque, o ACES tem várias unidades funcionais dispersas e os profissionais teriam de se deslocar. Pensamos que a deslocação também poderia constituir um constrangimento. Mas, deixamos a sugestão para, em projetos futuros, as sessões serem realizadas de forma presencial. Apesar do formato das sessões implementadas, ao longo delas foi referido pelo investigador, expressões motivadoras para que não ocorressem desistências ao longo da sessão.

Outra limitação neste projeto está relacionada com o questionário enviado no primeiro momento. Nele, não está contemplada a questão acerca da atividade laboral que o profissional desempenha no ACES. Consideramos que seria vantajoso compreender a profissão e relacioná-la com o nível de ansiedade e atividade física. A sugestão que deixamos para trabalhos futuros é a inclusão desta questão no questionário.

Para além da sugestão anteriormente dada, deixamos a sugestão de, nos próximos projetos relacionados com esta área, ser estudada a relação entre o estado civil, idade e atividade profissional com o nível de ansiedade. Pondero que seria interessante trabalhos a avaliar se existe influência ou não.

Um contributo do presente projeto está relacionado com o ensino aos profissionais de exercícios para serem praticados ao longo da jornada de trabalho, como forma de prevenção de distúrbios físicos e emocionais. No final da realização do projeto, vários foram os profissionais que vieram pessoalmente congratular pela iniciativa e afirmar que ela teve um impacto positivo na sua vida pessoal e jornada de trabalho. Para além disso,

importa salientar que através deste projeto foi dado a conhecer aos profissionais uma solução de promoção de saúde no local de trabalho.

Como sabemos, empresa deve garantir uma cultura organizacional com medidas preventivas de fatores de risco psicossociais, tais como o incentivado à movimentação corporal. Neste sentido, outro contributo que destaco foi a direção da medicina do trabalho ter dado valor a este projeto, tendo sido demonstrado com a sua participação nas sessões de ginástica laboral e, no final do projeto ter congratulado pela iniciativa e ter verbalizado que, face os benefícios demonstrados, iriam dar continuidade através da implementação de projetos relacionados com a ginástica laboral.

Para finalizar esta reflexão importa frisar que a elaboração deste projeto teve como objetivo central constituir um alerta e chamada de atenção para as empresas, pela necessidade de desenvolver programas de promoção da saúde dos trabalhadores.

PARTE III- O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS

O cuidar em Enfermagem envolve conhecimento científico, observação das necessidades atuais e potenciais da pessoa, conhecimento quanto aos seus limites, capacidades e motivações e respeito pelas questões éticas.

O enfermeiro distingue-se pela sua formação e experiência o que lhe permite compreender e respeitar o outro numa perspetiva multicultural e sem juízos de valor. O enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que lhe permitem refletir acerca das necessidades de saúde e atuar nos diversos contextos de vida das pessoas. No seu exercício profissional, o enfermeiro centra-se na relação que estabelece com a pessoa ou grupo de pessoas e esta relação caracteriza-se pelo respeito das capacidades e na valorização do outro.

Assim o enfermeiro através da sua intervenção procura:

“(...) prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.11).

Este profissional tem um papel importante junto da pessoa, família e comunidade. Ele cuida da pessoa ao longo do ciclo vital. Através da sua intervenção, ele procura a satisfação da pessoa, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e a readaptação aos problemas de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Acrescidos a estes enunciados de cuidados gerais, o EEER procura a reeducação funcional e a promoção da inclusão social (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014).

O enfermeiro no seu exercício seguro, responsável e profissional detém as competências de desenvolver uma prática profissional com responsabilidade e de exercer a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Para além do supramencionado, o enfermeiro especialista e o EEER atuam de forma fundamentada, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas assentes em investigação e outras evidências.

Para além das competências de cuidados gerais, o EEER detém competências específicas inerentes à profissão. As competências específicas do EEER (Regulamento 392/2019) são: cuidar da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital e em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da

cidadania; e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A minha reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns para o Enfermeiro Especialista e específicas para o EEER tem como foco a comunidade. A enfermagem na comunidade tem como pressupostos a promoção de estilos de vida saudáveis, contribuindo para a prevenção da doença e suas incapacidades, tendo presente a informação acerca da saúde, do contexto social, económico e político da pessoa (Correia, et al., 2001).

Neste estágio procurei uma atitude de procura contínua de conhecimentos de forma a assentar a minha prática na mais recente e melhor evidência científica. Para tal, foi fundamental uma procura contínua de atualização dos conhecimentos, pois para um cuidado mais especializado, essa busca torna-se um aspeto fundamental.

O EEER utiliza modelos teóricos para apoiar a prática clínica e para conceber planos de cuidados individualizados. Um dos modelos teóricos que saliento nesta reflexão é o Callista Roy. De acordo com Callista Roy, o homem é um ser biopsicossocial em constante interação com as mudanças ambientais (Vall, et al., 2005). Isto é, a pessoa é tida como um sistema holístico e adaptável (Medeiros, et al., 2015). Isto leva-nos a compreender que, à luz desta teoria, a pessoa é capaz de se adaptar. Esta adaptação é um dos focos de atuação do EEER. O EEER atua em todos os contextos de vida da pessoa, nomeadamente em situações de impossibilidade de execução das atividades básicas de forma independente. Nestas situações as pessoas necessitam de se adaptar e, é aqui que o papel do EEER se torna fulcral, que através do corpo de conhecimentos que detém, apoia as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas no sentido de maximizar o seu potencial. Neste modelo a meta da enfermagem é a promoção de respostas adaptativas em relação aos quatro modos adaptativos (fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência). Também o EEER na sua atuação, tem como objetivo promover a adaptação da pessoa em situações de saúde e doença, promovendo a saúde da pessoa oportunizando as respostas adaptativas.

O enfermeiro especialista e o EEER atuam na promoção da saúde através da educação para a saúde, dotando as pessoas de conhecimentos e capacidades que os ajudem a tomar decisões adequadas. A educação para a saúde das pessoas e pessoas significativas ocorre em todas as fases do ciclo vital e em todos os contextos de vida. Por assumir essa importância, esta competência esteve presente ao longo de todo o estágio desenvolvido. Em todos os momentos de contacto com a pessoa e família, o EEER realiza educação para a saúde. Fazendo referência às vivências e aprendizagens neste

ENP e a título de exemplo, quando ia realizar um treino de equilíbrio ou marcha, não focava apenas no treino em si, mas também incidia a minha atuação em instruir a pessoa e pessoa significativa da prevenção da queda, quais os fatores de risco que poderiam potenciar a ocorrência e na promoção do ambiente seguro através da deteção de barreiras arquitetónicas. A título de exemplo destaco uma utente que, antes de iniciar o treino de marcha foi necessário instruir para a remoção de tapetes e objetos que poderiam potenciar uma situação de queda. Um outro exemplo nesta temática foram as sessões de reabilitação respiratória. Quando as realizamos, não nos focamos apenas em executar os exercícios respiratórios mas também no ensino sobre as técnicas de conservação de energia, ensino sobre os exercícios, ensino sobre sinais/sintomas de agravamento da doença, entre outros. Um exemplo destaco um utente que foi encaminhado para a equipa para reabilitação respiratória e, durante as sessões foi instruído das técnicas de conservação de energia e dos sinais/sintomas de agravamento. Este utente teve episódio de agudização da doença e, foi detetado numa fase inicial pois estava com conhecimento dos sinais de agravamento.

Durante o ENP desenvolvi igualmente sessões de educação para saúde para pessoas com doença respiratória, nomeadamente com DPOC. Estas consultas eram realizadas semanalmente, e eram abordados temas como: terapêutica inalatória, exercícios respiratórios, técnicas de conservação de energia e sinais/sintomas de alerta de agudização. Estes assuntos enquadraram-se na temática de formação, através de ensinamentos realizados na consulta sobre aspetos cruciais na vida da pessoa com DPOC e através do documento entregue com os passos da técnica inalatória a cada pessoa. De forma a permitir a consolidação dos conhecimentos e capacidades desenvolvi um documento com os passos da técnica inalatória consoante o inalador de cada pessoa. Assim estabeleci um plano de cuidados com o utente, na primeira consulta realizei ensinamentos sobre a técnica inalatória e depois instruí-o para que ao utilizar o inalador no domicílio assinalasse no documento os passos que realizou corretamente e os que não realizou corretamente. Foi solicitado ao utente para que na consulta seguinte trouxesse o documento preenchido. Assim, na consulta seguinte, cerca de duas semanas após os utentes trouxeram o documento preenchido. Posteriormente, ao analisar o documento e já anteriormente nas consultas, deparei-me com uma realidade a qual não estava desperta, na qual muitas pessoas que utilizam os inaladores, de forma crónica e por um longo período de tempo, não o fazem de forma correta. É sabido que a monitorização e o ensino da técnica inalatória constituem um fator chave nas pessoas com patologia respiratória, pois tem impacto na distribuição do fármaco e na sua eficácia. Posto isto,

estas consultas constituíram uma mais valia, dado que foram momentos de educação para mudanças na vida das pessoas.

Estas consultas tiveram como ponto de partida o diagnóstico de necessidades realizado no início do estágio, em conjunto com a enfermeira coordenadora, orientadora e tutora. A identificação de uma necessidade de cuidados constituía num objetivo a desenvolver com o ENP. Este, tem como base os desafios identificados no contexto e que vão de encontro ao desenvolvimento e aquisição de competências comuns estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros para os Enfermeiros Especialistas e das específicas para os EEER.

Para além do supramencionado, as consultas para pessoas com DPOC constituíram um momento de desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua, isto porque participei no projeto desde o seu início, na reformulação da consulta. De forma a dar resposta a este desafio procedi à revisão da literatura sobre a temática, contribuindo assim para o desenvolvimento do procedimento de consulta e colaborei na realização do questionário de avaliação inicial para estes utentes. Para além disso, desenvolvi o documento com a grelha dos passos da técnica inalatória.

Atualmente existe um aumento da esperança de vida e, isto acarreta a que a população esteja cada vez mais envelhecida, acabando por traduzir num aumento no número de pessoas com problemas de saúde e dependências. O índice de dependência de idosos aumentou e estudos preveem um aumento das necessidades de cuidados à pessoa idosa e mesmo de doenças de evolução prolongada com graus de dependência elevados. Paralelo a esta realidade, face ao avanço tecnológico e do conhecimento na área da saúde, cada vez mais pessoas sobrevivem a lesões potencialmente fatais e pessoas com doença crónica vivem cada vez mais anos (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014). Posto isto, os cuidados prestados pelo EEER tornam-se fulcrais na medida em que, através das suas intervenções e na procura da excelência nos cuidados, o EEER "(...) previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico (...)" (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014, p.16656) na procura de ganhos em saúde, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, contribuindo desta forma para uma maior autonomia da pessoa. Isto é visível quando, por exemplo, através de um programa de reabilitação uma pessoa que estaria confinada à cama/cadeirão, passa a andar. Esta situação foi vivenciada no meu estágio, que apresento, como exemplo uma utente que, por miopia de desuso, quando iniciamos o programa, ela passava a maior parte do dia entre cama e cadeirão, necessitando de muita ajuda nas transferências. Após a intervenção da equipa,

a utente andava com apoio de um dispositivo auxiliar de marcha e necessitava apenas de supervisão nas transferências.

As alterações na sociedade e a melhoria das condições de vida da população levaram a impactos positivos na vida da pessoa, como o caso de uma maior longevidade e, por conseguinte, um progressivo envelhecimento da população. Decorrente desta realidade, a preocupação assenta cada vez mais numa maior independência e qualidade de vida. Neste sentido, o EEER na comunidade tem um papel primordial por meio da sua intervenção na literacia em saúde e na capacitação das pessoas idosas para adotarem estilos de vida e comportamentos saudáveis. Destes, faz parte a prática de exercício físico. Este constitui uma estratégia não farmacológica, que previne o risco de queda, melhora a função cognitiva e eleva os níveis funcionais (Ribeiro, et al., 2021). O EEER, através das competências que detém, concebe e implementa planos e programas de envelhecimento ativo que maximizam a capacidade funcional e a qualidade de vida da pessoa idosa (Ribeiro, et al., 2021). Por conseguinte, ao longo do ENP, para além do incentivo às pessoas para realizarem alguns exercícios ao longo do seu dia, importa abordar uma experiência relacionada com a participação no projeto: “A conversar é que a gente se entende: Prevenção de Quedas na Comunidade”. A UCC onde decorreu o ENP, realizou uma sessão sobre a prevenção de quedas na população idosa. Para além da explicação sobre a temática e formas de prevenção no quotidiano, na parte final da palestra ocorreu uma sessão de exercícios, que foi desenvolvida por mim. A sessão foi elaborada e concretizada por mim, sob a orientação da enfermeira tutora. Os exercícios foram realizados pelo público na posição de sentado e incidiram em exercícios de mobilização ativa. Esta atividade está enquadrada no desenvolvimento da competência de sensibilização na comunidade e a promoção de ambientes seguros. Esta atividade na comunidade tem um papel fulcral dado que, segundo a DGS (2020a), em Portugal as duas maiores causas de morte, assim como de importantes patologias, poderão ser reduzidas pela contínua promoção da atividade física na população, sendo fundamental o contínuo investimento na prevenção.

O EEER tem como alvo dos cuidados a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital. Quer isto dizer que, o EEER atua em todas as faixas etárias e em todos os contextos e momentos da vida. Esta premissa reporta o meu ENP, uma vez que intervi e desenvolvi competências no cuidar de enfermagem de reabilitação a pessoas com diferentes faixas etárias, desde recém-nascidos até pessoas idosas. Como exemplo destaco a reabilitação respiratória de um lactente com três meses de idade e, paralela a esta realidade a reabilitação motora a uma pessoa idosa com mais de noventa anos, ou mesmo a reabilitação respiratória de um utente com setenta anos. Conforme a pessoa

alvo dos nossos cuidados é fundamental adequar a nossa intervenção para obter os resultados esperados.

Inerente à característica de ser humano encontra-se o ato de comunicar. Comunicar envolve a transmissão de informação, a partilha de informação entre duas ou mais pessoas (Araújo & Sequeira, 2021). Neste sentido, comunicar requer ter em atenção a pessoa alvo dos nossos cuidados, uma vez que cada pessoa é um ser singular e a sua reação varia. Este pressuposto torna-se de particular importância na intervenção do profissional de saúde, mais concretamente do enfermeiro. Este deve pautar a sua intervenção pelo respeito da individualidade da pessoa (Araújo & Sequeira, 2021). O assumir destas diferenças é primordial quando se cuida de pessoas com diferentes faixas etárias e mesmo em pessoas idosas, uma vez que, associado ao processo natural de envelhecimento está, por detrás uma demência associada. Neste sentido, aquando da comunicação torna-se fundamental adequar as palavras ao nível cultural da pessoa, o discurso deve ser calmo e conciso, deve-se utilizar frases simples e curtas e, muitas vezes torna-se importante falar lentamente (Araújo & Sequeira, 2021). Ao longo do estágio tentei, em todos os momentos, ter esta premissa presente e, ter em atenção que o primeiro contacto é fundamental, dado que, a primeira impressão marca os contactos seguintes, influenciando a relação de confiança que a pessoa alvo de cuidados deposita. Por via desta relação, a pessoa irá partilhar as suas dúvidas, medos e necessidades, permitindo que a nossa atuação responda às reais necessidades da pessoa. A comunicação e o estabelecimento de relações interpessoais eficazes constituem uma das competências do enfermeiro de cuidados gerais no domínio da prestação e gestão de cuidados (Araújo & Sequeira, 2021). Neste estágio, senti-me mais capaz e com mais competências comunicacionais, e isso deveu-se ao fato de nos estágios anteriores ser um foco da minha atenção e necessidade de desenvolvimento. Nos estágios anteriores senti mais dificuldade em expressar de forma clara e adequada os ensinamentos à pessoa e família, pelo que incidi a minha atenção para esta temática, através de aprofundamento de conhecimentos teóricos e aperfeiçoamento de técnicas comunicacionais. Neste estágio senti estar mais preparada e com maior capacidade de comunicação. Consegui, através de uma comunicação eficaz, estabelecer uma relação terapêutica com o utente e fazer com que a pessoa e família, alvo de cuidados, se sentissem mais esclarecidos e capacitados com as minhas orientações e ensinamentos. Assim as pessoas sentir-se-iam mais motivados a efetuarem corretamente os exercícios propostos e motivados a manter esses exercícios ao longo do dia. Quando comunicamos existem inúmeros aspetos que devem ser tidos em conta, nomeadamente a pessoa que está à nossa frente. Uma experiência que saliento nesta reflexão é adequação da comunicação, isto porque, no

ENP teve a experiência de comunicar com o utente através de uma linguagem mais simples e direta enquanto que para comunicar com o cuidador foi necessário uma linguagem com termos mais complexos.

Comunicar com uma pessoa idosa requer ter em atenção as recomendações supraditas e é bastante diferente de outra realidade que importa fazer alusão, o comunicar com a equipa. Para comunicar com uma população idosa, deve ter-se em conta as suas habilitações literárias e, de referir que neste ENP a grande parcela de pessoas alvo de cuidados são idosas e com baixo nível de literacia, necessitando de uma linguagem mais simples.

Por outro lado, o comunicar no seio de uma equipa, necessita de uma linguagem mais complexa, profissional e técnica e com recurso á linguagem CIPE, que é uma linguagem unificada que facilita a comunicação e a documentação dos cuidados prestados. Esta padronização da linguagem permite que os termos utilizados sejam compreendidos por todos de forma inequívoca. No final deste estágio considero que também, de forma positiva, consegui comunicar eficazmente, quer com os colegas de profissão, quer no seio da equipa multidisciplinar e retiro cada momento de discussão como uma aprendizagem.

Para além disto, a avaliação inicial que fazemos é fulcral na medida em que nos permite adequar a nossa comunicação e intervenção, isto porque, a comunicação pode ser menos eficaz devido a problemas de audição, visuais ou de demência. Um exemplo disto é a comunicação com pessoa com diminuição da acuidade auditiva ou visual e que usa, ou não ortótese; pessoa idosa com demência. Alguns aspetos devem ser tidos em conta para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e para a obtenção de resultados após a intervenção (Araújo & Sequeira, 2021).

No exercício das suas funções, o EEER tem como objetivo capacitar a pessoa para o autocuidado, isto é habilitar a pessoa para se tornar o mais independente e autónoma possível. Um défice no autocuidado pode ter um peso significativo na vida da pessoa. A pessoa, que previamente era independente, por algum motivo, passa a depender de outrem e isto tem um impacto significativo na auto-estima, auto-imagem da pessoa. Uma intervenção nesta área tem um impacto significativo na vida da pessoa. O treino das Atividades de Vida Diária (AVD's) é parte integrante dos programas e planos de enfermagem de reabilitação, uma vez que proporciona à pessoa a oportunidade de adquirir o máximo de funcionalidade possível. A independência ou o máximo da capacidade funcional da pessoa para cada AVD é possível por meio do treino das capacidades remanescentes e/ou através do uso de estratégias adaptativas (Mesa do

Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2011). Para tal, o EEER prescreve intervenções no sentido de otimizar e/ou reeducar as funções. Neste estágio elaborei programas de treino de AVD's, tendo presente a premissa que estes devem ser personalizados e tendo em conta a condição atual e potencial da pessoa, bem como as capacidades emocionais, prioridades e necessidades. Exemplos que destaco são o treino de AVD numa utente que realizou uma artroplastia total joelho direito, uma utente que fez remoção parcial do pulmão (lobectomia) e um utente que sofreu um AVC ficando com hemiparesia direita, como sequela. No primeiro caso a equipa encontrou uma utente que apenas deambulava curtas distâncias, passando a maior parte do dia no cadeirão ou na cama. Após a implementação do programa de reabilitação a utente já realizava exercícios ao longo do dia, fazia caminhadas pela rua e ajudava na preparação das refeições. No segundo caso, quando a equipa iniciou os cuidados, a utente não utilizava de forma correta o inspirómetro e também ela passava o dia sentada ou deitada. Após a intervenção da equipa, a utente também ela fazia caminhadas, já conseguia subir ao piso superior da sua casa, que era um objetivo proposto para si. Por último, o utente com hemiparesia à direita, a evolução também ela foi notória. Quando a equipa iniciou o programa de reabilitação este era dependente da sua família. Após a intervenção, o utente já prestava os autocuidados de forma independente e já conseguia ir até ao campo, que era o seu maior desejo.

Dos treinos de AVD's destaco no âmbito do alimentar-se, autocuidado:vestuário, no autocuidado:higiene, autocuidado:ir ao sanitário, autocuidado:arranjar-se, posicionar-se, pôr-se de pé, transferir-se. Para além destes saliento o andar e andar com auxiliar de marcha, bem como ao nível do equilíbrio corporal. Os principais desafios que destaco prendem-se com a gestão das expectativas e das emoções. Destaco o exemplo do senhor que teve um AVC que numa fase inicial do programa se sentia motivado, realizava todos os exercícios propostos e solicitava à equipa exemplos de exercícios para realizar quando a equipa não estava presente, bem como de equipamentos para o ajudar na recuperação como, por exemplo, raquetes de praia, bola de futebol. Na sessão seguinte, mostrava como e quando os utilizara. Numa fase inicial a evolução positiva foi notória e repentina mas, mais tarde, a melhoria foi sendo mais lenta e pouco notória para o utente e este ficou desmotivado, demonstrando a cada sessão uma labilidade emocional e desmotivação. Foi explicado ao utente e encaminhado para outras especialidades, como o caso da psicologia. Nesta reflexão saliento também o caso deste utente que tinha a possibilidade de comprar inúmeros utensílios e equipamentos, mas também existe um grande número de pessoas que não têm esta possibilidade e nós, enquanto EEER temos que adequar e usar a imaginação para substituir com aquilo que a

pessoa tem em casa. Para além disto, as condições físicas da habitação é um aspeto que o EEER tem que ter presente. Ele não vai apenas atuar na pessoa que carece de cuidados, atua no meio familiar e físico, em prol da recuperação da pessoa. Esta premissa esteve presente ao longo do ENP.

Para além da gestão da motivação da pessoa que carece de cuidados, outro aspeto que o EEER tem que atender é a motivação do cuidador enquanto cuidador de uma pessoa que, de repente, fica dependente. Uma realidade que me deparei neste estágio foi o cuidador pedir à equipa de saúde familiar a referenciação para a equipa da ECCI. Na visita ao domicílio deparamo-nos com uma realidade que desconhecia, na qual o cuidador interpreta a presença da equipa como substitutos no cuidar. Os familiares quando se apercebem que não é essa a função, a sua motivação diminui. Noutros momentos, o cuidador, ao deparar-se com a nossa intervenção e notar que a pessoa começa a tornar-se mais independente e necessitar de outros cuidados, como por exemplo, necessitar de ser assistido no levantar e vigiado no andar com um auxiliar de marcha, perdem a motivação, isto porque a pessoa que carece de cuidados vai exigir mais do cuidador. Esta realidade era desconhecida para mim, pois tinha a percepção que a independência do familiar seria um aspecto positivo para a família, mas percebi que nem sempre é.

Outro aspeto que importa referir é a falta de tempo. Tudo o que supramencionei exige tempo e dedicação e, a maioria das vezes o tempo que a equipa tem é escasso face a toda a complexidade que o cuidar holístico exige. Após as experiências que vivenciei com este estágio penso que a aposta nas equipas de cuidados na comunidade seja um ponto fulcral e importante de ser pensado pelas entidades governamentais. O contacto com a realidade que é prestar cuidados na comunidade leva-nos a perceber o quão fulcral é uma aposta na contratação de equipas para dar resposta. Cada vez mais as pessoas requerem cuidados no seu ambiente familiar e para dar resposta é necessário mais investimento. Este estágio leva-me a refletir acerca da problemática da lista de espera de entrada de pessoas para as equipas de cuidados na comunidade, e nas altas cada vez mais precoces para integrar outras pessoas que se encontram em lista de espera. Esta ambiguidade leva-nos a refletir na importância, como já mencionada, de aumentar as equipas de cuidados na comunidade de forma a dar uma maior resposta à população.

Aliado às intervenções mencionadas e para um programa mais individualizado, muitas vezes torna-se essencial a seleção e prescrição de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação). No sentido de tornar a pessoa cada vez mais autónoma na realização das AVD's o EEER prescreve, ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio. Esta intervenção é extremamente complexa, uma vez que o EEER na

seleção e monitorização desses produtos tem que atender a inúmeros fatores, tais como ambientais, físicos, económicos, sociais e culturais. Na sua seleção, o EEER deve atender a que o produto de apoio se adapte em todos os contextos de vida da pessoa, isto é, que se adapte ao estilo de vida da pessoa. O produto de apoio escolhido para a pessoa "(...) depende das suas limitações físicas, doença ou situação clínica, auto-estima e imagem corporal, estilo de vida e situação financeira." (Hoeman, 2011, p. 241). Os produtos de apoio mais prescritos ao longo deste estágio foram o andarilho, as canadianas, os colchões de pressão alterna, as camas articuladas. A UCC tem a possibilidade de emprestar material de apoio: camas articuladas, colchões de pressão alterna, andarilhos, entre outros, mas a quantidade de que dispõe é insuficiente para as solicitações e, muitas vezes é necessário uma gestão desse material.

A identificação das necessidades específicas da pessoa e pessoa de referência, bem como dos fatores inibidores e facilitadores para a realização das AVD's no domicílio é uma área de muita importância na enfermagem de reabilitação, nomeadamente na comunidade, uma vez que atuamos em casa das pessoas. Isto leva-me a pensar nas vantagens e desvantagens. Como vantagens temos o fato de, ao poder atuar no ambiente da pessoa, permite-nos a deteção das reais e potenciais necessidades que a pessoa enfrenta no seu dia a dia. Para além disto existe a oportunidade de utilização de materiais que a pessoa já possui em detrimento de ter que comprar e permite envolver os coabitantes e não apenas o prestador de cuidados. Para além disso, penso que a pessoa se sente mais envolvida no programa e no plano terapêutico, por se encontrar no seu ambiente. Como desvantagens destaco a falta de recursos, que é uma realidade muito presente na comunidade e as barreiras arquitetónicas que nos deparamos no domicílio da pessoa. Relembro, como exemplo, uma utente que tinha a sua casa repleta de objetos. Aquando da visita da equipa deparamo-nos com imensos objetos em locais inoportuno e desadequados e que impediam a passagem dos profissionais em segurança e dificultavam a nossa intervenção, como realizar um treino de marcha com auxiliar de marcha. Assim, foi necessário primeiro estabelecer com a utente uma relação de confiança, para depois intervir nas questões do ambiente físico, propondo pequenos ajustes.

Outro ponto pertinente a abordar diz respeito ao estabelecimento de objetivos com a pessoa. O estabelecimento de objetivos "(...) é a pedra basilar da reabilitação bem sucedida." (Hoeman, 2011, p. 487). Aquando do estabelecimento dos objetivos do programa de reabilitação o EEER deve ter em atenção os objetivos a que a pessoa se propõe, pois estes traduzem aquilo que é importante para si. O estabelecimento de objetivos "(...) pode ser um veículo para promover a esperança e cultivar a motivação."

(Hoeman, 2011, p. 487). No meu ponto de vista, penso que este tópico é extremamente importante na relação que o EEER estabelece com a pessoa e família, na medida em que, caso não sejam respeitados os objetivos da pessoa, caso o EEER não exponha os objetivos que pondera traçar, caso não haja uma negociação, os resultados podem não ser atingidos. Os objetivos pessoais de cada pessoa podem influenciar as estratégias de coping escolhidas e influenciar os resultados obtidos. Posto isto, ao longo do estágio, aquando da delimitação do plano de intervenção, tentei sempre dialogar com a pessoa e pessoa significativa os resultados esperados com a intervenção e perceber quais os seus objetivos pessoais. Na procura permanente da excelência nos cuidados, o EEER realiza

“O planeamento conjunto com o cliente, das estratégias de Reabilitação a implementar, resultados esperados e metas a atingir de forma a promover a sua autonomia, qualidade de vida, reintegração e participação na sociedade maximizando os diferentes recursos da comunidade.” (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014, p. 16658)

Outro aspeto essencial a abordar nesta reflexão diz respeito ao papel que o EEER tem aquando de uma situação de doença inesperada no seio de uma família. Uma situação de doença pode precipitar um acontecimento potenciador de crise no seio familiar. Um episódio de doença com necessidade de tratamento vai-se repercutir em todo o sistema familiar, forçando a uma redefinição de papéis e redistribuição de tarefas. Neste momento de transição, o EEER tem um papel marcante e de grande relevância na dinâmica familiar. De facto, cada pessoa é dotada de singularidades, e que numa situação de transição é fundamental a aquisição de novas competências e funções. O EEER assume um papel importante no sentido de proporcionar transições saudáveis. O EEER por meio da implementação de intervenções e estratégias auxilia no processo de transição no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas e as ajudar na adaptação à nova condição. Relembro, como exemplo, uma situação no ENP em que um utente independente sofre um AVC e recorro a mudança exigente da dinâmica familiar com a necessidade de o acompanhar e o apoiar na recuperação. O EEER dotou a família de estratégias para o assistir, sensibilizou acerca da necessidade de resolução das barreiras arquitetónicas e ensinou e capacitou para a realização de exercícios para efetuar diariamente, conseguindo desta forma atingir os resultados esperados.

A conceção e implementação do programa de reabilitação na comunidade tem uma particularidade importante, dado que, deve englobar duas vertentes: a pessoa que carece de cuidados e a família que necessita de conhecimento. Neste sentido, o foco de atenção é a pessoa e a pessoa significativa. Desde a admissão da pessoa que esta é envolvida, assim como a pessoa de referência, na identificação das expectativas e no traçar de

objetivos. Na comunidade, a nossa intervenção é na casa das pessoas e, aquando da visita domiciliária encontramos um ambiente novo em cada uma. Os dados que retiramos da observação do ambiente físico e familiar são fulcrais no planeamento dos cuidados. Esta avaliação holística vai envolver não só as questões de saúde, mas também a componente social, cultural e espiritual. Para além disto, muitas vezes é importante atuar no ambiente físico, isto é, nas barreiras arquitetónicas que identificamos para conseguir alcançar os resultados esperados. A prática dos enfermeiros na comunidade centra-se na pessoa inserida numa família e integrada em determinado contexto ambiental e social. Neste sentido, os enfermeiros na comunidade cuidam de indivíduos, famílias e grupos, acompanhando-os ao longo do ciclo vital e próximos dos problemas e anseios das pessoas (Correia, et al., 2001).

Efetivamente, a prestação de cuidados na casa das pessoas é um privilégio, isto porque permite que o EEER ao cuidar, tenha um maior conhecimento da realidade em que a pessoa se encontra e permite à pessoa que carece de cuidados estar no seu ambiente de conforto e segurança. Sabemos que um ambiente hospitalar acarreta receios e medos para as pessoas pois para além da alteração da sua situação de saúde-doença, encontram-se num ambiente desconhecido e com pessoas desconhecidas.

Face ao supradito, a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação na comunidade, neste ENP concretizou-se através de visitas domiciliárias agendadas conforme as necessidades aferidas e com a duração de intervenção igualmente de acordo com a necessidade identificada.

Para cuidar de forma individualizada é crucial numa primeira fase identificar as necessidades de intervenção especializadas, e isto, só é possível por meio da realização de uma avaliação rigorosa e completa. Esta avaliação possibilitará planear as intervenções de reabilitação para maximizar a funcionalidade. Tal como o Regulamento n. º392/2019 nos salienta, o EEER, na sua prática, identifica as necessidades de intervenção que impossibilitam as pessoas, de forma independente, de executar as atividades básicas. Só por meio deste levantamento das reais necessidades é que, o EEER concebe, implementa e avalia os programas de reabilitação com vista na qualidade de vida, reinserção e participação na sociedade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Para isto, o EEER avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, eliminação e da sexualidade de maneira a identificar os fatores facilitadores e inibidores, avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e/ou incapacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Dado que esta avaliação é basilar na definição de objetivos, importa para além do mencionado perceber a motivação da pessoa. Para além

disto é fundamental a utilização de escalas e instrumentos de medida, pois estes vão permitir a monitorização da evolução da pessoa.

Assim, neste estágio procurei junto da pessoa realizar uma avaliação rigorosa, que me permitisse identificar as necessidades de intervenção e delinear o plano de cuidados de reabilitação holístico. A contínua avaliação da pessoa possibilita avaliar os resultados obtidos com a implementação das intervenções. Face ao tão específico e rigoroso que é uma avaliação, numa fase inicial foi importante realizar uma revisão dos conteúdos lecionados e das escalas adequadas a cada foco a avaliar. A equipa de UCC onde se concretizou o ENP já possuía uma avaliação de enfermagem de reabilitação completa e, aliada a esta foi fundamental a realização do exame físico, que deve ser minucioso e rigoroso.

Na UCC onde decorreu o ENP, cada pessoa admitida fica atribuída a um enfermeiro, sendo este o gestor de caso. Cabe a este a gestão do caso, na medida em que para além de ser a figura de referência entre a família e a equipa, articula e interage com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar de maneira a agilizar todas as situações inerentes ao processo de reabilitação. Um exemplo que destaco foi aquando numa situação de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação nos deparamos com um utente que estava desmotivado, triste e desanimado, e o enfermeiro gestor de caso solicitou colaboração à psicóloga de serviço para avaliar a situação. Outro exemplo que destaco foi o pedido de colaboração à terapeuta da fala, numa situação de um utente que necessitava. Este trabalho em equipa tem em vista a identificação de todos os fatores que possam ser inibidores do processo de reabilitação. Na realidade, o papel de gestor de caso advém pelo conjunto de competências e conhecimentos que o EEER tem da pessoa, família e comunidade. Dotado de competências relacionais, comunicacionais e técnicas, o EEER discute as práticas de risco, identifica e gere os recursos necessários, seleciona e prescreve produtos de apoio, concebe os planos de intervenção, demonstra conhecimento sobre a legislação e normas técnicas (Regulamento n. 0392/2019). Tudo isto coloca o EEER como perito para atuar na comunidade e como um exímio gestor de caso, dado que compreende e conhece o processo de transição saúde/doença.

Para além disto, o humor e a boa disposição são influenciadores do processo de cuidar e são recursos importantes na implementação dos programas de reabilitação. Muitas vezes encontramos pessoas tristes, desanimadas e cansadas pela sua condição de saúde e, a nossa chegada pode ser um fator facilitador, pela alegria que podemos dar. A título de exemplo saliento uma situação que um utente verbalizou, que gostava quando a equipa se deslocava a sua casa pois eramos uma *“lufada de ar fresco”*. Para além disso,

trazíamos sempre um sorriso no rosto e exprimíamos palavras de reforço, que lhe davam força para continuar com o programa de reabilitação estabelecido.

Isto leva a refletir que, muitas vezes, somos as únicas visitas que as pessoas têm no seu dia a dia. Uma realidade bastante presente na comunidade. Muitos idosos encontram-se abandonados, ou por não terem família ou porque até ao momento foram independentes e os seus descendentes foram-se afastando. De um momento para o outro ficam dependentes e não têm ninguém para os ajudar e, muitas vezes são os enfermeiros na comunidade a sua única visita e o momento em que podem desabafar e falar sobre assuntos que muitas vezes não estão relacionados com a reabilitação, mas que vão potenciar o processo de reabilitação. Esta avaliação torna-se fulcral para a deteção de todos os elementos que possam influenciar o processo de reabilitação. O EEER pelas competências relacionais que detém torna-se um elemento ativo. O EEER, de acordo com o Regulamento n. 392/2019, avalia os aspetos psicossociais que possam interferir nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e/ou incapacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Este isolamento social só é visível atuando na comunidade, daí o enfermeiro ter um papel fulcral na comunidade.

O EEER de acordo com o Regulamento n. 392/2019, tem como competência a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/restricção da participação no exercício de cidadania (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Aquele profissional através da análise da limitação ensina a pessoa e pessoa de referência de técnicas e tecnologias específicas, como o caso do autocuidado. Aquando da deteção de uma necessidade de produto de apoio, o EEER seleciona qual o produto de apoio mais indicado e realiza treino na utilização do produto de apoio tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.

Outra experiência a salientar neste relatório diz respeito com a atuação do EEER em cuidar de quem cuida. O EEER tem atuação em todas as áreas, inclusive na prática de exercício. Ele incorpora um corpo de conhecimento específico de enfermagem tornando-o perito para intervir na área de atividade física. A Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2015) refere que a promoção de estilos de vida saudáveis (exercício físico) constitui uma área prioritária de investigação em Enfermagem de Reabilitação. Aliado a isto, um dos oito enunciados descritivos emanados pela Ordem dos Enfermeiros (2015), é a promoção da saúde. Assim, o EEER atua na promoção da saúde através do exercício físico. No ENP desenvolvi um projeto com duração de seis semanas que consistia na prática de ginástica laboral. Este projeto constituiu uma mais valia para a minha experiência, uma vez que pude desenvolver competências numa área de cuidados de enfermagem de

reabilitação que ainda se encontra pouco conhecida. Muitas vezes direcionamos os cuidados apenas para a comunidade e não olhamos para quem cuida. Este é um grupo que merece atenção e muitas vezes é esquecido, pois é dirigido o cuidado para quem, por doença súbita ou por outro motivo teve uma alteração ao nível funcional. Foi nesta linha de pensamento que surgiu o projeto mencionado no capítulo anterior.

No seguimento do parágrafo anterior saliento a parceria que está em vista realizar com a equipa da medicina do trabalho. Para além das sessões concretizadas para o projeto, encontra-se em fase de agendamento uma sessão de exercício numa reunião com as chefias de um ACES da região Norte. Para além da sessão com alguns exercícios possíveis de serem realizados ao longo da jornada de trabalho, será abordada a importância da prática de exercício no contexto laboral, das vantagens que, oferecer a possibilidade de uma pausa no tempo de trabalho para a realização de ginástica laboral, acarreta para o trabalhador e empresa, entre outros.

Para além do supradito até ao momento, importa abordar uma realidade cada vez mais presente no seio das equipas que prestam cuidados na comunidade. Esta realidade diz respeito ao cuidar paliativo. Nas últimas décadas e em detrimento do desenvolvimento tecnológico, verifica-se um aumento progressivo do envelhecimento da população, acarretando um aumento da prevalência de cancro e de outras doenças crónicas (Matsumoto, 2012). De acordo com a OMS, o cuidar paliativo constitui uma abordagem que tem como objetivo a promoção da qualidade de vida de pessoas e familiares que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento (OMS, 2012, citado por Matsumoto, 2012). Uma doença que ameaça a vida pode resultar em uma morte lenta, com muito sofrimento associado, quer físico, mental, social e emocional (Matsumoto, 2012). Cada vez mais, o cuidado paliativo em ambiente domiciliar constitui uma realidade muito presente e que necessita de uma atenção multidisciplinar para que, o objetivo de manutenção da qualidade de vida seja respeitado. Estes cuidados têm como foco inúmeras premissas das quais destaco o foco na pessoa e não na doença, tendo em vista o alívio de sintomas e sofrimento (Vasconcelos & Pereira, 2018). O EEER ao atuar no seio de uma equipa que trabalha na comunidade e que atua ao longo do ciclo vital e em todas as faixas etárias, depara-se com esta realidade, pelo que a adequação da sua forma de atuar e comunicar é, de especial importância e atenção.

No presente momento o ACES encontra-se em fase de criação de uma equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos. Como ainda não existe, as pessoas com necessidade do foro paliativo são encaminhadas para a ECCI, para a realização de ações paliativas, dado a falta de cuidados especializados.

Outra experiência a enfatizar está relacionada com a área da gestão e da melhoria contínua da qualidade, mais concretamente com a qualidade dos cuidados prestados pela equipa da ECCI. Neste estágio tive a possibilidade de realizar os inquéritos de satisfação relativos à qualidade da atuação dos elementos da equipa. Anualmente, é realizado a todas as pessoas ou pessoas significativas de utentes que tenham recebido os cuidados da equipa da ECCI, um inquérito que avalia o grau de satisfação relativamente à equipa médica, enfermagem e assistente social. Este inquérito questiona o grau de satisfação pelos cuidados prestados, bem como a simpatia de cada elemento. Dos trinta e nove utentes que tiveram alta da ECCI no ano de 2022, responderam ao questionário trinta e sete pessoas. Esta experiência constitui uma mais valia, dado que, pela deteção dos aspetos a melhorar, permite promover uma melhoria dos cuidados prestados.

Para além da experiência anteriormente mencionada, no sentido de responder ao desenvolvimento de uma prática de melhoria contínua da qualidade, foi elaborado um inquérito de satisfação para as consultas para pessoas com DPOC. Numa fase experimental das consultas elaborei um inquérito de satisfação para os utentes, com o objetivo de avaliar a opinião acerca das consultas. Nele foi questionado se as consultas respondiam às suas dúvidas e a pertinência dos temas abordados. As respostas obtidas demonstraram que os temas abordados estavam de acordo com as suas inquietações e dúvidas. Para além disso, os utentes demonstraram-se satisfeitos com a consulta, verbalizando os aspetos positivos, vontade em colocar em prática todas as aprendizagens e em continuar nas consultas de seguimento.

Para além das experiências e reflexões realizadas até ao momento importa referir a participação nas reuniões mensais de acompanhamento realizadas pela ECL e nas reuniões trimestrais para aplicação pela Grelha de Avaliação da Unidade (GAU). Nas primeiras, são avaliados os critérios de manutenção na equipa e o plano de reabilitação delineado para cada utente. Nas segundas são avaliados os recursos da unidade, bem como os processos. Estas reuniões constituíram uma mais valia no meu processo formativo, dado que a discussão com uma equipa externa da que presta cuidados, permite que sejam abordados pontos fulcrais no cuidado.

Nesta reflexão importa abordar um tema bastante presente na comunidade, a multiculturalidade. No seio da comunidade é habitual pessoas com diferentes raças, culturas, religiões e nacionalidades. Esta diversidade cultural acarreta que, cada pessoa tenha a sua “bagagem” relativa aos hábitos, costumes, mitos, crenças, comportamentos e linguagem própria. Estes aspetos devem ser considerados e respeitados aquando da prestação de cuidados. O EEER enquanto enfermeiro na comunidade deve procurar

descodificar comportamentos e expressões para prestar um cuidado personalizado. No ENP, aquando da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação tive presente esta premissa e tentei adequar os cuidados de acordo com esta visão holística da pessoa.

Importa referir que, para além do desenvolvimento das Competências Específicas do EEER foram desenvolvidas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, regulamentadas pelo Regulamento nº140/2019. Das competências desenvolvidas fazem parte a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Relativamente à primeira competência, os enfermeiros diariamente são confrontados com os direitos e deveres das pessoas. No decorrer do ENP foi procurado manter uma postura de acordo com a ética, agindo de acordo com os princípios éticos e a deontologia profissional. Todos os cuidados prestados foram de acordo com um exercício seguro, utilizando os conhecimentos acerca dos princípios éticos, documentação deontológica e orientações da enfermeira tutora. Estes foram guias no cuidar facultando uma tomada de decisão de rigor e qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, a prática foi suportada pelo respeito pelos direitos humanos, tendo a pessoa como um ser holístico. Para além da defesa dos direitos humanos, do direito à privacidade, direito ao respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais, saliento que, aquando da prestação de cuidados foi assegurado o direito da informação, sendo este um direito valioso.

No que diz respeito com o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, durante o ENP procurei uma conduta de aquisição do máximo de experiências que o contexto proporcionou e compreender todas as orientações dadas pela enfermeira tutora, no sentido de realizar um ENP baseado na melhoria contínua da prática de cuidados. Para tal, foi fundamental uma procura contínua de atualização dos conhecimentos, o que possibilitou numa notória evolução ao nível dos cuidados prestados, das decisões tomadas e da capacidade de realizar avaliações.

Para finalizar esta reflexão importa referir que, a prática desenvolvida neste estágio foi baseada em conhecimento atual e válido, isto porque, para poder prestar cuidados de enfermagem de reabilitação especializados torna-se fulcral a procura de informação atual e fidedigna, dando assim resposta, a uma das competências comuns do Enfermeiro Especialista, em que este toma a decisão e atua com base em conhecimento válido, atual e pertinente, tornando-se assim um facilitador do processo de aprendizagem das pessoas de quem cuida.

CONCLUSÕES

O EEER, através dos conhecimentos suportados pela evidência científica e pelas competências inerentes, tem um papel fundamental na pessoa, família e comunidade.

Através da realização do presente ENP foi possível a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais comuns e específicas do EEER. O campo de estágio escolhido facultou inúmeras experiências que propiciaram o desenvolvimento de competências comuns e específicas padronizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Nele foi possível o desenvolvimento de competências na área dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação ao longo do ciclo vital; competências no seio da equipa multidisciplinar; competências relacionadas com a investigação e competências relacionadas com uma prática profissional, ética e legal.

Ao nível do desenvolvimento das competências de Enfermagem de Reabilitação, ao longo da reflexão no capítulo anterior foram realçados alguns exemplos de momentos do desenvolvimento dessas competências. O presente relatório possibilitou uma análise crítica desses momentos, levando a refletir acerca das estratégias a utilizar no sentido de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

No que concerne com as competências na equipa saliento as passagens de turno e as reuniões mensais de acompanhamento realizadas pela ECL. Estes momentos fazem-nos refletir acerca do importante papel que o EEER tem no seio de uma equipa multidisciplinar. Pelo corpo de conhecimentos que detém, o EEER tem um papel diferenciador na equipa, acarretando ganhos para a pessoa, família e comunidade.

No que concerne com o desenvolvimento de competências relacionadas com a identificação de necessidades na área de cuidados e conceber/ colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, destaco a participação na implementação de consultas para pessoas com DPOC, bem como os inquéritos de satisfação das consultas, a realização dos inquéritos de satisfação relativos à qualidade da atuação dos elementos da equipa e a implementação do projeto “Ativa-te”, isto porque, foi uma das necessidades identificadas no campo de estágio. A realização dos inquéritos de satisfação leva a refletir acerca da importância de melhoria contínua, identificando os pontos a melhorar para, no futuro, serem prestados cuidados mais individualizados, competentes e de qualidade.

No que respeita com a investigação, através da elaboração do presente relatório com projeto de investigação foi possível desenvolver e aperfeiçoar competências ao nível da prática de investigação, mais concretamente aprendizagens na execução do processo de investigação e, para além disso, a sua elaboração proporcionou uma atualização dos conhecimentos sobre a temática em estudo. Para além disto destaco que, aquando da prestação de cuidados, o EEER atua com base na mais recente e melhor evidência,

sendo que, por isso, ao longo do ENP, a conduta foi de procura constante de conhecimento para prestação de cuidados cada vez mais especializados em enfermagem de reabilitação.

Como sugestão para projetos futuros deixo a aposta em cuidar de quem cuida, no sentido de desenvolvimento de projetos direcionados para os profissionais de saúde, de forma a proporcionar cada vez mais um ambiente de trabalho seguro, com o objetivo de prevenir lesões e complicações, incentivando à prática de exercício físico em contexto laboral. Outra sugestão está relacionada com uma intervenção, não só nos focada em exercícios à pessoa e cuidador, quando carecem de cuidados, mas também, numa intervenção virada para a comunidade, que poderia passar pelo ensino de exercícios simples, práticos e que possam ser aplicados no quotidiano, com instrumentos presentes nas casas das pessoas, como por exemplo, o uso de saco de arroz ou de areia em vez de pesos e o cabo de vassoura em vez da barra. Também as técnicas de conservação de energia são aspetos importantes para as pessoas utilizarem no seu dia a dia, uma vez que é de particular importância atuar na prevenção e não apenas no tratamento.

Para finalizar, saliento que o estágio contribuiu para o desenvolvimento e expansão dos conhecimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A., & Pereira-Barbosa, M. (2017). Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 25(1), 9-26.
- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). *Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131.
- Amatriain-Fernández, S., Murillo-Rodríguez, E. S., Gronwald, T., Machado, S., & Budde, H. (2020). Benefits of physical activity and physical exercise in the time of pandemic. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 12(S1), S264–S266. <https://doi.org/10.1037/tra0000643>
- An, H. Y., Chen, W., Wang, C. W., Yang, H. F., Huang, W. T., & Fan, S. Y. (2020). *The Relationships between physical activity and life satisfaction and happiness among young, middle-aged, and older adults*. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4817. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134817>
- Araújo, O., Sousa, L., Vieira, T., & Sequeira, C. (2021). Envelhecimento e comunicação: desafios para os (as) enfermeiros (as). *Competência em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado*, 43-63.
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2014). *Padrão documental de cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Obtido em 1 de Novembro de 2021, de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Cabral, L., & Florentim, R. (2016). Saúde mental dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários. *Millenium - Jornal de Educação, Tecnologias e Saúde*, (49), 195–216. Obtido em Millenium - Jornal de Educação, Tecnologias e Saúde: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8085>
- Candotti, C. T., da Silva, M. R., Noll, M., & Lucchese, C. R. (2011). Efeito da ginástica laboral sobre a motivação para a prática regular de atividade física. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(2), 485-485.
- Castillo, A. R. G., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 20-23.
- Córdova Martínez, A., & Alvarez-Mon, M. (1999). O sistema imunológico (I): Conceitos gerais, adaptação ao exercício físico e implicações clínicas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 5, 120-125.

- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 75-82.
- Costa, C. O. D., Branco, J. C., Vieira, I. S., Souza, L. D. D. M., & Silva, R. A. D. (2019). Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68, 92-100.
- Couto, G., Ferreira, M., Teixeira, J., Gregório, S., Santos, L., & Sampaio, F. (2022). Avaliação da validade de conteúdo de um programa de ginástica laboral para profissionais de saúde: um estudo E- Delphi. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*. Obtido em abril de 2023, de Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional: <https://www.rpso.pt/avaliacao-da-validade-de-conteudo-de-um-programa-de-ginastica-laboral-para-profissionais-de-saude-um-estudo-e-delphi/>
- Decreto- Lei n.º50/2017 - Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. Diário da República. I Série (2017-02-02), pp.608-629. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/50-2017-106388650>
- Decreto-Lei n.º 101/2006- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República. I Série (2006-06-06), pp.3856-3865. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto- Lei n.º 102/2009- Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. Diário da República. I Série (2009-09-10), pp.6167-6192. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/102-2009-490009>
- Direção-Geral da Saúde (2020a). *Programa nacional para a promoção da atividade física*. Obtido em fevereiro de 2023, de Direção-Geral da Saúde: <http://noticias.ecosaude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Rel-Exerc-Fisic-SNS-2020.pdf>
- Direção- Geral da Saúde (2020b). *Recomendações da OMS para a atividade física e comportamento sedentário*. Obtido em fevereiro de 2023 de Direção-Geral de Saúde: <https://ordemdosmedicos.pt/novas-recomendacoes-da-oms-para-a-atividade-fisica-e-comportamento-sedentario/>
- Direção-Geral da Saúde (2021). *Guia Técnico nº3 - Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho*. Obtido em fevereiro de 2023, de https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnso_guia3-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde (2022). *Programa nacional para a promoção da atividade física*. Obtido de <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/atividade-fisica.aspx>

- Fortin, M.F. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gualano, B., & Tinucci, T. (2011). Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 25, 37-43.
- Godoy, R. F. de. (2002). *Benefícios do exercício físico sobre a área emocional*. *Movimento*, 8(2), 7–15. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.2639>
- Gomes, R. A., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318. Obtido em março de 2023, da Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9921/1/4-SO-Enfermeiros-Psicologia-Teoria%20e%20Pesquisa.pdf>
- Gomes, R. K., & Oliveira, V.B. (2013). Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. *Boletim de Psicologia*, 63(138), 23-33. Obtido em 2 de junho de 2023, do Boletim de Psicologia: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432013000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. Lusodidacta.
- Instituto da Segurança Social (2023). *Guia prático - rede nacional de cuidados continuados integrados*. Obtido em abril de 2023, de Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a
- Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (2018). *Manual de segurança e saúde no trabalho*. Obtido em fevereiro de 2023, de Inspeção-Geral das Atividades em Saúde: https://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/04/Manual_Seguranca_e_saude_no_trabalho.pdf
- Instituto Politécnico de Viana do Castelo. (2022). Unidade curricular estágio de natureza profissional com relatório final: protocolo 2º ano do VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. ESS-IPVC, 2022
- Kinrys, G., & Wygant, L. (2005). Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 43-50. Obtido em abril de 2023, da revista Brasileira de Psiquiatria: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/BFx4r3BVv54Vy9Hh7FfmJnk/?lang=en>
- Kisner, C., & Colby, L. (2009). *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. Ohio: Manole.

- Lackstet, L., Gonçalves, A. C. B. F., & Soares, S. F. C. (2018). Análise dos benefícios da cinesioterapia laboral a curto, médio e longo prazo: uma revisão de literatura. *Archives of Health Investigation*, 7(5). <https://doi.org/10.21270/archi.v7i5.2990>
- Laux, R. C., Hoff, K., Antes, D. L., Cviatkovski, A., & Corazza, S. T. (2018). Efeito de um programa de exercício físico no ambiente de trabalho sobre a ansiedade. *Revista Ciência & Trabajo* (62), pp. 80-83. Obtido em dezembro de 2022, de Revista Ciência & Trabajo: <https://www.scielo.cl/pdf/cyt/v20n62/0718-2449-cyt-20-62-00080.pdf>
- Lopes, P. (2021). *Profissionais de saúde com ansiedade moderada a grave*. Obtido em março de 2023, da Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/profissionais-de-saude-com-ansiedade-moderada-a-grave/>
- Lusa, S., Punakallio, A., Mänttari, S., Korkiakangas, E., Oksa, J., Oksanen, T., & Laitinen, J. (2020). *Intervenções para promover a capacidade de trabalho aumentando a atividade física dos trabalhadores sedentários nos locais de trabalho – Uma revisão de escopo*. *Ergonomia Aplicada*, 82. Obtido em abril de 2023, da Revista Ergonomia Aplicada: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003687019301796?via%3Dihub>
- Macedo, C. de S. G., Garavello, J. J., Oku, E. C., Miyagusuku, F. H., Agnoll, P. D., & Nocetti, P. M. (2003). Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. *Revista Brasileira De Atividade Física & Saúde*, 8(2), 19–27. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.8n2p19-27>
- Maciel, R. H., Albuquerque, A. M. F. C., Melzer, A. C., & Leônidas, S. R. (2005). Quem se beneficia dos programas de ginástica laboral?. *Cadernos De Psicologia Social Do Trabalho*, 8, 71-86. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v8i0p71-86>
- Magalhães, A., Chamusca, D., Leitão, I., Capelo, J., Silva, M., & Pereira, V. (2021). Reabilitar quem cuida: Um projeto de ginástica laboral para profissionais de saúde. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(1), 73–82. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.173>
- Maia, L., Viegas, J., & Amaral, M. (2008). *O portal do psicólogos*. Obtido em Novembro de 2021, do Portal dos Psicólogos: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0453.pdf>
- Martinez, V. M. (2021). The importance of workplace exercise. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 19, pp. 523–528. Obtido em 12 de dezembro de 2022, da Revista Brasileira de Medicina do Trabalho: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-35733538>
- Martins, M. D. C. A., & Fernandes, P. F. D. C. (2010). O Gestor de Caso: aplicabilidade do conceito. *O gestor de caso: aplicabilidade do conceito*.

- Martins, M. M., & Sousa, L. (2019). Editorial / atividade física e exercício físico: fundamentos e aplicações em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 4–5. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.e>
- Matsumoto, D. Y. (2012). *Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios*. Manual de cuidados paliativos ANCP, 2(2), 23-24.
- Medeiros, L. P., da Costa Souza, M. B., de Sena, J. F., Melo, M. D. M., Costa, J. W. S., & Costa, I. K. F. (2015). Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. *Rev Rene*, 16(1), 132-140.
- Mendes, R., Sousa, N., & Barata, JLT (2012). Atividade física e saúde pública: recomendações para prescrição de exercícios. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (6), 1025–30. <https://doi.org/10.20344/amp.1412>
- Portugal. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, & Ministério da Saúde (2017). *Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro*. Obtido em abril de 2023, de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/50-2017-106388650>
- Ministério da Saúde (2006). *Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de junho*. Obtido em abril de 2023, de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Oliveira, E. N., de Aguiar, R. C., de Almeida, M. T. O., Eloia, S. C., & Lira, T. Q. (2011). Benefícios da atividade física para saúde mental. *Saúde Coletiva*, 8(50), 126-130.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *CIPE Versão 2- Classificação para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*.
- Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Cólegio de Enfermagem de Reabilitação (2011). *Parecer sobre atividades de vida diária*. Obtido em 01 de fevereiro de 2023, de Parecer sobre atividades de vida diária: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas Investigação Prioritárias para Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*.

- Ordem dos Enfermeiros (2023). *Os constantes desafios na segurança e saúde no trabalho*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/os-constant-desafios-na-seguran%C3%A7a-e-sa%C3%BAde-no-trabalho/>
- Ordem dos Psicólogos (2022). *Prosperidade e sustentabilidade das organizações: relatório do custo do stress e dos problemas de saúde psicológica no trabalho, em Portugal*. Obtido em 06 de fevereiro de 2023, de Prosperidade e Sustentabilidade das Organizações: Relatório do Custo do Stress e dos Problemas de Saúde Psicológica no trabalho, em Portugal:
https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_relatorio_prosperidadeeestentabilidadedasorganizacoes2023.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Atividade Física*. Obtido em dezembro de 2022, de Organização Mundial de Saúde:
https://actbr.org.br/uploads/arquivo/957_FactSheetAtividadeFisicaOMS2014_port_REV1.pdf
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prático para os profissionais de saúde*. Loures: Lusociência.
- Portugal. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2017). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários*. Obtido em Novembro de 2022, de Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10007/1030655/Pages/default.aspx>
- Portugal. Serviço Nacional Saúde (2023). *Ansiedade*. Obtido de Ansiedade: <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/ansiedade/>
- Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Série. no 85. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Série. no26 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ribeiro, H. K., Santos, J. D., Silva, M. d., Medeiro, F. D., & Fernandes, M. A. (2019). Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 44(1), 1-8. Obtido em março de 2023, de <https://www.scielo.br/j/rbso/a/WfpQJQM7TSqLb7PWxW9Frwg/?format=pdf&lang=pt>
- Ribeiro, O., Cordeiro, A., Soares, A., Faria, A., França, A., Pires, A., . . . Machado, W. A. (2021). *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas*. Lidel. Obtido em 2022

- Salve, M. G. C., & Theodoro, P. F. R. (2004). Saúde do trabalhador: a relação entre ergonomia, atividade física e qualidade de vida. *Revista Salusvita*, 23(1), 137-46.
- Santos, G. B., & de Melo, F. X. (2019). A Importância da ginástica laboral no ambiente de trabalho. *Diálogos Interdisciplinares*, 8(4). Obtido em março de 2023, de Diálogos Interdisciplinares: <https://revistas.brazcubas.edu.br/index.php/dialogos/article/view/696>
- Santos, J. L. G. D., Erdmann, A. L., Andrade, S. R. D., Mello, A. L. S. F. D., Lima, S. B. S. D., & Pestana, A. L. (2013). Governança em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 1417-1425.
- Santos, S. C., & Knijnik, J. D. (2009). Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária. *Revista Mackenzie De Educação Física E Esporte*, 5(1). Recuperado de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/remef/article/view/1299>
- Santos, S. C., & Silva, D. R. Adaptação do state-trait anxiety vyvroy.
- Saridi, M., Filippopoulou, T., Tzitzikos, G., Sarafis, P., Souliotis, K., & Karakatsani, D. (2019). *Correlating physical activity and quality of life of healthcare workers. BMC research notes*, 12(1), 208. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4240-1>
- Serra, A. S. (1980). *Psiquiatria Clínica*.
- Silva, R. S., Silva, I. D., Silva, R. A. D., Souza, L., & Tomasi, E. (2010). Atividade física e qualidade de vida. *Ciência & saúde coletiva*, 15, 115-120.
- Simões, M. R., Machado, C., Gonçalves, M. M., & Almeida, L. (2007). *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 3). Lisboa: Quarteto.
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (s.d.). *Perturbações de Ansiedade*. Obtido de <https://www.sppsm.org/informemente/perturbacoes-de-ansiedade/>
- UCC ConVidaSaúde, (2022). *Manual de Acolhimento de internos e alunos UCC 2022*. Esposende.
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2023). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Obtido em março de 2023, de https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a

- Vall, J., Lemos, K. I. L., & Janebro, A. S. I. (2005). *O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. Cogitare Enfermagem, 10(3).*
- Vasconcelos, G. B., & Pereira, P. M. (2018). Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. *Revista de Administração em Saúde, 18(70).*
- Veigas, J., & Gonçalves, M. (2009). A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress. *Portal dos Psicólogos, 1(1), 1-19.*
- Vieira, LC, Guimarães, LA, & Martins, D. (1999). Estresse ocupacional em enfermeiros. *Mental health and work series, 3, 169-185.*
- Vilelas, J. (2020). *Investigação- O Processo de Construção do Conhecimento.* (M. Robalo, Ed.) Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

APÉNDICE

APÊNDICE I – GRELHA DA TÉCNICA INALATÓRIA

Inaladores pressurizados de dose calibrada (pMDI)

NOTA: Se tiver sido prescrito mais de um puff, aguarda 30segundos a 1minuto para a nova inalação.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Aquecer a embalagem à temperatura corporal;															
Retirar a tampa e agitar a embalagem (na posição vertical);															
Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;															
Estar de pé ou sentado e inclinar ligeiramente a cabeça para trás;															
Efetuar uma expiração lenta;															
Colocar o bucal na boca, fechando os lábios e a língua por baixo;															
Começar a inspirar lentamente e ativar o pMDI;															
Continuar a inspirar lentamente e profundamente (3-5segundos)															
Suster a respiração durante															

10segundos.

Inaladores de pó seco (DPI)



NOTA: Se tiver sido prescrito mais de um puff, aguarda 30segundos a 1minuto para a nova

inalação.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Colocar o DPI na posição correta, ex: Aerolizer, Breezhaler, Handihaler, Clickhaler, Turbohaler na vertical; Diskus, Genuair, Novolizer na horizontal;															
Preparar o dispositivo com a dose a inalar de acordo com o indicado;															
Estar na posição de pé, sentado ou semi-sentado;															
Efetuar uma expiração lenta, afastado do bucal;															
Inclinar ligeiramente a cabeça para trás;															
Colocar o bucal do aplicador entre os dentes fechando os lábios;															
Inspirar profundamente e rapidamente;															
Desadaptar o bucal e expirar afastado															

do bucal.															
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inaladores de névoa suave (SMI)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Segurar o inalador na posição vertical, com a tampa de proteção fechada, para evitar a perda acidental de dose;															
Rodar a base transparente na direção das setas vermelhas, até ouvir um clique (meia volta);															
Efetuar uma expiração lenta e profundamente;															
Selar os lábios ajustando-os à volta do bucal;															
Enquanto inspira lenta e profundamente, pressionar o botão de libertação de dose e continuar a inspirar lentamente o máximo que conseguir;															
Suster a respiração durante 10segundos.															

NOTA: Em caso de não utilizar mais se 7dias o inalador, antes da nova utilização deve libertar-se uma nebulização direcionado ao chão. No caso de não utilizar durante mais de 21dias deve repetir as etapas de preparação do dispositivo inalatório até visualizar uma “nuvem”.



Inaladores pMDI com câmara expansora

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Estar de pé sentado ou semi-sentado;															
Aquecer o pMDI à temperatura corporal:															
Retirar a tampa do pMDI e agitar durante 5segundos ou coloca-lo na câmara expansora e agitar de seguida;															
Colocar o pmDI na vertical (L) e adaptá-lo à câmara expansora;															
Efetuar uma expiração lenta;															
Colocar o bucal da câmara entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua por baixo. No caso de câmaras com máscara, esta deve estar bem-adaptada à face, com as narinas incluídas;															

Ativar o pMDI;															
Inspirar lenta e profundamente;															
Suster a respiração durante 10 segundos;															
Caso mais de um puf, retirar da boca e esperar pelo menos 30 segundos antes de repetir e ativação do pMDI;															
Lavar a cavidade bucal e a face se utiliza máscara, no caso de inalados corticoides.															



Higienização da câmara expansora:

A lavagem da câmara expansora deve ser efetuada uma vez por semana.

1. As peças da câmara expansora devem ser todas desmontadas;
2. Colocar a câmara expansora em recipiente com água quente e detergente suave (ex. líquido da loiça) durante 15 minutos;
3. Depois passar por água limpa;
4. Após sacudir e deixar secar a ar ambiente, sem limpar;
5. Não é recomendável “esfregar” as paredes da câmara expansora, nem higienização muito frequente (menos 1 semana).

Quanto à máscara facial, esta recomenda-se que seja lavada após cada utilização, com água quente de detergente. No caso de utilização de bucal, limpar com um lenço de papel.

As câmaras expansoras não devem ser guardadas em locais que permitam a deposição de partículas de gordura ou pó. Caso apresentem fissuras devem ser destruídas.

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA CONSULTA DE PESSOAS
COM DPOC

Inquérito de Satisfação:

A equipa de Enfermeiros de Reabilitação pretende, com as seguintes questões, avaliar o grau de satisfação da consulta, tendo em vista uma melhoria da qualidade do serviço prestado. Para tal, é fundamental a sua opinião. O inquérito, tal como o questionário anteriormente preenchido é anónimo e voluntário. As respostas dadas serão tratadas com a máxima confidencialidade e profissionalismo.

1. Como classifica a consulta quanto à facilidade de comunicação com a Enfermeira:

- Nada satisfeito
- Pouco satisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito
- Não se aplica

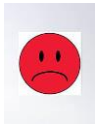

2. Como classifica a consulta quanto à importância dos assuntos abordados:

- Nada importante
- Baixa importância
- Nem pouco, nem muito importante
- Muito importante
- Extremamente importante

3. A consulta foi de encontro com as suas expectativas:

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo
- Concordo
- Concordo totalmente

Em termos de satisfação global, como avalia?

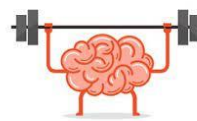
	1	2	3	4	5	
Nada Satisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente Satisfeito
						

Aspetos que poderiam ser melhorados:

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO PRIMEIRO MOMENTO DE
AVALIAÇÃO

Ativa-te



A aluna do Mestrado em Reabilitação, Alexandrina da Costa Moreira pretende, com as seguintes questões, realizar uma caracterização dos profissionais que participam no projeto "Ativa-te". Para tal, é fundamental o preenchimento do seguinte questionário. O presente questionário é anónimo e voluntário. As respostas dadas serão tratadas com a máxima confidencialidade e profissionalismo.

Últimos 3 dígitos do contacto telefónico: _____

1. Idade _____

2. Género? Masculino Feminino Outro _____

3. Estado Civil? Casado(a) Solteiro (a) Divorciado (a)
Viúvo (a) Outro

4. Como passa a maior parte do seu dia?

- Caminhar
- Em pé
- Sentado

5. Considera-se uma pessoa sedentária? Sim Não

6. Pratica alguma atividade física? Sim Não

7. Já praticou alguma vez alguma atividade física? Sim Não

8. Quantas vezes por semana pratica alguma atividade física?

- 1 vez por semana
- 2 vezes por semana
- 3 vezes por semana
- 4 vezes por semana
- 5 vezes por semana
- Nenhuma vez por semana

9. Qual a duração da atividade física?

- Menos de 30 minutos por dia
- 30 a 59 minutos por dia
- 60 minutos por dia
- Não pratico

10. Tem alguma limitação que interfira na realização de atividade física?

Sim Não

11. Se não pratica atividade física, qual o principal motivo?

- Falta de tempo
- Falta de vontade
- Falta de motivação
- Problemas de saúde
- Falta de energia
- Motivos financeiros
- Não gostar
- Não ver resultados
- Não ter companhia
- Ter filhos

12. Aderiu ao programa de atividade física porquê?

- Pelos benefícios que traz para a saúde
- Pelo prazer da prática
- Pela melhoria ao nível da estética
- Pelo conhecimento da melhoria dos aspetos sociais e psicológicos

13. Qual a maior dificuldade em começar e/ou manter a prática de atividade física?

14. Qual a importância que atribui à prática de exercício em contexto laboral?

- Nada importante
- Baixa importância
- Nem pouco, nem muito importante
- Muito importante
- Extremamente importante

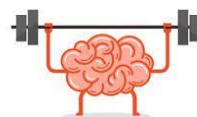
QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO de Charles D. Spielberger
STAI Forma Y-1, Versão Portuguesa de Danilo R. Silva

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz () no número da direita que indique como se sente agora, isto é, *neste preciso momento*. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos *neste momento*.

	nada	um pouco	moderadamente	muito				
1. Sinto-me calmo								
2. Sinto-me seguro								
3. Sinto-me tenso								
4. Sinto-me esgotado								
5. Sinto-me à vontade								
6. Sinto-me perturbado								
7. Presentemente, ando preocupado com desgraças que podem vir a acontecer								
8. Sinto-me satisfeito								
9. Sinto-me assustado								
10. Estou descansado								
11. Sinto-me confiante								
12. Sinto-me nervoso								
13. Estou inquieto								
14. Sinto-me indeciso								
15. Estou descontraindo								
16. Sinto-me contente								
17. Estou preocupado								
18. Sinto-me confuso								
19. Sinto-me uma pessoa estável								
20. Sinto-me bem								
21. Sinto-me nervoso e inquieto								
22. Sinto-me satisfeito comigo próprio								
23. Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo								
24. Sinto-me um falhado								
25. Sinto-me tranquilo								
26. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo								
27. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver								
28. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância								
29. Sou feliz								
30. Tenho pensamentos que me perturbam								
31. Não tenho muita confiança em mim								
32. Sinto-me seguro								
33. Tomo decisões com facilidade								
34. Muitas vezes sinto que não sou capaz								
35. Estou contente								
36. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem								
37. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento								
38. Sou uma pessoa estável								
39. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes								

APÊNCIDE IV – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO SEGUNDO MOMENTO DE
AVALIAÇÃO

Atíva-te



A aluna do Mestrado em Reabilitação, Alexandrina da Costa Moreira pretende, com as seguintes questões, avaliar o impacto de um programa de exercício na diminuição da ansiedade dos profissionais. Para tal, é fundamental a sua opinião. O presente questionário é anónimo e voluntário. As respostas dadas serão tratadas com a máxima confidencialidade e profissionalismo.

Últimos 3 dígitos do contacto telefónico: _____

1. Qual a importância que atribui à prática de exercício em contexto laboral?

- Nada importante
- Baixa importância
- Nem pouco, nem muito importante
- Muito importante
- Extremamente importante

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO de Charles D. Spielberger
STAI Forma Y-1, Versão Portuguesa de Danilo R. Silva

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz () no número da direita que indique como se sente agora, isto é, *neste preciso momento*. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos *neste momento*.

	nada	um pouco	moderadamente	muito				
40. Sinto-me calmo								
41. Sinto-me seguro								
42. Sinto-me tenso								
43. Sinto-me esgotado								
44. Sinto-me à vontade								
45. Sinto-me perturbado								
46. Presentemente, ando preocupado com desgraças que podem vir a acontecer								
47. Sinto-me satisfeito								
48. Sinto-me assustado								
49. Estou descansado								
50. Sinto-me confiante								
51. Sinto-me nervoso								
52. Estou inquieto								
53. Sinto-me indeciso								
54. Estou descontrariado								
55. Sinto-me contente								
56. Estou preocupado								

57. Sinto-me confuso					
58. Sinto-me uma pessoa estável					
59. Sinto-me bem					
60. Sinto-me nervoso e inquieto					
61. Sinto-me satisfeito comigo próprio					
62. Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo					
63. Sinto-me um falhado					
64. Sinto-me tranquilo					
65. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo					
66. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver					
67. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância					
68. Sou feliz					
69. Tenho pensamentos que me perturbam					
70. Não tenho muita confiança em mim					
71. Sinto-me seguro					
72. Tomo decisões com facilidade					
73. Muitas vezes sinto que não sou capaz					
74. Estou contente					
75. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem					
76. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento					
77. Sou uma pessoa estável					
78. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes					

APÊNDICE V- PEDIDO FORMAL AO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE DE UM
ACES DA REGIÃO NORTE



xana moreira <xanamoreira123@gmail.com>
para ACES ▾

quarta, 30/11/2022, 13:36 ☆ ↶ ⋮

Eu, Alexandrina da Costa Moreira, aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, estou a realizar o Estágio de Natureza Profissional na UC [] sob orientação da Professora Salomé Ferreira e co-orientação Enfermeira Ana Paulina Rodrigues. Este estágio inclui a realização de um estudo e, para tal, venho por este meio solicitar a vossa Excelência a autorização para realizar o estudo no Projeto: "Ativa-te" nos profissionais do []. O objetivo a que me proponho com a realização deste trabalho é avaliar se a intervenção do EEER contribui para diminuir a ansiedade nos profissionais do [] através da realização de sessões de exercício.

O projeto inclui 6 semanas de sessões de exercícios com duração de 20 minutos. As sessões serão realizadas em formato online e terão 2 horários: das 13h às 13h20 e das 13h30 às 13h50, à terça-feira. Com o intuito de estabelecer uma relação de compromisso com os participantes, será enviado um lembrete e vídeo com os exercícios daquela semana. Encontro-me disponível para enviar outras informações consideradas necessárias para um parecer favorável na utilização desta consulta.

Envio em anexo o questionário de caracterização e o de avaliação, sendo este aplicado na primeira e última sessão. Em anexo encontra-se também o pedido para o projeto.

Grata pela atenção
Alexandrina da Costa Moreira

Projeto / Estudo n.º ____ / ____

Data de Receção: ____ / ____ / ____

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Identificação do(s) investigador(es) do estudo

Nome Completo:

Alexandrina da Costa Moreira

Contacto telefónico:

913649967

E.Mail:

xanamoreira123@gmail.com

Qualificação Académica:

Licenciatura

Funções que desempenha: Enfermeira

Instituição: Hospital da Luz-Póvoa de Varzim

Designação do Estudo:

"Ativa-te"

O presente projeto consiste na realização de sessões de exercícios, com duração máxima de 20 minutos, para profissionais de um ACES da região Norte. Estas sessões serão realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em formato via online, com início dia 3 de janeiro e fim a 7 de fevereiro, num total de 6 semanas. As sessões terão dois horários: das 13h às 13h20 e das 13h30 às 13h50, à terça-feira no sentido de ser possível a

participação de um maior número de pessoas. As sessões terão um programa de exercícios articulado com a respiração. A OMS (2014) refere que a prática de atividade física regular ajuda na prevenção e controlo de doenças não transmissíveis, como doenças cardíacas, derrame, diabetes e vários tipos e cancro. Para além disto, ajuda na prevenção da hipertensão, a manter o peso corporal saudável e a melhorar a saúde mental, a qualidade de vida e o bem-estar. (OMS, 2014) A OMS (2014) salienta também que com o objetivo de trazer benefícios para a saúde cardiorrespiratória, todas as atividades físicas devem ser praticadas em sessões de, pelo menos, dez minutos de duração. Na primeira sessão será enviado o questionário de caracterização (anexo 1) e o de avaliação (anexo2). Na última sessão será enviado novamente o questionário de avaliação.

Área científica em que se enquadra o estudo: Enfermagem

Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim): as sessões terão vigência de janeiro a fevereiro de 2023.

Tipo de análise (quantitativa, qualitativa): Quantitativa.

Palavras – chave: Enfermagem em Reabilitação, Comportamento sedentário, Exercício físico, Promoção da saúde

OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Nome(s) Completo(s):

Orientadora: Maria Salomé Martins Ferreira

Instituição:

Instituto Politécnico de Viana do Castelo-Escola Superior de Saúde

Co-orientadora: Ana Paulina Garcez Rodrigues

Instituição:

Unidade de Cuidados na Comunidade Convidasaúde

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO

Objetivo Geral: Avaliar se a intervenção do EEER contribui para diminuir a ansiedade nos profissionais de um ACES na região Norte após a realização de sessões de exercício.

Metodologia: estudo quasi-experimental.

População alvo: Profissionais de um ACES da região Norte

Critérios de inclusão: Ser profissional do ACES; Pessoa com possibilidade de aceder a um dispositivo para assistir à sessão; Pessoa que aceite a participação nas sessões.

Critérios de exclusão: Pessoa que não trabalhe no ACES; Pessoa com impossibilidade de aceder a um dispositivo para assistir à sessão; Pessoa que não aceite a participação nas sessões de exercício; Pessoa que não participe em pelo menos três sessões.

Método de recolha dados (anexar instrumento recolha): Questionário onde inclui o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (S.T.A.I.) (anexo2)

Descrição do que consiste a colaboração do ACeS: O presente estudo encontra-se inserido no Estágio de Natureza Profissional. Este encontra-se a ser realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade do ACES em questão, com início no dia 3 de outubro de 2022 e termina dia 31 de março de 2023. Para além disto, a população alvo são os profissionais do ACES.

Termo de Responsabilidade

Declaro assumir a liderança científica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões ao ACeS.

Data:22/11/2022

Assinatura: Alexandrina da Costa Moreira

PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE

Projeto / Estudo n.º ____/____

Data de Receção: ____ / ____ / ____

Favorável

Não Favorável

Data:

Assinaturas:

DIRETOR EXECUTIVO

Nada a opor à sua realização,

(Fernando Ferreira)



ACES Cavado III <aces.cavado3@arsnorte.min-saude.pt>
para DE, CCS, Ana, mim

03/01/2023, 15:22 ☆ ↶

Exma. Sra. Dra. Alexandrina da Costa Moreira,

Encarrega-me o Sr. Presidente do CCS deste ACES, Dr. Raul Borges, de enviar o documento modelo relativo Projeto de Investigação referido em epígrafe, devidamente autorizado e assinado pelo Sr. Diretor Executivo.

Com os melhores cumprimentos,

Dulce Barbosa

Assistente Técnica

ACES d

Secretariado do A

Rua Dr. Abel Varzim | 4750-253 Barcelos | Portugal

Tel. +351 253 808 316 | +351 253 808 301

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE

Projeto / Estudo n.º ____/____

Data de Receção: ____/____/____

Favorável

Não Favorável

Data:

Assinaturas:

[Handwritten signatures]

DIRETOR EXECUTIVO

[Empty box for stamp]

o parecer do CCS
Nada a opor a sua realização, *de acordo com*
[Signature]
(Fernando Ferreira)
Fernando Ferreira
Diretor Executivo

APÊNDICE VI- PEDIDO DE DIVULGAÇÃO DO PROJETO AOS PROFISSIONAIS

Ex.mo Sr. Presidente do Conselho Clínico do ACES [redacted]

Boa tarde,

Após aprovação por parte do CCS para a realização do projeto: Ativa-te, solicito a divulgação por todos os profissionais do ACES [redacted]

Eu, Alexandrina da Costa Moreira, aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, estou a realizar o Estágio de Natureza Profissional na UCC ConVidaSaúde. O projeto inclui sessões de exercícios articulados com a respiração, com duração máxima de 20 minutos para todos os profissionais do [redacted]. As sessões serão realizadas em formato online e terão 2 horários: das 13h às 13h20 e das 13h30 às 13h50, à terça feira, com início dia 10/01/2023. Estas têm como objetivo avaliar o contributo de um programa de exercício na diminuição da ansiedade dos profissionais. Os participantes receberão no email fornecido, de forma voluntária, o link para acederem à sessão e, posteriormente, o vídeo com os exercícios daquela semana.



Sabias que a prática de exercícios no contexto laboral trazem inúmeros benefícios para a tua saúde física e psicológica?

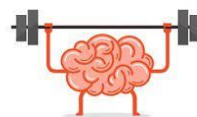
Por isso, dia 10/01/2023, espero por ti...

A inscrição é voluntária, gratuita e obrigatória através do seguinte link:

<https://forms.gle/WdmTPRmTWk9XvQ18>

APÊNDICE VII- CONSENTIMENTO INFORMADO

Atíva-te



Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia[1] e a Convenção de Oviedo[2]

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

Título do estudo: “Ativa-te”.

Enquadramento: No âmbito do 2ºano do mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, encontro-me a desenvolver um projeto de investigação intitulado “Ativa-te”, sob a orientação da Profª Doutora Maria Salomé Martins Ferreira e com a co-orientação da Enfermeira Ana Paulina Garcez Rodrigues.

Explicação do estudo: O presente projeto consiste na realização de sessões de exercícios, com duração máxima de 20 minutos, para profissionais do ACES. Estas sessões serão realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em formato via online, com início dia 10 de janeiro e fim a 14 de fevereiro, num total de 6 semanas. As sessões terão dois horários: das 13h às 13h20 e das 13h30 às 13h50. As sessões terão um programa de exercícios articulado com a respiração. Estas sessões têm o objetivo de avaliar o contributo de um programa de exercício físico na diminuição da ansiedade dos profissionais. Na primeira e última sessão será enviado um questionário a cada participante. Posto isto, solicito a sua participação nas sessões. Após a conclusão do estudo todos os dados recolhidos serão destruídos.

Condições e financiamento: A sua participação não acarreta qualquer custo ou benefício. Para a participação terá apenas de aceder às sessões através de dispositivo com internet. A sua participação é de carácter livre, voluntária e poderá em qualquer momento retirar o consentimento sem qualquer prejuízo. A investigadora cumprirá as orientações de cariz ético e deontológico que regulam a investigação neste domínio.

Confidencialidade e anonimato: A investigadora deste projeto responsabiliza-se pela confidencialidade das informações recolhidas, os dados serão apenas utilizados para o presente estudo. Os participantes neste projeto não serão identificados em qualquer momento, será garantido o anonimato. Os dados recolhidos serão recolhidos em ambiente de privacidade. A privacidade anonimato e confidencialidade serão garantidos através da codificação de dados, sendo-lhe facultado, no final os resultados do estudo.

Agradeço a participação neste estudo e encontro-me disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida que possa surgir.

A investigadora:

Alexandrina da Costa Moreira (Enfermeira no Hospital da Luz-Póvoa de Varzim, mestrando do 2ºano do Curso de Enfermagem de Reabilitação, ESS-IPVC, xanamoreira123@gmail.com)

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Aceito

Por favor, coloque aqui o seu e-mail para receber o convite para as sessões e todos os exercícios realizados.

Obrigada.

ANEXOS

ANEXO I - INVENTÁRIO ESTADO-TRAÇO DE ANSIEDADE (STAI) FORMA Y-1

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO de Charles D. Spielberger

STAI Forma Y-1, Versão Portuguesa de Danilo R. Silva

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (x) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, **neste preciso momento**. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta

☞ que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos **neste momento**.

	nada	um pouco	moderadamente	muito				
1. Sinto-me calmo								
2. Sinto-me seguro								
3. Sinto-me tenso								
4. Sinto-me esgotado								
5. Sinto-me à vontade								
6. Sinto-me perturbado								
7. Presentemente, ando preocupado com desgraças que podem vir a acontecer								
8. Sinto-me satisfeito								
9. Sinto-me assustado								
10. Estou descansado								
11. Sinto-me confiante								
12. Sinto-me nervoso								
13. Estou inquieto								
14. Sinto-me indeciso								
15. Estou descontraindo								
16. Sinto-me contente								
17. Estou preocupado								
18. Sinto-me confuso								
19. Sinto-me uma pessoa estável								
20. Sinto-me bem								
21. Sinto-me nervoso e inquieto								
22. Sinto-me satisfeito comigo próprio								
23. Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo								
24. Sinto-me um falhado								
25. Sinto-me tranquilo								
26. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo								
27. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver								
28. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância								
29. Sou feliz								
30. Tenho pensamentos que me perturbam								
31. Não tenho muita confiança em mim								
32. Sinto-me seguro								
33. Tomo decisões com facilidade								
34. Muitas vezes sinto que não sou capaz								
35. Estou contente								
36. As vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem								
37. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento								
38. Sou uma pessoa estável								
39. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes								

