



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

SAÚDE MENTAL POSITIVA E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NUMA COMUNIDADE ESCOLAR NO NORTE DO PAÍS



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Patrícia Filipa Machado da Silva
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**SAÚDE MENTAL POSITIVA E BEM-ESTAR
PSICOLÓGICO NUMA COMUNIDADE ESCOLAR NO
NORTE DO PAÍS**

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Maria Carminda Soares Morais, PhD

outubro de 2024

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Carmina Morais pelo apoio e humanismo demonstrado neste caminho, pela capacidade de inquietar e suscitar o entusiasmo pela área da saúde comunitária e da saúde pública, e pela partilha dos seus conhecimentos comigo.

Às enfermeiras que me orientaram nos contextos clínicos, a enfermeira Conceição Ferreira, Sandra Peixoto e Rosa Zambrano; e um agradecimento especial à enfermeira Alexandra Coutinho, por todas as horas passadas juntas no estágio de natureza profissional se terem transformado num privilégio de partilha de saberes e me ter despertado o gosto pela saúde escolar.

Às colegas de Mestrado, em particular as que partilharam comigo os campos de estágio, pelas horas de conversa, pesquisa e devaneios, muitas vezes noite fora e pela amizade que criamos, em especial à Andreia, à Carla, à Sandrina e à Vânia.

À Rita em especial por não ter desistido de mim nas minhas horas mais solitárias quando todas já tinham terminado.

À minha família, e família de coração, que aguentaram as minhas ausências, e presenças mais discretas, mas que mesmo assim sempre me incentivaram e partilharam estes momentos comigo.

Ao China, pelas horas passadas na biblioteca e por ter sempre uma palavra amiga nos momentos de desânimo.

A todas as instituições e pessoas que se cruzaram neste percurso comigo e contribuíram para o meu desenvolvimento.

O meu muito obrigada

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por me ensinarem e ajudarem a nunca desistir, e por acreditarem sempre em mim.

Ao Duarte Luís, minha inspiração e fonte de energia.

Ao Hugo, por partilhar este caminho a meu lado, tantas vezes sinuoso, mas sempre nos amparamos.

RESUMO

Enquadramento: A saúde mental (SM), sendo essencial ao bem-estar psicológico (BEP) e ao funcionamento pleno dos indivíduos e das comunidades, constitui uma prioridade global e também nossa. A capacidade de responder aos desafios da vida, pela saúde mental positiva (SMP), poderá integrar-se nas estratégias de promoção e proteção da saúde da população. O setor da educação assume-se como contexto privilegiado para a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), assumindo-se como parte integrante e fundamental das equipas de saúde escolar. Constitui-se um dos grandes enfoques deste estágio de natureza profissional, realizado no âmbito do curso de mestrado de enfermagem de saúde comunitária, e sobre o qual o presente relatório se refere.

Objetivos: O presente relatório tem por objetivo responder às exigências para a atribuição do grau de mestre nos termos preconizados por Bolonha e simultaneamente apresentar o percurso formativo com vista ao desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEEC. O estudo empírico visa é analisar o nível de SMP e BEP na comunidade docente e não docentes de agrupamentos de escolas do norte do país. Avaliar o BEP e a SMP dos docentes e não docentes, correlacionar o BEP e a SMP e, analisar a associação entre estes e as variáveis sociodemográficas.

Metodologia: Este estudo assenta numa abordagem quantitativa, observacional, transversal, descritivo, comparativo e correlacional. Recorreu-se ao Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+), originalmente criado e validado por Lluch-Canut, traduzido e validado para a população portuguesa por Sequeira et al. (2014); à Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP), versão reduzida, originalmente criada e validada por Ryff, (1989), e traduzida e validada para a população portuguesa por Novo, Silva e Peralta, (1997, 2004); e um questionário sociodemográfico.

Resultados: Do nosso universo de 665 docentes e 219 não docentes, aderiram o nosso estudo 69 e 17, respetivamente. Os resultados obtidos sugerem adequada SMP e BEP na maioria dos docentes e não docentes. A comparação entre SMP e BEP nos docentes vs não-docentes quanto à pontuação total nas escalas e suas dimensões, verificou-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas classes no tempo de serviço no agrupamento ($U=-2.141$, $p=0.032$), e nas habilidades de relação interpessoal ($U=393.5$, $p=0.035$). Verificaram-se valores mais elevados nas dimensões habilidades de relação interpessoal ($U=465.5$, $p=0.034$) e relações positivas com os outros ($U=448.5$, $p=0.022$) nas mulheres, e de BEP ao nível da qualidade das relações interpessoais, incluindo a capacidade de estabelecer vínculos afetivos e de confiança nos outros.

Conclusões: Apesar de reduzida dimensão da nossa amostra, tornando-se insegura a generalização, abre a possibilidade de encetar um processo de intervenção em parceria com o enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica. A escola é um contexto privilegiado para a promoção da saúde, que deverá ser estruturada através do desenvolvimento de parcerias entre os serviços de saúde e a comunidade educativa.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Comunitária, Promoção da Saúde, Saúde Mental, Saúde Mental Positiva, Bem-estar Psicológico, Saúde Escolar, Literacia em Saúde Mental.

ABSTRACT

Framing: Mental health (MH), being essential to psychological well-being (PWB) and the full functioning of individuals and communities, is a global priority, and also ours. The ability to respond to life's challenges through positive mental health (PMH) can be integrated into strategies to promote and protect the health of the population. The education sector is a privileged context for the intervention of the specialist nurse in community nursing (SNCN), assuming itself as an integral and fundamental part of school health teams. It is one of the main focuses of this professional internship, carried out within the scope of the master's degree in community health nursing, and which this report refers to.

Objectives: This report aims to respond to the requirements for the award of a master's degree in the terms recommended by Bologna and simultaneously present the training path with a view to developing common and specific SNCN skills. The empirical study aims to analyze the level of SMP and BEP in the teaching and non-teaching community of school groups in the north of the country. Evaluate the BEP and SMP of teaching and non-teaching staff, correlate BEP and SMP and analyze the association between these and sociodemographic variables.

Methodology: This study is based on a quantitative, observational, cross-sectional, descriptive, comparative and correlational approach. Its objectives are to evaluate the PWB and SMP of teachers and non-teaching staff, to correlate PWB and SMP and to analyze the association between these and sociodemographic variables. The following were used: the Positive Mental Health Questionnaire (QSM+), originally created and validated by Lluch-Canut, translated and validated for the Portuguese population by Sequeira et al. (2014); the Psychological Well-being Scale (EBEP), reduced version, originally created and validated by Ryff, (1989), and translated and validated for the Portuguese population by Novo, Silva e Peralta, (1997, 2004); and a sociodemographic questionnaire.

Results: Of our universe of 665 teachers and 219 non-teaching staff, 69 and 17, respectively, joined our study. The results obtained suggest adequate SMP and PWB in most teachers and non-teaching staff. The comparison between SMP and PWB in teachers vs. non-teaching staff regarding the total score on the scales and their dimensions, it was found that there are only statistically significant differences between the two classes in the length of service in the group ($U=-2.141$, $p=0.032$), and in interpersonal relationship skills ($U=393.5$, $p=0.035$). Higher values were found in the dimensions, interpersonal relationship skills ($U=465.5$, $p=0.034$) and positive relationships with others ($U=448.5$, $p=0.022$) in women, and PWB in terms of the quality of interpersonal relationships, including the ability to establish affective bonds and trust in others.

Conclusions: Although our sample was small, generalizing uncertain, it opens the possibility of starting an intervention process in partnership with a specialist nurse in mental health and psychiatry. Schools are a privileged context for health promotion, which should be structured through the development of partnerships between health services and the educational community.

Keywords: Community Health Nursing, Health Promotion, Mental Health, Positive Mental Health, Psychological Wellbeing, School Health, Mental Health Literacy.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABREVIATURAS

CV	Coeficiente de Variação
DP	Desvio Padrão
M	Média
máx.	Máximo
min.	Mínimo
Me	Mediana

ACRÓNIMOS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
PASSEzinho	Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar adaptado ao jardim de infância
PASSE	Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar
PRESSE	Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
PELT	Projeto Escolas Livres de Tabaco
SOBE+	Saúde Oral Bibliotecas Escolares

SIGLAS

ALT	Assucena Lopes Teixeira
ARS	Administração Regional de Saúde
BEP	Bem-estar Psicológico
BES	Bem-estar Subjetivo
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
EEEC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
EBEP	Escala do Bem-estar Psicológico
EMAT	Equipa Multidisciplinar de Apoio Técnico ao Tribunal
ENP	Estágio de Natureza Profissional
EpS	Educação para a Saúde
ESS	Escola Superior de Saúde
ICN	<i>International Council of Nursing</i>
IPVC	Instituto Politécnico de Viana do Castelo
MPS	Modelo de Promoção da Saúde
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NSE	Necessidade de Saúde Especial
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PLS	Plano Local de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
QSM+	Questionário de Saúde Mental Positiva
SE	Saúde Escolar
SM	Saúde Mental
SMP	Saúde Mental Positiva
SNS	Serviço Nacional de Saúde

SP	Saúde Pública
SPLS	Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde
TEIP	Território Educativo de Intervenção Prioritária
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USP	Unidade de Saúde Pública
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	vi
SUMÁRIO.....	viii
ÍNDICE DE TABELAS	xi
INTRODUÇÃO.....	12
1.CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA	16
1.1 A USP BARCELOS E ESPOSENDE	17
1.2 UCC BARCELOS NORTE.....	18
1.3 UCC ASSUCENA LOPES TEIXEIRA	18
2. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	21
2.1 INTRODUÇÃO.....	22
2.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
2.2.1 Saúde Escolar e Promoção da Literacia	23
2.2.2 Promoção da saúde	25
2.2.3 Saúde Mental	28
2.2.4 Saúde Mental Positiva	32
2.2.5 Bem-estar psicológico	34
2.2.6 A Promoção da Saúde à Luz de Nola Pender	36
2.3 METODOLOGIA.....	38
2.3.1 Questão de investigação, finalidade e objetivos.....	39
2.3.2 Tipo de estudo	39
2.3.3 Caracterização do contexto de estudo	39
2.3.4 População	40
2.3.5 Variáveis.....	41
2.3.6 Procedimentos de recolha de dados.....	42
2.3.7 Previsão e tratamento de dados	45
2.3.8 Procedimentos éticos	46

2.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	47
2.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	65
2.6 CONCLUSÕES	67
2.7 CONTRIBUTOS E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA, INVESTIGAÇÃO, FORMAÇÃO E GESTÃO EM ENFERMAGEM	69
2.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	70
3 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	71
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	72
3.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	72
3.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	73
3.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados	74
3.1.4 Domínio das Aprendizagens Profissionais	75
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE COMUNITÁRIA.....	77
3.2.1 Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.....	77
3.2.2 Contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades	80
3.2.3 Integração e Coordenação nos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	84
3.2.4 Realização e Cooperação na Vigilância Epidemiológica de âmbito Geodemográfico	86
3.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	86
SÍNTESE FINAL	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS.....	101
ANEXO I: QUESTIONÁRIO SAÚDE MENTAL POSITIVA (Sequeira et al.,2014)	102
ANEXO II: AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA	104
ANEXO III: ESCALA DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO (Novo, Silva & Peralta, 1997, 2004).....	106
ANEXO IV: PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO ACeS CÁVADO I – BRAGA	108
.....	110
ANEXO V: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS NORTE.....	111

.....	112
APENDICES	114
APENDICE I: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA PARA DOCENTES	115
APENDICE II: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO PARA NÃO- DOCENTES	118
APENDICE III: CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	121
APENDICE IV: DADOS ADICIONAIS DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	124

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica da amostra: frequência absoluta e relativa.	49
Tabela 2	α -Cronbach na avaliação da consistência interna das escalas e dimensões em estudo, nas amostras de docentes e não-docentes.	50
Tabela 3	Frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada nível de saúde mental positiva, considerando a pontuação global da SMP, em docentes e não-docentes.	51
Tabela 4	Caracterização das amostras de docentes: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item do BEP, com orientação positiva.	52
Tabela 5	Caracterização das amostras de não-docentes: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item do BEP, com orientação positiva.	52
Tabela 6	Caracterização das amostras de docentes: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item do BEP, com orientação negativa.	53
Tabela 7	Caracterização das amostras de não-docentes: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item do BEP, com orientação negativa.	53
Tabela 8	Frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada nível de bem-estar psicológico, considerando a pontuação global do BEP, em docentes e não-docentes.	54
Tabela 9	Frequência absoluta e relativa de sujeitos em diferentes níveis de SMP, considerando a pontuação obtida em cada dimensão, nas amostras de docentes e não-docentes.	54
Tabela 10	Análise descritiva: mediana, média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, na amostra de docentes.	55
Tabela 11	Análise descritiva: mediana, média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, na amostra de não docentes.	56
Tabela 12	Comparação entre docentes vs não-docentes quanto à idade, anos de serviço e pontuação da SMP e BEP.	57
Tabela 13	Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, nas amostras de mulheres e homens	57
Tabela 14	Comparação entre mulheres vs homens quanto à pontuação da SMP e BEP.	58
Tabela 15	Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, nas amostras de quem pratica e quem não pratica alguma atividade de lazer.	59
Tabela 16	Comparação entre quem pratica atividade de lazer vs não pratica atividade de lazer, quanto à pontuação da SMP e no BEP.	59
Tabela 17	Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, nas amostras de quem pratica e quem não pratica alguma atividade física.	60
Tabela 18	Comparação entre quem pratica atividade física vs não pratica atividade física, quanto à pontuação da SMP e no BEP.	60
Tabela 19	Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, nas amostras de quem tem e quem não tem hábitos tabágicos.	61
Tabela 20	Comparação entre quem tem hábitos tabágicos vs não tem hábitos tabágicos, quanto à pontuação da SMP e no BEP.	61
Tabela 21	Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre a idade e o tempo de serviço com as dimensões da escala de SMP.	62
Tabela 22	Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre as dimensões escala de SMP.	62
Tabela 23	Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre a idade e o tempo de serviço com as dimensões da escala de BEP.	63
Tabela 24	Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre as dimensões escala de BEP.	63
Tabela 25	Correlações de <i>Spearman</i> entre as dificuldades em adormecer e a satisfação com a profissão com a idade, tempo de serviço, SMP e BEP.	64

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) e pretende de forma crítica reflexiva partilhar o percurso formativo conducente ao grau de mestre na área do curso e, simultaneamente, assegure condições de atribuição do Título Profissional de Enfermeira Especialista pela Ordem dos Enfermeiros. Constitui, assim, um documento imprescindível à avaliação das condições para submissão de provas públicas para obtenção do grau. Coloca o enfoque central nos desenvolvimentos inerentes ao Estágio de Natureza Profissional (ENP) que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Assucena Lopes Teixeira (ALT) entre o dia 3 de outubro de 2022 e 31 de março de 2023, sob orientação da enfermeira Especialista e mestre em Enfermagem Comunitária Alexandra Coutinho, e da Professora Doutora Carmina Morais.

A Saúde Escolar (SE) em Portugal, com mais de 100 anos de existência evoluiu para um paradigma de promoção da saúde, prevenção da doença e de cuidados de proximidade e centrados no utente, família e orientados para a comunidade; estes são pilares basilares da atual reforma dos cuidados de saúde primários (Firmino-Machado et al., 2017).

É por isso, importante, dar resposta a estas exigências, nomeadamente ao nível da adequação dos recursos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo em conta aquilo que são as necessidades e potencialidades atuais dos utentes (Sakellarides, 2020).

A Governação clínica e de saúde é, nesta linha de pensamento, uma função central orientadora na assunção efetiva do âmbito de competências do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) e das suas unidades funcionais, para que se promovam elevados padrões de adequação, segurança e efetividade na prestação de serviços de saúde, bem como na melhoria contínua da sua qualidade (Firmino-Machado et al., 2017). Parte-se, assim, de lógicas alinhadas em pressupostos inerentes à co-construção dos projetos de saúde das comunidades, pessoas e famílias, em resultado da pluralidade de qualificações e agências, designadamente por parte dos profissionais de saúde.

Neste contexto o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (EEEC) compromete-se na participação ativa neste novo modelo de governação clínica e de saúde, utilizando os seus conhecimentos e competências para trabalhar com a comunidade, integrando múltiplas equipas multidisciplinares, designadamente a saúde escolar, potenciando as suas capacidades através da avaliação de necessidades e definição de projetos estratégicos que visam responder às prioridades diagnosticadas, promovendo parcerias e a rentabilização dos recursos existentes (White, 2015). A proteção das pessoas, nomeadamente

dos grupos vulneráveis, bem como a sua capacitação, “trazendo as vozes”, permitindo a expressão das necessidades e a tomada de decisão consciente (Gandra & Silva, 2019), emerge de um processo de advocacia inerente aos cuidados de enfermagem nomeadamente na ajuda, defesa e proteção do cliente, (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.33) sendo capaz de, ao empoderar as comunidades, influenciar também as políticas de saúde (Figueira, et al., 2018).

Tendo a Organização Mundial de Saúde definido saúde no ano da sua constituição, 1948, como “o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (WHO, 2021b, p.3), e apesar de utópico e estático este conceito, permite definir a saúde não por oposição à doença, e chama a si a dimensão biopsicossocial e a dimensão mental. Na realidade, dada a crescente necessidade de uma prática de cuidados integrada, importa realçar a saúde mental (SM) – que foi já negligenciada durante demasiado tempo – por ser fundamental para o bem-estar geral das populações.

A SM é essencial para o bem-estar e funcionamento plenos dos indivíduos e das comunidades. Esta visão abrangente de saúde mental, muito além da ausência de doença, implica que a saúde mental possa ser encarada através de duas dimensões: positiva e negativa (Portugal, 2019).

Entende-se a SMP como um estado ótimo de funcionamento do ser humano, o que enfatiza a importância da promoção das qualidades da pessoa de forma a aprimorar o seu potencial (Lluch, 2002, 2003). Este conceito reforça a ideia de que é importante viver e sentir todos os momentos agindo conforme cada um, permitindo a expressão de sentimentos, canalizando-os e gerindo-os de forma coerente (Alves, Ribeiro e Sequeira, 2020).

O bem-estar é um conceito vasto e lato uma vez que considera a pessoa na sua generalidade, ou seja, preocupa-se com a “saúde física e mental, o bem-estar físico e psicológico e manifestando-se ao nível da satisfação e da felicidade” (Ferreira, 2013, p-26). Considerando a generalidade da pessoa, temos também de considerar o professor de uma perspetiva holística, com as suas relações e satisfação no trabalho, que influenciam fortemente o seu bem-estar. Este por sua vez quanto melhor for, melhor será para os alunos que também apresentarão níveis mais elevados de bem-estar (Harding et al., 2019).

Segundo o Conselho Nacional de Saúde “Sem Mais Tempo a Perder: Saúde Mental em Portugal- Um desafio para a próxima década”, 1 em cada 4 pessoas na região europeia apresenta algum tipo de problema de saúde mental durante a vida. E de acordo com o “Observatório Escolar: Monitorização e Ação | Saúde Psicológica e Bem-estar”, demonstra que pelo menos metade dos docentes apresentam sinais de sofrimento psicológico, muita

dificuldade em ter iniciativa e apresentam sentimentos de tristeza ou depressão. Estes profissionais relatam dificuldade em se acalmarem, utilizam muita energia nervosa e sentem-se frequentemente nervosos, tristes, irritados ou de mau humor (Portugal, 2022). Os professores são constantemente apontados como mais propícios ao desenvolvimento de perturbações de saúde mental comuns, quando comparados com outras profissões (Harding et al. 2019).

Face à realidade dos dados é imperativo desenvolver e implementar intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades expressas pelos profissionais docentes e não docentes, partindo de uma lógica participativa e do contexto em que se encontram inseridos, numa perspetiva salutogénica e de coprodução em saúde, assim como a obtenção de ganhos a diferentes níveis.

Assente nesta problemática, a componente de investigação tem como questão de partida, “Qual o nível de Saúde Mental Positiva e de Bem-estar Psicológico na comunidade docente e não-docente dos agrupamentos de escolas do norte do país?”. Assumimos como finalidade contribuir para a melhoria da Saúde Mental Positiva e do Bem-estar Psicológico, favorecendo condições de implementação de programas com base na evidência produzida numa lógica participada, com a comunidade escolar da área de abrangência da UCC ALT.

Este estudo assenta numa abordagem quantitativa, observacional, transversal, descritivo-correlacional,

O presente relatório encontra-se estruturado em três grandes capítulos: o primeiro onde é caracterizado o contexto da prática clínica, tanto do ENP, como também dos dois estágios que o antecederam e que em muito contribuíram para a aquisição das competências comuns e específicas de EEEC na área da Enfermagem de Saúde Comunitária; o segundo capítulo onde é apresentado o trabalho de investigação desenvolvido no ENP, com a apresentação, análise e discussão dos principais resultados; e o terceiro capítulo que descreve e analisa criticamente as atividades desenvolvidas no ENP para a aquisição das competências do EEEC.

1.CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

Os estágios realizados ao longo deste curso de Mestrado, de acordo com o plano de estudos, aprovado no Despacho nº 2598/2021 de 8 de Março de 2021, enquadrados nas unidades curriculares de Enfermagem de Saúde Pública, Enfermagem Comunitária e ENP, realizaram-se respetivamente na USP de Barcelos e Esposende de 27 de setembro de 2021 a 30 de novembro de 2021, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Barcelos Norte de 2 de dezembro de 2021 a 18 de fevereiro de 2022 e o ENP realizou-se na UCC Assucena Lopes Teixeira de 6 de outubro de 2022 a 31 de março de 2023.

Será agora feita uma breve descrição das três unidades, incidindo com mais pormenor na UCC Assucena Lopes Teixeira por ter sido a unidade onde o tempo de permanência foi maior e onde decorreu o ENP.

A USP de Barcelos e Esposende, e a UCC Barcelos Norte pertencem ao ACeS Cávado III Barcelos/Esposende.

O ACeS Cávado III Barcelos/Esposende é constituído pelos concelhos de Barcelos e Esposende e segundo o Bilhete de Identidade dos CSP3 apresenta 21 Unidades Funcionais (UF): 12 Unidades de Saúde Familiar, 5 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 3 UCC e 1 USP, onde se incluem 101 médicos, 27 médicos internos, 155 enfermeiros, 102 secretários clínicos e 48 outros profissionais (técnicos superiores, assistentes técnicos, e assistentes operacionais), para uma população inscrita de 161463 utentes.

1.1 A USP BARCELOS E ESPOSENDE

À USP compete, na área geodemográfica do ACeS em que se integra, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde (Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro).

A USP Barcelos e Esposende, onde decorreu o primeiro estágio é constituída por médicos de saúde pública, EEEC na área de Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e técnicos de saúde ambiental, podendo integrar outros profissionais, que forem considerados necessários na área da saúde pública, nomeadamente os que garantem o apoio administrativo.

Tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde.

A USP articula e partilha informação com as outras unidades integradas no ACeS, com o Hospital S. Maria Maior, E.P.E. e com as instituições públicas e privadas relevantes para a saúde da comunidade, nomeadamente com a Câmara Municipal de Barcelos no que concerne, por exemplo à emanação de orientações e conselhos à população em temas de saúde.

1.2 UCC BARCELOS NORTE

Esta UCC iniciou a sua atividade a 28 de abril de 2011 e abrange um número total de 66 294 utentes de 17 freguesias do concelho de Barcelos, sendo que 3309 se situam na faixa igual ou inferior a 6 anos, 49619 na faixa etária dos 7-64 anos, 7379 dos 65-74 anos e 5987 utentes apresentam idade igual ou superior a 75 anos. Para este número de utentes abrangidos, a unidade conta com uma equipa de 9 enfermeiros distribuídos pelas seguintes especialidades: 1 enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; 1 enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; 1 enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; 1 Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária; 3 enfermeiras especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 1 enfermeira de Cuidados Gerais.

Relativamente aos recursos humanos pertencentes a outros grupos profissionais e que integram a unidade a tempo parcial a unidade conta com: 1 médico especialista em Medicina Geral e Familiar, 1 Assistente Social, 1 Nutricionista, 1 Terapeuta da fala e 1 Assistente Técnico.

A UCC Barcelos Norte tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACeS Cávado III - Barcelos/Esposende em que se integra. A orientação no contexto da prática clínica do estágio de Enfermagem Comunitária foi realizada pela Enfermeira Coordenadora Conceição Ferreira e pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Sandra Peixoto.

1.3 UCC ASSUCENA LOPES TEIXEIRA

A UCC Assucena Lopes Teixeira está inserida no ACeS Cávado I Braga, que é constituído pelo concelho de Braga e segundo o Bilhete de Identidade dos CSP apresenta 24 Unidades Funcionais (UF): 17 Unidades de Saúde Familiar, 2 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 3 UCC e 1 USP e 1 URAP, onde se incluem 114 médicos, 64 médicos

internos, 162 enfermeiros, 86 secretários clínicos e 63 outros profissionais (técnicos superiores, assistentes técnicos, e assistentes operacionais), para uma população inscrita de 207.568 utentes.

A UCC ALT, iniciou a sua atividade a 18 de outubro de 2010 e abrange um número total de 82,322 utentes de 11 freguesias do concelho de Braga, sendo que 4732 se situam na faixa igual ou inferior a 6 anos, 61299 na faixa etária dos 7-64 anos, 8926 dos 65-74 anos e 7365 utentes apresentam idade igual ou superior a 75 anos. Para este número de utentes abrangidos, a unidade conta com uma equipa de 17 enfermeiros distribuídos pelas seguintes especialidades: 2 enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; 2 enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; 2 Enfermeira especialistas em Enfermagem Comunitária; 3 enfermeiras especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 2 enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica e 6 enfermeiros de Cuidados Gerais.

Relativamente aos recursos humanos pertencentes a outros grupos profissionais e que integram a unidade a tempo parcial a unidade conta com: 1 médico especialista em Medicina Geral e Familiar, 1 Assistente Social, 1 Nutricionista, 1 Terapeuta da fala e 2 Assistentes Técnicos.

A UCC presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, ou doença que requeira acompanhamento próximo; e atua ainda na Educação para a Saúde (EpS) na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro).

Para uma melhor resposta às necessidades da sua comunidade e ao cumprimento dos Programas Nacionais, a UCC ALT tem em curso vários projetos:

- Aventura de Crescer: Parentalidade Saudável e Consciente (promoção da qualidade de vida na gravidez, preparação para o parto e para a vida parental do casal)
- Saudável depois do Parto (Cuidar da saúde da mulher no período pós-natal, apoiar o processo de transição à parentalidade, promover a vinculação da tríade mãe/pai/filho)
- (Con)vencer a amamentação (apoiar a manutenção do aleitamento materno)
- Parental(Mente) Sã (promoção da saúde mental da grávida/ puérpera/família)
- Sorriso Feliz (melhorar as competências da comunidade escolar sobre saúde oral)

- Bem Comer para Bem Crescer e PASSE (melhorar as competências da comunidade escolar sobre a alimentação saudável)
- Crescer em Segurança (melhorar as competências da comunidade escolar sobre primeiros socorros e prevenção de acidentes)
- Aventura de Crescer: Tu decides (prevenção de comportamentos de risco relacionados com o tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância)
- Escola Inclusa (Contribuir para a adaptação do contexto escolar às necessidades específicas da criança com NSE)
- Higiene Pessoal e Pediculose (melhorar o conhecimento e despertar a comunidade escolar para a problemática da pediculose, alertando para o seu tratamento; reforçar conhecimentos sobre hábitos de higiene)
- Não Existo Só (melhorar a interação grupal entre os alunos, prevenindo comportamentos agressivos entre pares)
- Prazer da Vida (incentivar os alunos a criarem um projeto de vida pessoal)
- Eu e a Minha Mochila (capacitação dos alunos sobre a postura e pesos a carregar na mochila, prevenção de lesões devido a postura inadequada e carga excessiva)
- Renascer (promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens referenciados pelo Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NACJR, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e Equipa Multidisciplinar de Apoio Técnico aos Tribunais (EMAT), que se encontram em situação de risco e/ ou perigo)
- Inserção na Saúde (melhorar a qualidade de vida e promover a saúde de pessoas e grupos em situação de exclusão social, promover a autonomia ao nível da saúde das famílias beneficiárias do rendimento social de inserção)
- Incluir (contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos utentes da UCC ALT, promovendo sinergias, ativando meios e agentes capazes de dar resposta às suas necessidades. Este projeto realiza-se em parceria com o Conselho Local de Ação Social que é um órgão local de concentração e congregação de esforços da rede social, sendo um espaço privilegiado de diálogo e análise de problemas, visando contribuir para a erradicação da pobreza e exclusão social através da promoção do desenvolvimento social, intervindo em parcerias nas diferentes áreas de intervenção da UCC ALT).

2. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

2.1 INTRODUÇÃO

De acordo com o “Observatório Escolar: Monitorização e Ação | Saúde Psicológica e Bem-estar”, pelo menos metade dos docentes apresentam sinais de sofrimento psicológico, muita dificuldade em ter iniciativa e apresentam sentimentos de tristeza ou depressão. Estes profissionais relatam dificuldade em se acalmarem, utilizam muita energia nervosa e sentem-se frequentemente nervosos, tristes irritados ou de mau humor (Portugal, 2022).

Face à realidade dos dados é imperativo desenvolver e implementar intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades dos profissionais docentes e não-docentes, partindo de uma lógica participativa e do contexto onde se encontram inseridos, numa perspetiva salutogénica e de coprodução em saúde, assim como a obtenção de ganhos a diferentes níveis.

Neste contexto o enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública compromete-se na participação ativa neste novo modelo de governação clínica e de saúde, utilizando os seus conhecimentos e competências para trabalhar com a comunidade, integrando múltiplas equipas multidisciplinares, designadamente a saúde escolar, potenciando as suas capacidades através da avaliação de necessidades e definição de projetos estratégicos que visam responder às prioridades diagnosticadas, promovendo parcerias e a rentabilização dos recursos existentes (White, 2015).

Para a promoção da saúde em meio escolar o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) é um instrumento fundamental, que permite dar resposta aos novos desafios da saúde desta comunidade assim como à reorganização dos serviços (Portugal, 2015). O PNSE assenta em seis eixos estratégicos – Capacitação; Ambiente escolar e saúde; Condições de saúde; Qualidade e inovação; Formação e investigação em saúde escolar, e Necessidades de saúde especiais (*Idem*). No eixo da capacitação são desenvolvidas várias áreas de intervenção (saúde mental e competências socioemocionais, educação para os afetos e a sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural e prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como comportamentos aditivos sem substâncias), para a adoção de estilos de vida saudáveis (*Ibidem*). A SM surge como a primeira área a ser desenvolvida no âmbito da capacitação, por ser a base da promoção de um estilo de vida saudável para a obtenção de mais ganhos em saúde; tendo por isso as perturbações mentais de ser tratadas como uma prioridade. Segundo a OMS, cerca de 20% das crianças e jovens apresentam pelo menos uma perturbação mental antes dos 18 anos (Portugal, 2015).

Segundo os dados do Global Health Data Exchange, citado no PNS (2015), faz evidência à predominância das perturbações mentais e comportamentais na faixa etária entre dos 5 aos 19 anos, sobre todas as outras doenças não transmissíveis.

A promoção da Saúde Mental Positiva e do Bem-Estar Psicológico na comunidade docente e não docente dos Agrupamentos de Escola assume-se como uma prioridade, numa lógica de saúde positiva para todos (Portugal, 2015), assim como é fundamental garantir os cuidados a quem cuida e contribui para o saudável desenvolvimento das nossas crianças. Como verificado no estudo de Harding et al., (2019) no qual é sugerido que um melhor bem-estar dos professores está associado a um melhor bem-estar e menores dificuldades psicológicas dos alunos.

O estudo de investigação que se apresenta surge enquadrado no ENP que decorreu na UCC ALT e tem como finalidade contribuir para a melhoria da Saúde Mental Positiva (SMP) e do Bem-estar Psicológico (BEP), através da implementação de programas com base na evidência produzida numa lógica participada, com a comunidade escolar da área de abrangência da unidade, dando-lhe voz. Perceber se existe relação entre o nível de SMP, o BEP e um conjunto de determinantes sociodemográficas e clínicas, tornará possível conhecer a realidade desta comunidade, definindo linhas estratégicas de ação, através da recolha de dados científicos que permitirão a implementação de projetos que vão de encontro àquelas que são as necessidades percebidas de todos os envolvidos, permitindo a obtenção de ganhos numa perspetiva salutogénica, num caminho de coprodução em saúde.

Este estudo de investigação inicia com um enquadramento teórico, no qual são apresentados os conceitos fundamentais que definem a linha orientadora da investigação; segue-se a apresentação das opções metodológicas; apresentação dos resultados; análise e discussão dos resultados colocando-os lado a lado com a mais recente evidência científica e por fim as principais limitações, contributos para a prática, investigação, gestão e formação em enfermagem e termina com as principais conclusões e implicações futuras.

2.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1.1 Saúde Escolar e Promoção da Literacia

A Saúde Escolar (SE), em Portugal tem mais de 100 anos de existência; a intervenção junto da comunidade educativa desde a entrada da criança no Jardim-de-infância até ao ensino Secundário, assume um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde, e contribui para a obtenção de ganhos em saúde, quer através da promoção de contextos escolares

favoráveis à saúde, quer na promoção efetiva da inclusão de crianças com Necessidades de Saúde Especiais (NSE), numa lógica de parcerias envolvendo a equipa educativa multidisciplinar, bem como os encarregados de educação. (Pombal, et al.,2017).

Neste contexto e para um melhor entendimento, verificamos que comunidade é um conjunto de pessoas que se integra num determinado contexto geográfico, bem delimitado, com funções identificadas, para, e pelos membros, grupos e organizações que as constituem (Melo, 2020). É necessário um sentido de identidade que permite a partilha de objetivos comuns. A comunidade é um sistema relacional aberto, consequente da interação das pessoas, grupos e organizações comunitárias. O todo e as partes interagem através da participação, liderança e processo comunitário (Melo, 2020).

Partindo desta definição temos várias comunidades que são alvo dos cuidados dos enfermeiros, entre elas a comunidade escolar, que se define como uma estrutura ou o conjunto de estruturas destinadas ao ensino e educação, constituídas por vários elementos humanos (profissionais de educação, estudantes, encarregados de educação e todos os que com estes interagem), por elementos políticos próprios (por exemplo os planos educativos) e todos os outros elementos associados à educação e ao ensino (Idem). Desta forma fica mais claro de entender a área de intervenção em saúde escolar, e quais os seus parceiros na promoção da saúde.

Inicialmente a SE intervinha essencialmente na prevenção das Doenças Infetocontagiosas dos alunos e professores, assim como do ambiente onde decorriam as aulas. Atualmente, está mais centrada na prevenção das doenças diretamente relacionados com os comportamentos e estilos de vida da comunidade educativa, abandonando assim o cunho maioritariamente biomédico, e colocando o foco no modelo salutogénico. Desde 1982, o enfermeiro passou a ser parte integrante destas equipas e a assumir um papel de destaque na implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), em parceria com as escolas (Gonçalves, et al.,2018).

Para crescerem de forma saudável, as crianças/ adolescentes, precisam que lhes seja fornecida informação e serviços de saúde direcionados às suas necessidades, oportunidades equitativas e eficazes de desenvolvimento de habilidades para a vida, e ambientes seguros e de suporte (Organização Mundial de Saúde, 2024). Com esta presença constante e de proximidade nas escolas é possível facultar este suporte necessário, e contribuir para o aumento da literacia em saúde das comunidades.

Segundo WHO (2013) a Literacia em Saúde está ligada à literacia e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante o seu ciclo vital. Sendo, portanto, a escola um meio privilegiado para estimular a curiosidade das crianças e pela procura do conhecimento.

A literacia em saúde tem um forte impacto económico e é um determinante de saúde e de qualidade de vida (Loureiro, 2015). A promoção da literacia é essencial para o envolvimento qualificado e intencional, quer da criança/ jovem, quer da sua família e escola, em todo o processo de saúde; aprimorando a parceria efetiva no processo terapêutico e promovendo ganhos em saúde.

A literacia faz bem à saúde, é a riqueza de uma nação e salva vidas. [Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS), 2024].

Este aumento da literacia da comunidade traduz-se num envolvimento mais qualificado desta no processo de identificação e satisfação das suas necessidades, com intervenções mais assertivas no processo de co-construção em saúde (Lima de Almeida Costa & Borchardt, 2018). Sendo que desta forma a literacia em saúde contribui não só para promoção da saúde e prevenção da doença, mas também para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde (Arriaga, et al., 2019).

Assim, a literacia em saúde está intimamente interligada à saúde do indivíduo e por sua vez aos processos de promoção de saúde (WHO, 2019). Trata-se de processos onde todos os dias são desafiadas novas abordagens, parcerias de co-construção de projetos em saúde, transformadores de estilos de vida e das condições de saúde dos indivíduos (Moraes, Brito & Tomás, 2018).

“Intervir em saúde escolar é intervir numa fase precoce do desenvolvimento em que (ainda) é possível “moldar”, de forma positiva, comportamentos e atitudes, atuando a um nível dito primordial de prevenção em saúde” (Série Monográfica, 2014).

2.2.2 Promoção da saúde

“Health promotion in the 21st century brings many challenges due to the rapid, ongoing changes in the population, workforce, technology, and health care environment. However, these challenges bring new opportunities for nurses, who, with other members of an interdisciplinary team, can create innovative plans to improve health” (Pender, Murdaught & Parsons, 2011, p. 336).

A orientação salutogénica foi proposta como linha orientadora no sentido de desviar o foco dos fatores de risco para se concentrar na saúde, olhando o “todo” da pessoa, em vez

da doença. Assim, o modelo salutogénico é útil em todos os campos dos cuidados de saúde, mas é especificamente importante para a promoção da saúde. (Antonovsky, 1996).

Neste alinhamento importa referir que a promoção em saúde, conceito que surge na Carta de Ottawa em 1986 e visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorarem. Para isso é fundamental construir políticas saudáveis, consciencializar quem toma as decisões das consequências que estas têm na saúde das comunidades e alertar para a necessidade de incluir a promoção na legislação, medidas fiscais, impostos e mudanças organizacionais, promovendo maior equidade e tornando as opções saudáveis as mais fáceis (OMS, 1986). Criar ambientes favoráveis, sendo que a saúde não é um conceito isolável. Devemos cuidar do ambiente natural que nos rodeia e preservar os recursos naturais do planeta, mas também do ambiente social onde nos inserimos para que o trabalho e os tempos livres sejam uma fonte de saúde (*Idem*). A promoção de saúde gera condições de vida e de trabalho seguras devendo por isso o impacto que os ambientes manifestam na saúde ser constantemente monitorizados para a orientação das ações de saúde pública (*Ibidem*). Reforçar a ação comunitária através de uma rede de recursos humanos, materiais e financeiros, bem como suporte social e sistemas de participação pública que orientem para a resolução dos problemas de saúde é também referido pela OMS (1986) quando foi redigida a Carta de Ottawa. Desenvolver competências pessoais e sociais, com melhor informação, educação para a saúde e reforço das competências para a uma vida saudável, através da capacitação para processos de aprendizagem durante todo o ciclo vital, e munindo-as de ferramentas para enfrentar as várias etapas, assim como os processos de doença e incapacidades (OMS, 1986). Assim as populações ficam mais habilitadas a controlar a sua saúde e o ambiente. Reorientar os serviços de saúde para que sejam centrados nas necessidades do indivíduo, compreendido na sua globalidade (*Idem*). Esta reorientação é fundamental para a promoção da saúde, mas para a alcançar é mandatório que a responsabilidade seja partilhada entre os indivíduos, grupos comunitários, profissionais e instituições de saúde, e os governos; criando também canais de comunicação entre os vários setores – saúde, social, político, económico e ambiental – fundamentais no apoio das comunidades para a satisfação das suas necessidades para a vida saudável. A reorientação dos serviços de saúde exige um enfoque na investigação em saúde, para desta forma fundamentar as alterações e os ganhos em saúde com as mesmas (*Ibidem*).

Na conferência internacional de Astana reforça-se a ideia de que os cuidados de saúde primários devem empoderar as pessoas e as comunidades para que sejam autoras da sua própria saúde, defensoras das políticas que a promovem e a protegem e, ainda, corresponsáveis pela construção da saúde e dos serviços sociais que para ela contribuem (Declaração de Astana, 2018).

Nesse processo de co-construção são fortalecidas as relações entre os intervenientes, criando e ampliando redes e recursos disponíveis para a satisfação das necessidades e a capacitação da comunidade.

Segundo o glossário da WHO (2021b), o empoderamento resulta de processos sociais, culturais, psicológicos ou políticos através dos quais indivíduos e grupos sociais são capazes de expressar as suas necessidades, apresentar preocupações, elaborar estratégias para envolvimento na tomada de decisões responsáveis e alcançar objetivos políticos, ação social e cultural para atender a essas mesmas necessidades, incluindo a cocriação de políticas e serviços que afetam e servem as suas comunidades. A promoção da saúde, não só engloba ações direcionadas ao fortalecimento das competências básicas para a saúde e capacidades dos indivíduos, mas também em influenciar os determinantes subjacentes da saúde. Nesse sentido, visa criar condições que ofereçam melhores oportunidades de relação entre os esforços dos indivíduos e os resultados de saúde obtidos (WHO, 2021b).

Neste contexto surge o enfermeiro especialista em saúde comunitária, que com a assunção de um papel fundamental na promoção da saúde e baseando a sua intervenção nas competências específicas da sua área de especialização, assume-se como parte integrante das equipas de Saúde Escolar. Em parceria com as escolas e *stakeholders*, o Enfermeiro assume um papel de destaque na avaliação do estado de saúde da comunidade com base na metodologia do Planeamento em Saúde, consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS), na capacitação de grupos e comunidades, assim como realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

O PNSE (2015) encontra-se mais centrado na intervenção junto dos alunos, pelo que é imperioso promover o bem-estar de quem cuida e intervir também com a restante comunidade escolar, tendo por base o modelo bio-ecológico.

Neste modelo o cuidado de enfermagem visa atender holisticamente às necessidades da pessoa nos diferentes contextos, conduzindo ao empoderamento comunitário (Ungar, 2013; Xavier, 2008; Bronfenbrenner, 2011), e à melhoria do bem-estar e da saúde das pessoas.

A Conferência de Sundsvall, cuja temática foi “Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde”, apelou à mobilização a nível mundial, para que a população se empenhasse de forma ativa, em tornar os ambientes mais favoráveis à sua saúde, em vez de promover a sua deterioração. Estes ambientes constituem os locais de trabalho, onde se vive e passam os tempos livres (WHO,1991).

Estes factos remetem para a importância das políticas nacionais e comunitárias, conduzirem à criação de ambientes de trabalho que permitam aos funcionários a sua participação de forma plena e produtiva na sua vida profissional até uma idade mais avançada, contribuindo assim, de forma preponderante, para a saúde global da população e consequentemente para a saúde pública em geral (Comissão das Comunidades Europeias, 2007). Como corroborou Srivastava (2017), os gestores e operários que classificaram o local de trabalho como seguro e favorável apresentavam níveis de desconforto psicossomático e sintomas de somatização significativamente mais baixos do que aqueles que classificavam o local de trabalho de inseguro e sem apoio.

O Plano de Ação Global em Saúde dos trabalhadores 2008-2017 evidencia que todos os trabalhadores deveriam usufruir de uma elevada saúde física e mental, e condições de trabalho favoráveis. Todo o sistema de saúde deveria, em conjunto, dar uma resposta integrada às necessidades específicas de saúde da população trabalhadora, no qual a prevenção primária deve ser a principal prioridade. O local de trabalho deveria ser entendido como um cenário de eleição para outras intervenções essenciais em saúde pública e para a promoção da saúde (WHO,2007). Neste sentido a intervenção do EEEEC a exercer na área da saúde escolar, é essencial na promoção da saúde na comunidade que tem como local de trabalho/ ensino, a escola.

2.2.3 Saúde Mental

“A saúde mental é um aspeto essencial da existência do homem desde a infância até à velhice” (Violago, et al., 2023).

A saúde mental (SM) é essencial para o bem-estar e funcionamento plenos dos indivíduos e das comunidades. Esta visão abrangente de saúde mental, muito além da ausência de doença, implica que a saúde mental possa ser encarada através de duas dimensões: positiva e negativa (Portugal, 2019).

Para a Organização Mundial de Saúde (2014), a Saúde Mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo compreende as suas próprias habilidades, consegue lidar com o

normal stress da vida, trabalha de forma produtiva e proveitosa, e é capaz de dar o seu contributo para a comunidade. Saúde mental não é somente a ausência de perturbação mental, mas o estado de bem-estar. Este estado de bem-estar permite enfrentar as várias situações da vida em pleno das suas capacidades, gerir o stress e contribuir para a comunidade (idem).

O estado de SM dos indivíduos é um processo dinâmico, ao longo de toda a vida, em que vão variando os níveis de bem-estar e os sintomas de doença. Na tentativa de manutenção do equilíbrio deste com o ambiente, é necessário promover a componente positiva da saúde mental, capacitando os indivíduos com as ferramentas necessárias para lidar com as circunstâncias adversas, potenciar os fatores de suporte e minimizar os fatores desfavoráveis (Portugal, 2019).

É necessário integrar a promoção da saúde e do bem-estar mental nas estratégias de promoção e proteção da saúde da população, de forma abrangente e intersectorial, promovendo a transversalidade das políticas da saúde em áreas como o setor social, a educação, o emprego e locais de trabalho, a justiça, entre outros (idem).

A Estratégia Europeia, *Saúde 2020: Um enquadramento político e estratégico para o século XXI*, sublinha que o reforço de programas de promoção da saúde mental é altamente relevante, uma vez que uma em cada quatro pessoas na região europeia apresenta algum tipo de problema de saúde mental durante a vida. (ibidem).

Nas crianças e jovens a situação é também preocupante, a sua SM parece estar a deteriorar-se (Collishaw, 2015). Segundo o Department for Education (2016) em Inglaterra, 37% das raparigas e 15% dos rapazes na faixa etária entre os 14-15 anos estavam psicologicamente perturbados.

O PNSE (2015) citando a OMS Europa e a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência, relembra que em cada cinco crianças uma apresenta problemas mentais e comportamentais. Estas doenças estão no topo da classificação das doenças não transmissíveis; quando comparadas com outras doenças não transmissíveis verificamos como referido pela The Global Health Data Exchange no PNSE (2015), que 22% e 26% das crianças e jovens nas faixas etárias dos 5-14 e dos 15-19, respetivamente, sofrem de algum tipo de doença mental ou comportamental. Quando verificada a prevalência da doença em segundo lugar, os valores baixam para 15% e 20% nas mesmas faixas etárias.

O Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2032 da OMS, reconhece a saúde mental como uma componente fundamental para o bem-estar dos indivíduos. Baseando-se numa

abordagem do ciclo de vida, o Plano de Ação visa alcançar a equidade através da cobertura universal de saúde e salienta a importância da prevenção da doença mental (Organização Mundial de Saúde, 2013).

A nível internacional, foi criado o Plano de Ação Integral de Saúde Mental da OMS 2013-2020 em maio de 2013. Em 2019, este plano foi estendido até 2030. O Plano de Ação Abrangente de Saúde Mental 2013-2030 atualizado estabelece ações para promover a saúde mental e o bem-estar para todos, prevenir condições de doença mental para as pessoas em risco e alcançar a cobertura universal dos serviços de saúde mental. Os quatro principais objetivos do plano são:

- Liderança e governança mais eficazes para a saúde mental;
- Prestação de serviços de assistência social e de saúde mental abrangentes e integrados em contextos comunitários;
- Implementação de estratégias de promoção e prevenção;
- Sistemas de informação, evidências e pesquisas fortalecidos.

(WHO, 2022a).

No contexto nacional, a redução do impacto das perturbações mentais e a promoção da saúde mental das populações estão patentes na missão do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e extensão a 2020, tendo o programa estabelecido como meta para 2020 o aumento em 30% do número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais. (Portugal, 2019). Tentando desta forma contrariar a tendência atual, em que a maioria das abordagens da SM, sob o ponto de vista da investigação, tem privilegiado o estudo de psicopatologia, com base na existência de sinais e sintomas, em vez do estudo das qualidades que podem proteger as pessoas com problemas de Saúde Mental (Sequeira, [et al.], 2014).

A OMS (2022) notifica que a SM das pessoas foi afetada pela saúde, consequências sociais e económicas. Muitos de nós deparamo-nos com o aumento da ansiedade e para alguns a COVID-19 pode ter exacerbado problemas de saúde mental pré-existent. (Violago,2023)

O mesmo acontece nas escolas, de acordo com o “Observatório Escolar: Monitorização e Ação | Saúde Psicológica e Bem-estar”, pelo menos metade dos docentes apresentam sinais de sofrimento psicológico, muita dificuldade em ter iniciativa e apresentam sentimentos de tristeza ou depressão. Estes profissionais relatam dificuldades

em se acalmarem, utilizam muita energia nervosa e sentem-se frequentemente nervosos, tristes, irritados ou de mau humor (Portugal, 2022).

Em comparação com outras profissões, os professores apresentam maior risco de desenvolvimento de perturbações mentais (Harding et al., 2019).

A saúde mental dos professores afeta a dos seus alunos, Harding et al., (2019), sugerem que um melhor bem-estar dos professores está associado a menores dificuldades psicológicas e melhor bem-estar dos alunos.

Em Portugal têm sido feitos esforços, desde a publicação da Lei da Saúde Mental em 1998, para colocar em destaque a SM por ser uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos, interdependente da saúde física, e o peso económico da doença mental no nosso país ser apontado (apesar de subestimado) em 3,7% do PIB. Apesar da sua importância central no bem-estar dos indivíduos e impacto transversal na sociedade, a saúde mental, e em particular a sua promoção, não tem sido considerada uma prioridade a nível das políticas de saúde e das comunidades (CNS, 2019).

Segundo o mesmo relatório (CNS, 2019), o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, extensão a 2020, definiu estratégias para a área da saúde mental, no qual inclui a reforma dos serviços de SM, e que contém objetivos concretos; no entanto este Plano não teve o apoio político nem os recursos financeiros necessários à sua plena implementação.

Com base no documento internacional referido acima, foi publicado o decreto-lei nº 113/2021 de 14 de dezembro que, assim como na nova Lei de Bases da saúde, nomeadamente a base 13 (estabelece que os cuidados de SM devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, evitando a sua estigmatização, discriminação negativa ou desrespeito em contexto de saúde, e devem ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada, prioritariamente ao nível da comunidade), bem como dando cumprimento ao Plano de Recuperação e Resiliência (compromisso de reforma da saúde mental), estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de SM, nomeadamente a criação da Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, com o objetivo de promover a melhoria da SM das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a elas associados.

2.2.4 Saúde Mental Positiva

A SM é essencial para o bem-estar e funcionamento plenos dos indivíduos e das comunidades, que geralmente encontra-se associada à ausência de patologia mental, mas que vai para além desta, envolvendo de forma significativa capacidades positivas (Almeida,2018).

A Saúde Mental Positiva (SMP) abarca os recursos pessoais para encarar os desafios da vida e a capacidade de fomentar relações satisfatórias com os outros, atingindo o bem-estar psicológico, incluindo, assim, sentimentos de satisfação com a vida, vitalidade e energia, em conjunto com o bem-estar físico. A saúde mental negativa está relacionada com a existência de doença mental, sintomas e problemas mentais (Portugal, 2019)

O conceito de SMP foi apresentado pela primeira vez por Marie Jahoda, que se afastou do conceito redutor da mera ausência de doença mental, e se centrou nos diversos aspetos do autoconceito e na valorização das competências pessoais capazes de enfrentar os problemas do dia-a-dia (Jahoda, 1958). Como é referido por Violago et. *al.*, (2023), é necessário praticar o autocuidado e estratégias para lidar com as dificuldades institucionais, pressões de desempenho e as elevadas exigências de carga de trabalho, para prevenir o esgotamento dos professores.

Ortega (2015), considerou a SMP um comportamento individual, e estabeleceu que o ambiente social e cultural pode facilitar ou dificultar a consecução da saúde através das normas para avaliar um comportamento saudável que, longe de serem fixas e objetivas variam com o lugar, o tempo, a cultura e as expectativas de cada grupo social.

Entende-se a SMP como um estado ótimo de funcionamento do ser humano, o que enfatiza a importância da promoção das qualidades da pessoa de forma a aprimorar o seu potencial (Lluch, 2002,2003).

Este conceito reforça a ideia de que é importante viver e sentir todos os momentos agindo conforme cada um, permitindo a expressão de sentimentos, canalizando-os e gerindo-os de forma coerente (Alves, Ribeiro & Sequeira,2020).

A SMP pode ser fomentada através da promoção de hábitos ativos e saudáveis, sendo para isso necessário, criar condições de vida e ambientes/contextos que melhorem o bem-estar e estimulem as pessoas a adotarem estilos de vida saudáveis e integrados.

Para Lluch (2002) a SMP é um estado dinâmico que consiste em tentar estar e sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias específicas em que se encontra, interpretando

e aceitando a normalidade de muitos dos nossos pensamentos, sentimentos e condutas, promovendo qualidades próprias e promoção de aptidões pessoais.

Lluch desenvolveu o modelo multifatorial de SMP baseado numa visão holística de saúde, no qual considera que existe uma relação estreita entre saúde física e mental (LLuch-Canut et al., 2013); e apresenta os seguintes seis fatores:

- Satisfação pessoal (F1) – Satisfação consigo próprio, com a sua vida pessoal e com as suas perspetivas de futuro;
- Atitude pró-social (F2) – Sensibilidade face ao seu ambiente social, atitude e desejo de ajudar e apoiar os outros e a aceitação dos outros e da diferença;
- Auto-controlo (F3) – Capacidade da pessoa para enfrentar o stress e situações de conflito, o equilíbrio emocional, a tolerância à frustração, à ansiedade e ao stress;
- Autonomia (F4) – Capacidade de tomar as suas próprias decisões, aplicando critérios próprios, autorregulando a sua conduta e mantendo um bom nível de segurança pessoal;
- Capacidade de resolução de problemas (F5) – Referente à capacidade de tomar decisões e resolver os problemas que a vida apresenta, assim como a capacidade para se adaptar à mudança, desenvolvendo uma atitude flexível de crescimento pessoal contínuo;
- Habilidades de relação interpessoal (F6) – Capacidade para comunicar e estabelecer relações interpessoais harmoniosas com o meio envolvente e a habilidade de comunicar sentimentos, de dar e de receber afeto.

(Lluch,2020)

Estes fatores são necessários para a manutenção de uma SMP e permitem ao ser humano desenvolver capacidades para enfrentar a sua vida diária (Alves,2020).

Lluch (2002) assume a ideia de SMP como sendo um estado dinâmico que envolve emoções tanto positivas, como negativas, pensamentos e comportamentos que promovem as qualidades próprias com o seu expoente na promoção de aptidões pessoais. A terminologia positiva é explicada por Lluch (2008) como potenciadora da SM geral, quando promovida. A autora defende a aceitação das diferentes emoções, sejam elas positivas ou negativas, como fundamentais à vida, bem como os momentos de alegria e tristeza, vida e morte, amor e dor, com o intuito de promover a resiliência, com vista a que cada pessoa seja capaz de se sentir o melhor possível diante de cada circunstância em que se encontra Lluch (2002), ressaltando a ideia de que não é esperado que se viva em constante felicidade, mas sim, no

sentido de se potenciar a SMP deve ser promovido o pensamento crítico, a empatia e maximizar uma atitude de resolução de problemas, fazendo todos os possíveis por encarar os desafios com otimismo

Este conceito reforça a ideia de que é importante viver e sentir todos os momentos agindo conforme cada um, permitindo a expressão de sentimentos, canalizando-os e gerindo-os de forma coerente. Este ponto é importante, por exemplo numa situação de perda, em que chorar e acompanhar são aspetos positivos da vida (Alves et al., 2020).

Para avaliar o Modelo multifatorial, Lluch (1999) criou e validou o questionário de SMP que foi posteriormente traduzido e validado para a população portuguesa por Sequeira et al., (2014).

2.2.5 Bem-estar psicológico

O bem-estar é um conceito que abrange a saúde física, o estado psicológico, as relações sociais, as crenças e a relação com meio ambiente onde o individuo se encontra inserido (WHO, 2009).

Ferreira, (2013) considera o Bem-estar como um conceito vasto e lato uma vez que considera a pessoa na sua generalidade, ou seja, preocupa-se com a “saúde física e mental, o bem-estar físico e psicológico e manifestando-se ao nível da satisfação e da felicidade” (p. 26).

O bem-estar psicológico (BEP), é um conceito enraizado no pensamento clássico desenvolvido por Aristóteles, e refere-se à eudaimonia ou felicidade entendida como “a atividade da alma dirigida pela virtude” e orientada para a perfeição e para a realização pessoal do daimon ou verdadeiro self (Novo, 2005).

Existem diferenças entre os conceitos de BEP e o bem-estar subjetivo (BES). O BES abrange uma dimensão cognitiva e uma afetiva, uma vez que engloba conceitos como o afeto e a qualidade de vida (Galinha, 2008).

Segundo Novo, o BES, nasce num contexto puramente empírico e tem-se mantido sob a bandeira da felicidade e dos seus correlatos ao nível da qualidade e da satisfação de vida. O seu critério é a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas em termos de experiências emocionais tendo por base valores, necessidades e sentimentos pessoais. E o BEP, nasce num contexto teórico eclético que cruza a psicologia clínica e do desenvolvimento. Define como objetivo fundamental a operacionalização de dimensões do funcionamento psicológico positivo relativas ao crescimento pessoal e ao envolvimento

interpessoal, dimensões que congregam características essenciais ao desenvolvimento da personalidade e à saúde mental (Novo, 2005).

Para Ryff e Singer (2006), o conceito de BEP reflete o significado da satisfação dos desejos, focando-se assim nos aspetos positivos, tais como o sentir-se bem, o contentamento e a satisfação com a vida.

Para Novo (2003), independentemente destes dois conceitos partilharem o mesmo objeto de estudo, eles têm origens, percursos e orientações diferentes, uma vez que, o BES é composto por três componentes inter-relacionados, mas distintos: afeto positivo, negativo e satisfação com a vida, sendo conceptualizado a partir da noção de felicidade e o BEP considera a felicidade juntamente com um conjunto de dimensões globais da personalidade, reconhecidas como necessárias a um funcionamento psicológico positivo e à expressividade da personalidade.

Ryff (1989) desenvolveu o modelo de bem-estar psicológico que é um dos mais amplamente reconhecidos e utilizados na psicologia positiva. Este modelo identifica seis dimensões essenciais que contribuem para o bem-estar psicológico de uma pessoa. Essas dimensões fornecem uma estrutura abrangente para entender o que significa viver bem e alcançar a realização pessoal. As seis dimensões do modelo de bem-estar psicológico de Ryff:

- **Autoaceitação** – Refere-se à capacidade de uma pessoa se aceitar a si mesma e reconhecer as suas qualidades e limitações. Pessoas com alta autoaceitação têm uma visão positiva de si mesmas, incluindo a aceitação de aspetos negativos.
- **Relações Positivas com os Outros** – Envolve a capacidade de desenvolver e manter relações interpessoais calorosas, satisfatórias e confiáveis. Isso inclui a empatia, o afeto e a intimidade nas relações.
- **Autonomia** – Diz respeito ao sentimento de independência e autodeterminação. Pessoas com alta autonomia são capazes de resistir a pressões sociais e regulam o seu comportamento a partir de padrões internos. Não há uma necessidade de aprovação dos outros, mas sim de uma autoavaliação baseada nos seus próprios padrões.
- **Domínio do Ambiente** – Refere-se à capacidade de gerir efetivamente a vida e o mundo ao seu redor. Inclui a habilidade de criar contextos que atendam às necessidades e valores pessoais.

- **Propósito na Vida** – Envolve ter objetivos e um senso de direção na vida. Pessoas com um propósito claro na vida sentem que há significado em suas atividades e objetivos futuros.
- **Crescimento Pessoal** – Diz respeito ao contínuo desenvolvimento e expansão do potencial pessoal. Inclui a abertura para novas experiências e a percepção de progresso em direção ao crescimento e desenvolvimento pessoal. Sentimento de crescimento contínuo e autodesenvolvimento.

Este modelo oferece uma visão multidimensional do bem-estar, indo além do simples foco em emoções positivas. Ele enfatiza a valorização das suas dimensões para uma vida plena e satisfatória. Para isso é necessária a simbiose entre saúde física, estado psicológico, crenças, relações sociais e com o meio onde se insere. Quando entramos na dimensão do domínio do ambiente realçamos a necessidade de nela intervir para capacitar os docentes de estratégias de forma a alcançar o equilíbrio na componente laboral.

2.1.6 A Promoção da Saúde à Luz de Nola Pender

Nola Pender detém conhecimentos profundos de desenvolvimento humano de psicologia experimental e de ensino, que lhe permitiram desenvolver uma perspetiva holística de enfermagem, o que originou a teoria do Modelo de Promoção da Saúde (MPS). Esta teoria foi publicada originalmente em 1982 e posteriormente aprimorada em 1996 e 2002 e tem sido usada para pesquisa, educação e prática de enfermagem.

O MPS de Nola Pender surge como uma proposição para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis e “oferece um guia para explorar os complexos progressos biopsicossociais que motivam os indivíduos a envolverem-se em comportamentos direcionados à melhoria da saúde” (Pender et al., 2011, p. 44). Aplicando esta teoria de enfermagem e o conjunto de conhecimentos recolhidos através da observação e da investigação, os enfermeiros são a profissão de excelência e de proximidade para permitir que as pessoas melhorem o seu bem-estar com autocuidado e comportamentos de saúde positivos (Pender, 2011).

Este modelo foi concebido para complementar os modelos de proteção da saúde, e desenvolveu-se para incorporar comportamentos para melhorar a saúde e aplica-se ao longo da vida. O seu objetivo é ajudar os enfermeiros a conhecer e compreender os principais determinantes dos comportamentos de saúde como uma base para o aconselhamento comportamental para promover o bem-estar e estilos de vida saudáveis (Pender et al., 2015).

Segundo este modelo, saúde é definida como um estado dinâmico positivo e não apenas a ausência de doença. A promoção da saúde visa aumentar o nível de bem-estar dos indivíduos, tendo por base a sua natureza multidimensional e conforme interação com o ambiente onde se inserem, para procurar alcançar um bom estado de saúde (Idem).

Assim, integrando vários constructos, este modelo apresenta-se com uma estrutura simples e clara, proporcionando ao enfermeiro um cuidar individual às pessoas e/ou, reunindo-as em grupo/ comunidades, permitindo planejar, intervir e avaliar as suas ações, sendo composto por três componentes:

- Características e experiências individuais (que integram o comportamento anterior que necessita de ser mudado) e fatores pessoais: biológicos, psicológicos e socioculturais, tais como a idade, autoestima e motivação, nível socioeconómico e educacional;
- Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar: engloba a percepção dos benefícios e barreiras para a ação, a percepção da autoeficácia, os sentimentos relacionados com os comportamentos, as influências interpessoais (da família, grupos de pares e prestadores de cuidados), e os modelos e influências situacionais (em que o ambiente pode ser facilitador ou impedir determinados comportamentos);
- Resultado do comportamento/comportamento de promoção da saúde desejável: abrange um compromisso com o plano de ação conjugado com as exigências imediatas e preferências, sendo que as exigências têm um baixo controlo sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas e as preferências exercem um alto controlo sobre as ações de mudança de comportamento.

(Pender et al., 2015)

Neste modelo, “pessoa” é um conceito central, que se expressa de forma ímpar em conformidade com as suas representações cognitivas e preceptivas individuais e de acordo com os fatores desencadeantes de mudança, a que é exposto (Pender et. al, 2011).

Cada pessoa tem um papel determinante na sua saúde porque o autocuidado representa o modelo dominante nos cuidados de saúde (Pender, 2011). Pender constrói então o MPS como um modelo positivo que advoga que a saúde está ao alcance de todos, sendo que o modo como cada pessoa a define é mais significativo que o conceito genérico de saúde.

Para Pender os agentes de saúde devem ter em consideração a complexidade da promoção da saúde que se foca em seis dimensões: “indivíduo, família, comunidade, socioeconómica, cultural e ambiental” (Pender et al., 2011, p. 6) sendo fundamental o seu contributo para empoderar o indivíduo, de modo a orientar para o autocuidado. Este modelo assenta na conceção da promoção da saúde, definida como “o processo que capacita indivíduos, grupos, famílias e comunidades a expor os determinantes dos seus comportamentos de saúde, e tomarem decisões sobre eles” (Idem), sendo apropriado para ser utilizado ao longo do ciclo vital e em diversos contextos.

Promover e estimular mudanças de comportamentos relacionados com a saúde, aumentar comportamentos saudáveis e reduzir comportamentos de risco para a saúde, são o grande desafio do Enfermeiro (Pender et al., 2015).

É necessária uma estratégia pensada, organizada e bem definida, que mobilize os vários setores da sociedade, através da criação de programas educacionais com o grande objetivo de contribuir para a melhoria dos estilos de vida individuais, influenciando escolhas pessoais realizadas num contexto social (Frank-Stromborg et al., 1998).

É a partir desta escola da promoção da saúde que a comunidade começa a ser alvo de atenção como sendo um elemento fundamental na construção individual do projeto saúde-doença (Melo, 2020) e em que a orientação para a saúde pública se caracteriza por uma abordagem de saúde comunitária focada na promoção da saúde e prevenção da doença. Esta abordagem substitui a abordagem higienista e supõe que o profissional partilhe conhecimentos sobre saúde com as pessoas em questão (Pepin et al., 2017). E é através desta partilha do EEEEC com a comunidade docente, que este contribui para que se tornem educadores holísticos (Violago et al., 2023).

2.3 METODOLOGIA

A metodologia de projeto é uma metodologia ligada à investigação e surge em torno da identificação de um problema real no contexto da prática, procurando a implementação de estratégias e intervenções eficientes e eficazes para a sua resolução (Ruivo et al., 2010). Esta identifica-se por ser promotora de uma ponte entre o conhecimento teórico e a aplicabilidade prática, fundamentando uma prática baseada na evidência e tendo como principal objetivo “centrar-se na resolução de problemas” (Idem).

2.3.1 Questão de investigação, finalidade e objetivos

Definiu-se a seguinte questão de partida, *Qual a Saúde Mental Positiva e o Bem-estar Psicológico na comunidade docente e não-docente de agrupamentos de escolas do norte do país?* Esta é a questão que pretende conduzir toda a investigação (Vilelas, 2020).

O estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria a Saúde Mental Positiva e o Bem-estar Psicológico, favorecendo condições de implementação de programas com base na evidência produzida numa lógica participada, com a comunidade escolar da área de abrangência da UCC ALT. Tendo em conta a sua finalidade e partindo-se do estudo da problemática em docentes e não docentes, definiram-se os seguintes objetivos:

1. Avaliar o nível de Saúde Mental Positiva e suas determinantes sociodemográficas;
2. Avaliar o Bem-estar Psicológico e suas determinantes sociodemográficas;
3. Correlacionar a Saúde Mental Positiva e o Bem-Estar Psicológico;
4. Identificar aspetos transversais, mas também singulares no âmbito da Saúde Mental Positiva e do Bem-estar Psicológico inerentes a cada Agrupamento de Escola.

2.3.2 Tipo de estudo

Este estudo assenta numa abordagem quantitativa, observacional, transversal, descritivo, comparativo e correlacional, onde serão avaliados o Bem-Estar Psicológico e a Saúde Mental Positiva dos docentes e não docentes, e correlacionadas com as variáveis sociodemográficas e com o Agrupamento Escolar onde exercem funções.

“Estudos transversais são aqueles que analisam um ponto específico num dado momento. Eles descrevem uma espécie de fotografia dos dados” (Vilelas, 2022, p. 225). Estes estudos são úteis para a avaliação das necessidades de cuidados de saúde e para o seu planeamento (*Idem*).

É correlacional, uma vez que procuramos determinar as relações entre as variáveis em estudo, não no sentido de estabelecer uma causa-efeito, mas de quantificar através de provas estatísticas a relação entre as variáveis (*Ibidem*).

2.3.3 Caracterização do contexto de estudo

O presente estudo decorreu na UCC ALT, e norteia-se pela missão desta Unidade funcional, ou seja, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área

geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Concorre assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACeS Cávado I - Braga, onde se integra.

A área geográfica desta unidade inclui onze freguesias do Conselho de Braga, que são - Pedralva, Sobreposta, Espinho, Este (São Mamede e São Pedro), Gualtar, União das Freguesias de Nogueiró e Tenões, São Vítor, União das Freguesias de Nogueira Fraião e Lamações, Esporões, União das Freguesias Morreira e Trandeiras, e União das Freguesias de São José de São Lázaro e São João do Souto. De acordo com os Censos 2011 a população residente na sua área de influência é de 82,322 habitantes.

Na saúde escolar estão incluídos os seis Agrupamentos de Escolas, sendo Alberto Sampaio, André Soares, Carlos Amarante, D. Maria II, Dr. Francisco Sanches e Conservatório de Música Calouste Gulbenkian, perfazendo um total de 14,227 alunos distribuídos por 580 turmas das 77 escolas.

2.3.4 População

Docentes e não docentes do Agrupamento de Escolas Alberto Sampaio, Agrupamento de Escolas Dr. Francisco Sanches e Escola Artística do Conservatório de Música Calouste Gulbenkian.

O Agrupamento de Escolas Alberto Sampaio, no ano letivo 2022/2023 tem 359 docentes e 118 não-docentes, o Agrupamento de Escolas Dr. Francisco Sanches tem 157 docentes e 69 não-docentes, e a Escola Artística do Conservatório de Música Calouste Gulbenkian com 140 docentes e 32 não docentes. Perfazendo um total de 665 docentes e 219 não-docentes.

Foram selecionados estes três agrupamentos devido às suas particularidades, sendo o agrupamento de Escolas Alberto Sampaio um macro agrupamento com escolas desde o jardim de infância até ao secundário, incluindo o ensino secundário profissional; o agrupamento de Escolas Dr. Francisco Sanches por estar incluída no Programa de Territórios Educativos de Intervenção Prioritária (TEIP) – O Programa TEIP é uma iniciativa governamental, implementada atualmente em agrupamentos de escolas/escolas não agrupadas que se localizam em territórios económica e socialmente desfavorecidos, marcados pela pobreza e exclusão social, onde a violência, a indisciplina, o abandono e o insucesso escolar mais se manifestam. São objetivos centrais do programa a prevenção e redução do abandono escolar precoce e do absentismo, a redução da indisciplina e a promoção do sucesso educativo de todos os alunos; e a Escola Artística do Conservatório de

Música Calouste Gulbenkian por ser uma escola não agrupada com formação geral e componente da área vocacional, desde o primeiro ano até ao secundário.

Tendo em conta o objetivo do estudo foram definidos como critérios de inclusão os seguintes itens:

- Ser docente ou não docente a exercer funções nos agrupamentos abrangidos pelo estudo;

Por sua vez, como critérios de exclusão foram definidos:

- Não utilizar as vias escolhidas para o envio dos instrumentos de colheita de dados;
- Não entregar os instrumentos de colheita de dados no prazo pré-determinado;
- Ausência ou incorreto preenchimento do consentimento informado.

2.3.5 Variáveis

Depois de definido o tipo de estudo, as variáveis de investigação constituem um elemento central, pois é á volta delas que se estrutura a investigação.

“As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos ou pessoas ou de situações estudadas que são estudadas numa investigação” (Vilelas, 2022, p. 171). Estas têm de estar de acordo com a definição da problemática em estudo, objetivos e marco teórico (*Idem*).

Sendo assim, para o presente estudo foram definidas as seguintes variáveis:

Variável dependente:

- Saúde mental positiva
- Bem-estar psicológico

Variáveis independentes:

- Idade
- Género
- Tempo de serviço
- Habilitações académicas
- Área de ensino
- Agrupamento escolar
- Atividades de lazer
- Atividade física
- Consumo de medicação

- Consumo de tabaco
- Satisfação com o trabalho
- Dificuldade em adormecer

2.3.6 Procedimentos de recolha de dados

➤ Instrumentos de colheita de dados

Para dar respostas aos objetivos a alcançar com este estudo, foram utilizados três instrumentos de colheita de dados:

Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica

Este questionário, elaborado pelo investigador, permitiu caracterizar a amostra em estudo e fornecer informações importantes acerca dos inquiridos, e correlacioná-las com as variáveis dependentes que foram avaliadas pelos outros dois instrumentos utilizados. (Apêndice I e II)

Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+) (Lluch, 2003), traduzido e validado para a população portuguesa por Sequeira et al., (2014). (Anexo I).

Relativamente à adaptação do QSM+ para a população portuguesa, a amostra foi constituída por 942 Estudantes do Ensino Superior de uma Instituição de Ensino Portuguesa e os dados foram recolhidos através de uma plataforma online, tendo sido encontrados valores de *Alpha de Cronbach* 0.92, apresentando assim uma boa consistência interna. Trata-se de um questionário com 39 questões que contém uma série de afirmações sobre a forma de pensar, sentir e agir de cada um, agrupadas em seis dimensões (Satisfação pessoal, Atitude pró-social, Autocontrolo, Autonomia, Capacidade de realização de problemas e Habilidades de realização interpessoal) (Sequeira et al., 2014).

As pontuações variam entre 39 (valor mínimo) e 156 (valor máximo), sendo que quanto maior for o valor obtido maior será o nível de SMP. Neste estudo é adotada a classificação teórica que foi também adotada por Teixeira et al., (2020) numa adaptação do trabalho de Garcia (2016) que categoriza a classificação nos níveis de SMP em Nível baixo ou *Languising*: resultados entre 39-78; Nível intermédio: resultados entre 79-117 e Nível alto ou *Flourishing*: resultados entre 118-156.

As respostas a cada item são apresentadas numa escala de *Likert* de 1 a 4, que diz respeito à frequência com que cada afirmação acontece na vida do indivíduo, respetivamente “sempre ou quase sempre”, “na maioria das vezes”, “algumas vezes” e “raramente ou

nunca”. Dos 39 itens, 19 aparecem formulados de forma positiva e 20 itens de forma negativa. Os itens enunciados positivamente são: 4, 5, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 35, 36 e 37.

Assim, conforme a enunciação do item, de forma positiva ou negativa, as respostas apresentadas terão pontuações diferentes, sendo que nos itens positivos:

- Sempre ou quase sempre – 4
- Na maioria das vezes – 3
- Algumas vezes – 2
- Raramente ou nunca – 1

Nos itens negativos:

- Sempre ou quase sempre – 1
- Na maioria das vezes – 2
- Algumas vezes – 3
- Raramente ou nunca – 4

De notar que quanto mais alta a pontuação, maior será a saúde mental positiva.

Este questionário permite obter valores totais de SMP ou por fatores específicos.

Cada fator tem os seus respetivos itens do questionário:

- Satisfação pessoal (F1) – 4,6,7,12,14,31,38,39
- Atitude pró-Social (F2) – 1, 3, 23, 25, 37
- Autocontrolo (F3) – 2, 5, 21, 22, 26
- Autonomia (F4) – 10, 13, 19, 33, 34
- Resolução de problemas e auto atualização (F5) – 15, 16, 17, 27, 28, 29, 32, 35, 36
- Habilidades de relação interpessoal (F6) – 8, 9, 11, 18, 20, 24, 30

Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) (Ryff, 1989). Este questionário foi validado para a população portuguesa por Novo, Silva & Peralta, (1997, 2004). (Anexo III).

Trata-se de um instrumento que integra o conjunto das seis dimensões: Aceitação sobre si, Crescimento pessoal, Objetivos na vida, Relações positivas com os outros, Domínio do meio e Autonomia. Segundo os mesmos autores, existem atualmente três versões destas escalas que diferem apenas no número de itens: a primeira versão proposta integra vinte itens por dimensão, sendo o instrumento global de 120 itens; a segunda e constituída por catorze itens, e a terceira versão com três itens por dimensão, num total de 84 e de 18 itens, respetivamente. Estas últimas duas versões são, atualmente, as mais utilizadas.

A escala de 18 itens foi a utilizada neste estudo; nesta versão temos apenas os três itens mais representativos de cada dimensão. As dimensões da escala e os itens correspondentes são:

- Autonomia (F1) – 1, 7, 13
- Domínio do meio (F2) – 2, 8, 14
- Crescimento pessoal (F3) – 3, 9, 15
- Relações positivas (F4) – 4, 10, 16
- Objetivos de vida (F5) – 5, 11, 17
- Aceitação de si (F6) – 6, 12, 18

Trata-se de uma escala Likert, em que os itens são afirmações de carácter descritivo com seis categorias de resposta, com cotação de 1 a 6; 1 corresponde a discordo completamente, 2 discordo em grande parte, 3 discordo parcialmente, 4 concordo parcialmente, 5 concordo em grande parte e 6 Concordo Completamente (Novo *et al.*, 2004). Os itens de carácter negativo têm a cotação invertida, de 6 a 1.

Relativamente à formulação das afirmações da escala, os itens 1, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12 encontram-se formulados de forma positiva e os itens 2, 4, 5, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 18 de forma negativa (Novo *et al.*, 2004).

Assim, conforme a enunciação do item, de forma positiva ou negativa, as respostas apresentadas terão pontuações diferentes, sendo que nos itens positivos:

- Discordo completamente – 1
- Discordo em grande parte – 2
- Discordo parcialmente – 3
- Concordo parcialmente – 4
- Concordo em grande parte – 5
- Concordo completamente – 6

Nos itens negativos:

- Discordo completamente – 6
- Discordo em grande parte – 5
- Discordo parcialmente – 4
- Concordo parcialmente – 3

- Concordo em grande parte – 2
- Concordo completamente – 1

A sua cotação varia entre 18 a 108 pontos, sendo que valores mais altos se traduzem em maior bem-estar. Na versão portuguesa, o alfa de *Cronbach* situa-se entre 0.74 e 0.86 para cada subescala e no total dos itens é de 0.93.

➤ Período de recolha de dados

Os dados foram obtidos após a autorização da Comissão de Ética da ARS Norte (Anexo V). Foram recolhidos entre os dias 15 de maio e 31 de julho de 2023, através do envio de um formulário pelo Google Forms. De todos os agrupamentos de escola incluídos no estudo, um não participou no estudo, não tendo o link para a resposta ao questionário sido encaminhado pelo diretor para os participantes do estudo.

2.3.7 Previsão e tratamento de dados

A análise e tratamento têm por finalidade considerar em detalhe os dados obtidos, realçando o essencial e incidindo sobre a descrição dos factos a serem discutidos.

Todos os cálculos foram realizados no SPSS v.28.

Adotar-se-á o nível de significância de 5% ($\alpha=0.05$). Seguindo as recomendações de Pestana e Gageiro (2014) considera-se não significativo se $p>0,05$, se $p<0,05$ significativo, se $p<0,01$ bastante significativo e se $p<0,001$ altamente significativo.

A análise exploratória de dados foi efetuada com a frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e com a mediana (Me), média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV)¹, valor mínimo (Mín) e máximo (Máx) para as variáveis quantitativas.

A verificação da normalidade foi realizada pelo teste de *Shapiro-Wilk* (W) quando $n<50$ ou pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors*, quando $n\geq 50$.

A homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de *Levene* (F).

A comparação entre duas amostras independentes, foi efetuada pelo teste *U Mann-Whitney*. O tamanho do efeito foi calculado pela estatística η de Fritz et al. (2012), onde

¹ coeficiente de variação (CV) (Pestana & Gageiro, 2014; p.111): $CV=(DP/M)\times 100$, $CV\leq 15\%$ → fraca dispersão; $15\%<CV\leq 30\%$ → moderada dispersão; $CV>30\%$ → forte dispersão.

$\eta < 0.10$: efeito irrelevante, $0.10 \leq \eta < 0.30$: efeito pequeno, $0.30 \leq \eta < 0.50$: efeito médio, $\eta \geq 0.50$: efeito grande.

O estudo da correlação entre variáveis foi efetuado pelo coeficiente de correlação de *Pearson*, r , quando as variáveis são quantitativas com distribuição Normal, ou pela correlação de *Spearman* r_s , quando pelo menos uma das variáveis é qualitativa ordinal. A interpretação da magnitude da correlação (*Pearson* ou *Spearman*) foi feita segundo o intervalo de correlação apresentado em Pestana & Gageiro (2014, p.347), onde independentemente do sinal (+ ou -), se:

- r ou $r_s \leq 0.19$ – Muito Fraca
- $0.20 \leq r$ ou $r_s \leq 0.39$ – Fraca
- $0.40 \leq r$ ou $r_s \leq 0.69$ – Moderada
- $0.70 \leq r$ ou $r_s \leq 0.89$ – Forte
- $0.90 \leq r$ ou $r_s \leq 1.0$ – Muito Forte

A consistência interna das dimensões foi verificada pelo α -Cronbach, de acordo com a seguinte classificação sugerida por Hair et al. (2020, p.262):

- $\alpha \geq 0.90$ – Muito Boa
- $0.70 \leq \alpha < 0.90$ – Boa
- $0.60 \leq \alpha < 0.70$ – Razoável
- $0.50 \leq \alpha < 0.60$ – Fraca
- $\alpha < 0.50$ – Inaceitável

2.3.8 Procedimentos éticos

Neste trabalho serão seguidas as orientações presentes no código deontológico do enfermeiro enquanto guia norteador da prática profissional, expressando os deveres e responsabilidades para com os direitos da pessoa e comunidade. Define um conjunto de normas com base nos processos do moral e do direito, definindo as boas práticas da profissão de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O código de Nuremberga surgiu para evidenciar e esclarecer as responsabilidades morais do investigador perante os sujeitos em estudo e toda a comunidade científica. O investigador deve, por isso, diligenciar um conjunto de regras que salvaguardem os direitos da população em estudo, sobretudo nas disposições éticas e legais.

Para a elaboração deste estudo serão tidos em consideração os seguintes princípios que regem a conduta ética em investigação: pedido consentimento legal aos docentes e não docentes, antes da realização do questionário; sendo explicados a natureza e os objetivos do estudo (Termo de Consentimento Livre e Informado); respeitada a vontade em colaborar ou não no presente estudo; garantido o direito à confidencialidade das suas respostas e o anonimato das informações, bem como o direito dos participantes selecionados a mudarem de ideias e abandonar a investigação sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificar um eventual abandono, em consonância com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo. (Apêndice III).

Antes de iniciar o estudo, foi solicitado parecer à Comissão Científica do ACeS Cávado I – Braga (ANEXO IV), e à Comissão de Ética da ARS Norte (ANEXO V). A estas Comissões é garantido o direito de monitorização.

Também foi solicitada autorização aos diretores dos Agrupamentos de Escolas envolvidas no estudo, quando foi enviado o link do formulário para os diretores encaminharem para docentes e não docentes.

E pedida autorização aos autores dos instrumentos de recolha de dados (QSM+). (ANEXO II).

Comprometo-me ainda a destruir todo o material produzido no âmbito deste trabalho de investigação, 2 meses após o término do estudo.

De acordo com Nunes (2020), este trabalho assume que o olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores, sendo que a Enfermagem como ciência humana, tem preocupações adicionais com o bem-estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pela dignidade, direitos e integralidade das pessoas.

2.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Procede-se agora à apresentação dos resultados obtidos após a aplicação dos instrumentos de colheita de dados. O total de respostas obtidas foram 86, sendo essa a nossa amostra (n=86), mas para dar resposta aos nossos objetivos de investigação teremos a amostra dividida por grupo de docentes (n=69) e não-docentes (n=17).

➤ Caraterização sociodemográfica e clínica

A Tabela 1 apresenta os valores de frequência absoluta (n) e relativa (%) na caracterização sociodemográfica das amostras de docentes e não-docentes.

A maior parte dos sujeitos das duas amostras são do sexo feminino, ainda que mais evidente entre os não-docentes (72.5% vs 82.4%).

Quanto à escolaridade, predomina o grau de licenciatura (51.2%) nos docentes e o ensino secundário nos não-docentes (58.8%). Contudo, é razoável destacar os 46.4% de docentes com o grau de mestre e os 35.3% de não-docentes com a licenciatura.

Em termos de prática de alguma atividade de lazer, tal é mencionado pela maior parte dos docentes (76.8%) e não-docentes (52.9%). Nos docentes e não-docentes, a maioria ocupa-se com leitura (47.2% vs 55.6%).

Em termos de prática de atividade física, tal é mencionado pela maior parte dos docentes (75.4%) e não-docentes (88.2%). Nos docentes e não-docentes, predomina a prática de caminhada (36.5% vs 60.0%).

Quase de metade dos docentes ($n=34$, 49.3%) e uma frequência considerável de não-docentes ($n=6$, 35.3%) faz algum tipo de medicação (e.g., ansiolíticos, antidepressivos).

A dificuldade em adormecer acontece maioritariamente em “vários dias” em docentes (62.3%) e não-docentes (47.1%).

A maioria dos docentes e não-docentes não tem hábitos tabágicos (84.1% vs 88.2%). Entre os docentes fumadores, o ato de fumar é diário, já entre os não-docentes a frequência é diária e ocasional.

Quando questionados sobre a satisfação que têm com a profissão, a maioria dos docentes referiu “mais ou menos de acordo” (34.8%) e a maioria dos não-docentes “de acordo” (35.3%). A frequência de docentes “em desacordo” registou 1.6% e nos não-docentes 5.9%.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra: frequência absoluta e relativa.

Variáveis e categorias	Docentes		Não-docentes	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo				
Feminino	50	72.5	14	82.4
Masculino	18	26.1	3	17.6
Outro	1	1.4	---	---
Habilitações literárias				
Ensino secundário	---	---	10	58.8
Licenciatura	36	51.2	6	35.3
Mestrado	32	46.4	1	5.9
Doutoramento	1	1.4	---	---
Pratica atividade de lazer?				
Sim	53	76.8	9	52.9
Não	16	23.2	8	47.1
Atividade de lazer praticada				
Dança	2	3.8	1	11.1
Leitura	25	47.2	---	---
Participação em coletividade	4	7.5	---	---
Leitura	---	---	5	55.6
Outra	22	41.5	3	33.3
Pratica atividade física?				
Sim	52	75.4	15	88.2
Não	17	24.6	2	11.8
Tipo de atividade física praticada				
Caminhada	19	36.5	9	60.0
Corrida	4	7.7	---	---
Ginásio	14	26.9	4	26.7
Natação	1	1.9	---	---
Outra	14	26.9	2	13.3
Consumo de psicofármacos				
Ansiolíticos (calmantes)	6	8.7	1	5.9
Antidepressivos	9	13.0	---	---
Antidepressivos	---	---	2	11.8
Outros	19	27.5	3	17.6
Dificuldade em adormecer				
Nunca	18	26.1	6	35.3
Vários dias	43	62.3	8	47.1
Quase todos os dias	8	11.6	3	17.6
Hábitos tabágicos?				
Sim	11	15.9	2	11.8
Não	58	84.1	15	88.2
Frequência dos hábitos tabágicos				
Diariamente	11	100	1	50.0
Ocasionalmente	---	---	1	50.0
Sente satisfação com a sua profissão?				
Em desacordo	8	11.6	1	5.9
Mais ou menos de acordo	24	34.8	4	23.5
Nem de acordo nem em desacordo	4	5.8	3	17.6
De acordo	16	23.2	6	35.3
Totalmente de acordo	17	24.6	3	17.6

➤ Propriedades psicométricas dos instrumentos de estudo

A consistência interna das duas escalas e suas dimensões foi feita pela estatística α -Cronbach (α_c) (Tabela 2). Conforme a proposta de classificação apresentada por Hair et al.

(2020, p.262), verifica-se que as situações críticas ocorrem com as dimensões atitude pró-social (SMP) e crescimento pessoal (BEP) nas duas amostras, bem como na dimensão, relações positivas com os outros (BEP) na amostra de docentes que registam inaceitável consistência interna. Também na dimensão habilidades de relação interpessoal (BEP), na amostra de docentes, e nas dimensões domínio do meio, relações positivas com os outros e objetivos na vida, na amostra de não-docentes, registam fraca consistência interna. No âmbito da SMP, os resultados obtidos são similares aos verificados por Sequeira et al., (2014). Nas restantes dimensões, nas duas amostras, verifica-se uma adequação da consistência interna.

Considerando a globalidade dos itens de cada escala, regista-se boa consistência interna no BEP, nas duas amostras. Na SMP, verifica-se boa consistência interna na amostra de docentes e muito boa na amostra de não-docentes.

Tabela 2 – α -Cronbach na avaliação da consistência interna das escalas e dimensões em estudo, nas amostras de docentes e não-docentes.

Escalas	Docentes			Não-docentes	
	Nº itens	α_C	Classificação	α_C	Classificação
Saúde Mental Positiva (SMP)	39	0.88	Boa	0.93	Muito boa
Satisfação pessoal	8	0.76	Boa	0.83	Boa
Atitude pró-social	3	0.28	Inaceitável	0.31	Inaceitável
Autocontrolo	5	0.82	Boa	0.86	Boa
Autonomia	6	0.72	Boa	0.78	Boa
Resolução de problemas e realização pessoal	12	0.74	Boa	0.75	Boa
Habilidades de relação interpessoal	5	0.56	Fraca	0.84	Boa
Bem-Estar Psicológico (BEP)	18	0.88	Boa	0.89	Boa
Autonomia	3	0.62	Razoável	0.60	Razoável
Domínio do meio	3	0.65	Razoável	0.52	Fraca
Crescimento pessoal	3	0.38	Inaceitável	0.46	Inaceitável
Relações positivas com os outros	3	0.44	Inaceitável	0.59	Fraca
Objetivos na vida	3	0.68	Razoável	0.51	Fraca
Aceitação de si	3	0.78	Boa	0.74	Boa

➤ Caracterização da saúde mental positiva

Por opção de resposta, a média da frequência relativa em cada opção de resposta, nos itens com orientação positiva e negativa, em cada amostra em estudo, é a seguinte:

Opções de resposta	Itens com orientação positiva		Itens com orientação negativa	
	Docentes	Não-docentes	Docentes	Não-docentes
Sempre ou quase sempre	46.0%	47.9%	2.0%	0.6%
Na maioria das vezes	41.6%	39.1%	6.2%	6.8%
Algumas vezes	11.6%	11.8%	42.7%	37.5%
Raramente ou nunca	0.8%	1.2%	49.1%	55.1%

Pelos resultados acima verifica-se que nas duas amostras, nos itens com orientação positiva, predomina a frequência de respostas nas opções “sempre ou quase sempre” e “na maioria

das vezes”, que no seu conjunto totalizam 87.6% nos docentes e 87.0% nos não-docentes. Em relação aos itens com orientação negativa, predominam as respostas nas opções “raramente ou nunca” e “algumas vezes”, as quais representam cumulativamente 91.8% nos docentes e 92.6% nos não-docentes. Portanto, os resultados sugerem que as duas profissões, a maioria dos docentes e não-docentes tem uma adequada saúde mental positiva.

Classificação da saúde mental positiva

A Tabela 3 apresenta a frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada um dos níveis de saúde mental positiva. Observa-se que a maior parte dos sujeitos das duas amostras estão classificados com nível alto de saúde mental positiva ou *flourishing*, não se registrando qualquer sujeito no estado de *languishing*.

Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada nível de saúde mental positiva, considerando a pontuação global da SMP, em docentes e não-docentes.

Classificação da SMP	Docentes		Não-docentes	
	N	%	N	%
Nível alto de SMP (<i>flourishing</i>)	62	89,9	15	88,2
Nível intermédio de SMP	7	10,1	2	11,8
Nível baixo de SMP (<i>languishing</i>)	---	---	---	---

Nota: Classificação dos níveis de Saúde Mental Positiva:

- . 39-78 pontos, nível baixo de SMP ou *Languishing*
- . 79-117 pontos, nível intermédio de SMP
- . 118-156 pontos, nível alto de SMP ou *Flourishing*

➤ Caracterização do bem-estar psicológico

As Tabelas 4, 5, 6 e 7 apresentam a frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de sujeitos de cada amostra em cada opção de resposta nos itens com orientação positiva e negativa, respetivamente, de acordo com o seguinte esquema de pontuação:

Por opção de resposta, a média da frequência relativa em cada opção de resposta, nos itens com orientação positiva e negativa, em cada amostra em estudo, é a seguinte:

Opções de resposta	Itens com orientação positiva		Itens com orientação negativa	
	Docentes	Não-docentes	Docentes	Não-docentes
Discordo completamente	0.7	0.7	39.1	50.0
Discordo em grande parte	3.3	7.4	24.0	17.0
Discordo parcialmente	6.7	5.2	10.0	8.2
Concordo parcialmente	18.5	15.4	14.8	14.1
Concordo em grande parte	41.1	32.3	7.8	7.1
Concordo completamente	29.7	39.0	4.2	3.5

Pelos resultados acima verifica-se que nos itens com orientação positiva, a maior parte dos docentes menciona “concordo em grande parte”, seguido de “concordo completamente” e “concordo parcialmente”, sendo que estes três níveis de concordância registam 89.3%.

Tabela 4 – Caracterização das amostras de docentes: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item do BEP, com orientação positiva.

Itens	DOCENTES											
	DC		DGP		DP		CP		CGP		CC	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
BEP1	1	1.4	4	5.8	9	13.0	10	14.5	23	33.3	22	31.9
BEP3	---	---	---	---	1	1.4	7	10.1	24	34.8	37	53.6
BEP6	1	1.4	4	5.8	5	7.2	16	23.2	34	49.3	9	13.0
BEP8	---	---	5	7.2	10	14.5	17	24.6	22	31.9	15	21.7
BEP9	---	---	---	---	2	2.9	4	5.8	38	55.1	25	36.2
BEP10	1	1.4	2	2.9	6	8.7	20	29.0	29	42.0	11	15.9
BEP11	1	1.4	3	4.3	3	4.3	13	18.8	25	36.2	24	34.8
BEP12	---	---	---	---	1	1.4	15	21.7	32	46.4	21	30.4

Nota: CC – Concordo completamente DGP – Concordo em grande parte CP – Concordo parcialmente DP – Discordo parcialmente DGP – Discordo em grande parte DC – Discordo completamente

A tabela 5 apresenta a frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de não docentes, em cada opção de resposta nos itens com orientação positiva. Após análise verificamos que se situam maioritariamente na opção “concordo totalmente”, seguido de “concordo em grande parte” e “concordo parcialmente”, totalizando 86.7% das respostas.

Tabela 5 – Caracterização das amostras de não-docentes: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item do BEP, com orientação positiva.

Itens	NÃO-DOCENTES											
	DC		DGP		DP		CP		CGP		CC	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
BEP1	---	---	2	11.8	---	---	3	17.6	5	29.4	7	41.2
BEP3	1	5.9	---	---	2	11.8	2	11.8	5	29.4	7	41.2
BEP6	---	---	5	29.4	1	5.9	3	17.6	3	17.6	5	29.4
BEP8	---	---	1	5.9	1	5.9	3	17.6	6	35.3	6	35.3
BEP9	---	---	1	5.9	---	---	2	11.8	6	35.3	8	47.1
BEP10	---	---	1	5.9	1	5.9	3	17.6	5	29.4	7	41.2
BEP11	---	---	---	---	1	5.9	4	23.5	4	23.5	8	47.1
BEP12	---	---	---	---	1	5.9	1	5.9	10	58.8	5	29.4

Nota: CC – Concordo completamente DGP – Concordo em grande parte CP – Concordo parcialmente DP – Discordo parcialmente DGP – Discordo em grande parte DC – Discordo completamente

A tabela 6 apresenta a frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de docentes, em cada opção de resposta nos itens com orientação negativa. Em relação a estes itens, predominam as respostas nas opções “discordo completamente”, “discordo em grande parte” e “concordo parcialmente, as quais representam cumulativamente 77.9%.

Tabela 6 – Caracterização das amostras de docentes: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item do BEP com orientação negativa.

Itens	DOCENTES											
	CC		CGP		CP		DP		DGP		DC	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
BEP1	8	11.6	13	18.8	17	24.6	8	11.6	15	21.7	8	11.6
BEP4	2	2.9	2	2.9	7	10.1	7	10.1	19	27.5	32	46.4
BEP5	2	2.9	2	2.9	5	7.2	6	8.7	14	20.3	40	58.0
BEP7	2	2.9	10	14.5	17	24.6	3	4.3	19	27.5	18	26.1
BEP13	1	1.4	6	8.7	19	27.5	10	14.5	19	27.5	14	20.3
BEP14	5	7.2	8	11.6	10	14.5	7	10.1	18	26.1	21	30.4
BEP15	3	4.3	4	5.8	7	10.1	11	15.9	19	27.5	25	36.2
BEP16	3	4.3	6	8.7	9	13.0	7	10.1	14	20.3	30	43.5
BEP17	1	1.4	1	1.4	4	5.8	4	5.8	15	21.7	44	63.8
BEP18	2	2.9	2	2.9	7	10.1	6	8.7	14	20.3	38	55.1

Nota: CC – Concordo completamente DGP – Concordo em grande parte CP – Concordo parcialmente DP – Discordo parcialmente DGP – Discordo em grande parte DC – Discordo completamente

A tabela 7 apresenta a frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de não-docentes, em cada opção de resposta nos itens com orientação negativa, e podemos verificar que predominam as respostas nas opções “discordo completamente”, “discordo em grande parte” e “concordo parcialmente, as quais representam cumulativamente 81.1%.

Com base na análise das tabelas 4, 5, 6 e 7 os resultados sugerem que as duas profissões (docentes e não-docentes) têm um adequado bem-estar psicológico.

Tabela 7 – Caracterização das amostras de não-docentes: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item do BEP, com orientação negativa.

Itens	NÃO-DOCENTES											
	CC		CGP		CP		DP		DGP		DC	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
BEP1	1	5.9	1	5.9	5	29.4	2	11.8	3	17.6	5	29.4
BEP4	---	---	2	11.8	1	5.9	2	11.8	3	17.6	9	52.9
BEP5	---	---	---	---	---	---	1	5.9	5	29.4	11	64.7
BEP7	---	---	4	23.5	1	5.9	2	11.8	2	11.8	8	47.1
BEP13	1	5.9	---	---	2	11.8	1	5.9	4	23.5	9	52.9
BEP14	---	---	1	5.9	4	23.5	---	---	3	17.6	9	52.9
BEP15	1	5.9	---	---	3	17.6	3	17.6	1	5.9	9	52.9
BEP16	1	5.9	---	---	2	11.8	3	17.6	4	23.5	7	41.2
BEP17	1	5.9	1	5.9	4	23.5	---	---	1	5.9	10	58.8
BEP18	1	5.9	3	17.6	2	11.8	---	---	3	17.6	8	47.1

Nota: CC – Concordo completamente DGP – Concordo em grande parte CP – Concordo parcialmente DP – Discordo parcialmente DGP – Discordo em grande parte DC – Discordo completamente

A Escala Bem-Estar Psicológico possui 18 itens e cada um com 6 opções de resposta, logo cada sujeito obtém uma pontuação de 18 a 108 pontos, pelo que a mediana é 63 pontos;

assim, a mediana entre o valor mais baixo (18 pontos) e a mediana da série (63 pontos) é de 40.5 pontos, e a mediana entre o valor mais alto (108 pontos) e a mediana da série (63 pontos) é de 85.5 pontos. Nesta medida, iremos considerar um baixo nível de BEP resultados entre 18 e 40 pontos, nível intermédio de BEP entre 41 e 85 pontos e nível alto de BEP entre 86 e 118 pontos. Assim, com base nos resultados apresentados na tabela 8, constata-se que nas duas amostras não há casos de baixo nível de BEP, sendo que nos docentes predominam os casos de nível intermédio de BEP (50.7%) e nos não-docentes predominam os casos de nível alto de BEP (52.9%).

Tabela 8 – Frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada nível de bem-estar psicológico, considerando a pontuação global do BEP, em docentes e não-docentes.

Classificação do BEP	Docentes		Não-docentes	
	N	%	N	%
Nível alto de BEP	34	49.3	9	52.9
Nível intermédio de BEP	35	50.7	8	47.1
Nível baixo de BEP	---	---	---	---

Nota: Classificação dos níveis de Bem-Estar Psicológico: (fonte: o autor)

- . 18-40 pontos, nível baixo de BEP
- . 41-85 pontos, nível intermédio de BEP
- . 86-118 pontos, nível alto de BEP

A Tabela 9 apresenta a frequência de sujeitos em cada nível de saúde mental positiva, por dimensão da saúde mental positiva, nas amostras de docentes e não-docentes. Quanto maior for o valor obtido maior será o nível de saúde mental positiva. Em termos gerais, predomina o nível alto de SMP. Contudo, o nível intermédio predomina na dimensão autocontrolo na amostra de não-docentes (52.9%). As dimensões satisfação pessoal, atitude pró-social, capacidade de resolução de problemas e habilidade de relação interpessoal, nas duas amostras, não registam casos de *Languishing*.

Tabela 9 – Frequência absoluta e relativa de sujeitos em diferentes níveis de SMP, considerando a pontuação obtida em cada dimensão, nas amostras de docentes e não-docentes.

Dimensões de SMP	DOCENTES						NÃO-DOCENTES					
	Nível baixo		Nível intermédio		Nível alto		Nível baixo		Nível intermédio		Nível alto	
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Satisfação pessoal	---	---	14	20.3	55	79.7	---	---	5	29.4	12	70.6
Atitude pró-social	---	---	11	15.9	58	84.1	---	---	1	5.9	16	94.1
Autocontrolo	11	15.9	28	40.6	30	43.5	1	5.9	9	52.9	7	41.2
Autonomia	1	1.4	23	33.3	45	65.2	---	---	4	23.5	13	76.5
Cap. res. probl.	---	---	7	10.1	62	89.9	---	---	1	5.9	16	94.1
Hab. e rel. interp.	---	---	18	26.1	51	73.9	---	---	3	17.6	14	82.4

Nota: Satisfação pessoal: 8-16, nível baixo; 17-24, nível intermédio; 25-32, nível alto

Atitude pró-social: 3-6, nível baixo; 7-9, nível intermédio; 10-12, nível alto

Autocontrolo: 5-10, nível baixo; 11-15, nível intermédio; 16-20, nível alto

Autonomia: 6-12, nível baixo; 13-18, nível intermédio; 19-24, nível alto

Capacidade de resolução de problemas: 12-24, nível baixo; 25-36, nível intermédio; 37-48, nível alto

Habilidades e relação interpessoal: 5-10, nível baixo; 11-15, nível intermédio; 16-20, nível alto

A Tabelas 10 apresenta a mediana, média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, bem como a classificação da SMP e do BEP. A dispersão varia entre fraca e moderada. Em termos gerais, os níveis de saúde mental positiva e de bem-estar psicológico são considerados altos, exceto a escala BEP e a dimensão do autocontrolo na SMP, que regista um nível intermédio.

Tabela 10 – Análise descritiva: mediana, média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, na amostra de docentes.

Variáveis	Me	M	DP	CV (%)	Mín	Máx	Classificação da Média/Mediana
Idade	53.0	51.3	8.57	16.7	30	63	---
Tempo de serviço (anos)	16.0	16.5	13.65	82.6	0	41	---
Saúde Mental Positiva	131.0	130.9	10.87	8.3	106	152	nível alto de SMP
Satisfação pessoal	27.0	26.94	3.17	11.8	18	32	nível alto de SMP
Atitude pró-social	11.0	10.59	1.13	10.7	8	12	nível alto de SMP
Autocontrolo	15.0	15.36	2.49	16.2	8	20	nível inter. de SMP
Autonomia	20.0	19.57	2.77	14.2	12	24	nível alto de SMP
Cap. de resolução problemas	42.0	41.87	3.49	8.3	33	48	nível alto de SMP
Hab. de relação interpessoal	17.0	16.61	2.20	13.2	11	20	nível alto de SMP
Bem-Estar Psicológico	84.7	85.0	12.93	15.2	51	107	Nível inter. BEP
Autonomia	13.0	13.0	3.18	24.4	6	18	Nível alto de BEP
Domínio do meio	12.2	12.0	3.42	28.5	4	18	Nível alto de BEP
Crescimento pessoal	15.3	15.0	2.03	13.5	9	18	Nível alto de BEP
Rel. positivas com os outros	14.1	14.0	2.72	19.5	6	18	Nível alto de BEP
Objetivos na vida	15.4	16.0	2.78	17.4	5	18	Nível alto de BEP
Aceitação de si	14.6	15.0	2.72	18.1	7	18	Nível alto de BEP

Nota: Para as dimensões do Bem-Estar Psicológico:

. 3-6 pontos, nível baixo de BEP

. 7-10 pontos, nível intermédio de BEP

. 11-18 pontos, nível alto de BEP

A Tabelas 11 apresenta a mediana, média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, bem como a classificação da SMP e do BEP. De uma forma geral, a dispersão varia entre fraca e moderada, e os níveis de SMP e de BEP são considerados altos, exceto a dimensão do autocontrolo na SMP, que regista um nível intermédio.

Tabela 11 – Análise descritiva: mediana, média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, na amostra de não docentes.

Variáveis	Me	M	DP	CV (%)	Mín	Máx	Classificação da Média/Mediana
Idade	52.0	49.5	7.99	16.1	33	62	---
Tempo de serviço (anos)	5.0	8.8	9.14	103.8	0	26	---
Saúde Mental Positiva	133.0	132.7	12.91	9.7	110	155	nível alto de SMP
Satisfação pessoal	29.0	27.47	3.54	12.9	22	32	nível alto de SMP
Atitude pró-social	11.0	10.88	0.99	9.1	9	12	nível alto de SMP
Autocontrole	15.0	15.29	2.85	18.6	9	20	nível inter. de SMP
Autonomia	20.0	19.71	3.08	15.6	14	24	nível alto de SMP
Cap. de resolução problemas	42.0	41.47	3.74	9.0	32	47	nível alto de SMP
Hab. de relação interpessoal	19.0	17.88	2.18	12.2	13	20	nível alto de SMP
Bem-Estar Psicológico	86.9	89.0	14.65	16.5	64	107	Nível alto de BEP
Autonomia	14.4	16.0	3.36	21.0	9	18	Nível alto de BEP
Domínio do meio	13.9	14.0	3.03	21.6	8	18	Nível alto de BEP
Crescimento pessoal	14.8	14.0	2.08	14.8	11	18	Nível alto de BEP
Rel. positivas com os outros	14.7	15.0	3.02	20.1	9	18	Nível alto de BEP
Objetivos na vida	15.4	16.0	2.60	16.2	11	18	Nível alto de BEP
Aceitação de si	13.7	15.0	3.64	24.2	8	18	Nível alto de BEP

➤ Análise comparativa

Decorrente do desequilíbrio no tamanho das duas amostras, para além de um número considerável de variáveis registar distribuição não-normal, optamos por realizar as comparações que se seguem usando o teste *U Mann-Whitney*.

A Tabela 12 apresenta a comparação entre docentes vs não-docentes quanto à pontuação total na Escala de Saúde Mental Positiva e na Escala de Bem-Estar Psicológico e suas dimensões. A um nível de significância de 5%, pelo teste *U Mann-Whitney*, verifica-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas classes de profissionais no tempo de serviço no agrupamento ($U=-2.141$, $p=0.032$), devido ao *mean rank* mais alto dos docentes, e nas habilidades de relação interpessoal ($U=393.5$, $p=0.035$), decorrente do *mean rank* mais elevado dos não-docentes, indiciando uma SMP melhor quando observada do ponto de vista das relações saudáveis e construtivas que estabelecem com os outros, incluindo as habilidades de comunicação, empatia e capacidade de formar vínculos. No domínio do meio, as diferenças são marginalmente significativas ($p<0.10$). Nas restantes variáveis, não se verificam diferenças significativas entre docentes vs não-docentes ($p>0.05$). O tamanho do efeito varia entre irrelevante ($\eta<0.10$) e pequeno ($0.10\leq\eta<0.30$), o que sugere uma reduzida implicação prática das variáveis em docentes e não-docentes, nos domínios da SMP e do BEP. Ver no apêndice IV, os resultados dos pressupostos da normalidade e da homocedasticidade.

Tabela 12 – Comparação entre docentes vs não-docentes quanto à idade, anos de serviço e pontuação da SMP e BEP.

Variáveis	Docentes	Não-docentes	Comparação			TE
	Mean rank	Mean rank	U	Z	p	η
Idade	44.78	38.29	498.0	-0.961	0.337	0.10
Anos de serviço neste agrupamento?	46.36	31.91	389.5	-2.141	0.032*	0.23
Saúde Mental Positiva	42.72	46.68	532.5	-0.586	0.558	0.06
Satisfação pessoal	42.43	47.82	513.0	-0.802	0.423	0.09
Atitude pró-social	42.47	47.68	515.5	-0.800	0.424	0.09
Autocontrolo	43.43	43.79	581.5	-0.055	0.956	0.01
Autonomia	43.14	44.94	562.0	-0.267	0.789	0.03
Capacidade de resolução problemas	44.04	41.29	549.0	-0.409	0.683	0.04
Habilidades de relação interpessoal	40.70	54.85	393.5	-2.114	0.035*	0.23
Bem-Estar Psicológico	42.91	45.91	545.5	-0.445	0.656	0.05
Autonomia	41.41	52.00	442.0	-1.574	0.116	0.17
Domínio do meio	41.06	53.41	418.0	-1.837	0.066	0.20
Crescimento pessoal	44.93	37.68	487.5	-1.087	0.277	0.12
Relações positivas com os outros	42.46	47.74	514.5	-0.786	0.432	0.09
Objetivos na vida	43.45	43.71	583.0	-0.039	0.969	0.00
Aceitação de si	44.58	39.12	512.0	-0.814	0.415	0.09

Nota: * diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

TE – tamanho do efeito

Uma vez que apenas na dimensão habilidades de relação interpessoal existem diferenças significativas entre docentes e não-docentes, a partir daqui as duas amostras irão ser unificadas, passando a trabalhar-se com uma amostra única, formada por 86 sujeitos.

Nota: um sujeito não participou nesta comparação, mulheres vs homens, uma vez que quanto ao género se identifica com “outro”.

A Tabela 13 apresenta a média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo das escalas e dimensões da SMP e do BEP, nas amostras de mulheres e homens. Considerando o resultado das dimensões, verifica-se que na SMP, mulheres e homens situam-se no nível alto [$\uparrow$]; já no BEP, as mulheres situam-se no nível alto, mas os homens no nível intermédio [$\rightarrow$].

Tabela 13 – Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, nas amostras de mulheres e homens.

Escalas e dimensões	Feminino (n=64)				Masculino (n=21)			
	M	DP	Mín	Máx	M	DP	Mín	Máx
Saúde Mental Positiva	132.0 ^[$\uparrow$]	12.06	106	155	129.8 ^[$\uparrow$]	8.37	111	148
Satisfação pessoal	27.27	3.52	18	32	26.43	2.18	22	29
Atitude pró-social	10.72	1.12	8	12	10.48	1.08	8	12
Autocontrolo	15.20	2.72	8	20	15.86	1.98	12	19
Autonomia	19.53	2.87	12	24	19.95	2.64	14	23
Cap. de resolução problemas	42.06	3.65	32	48	40.95	3.15	34	48
Hab. de relação interpessoal	17.17	2.24	11	20	16.10	1.97	13	20
Bem-Estar Psicológico	86.1 ^[$\uparrow$]	13.86	51	107	82.4 ^[$\rightarrow$]	11.30	63	107
Autonomia	13.20	3.39	6	18	13.90	2.59	9	18
Domínio do meio	12.75	3.48	4	18	12.00	3.24	6	18
Crescimento pessoal	15.39	2.14	9	18	14.62	1.66	13	18
Rel. positivas com os outros	14.59	2.84	6	18	13.14	2.35	9	18
Objetivos na vida	15.52	2.82	5	18	14.95	2.50	9	18
Aceitação de si	14.66	3.06	7	18	13.76	2.45	8	17

A Tabela 14 apresenta os resultados da comparação entre mulheres vs homens quanto à pontuação da saúde mental positiva e no bem-estar psicológico quer no resultado global

quer nas respetivas dimensões. A um nível de significância de 5%, pelo teste *U Mann-Whitney*, verifica-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões habilidades de relação interpessoal e relações positivas com os outros, em ambos os casos devido ao *mean rank* mais elevado das mulheres, portanto, melhor indicador de SMP ao nível da competência em estabelecer e manter relações sociais saudáveis e construtivas, e de BEP ao nível da qualidade das relações interpessoais, incluindo a capacidade de estabelecer vínculos afetivos e de confiança nos outros. Nas dimensões capacidade de resolução problemas, crescimento pessoal e aceitação de si, as diferenças são marginalmente significativas ($p < 0.10$). Nas restantes variáveis, mulheres e homens registam valores equilibrados de SMP e BEP.

O tamanho do efeito é globalmente irrelevante e pequeno.

Tabela 14 – Comparação entre mulheres vs homens quanto à pontuação da SMP e BEP.

Escala e dimensões	Mulheres	Homens	Comparação			TE
	<i>Mean rank</i>	<i>Mean rank</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	η
Saúde Mental Positiva	44.15	39.50	598.5	-0.749	0.454	0.08
Satisfação pessoal	44.92	37.14	549.0	-1.260	0.207	0.14
Atitude pró-social	44.34	38.90	586.0	-0.910	0.363	0.10
Autocontrolo	41.87	46.45	599.5	-0.748	0.455	0.08
Autonomia	41.88	46.40	600.5	-0.733	0.463	0.08
Capacidade de resolução problemas	45.57	35.17	507.5	-1.685	0.092	0.18
Habilidades de relação interpessoal	46.23	33.17	465.5	-2.126	0.034*	0.23
Bem-Estar Psicológico	45.04	36.79	541.5	-1.331	0.183	0.15
Autonomia	41.80	46.64	595.5	-0.783	0.434	0.09
Domínio do meio	44.60	38.12	569.5	-1.050	0.294	0.11
Crescimento pessoal	45.73	34.67	497.0	-1.806	0.071	0.20
Relações positivas com os outros	46.49	32.36	448.5	-2.292	0.022*	0.25
Objetivos na vida	45.02	36.86	543.0	-1.336	0.181	0.15
Aceitação de si	45.77	34.55	494.5	-1.823	0.068	0.20

A Tabela 15 apresenta a média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo das escalas da SMP e do BEP e suas dimensões, nos sujeitos que praticam atividade de lazer e que não praticam atividade de lazer. Considerando o resultado das dimensões, verifica-se que na SMP, quem pratica e quem não pratica atividade de lazer situa-se no nível alto [$\uparrow$]; já no BEP, quem pratica atividade de lazer situa-se no nível alto, mas quem não pratica atividade de lazer situa-se no nível intermédio [$\rightarrow$].

Tabela 15 – Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, nas amostras de quem pratica e quem não pratica alguma atividade de lazer.

Escala e dimensões	Sim (n=62)				Não (n=24)			
	M	DP	Mín	Máx	M	DP	Mín	Máx
Saúde Mental Positiva	132.0 ^[†]	11.70	106	155	129.5 ^[†]	9.98	116	153
Satisfação pessoal	27.29	3.31	18	32	26.42	2.99	21	31
Atitude pró-social	10.63	1.13	8	12	10.71	1.04	8	12
Autocontrole	15.50	2.61	9	20	14.96	2.39	8	20
Autonomia	19.84	2.71	13	24	18.96	3.06	12	24
Cap. de resolução problemas	41.84	3.71	32	48	41.67	3.06	35	48
Hab. de relação interpessoal	16.87	2.12	12	20	16.83	2.57	11	20
Bem-Estar Psicológico	86.48 ^[†]	13.55	51	107	81.75 ^[†]	11.95	65	106
Autonomia	13.50	3.27	7	18	12.83	3.17	6	18
Domínio do meio	12.92	3.18	4	18	11.62	3.83	4	18
Crescimento pessoal	15.52	1.94	11	18	14.38	2.10	9	18
Rel. positivas com os outros	14.34	2.79	6	18	14.00	2.78	9	18
Objetivos na vida	15.48	2.88	5	18	15.17	2.32	11	18
Aceitação de si	14.73	2.90	8	18	13.75	2.91	7	18

A Tabela 16 apresenta os resultados da comparação entre quem pratica atividade de lazer vs não pratica atividade de lazer quanto à pontuação da SMP e no BEP quer na pontuação global quer nas respectivas dimensões. A um nível de significância de 5%, pelo teste *U Mann-Whitney*, verifica-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões crescimento pessoal, decorrente do *mean rank* mais elevado dos sujeitos que praticam alguma atividade de lazer (47.14 vs 34.10, $U=518.5$, $p=0.028$, $\eta=0.24$), indiciando que estes sujeitos possuem melhor BEP ao nível do sentimento de contínuo desenvolvimento das suas capacidades. Na dimensão aceitação de si (BEP), as diferenças são marginalmente significativas ($p<0.10$). Nas restantes dimensões, praticar ou não uma atividade de lazer não origina diferenças significativas ($p>0.05$). O tamanho do efeito é globalmente irrelevante e pequeno.

Tabela 16 – Comparação entre quem pratica atividade de lazer vs não pratica atividade de lazer, quanto à pontuação da SMP e no BEP.

Escala e dimensões	Sim	Não	Comparação			TE
	Mean rank	Mean rank	U	Z	p	η
Saúde Mental Positiva	45.40	38.60	626.5	-1.132	0.258	0.12
Satisfação pessoal	45.34	38.75	630.0	-1.104	0.270	0.12
Atitude pró-social	43.18	44.33	724.0	-0.200	0.841	0.02
Autocontrole	44.89	39.92	658.0	-0.838	0.402	0.09
Autonomia	45.73	37.73	605.5	-1.342	0.180	0.15
Capacidade de resolução problemas	44.59	40.69	676.5	-0.653	0.514	0.07
Habilidades de relação interpessoal	43.26	44.13	729.0	-0.146	0.884	0.02
Bem-Estar Psicológico	46.50	35.75	558.0	-1.792	0.073	0.19
Autonomia	44.76	40.25	666.0	-0.754	0.451	0.08
Domínio do meio	45.56	38.19	616.5	-1.234	0.217	0.13
Crescimento pessoal	47.14	34.10	518.5	-2.198	0.028*	0.24
Relações positivas com os outros	44.51	40.90	681.5	-0.606	0.545	0.07
Objetivos na vida	45.26	38.96	635.0	-1.067	0.286	0.12
Aceitação de si	46.31	36.23	569.5	-1.694	0.090	0.18

A Tabela 17 apresenta a média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo das escalas de SMP e BEP e suas dimensões, nos sujeitos que praticam atividade física e que não praticam atividade física. Considerando o resultado, verifica-se que na SMP, quem pratica e quem não pratica atividade física situa-se no nível alto [↑]; já no BEP, quem pratica e quem não pratica atividade física situa-se no nível intermédio [→].

Tabela 17 – Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, nas amostras de quem pratica e quem não pratica alguma atividade física.

Escalas e dimensões	Sim (n=67)				Não (n=19)			
	M	DP	Mín	Máx	M	DP	Mín	Máx
Saúde Mental Positiva	131.6 ^[↑]	11.42	106	155	130.2 ^[↑]	10.82	111	153
Satisfação pessoal	27.19	3.29	18	32	26.53	3.04	21	32
Atitude pró-social	10.64	1.14	8	12	10.68	1.00	8	12
Autocontrolo	15.39	2.63	8	20	15.21	2.28	12	19
Autonomia	19.55	2.92	12	24	19.74	2.49	16	24
Cap. de resolução problemas	41.76	3.46	32	48	41.89	3.84	34	48
Hab. de relação interpessoal	17.07	2.12	13	20	16.11	2.54	11	20
Bem-Estar Psicológico	85.61 ^[→]	13.38	51	107	83.58 ^[→]	12.90	63	107
Autonomia	13.30	3.36	6	18	13.37	2.85	9	18
Domínio do meio	12.76	3.28	4	18	11.84	3.80	6	18
Crescimento pessoal	15.25	2.03	9	18	15.00	2.13	11	18
Rel. positivas com os outros	14.37	2.77	6	18	13.79	2.82	9	18
Objetivos na vida	15.45	2.74	5	18	15.21	2.74	9	18
Aceitação de si	14.48	3.03	7	18	14.37	2.59	10	18

A Tabela 18 apresenta os resultados da comparação entre quem pratica atividade física vs não pratica atividade física quanto à pontuação da SMP e no BEP, e respetivas dimensões. A um nível de significância de 5%, pelo teste *U Mann-Whitney*, verifica-se que não existem diferenças significativas de SMP e BEP entre aqueles que praticam e aqueles que não praticam qualquer atividade física. O tamanho do efeito é globalmente irrelevante.

Tabela 18 – Comparação entre quem pratica atividade física vs não pratica atividade física, quanto à pontuação da SMP e no BEP.

Escalas e subescalas	Sim	Não	Comparação			TE
	Mean rank	Mean rank	U	Z	p	η
Saúde Mental Positiva	44.28	40.74	584.0	-0.547	0.584	0.06
Satisfação pessoal	44.82	38.84	548.0	-0.926	0.354	0.10
Atitude pró-social	43.29	44.24	622.5	-0.151	0.880	0.02
Autocontrolo	44.01	41.68	602.0	-0.364	0.716	0.04
Autonomia	43.42	43.79	631.0	-0.058	0.954	0.01
Capacidade de resolução problemas	43.10	44.92	609.5	-0.283	0.778	0.03
Habilidades de relação interpessoal	45.61	36.05	495.0	-1.488	0.137	0.16
Bem-Estar Psicológico	44.36	40.47	579.0	-0.599	0.549	0.06
Autonomia	43.50	43.50	636.5	0.000	1.000	0.00
Domínio do meio	45.17	37.61	524.5	-1.172	0.241	0.13
Crescimento pessoal	44.31	40.63	582.0	-0.574	0.566	0.06
Relações positivas com os outros	44.78	38.97	550.5	-0.901	0.368	0.10
Objetivos na vida	44.07	41.50	598.5	-0.402	0.688	0.04
Aceitação de si	44.19	41.05	590.0	-0.488	0.626	0.05

A Tabela 19 apresenta a média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo das escalas e dimensões da SMP e do BEP, nos sujeitos que têm hábitos tabágicos e que não têm hábitos tabágicos. Considerando o resultado das escalas, verifica-se que na SMP, quem é fumador e quem não é fumador situa-se no nível alto [↑]; já no BEP, quem fuma e quem não fuma situa-se no nível intermédio [→].

Tabela 19 – Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, nas amostras de quem tem e quem não tem hábitos tabágicos.

Escalas e dimensões	Fumador (n=13)				Não fumador (n=73)			
	M	DP	Mín	Máx	M	DP	Mín	Máx
Saúde Mental Positiva	129.8 ^[↑]	9.88	116	148	131.6 ^[↑]	11.51	106	155
Satisfação pessoal	26.77	2.77	21	32	27.10	3.32	18	32
Atitude pró-social	10.54	0.88	9	12	10.67	1.14	8	12
Autocontrolo	15.15	2.23	12	19	15.38	2.61	8	20
Autonomia	18.46	3.21	12	23	19.79	2.72	13	24
Cap. de resolução problemas	42.54	2.30	40	48	41.66	3.70	32	48
Hab. de relação interpessoal	16.31	2.87	12	20	16.96	2.12	11	20
Bem-Estar Psicológico	84.23 ^[→]	13.46	65	107	85.33 ^[→]	13.27	51	107
Autonomia	12.62	4.25	6	18	13.44	3.05	8	18
Domínio do meio	12.08	4.01	4	18	12.64	3.31	4	18
Crescimento pessoal	15.38	1.76	13	18	15.16	2.10	9	18
Rel. positivas com os outros	14.31	2.66	9	18	14.23	2.81	6	18
Objetivos na vida	15.15	2.578	11	18	15.44	2.77	5	18
Aceitação de si	14.69	2.32	11	18	14.41	3.03	7	18

A Tabela 20 apresenta os resultados da comparação entre fumadores vs não fumadores quanto à pontuação da SMP e do BEP total, como nas respetivas dimensões. A um nível de significância de 5%, pelo teste *U Mann-Whitney*, verifica-se que não existem diferenças significativas de SMP e BEP entre aqueles que fumam e aqueles que não fumam. O tamanho do efeito é globalmente irrelevante.

Tabela 20 – Comparação entre quem tem hábitos tabágicos vs não tem hábitos tabágicos, quanto à pontuação da SMP e no BEP.

Escalas e dimensões	Fumador	Não Fumador	Comparação			TE
	Mean rank	Mean rank	U	Z	p	η
Saúde Mental Positiva	39.69	44.18	425.0	-0.597	0.550	0.06
Satisfação pessoal	40.65	44.01	437.5	-0.449	0.654	0.05
Atitude pró-social	39.96	44.13	428.5	-0.576	0.564	0.06
Autocontrolo	40.54	44.03	436.0	-0.470	0.638	0.05
Autonomia	34.73	45.06	360.5	-1.383	0.167	0.15
Capacidade de resolução problemas	46.23	43.01	439.0	-0.430	0.667	0.05
Habilidades de relação interpessoal	38.92	44.32	415.0	-0.725	0.469	0.08
Bem-Estar Psicológico	40.77	43.99	439.0	-0.428	0.668	0.05
Autonomia	40.00	44.12	429.0	-0.551	0.582	0.06
Domínio do meio	40.92	43.96	441.0	-0.406	0.685	0.04
Crescimento pessoal	45.50	43.14	448.5	-0.317	0.751	0.03
Relações positivas com os outros	43.69	43.47	472.0	-0.030	0.976	0.00
Objetivos na vida	40.00	44.12	429.0	-0.558	0.577	0.06
Aceitação de si	43.58	43.49	473.5	-0.012	0.990	0.00

➤ Análise de correlação

A Tabela 21 apresenta as correlações de *Pearson* entre a idade e o tempo de serviço da escala de SMP e suas dimensões. A idade tem uma correlação moderada, com orientação positiva e estatisticamente significativa com o tempo de serviço. As restantes correlações são de muito fraca ($r \leq 0.19$) e fraca ($0.20 \leq r \leq 0.39$) magnitude, ainda que a correlação entre o tempo de serviço * e a dimensão capacidade de resolução de problemas seja estatisticamente significativa, com orientação negativa o que indica que ao aumento do tempo de serviço diminui a capacidade de resolução de problemas (ou vice-versa), ainda que fracamente.

Tabela 21 – Matriz de correlações de Pearson entre a idade e o tempo de serviço com as dimensões da escala de SMP.

Variáveis	Tempo serviço	SMP	SP	APS	AUTc	AUTn	CRP	HRI
Idade	0.533**	-0.005	0.032	0.137	-0.024	0.063	-0.062	-0.094
Tempo serviço	---	-0.157	-0.098	-0.030	-0.053	-0.040	-0.213*	-0.185

Nota: SMP – valor total obtido na saúde mental positiva** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

SP – satisfação pessoal; APS – atitude pró-social; AUTc – autocontrolo; AUTn – autonomia; CRP – capacidade de resolução de problemas; HRI – habilidades de relação interpessoal

A Tabela 22 apresenta as correlações de *Pearson* entre as dimensões da escala de SMP. Todas as correlações têm orientação positiva, indicando que ao aumento do valor de uma variável ocorre o aumento do valor da outra variável. Quase todas as correlações são estatisticamente significativas (assinaladas com asterisco, *), indiciando que a relação entre as variáveis não ocorre por mero acaso e que muito possivelmente também se verifica na população, ainda que em idêntica magnitude. Apenas a correlação entre a pontuação total de SMP regista correlações de forte magnitude (cor amarela), especificamente com as dimensões SP, AUTc, AUTn e CRP. Por sua vez, a subescala APS regista quase todas as correlações de fraca magnitude (cor castanha). A subescala HRI também regista algumas correlações de fraca magnitude, com as subescalas AUTc, AUTn e CRP. Nos restantes casos, as correlações são de moderada magnitude (cor azul).

Tabela 22 – Matriz de correlações de Pearson entre as dimensões escala de SMP.

Dimensões	SP	APS	AUTc	AUTn	CRP	HRI
SMP	0.843**	0.460**	0.761**	0.714**	0.757**	0.621**
SP	---	0.351**	0.620**	0.506**	0.490**	0.500**
APS		---	0.236*	0.204	0.241*	0.404**
AUTc			---	0.509**	0.479**	0.281**
AUTn				---	0.408**	0.274*
CRP					---	0.339**

Nota: ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

A Tabela 23 apresenta as correlações de *Pearson* entre a idade e o tempo de serviço com a escala do BEP e suas dimensões. Todas as correlações são de muito fraca magnitude ($r \leq 0.19$) e não significativas ($p > 0.05$), embora algumas tenham orientação positiva e outras com orientação negativa.

Tabela 23 – Matriz de correlações de Pearson entre a idade e o tempo de serviço com as dimensões da escala de BEP.

Variáveis	BEP	Autonomia	Domínio do meio	Crescimento pessoal	Relações positivas com os outros	Objetivos na vida	Aceitação de si
Idade	0.105	0.089	0.142	0.086	0.143	-0.013	0.026
Tempo serviço	-0.060	-0.096	-0.067	-0.094	0.027	-0.047	-0.002

A Tabela 24 apresenta as correlações de *Pearson* da escala de BEP e suas dimensões. Todas as correlações têm orientação positiva, indicando que ao aumento do valor de uma variável ocorre o aumento do valor da outra variável. Todas as correlações são estatisticamente significativas (assinaladas com asterisco, *), indiciando que a relação entre as variáveis não ocorre por mero acaso e que muito possivelmente também se verifica na população, ainda que em idêntica magnitude. A correlação entre a pontuação total de BEP é de forte magnitude (cor amarela) com quase todas as dimensões (exceto com a autonomia). Por sua vez, na dimensão autonomia regista quase todas as correlações de fraca magnitude (cor castanha) (exceto com o domínio do meio). A correlação entre as dimensões, objetivos na vida * aceitação de si é de forte magnitude. Nos restantes casos, as correlações são de moderada magnitude (cor azul).

Tabela 24 – Matriz de correlações de Pearson entre as dimensões escala de BEP

Subescalas	Autonomia	Domínio do meio	Crescimento pessoal	Relações positivas com os outros	Objetivos na vida	Aceitação de si
BEP	0.616**	0.842**	0.792**	0.757**	0.853**	0.795**
Autonomia	---	0.559**	0.348**	0.254*	0.308**	0.258*
Domínio do meio		---	0.542**	0.587**	0.640**	0.495**
Crescimento pessoal			---	0.561**	0.688**	0.694**
Relações positivas com os outros				---	0.611**	0.552**
Objetivos na vida					---	0.782**

Nota: ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

A Tabela 25 apresenta as correlações de *Spearman* entre as variáveis qualitativas ordinais “Com que frequência teve dificuldade em adormecer?” e “Sente-se satisfeito(a) com a sua profissão?”, com as variáveis quantitativas idade, tempo de serviço, SMP e BEP.

Importa referir, que dado que a abordagem é feita em termos de “profissão”, voltamos a separar as amostras de docentes e não-docentes.

As dificuldades em adormecer e a satisfação com a profissão apresentam muito fraca e não-significativa correlação com a idade e o tempo de serviço, nos dois grupos, exceto a correlação entre a idade * dificuldade em adormecer no grupo de não-docentes que regista correlação de magnitude moderada, inversa e não-significativa.

Na amostra de docentes e não-docentes, a “frequência com que teve dificuldade de adormecer” tem relação estatística de fraca magnitude nos docentes e de moderada-forte magnitude nos não-docentes, com orientação negativa, com as escalas de SMP, BEP e suas dimensões, sugerindo que um aumento do valor obtido reflete uma menor dificuldade em adormecer (e vice-versa).

Por sua vez, a correlação entre a “satisfação com a profissão” com as escalas da SMP, BEP e duas dimensões, nos docentes varia entre fraca-moderada e todas estatisticamente significativas ($p < 0.05$), ao passo que nos não-docentes são quase todas de fraca magnitude e não-significativas ($p > 0.05$), com exceção da dimensão aceitação de si (BEP) que é de moderada magnitude e significativa. Nas duas amostras, todas as correlações têm orientação positiva, indicando que as duas variáveis crescem no mesmo sentido.

Tabela 25 – Correlações de Spearman entre as dificuldades em adormecer e a satisfação com a profissão com a idade, tempo de serviço, SMP e BEP.

Variáveis	Docentes		Não-docentes	
	Dificuldade em adormecer?	Satisfação com a profissão?	Dificuldade em adormecer?	Satisfação com a profissão?
Idade (anos)	0.110	-0.006	-0.420	0.010
Tempo de serviço (anos)	0.151	-0.032	-0.137	0.203
Saúde Mental Positiva	-0.302*	0.494**	-0.759**	0.388
Satisfação pessoal	-0.345**	0.460**	-0.650**	0.408
Atitude pró-social	-0.037	0.261*	-0.428	0.312
Autocontrolo	-0.399**	0.449**	-0.558*	0.338
Autonomia	-0.205	0.358**	-0.381	0.111
Capacidade de resolução problemas	-0.229	0.244*	-0.673**	0.391
Habilidades de relação interpessoal	-0.083	0.298*	-0.722**	0.146
Bem-Estar Psicológico	-0.308*	0.478**	-0.726**	0.456
Autonomia	-0.117	0.343**	-0.377	0.229
Domínio do meio	-0.380**	0.438**	-0.791**	0.379
Crescimento pessoal	-0.230	0.320**	-0.550*	0.212
Relações positivas com os outros	-0.317**	0.351**	-0.761**	0.378
Objetivos na vida	-0.249*	0.397**	-0.728**	0.419
Aceitação de si	-0.219	0.376**	-0.632**	0.655**

Nota: ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

2.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os resultados obtidos sugerem adequada SMP na maioria dos docentes e não docentes que participaram no estudo, sendo que apresentam níveis altos ou de *flourishing* de SMP de 89.9% e 88.2%, respetivamente. Não há registos de casos de *languishing*, ou níveis baixos.

Em relação ao BEP, também não há registos de níveis baixos. Os docentes apresentam resultados de níveis maioritariamente intermédios, embora que a percentagem de docentes com níveis altos seja também elevada. Os não docentes apresentam maioritariamente níveis altos de BEP.

A SMP dos docentes na dimensão do autocontrolo apresenta uma frequência relativa de 15.9% de nível baixo, um valor preocupante. O autocontrolo, segundo Lluch (2020) é a capacidade para enfrentar o stress e situações de conflito, o equilíbrio emocional e a tolerância à frustração. Poderá este resultado, pelo menos em parte, estar relacionado com o facto de constantemente mudarem de escola que não lhes proporciona estabilidade, consequentemente aumentando os níveis de ansiedade e frustração com a situação profissional? De referir que Gakinya & Wasanga (2022) no seu estudo refere que a SM dos docentes é significativamente afetada pelas exigências e controlo do trabalho, sendo que a gestão do trabalho atenua significativamente o impacto das pressões profissionais na tristeza e ansiedade. O controlo do trabalho tem um papel moderador na relação entre o bem-estar psicológico dos professores, sendo um fator preditor de bem-estar psicológico nos docentes (*idem*).

Na dimensão das habilidades de relação interpessoal apresenta valores menores do que os não docentes. Os não docentes registam valores compatíveis com maior capacidade para comunicar e estabelecer relações harmoniosas com o meio envolvente (Lluch, 2020). Este resultado poderá advir do cansaço em passar o dia todo a comunicar com os alunos, encarregados de educação, restantes parceiros da educação e a resolver problemas, que esgota a capacidade de se envolverem sentimentalmente com os outros, pois a habilidade de comunicar sentimentos, dar e receber afeto diminui (*idem*).

No geral, não há diferenças estatisticamente significativas entre SMP e BEP nos dois grupos em estudo, muito provavelmente devido ao tamanho da nossa amostra. Ao contrário do que verificamos em outros estudos, nomeadamente de Violago et al. (2023), em que a SMP e o BEP têm uma relação significativa, mostrando que uma melhora a outra.

Verificamos que as mulheres apresentam níveis de SMP e BEP elevados, já os homens apresentam SMP elevados, mas BEP moderados. Portanto nas mulheres, melhor indicador de SMP ao nível da competência em estabelecer e manter relações sociais saudáveis e construtivas, e de BEP ao nível da qualidade de relações interpessoais, incluindo a capacidade de estabelecer vínculos afetivos e de confiança nos outros. Com base nos resultados obtidos e na literatura, verificamos que as mulheres que aderiram ao nosso estudo têm elevada capacidade de comunicação e em estabelecer relações interpessoais harmoniosas com o meio envolvente, assim como comunicar sentimentos, dar e receber afetos (Lluch, 2020). Podemos ainda dizer, segundo Ryff (1989), que são empáticas, calorosas e afetuosas. Os resultados obtidos não vão de encontro ao obtidos por Almeida et al., (2023) no qual se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre SMP feminino e masculino, com as mulheres a apresentarem maior vulnerabilidade psicológica e menor SMP geral. Apesar de nesta fase do estudo as nossas amostras estarem unificadas e não se ter efetuado o estudo da SMP e BEP entre docentes femininas e masculinos, este resultado pode estar relacionado com a base da nossa amostra, como verificado por Violago et al (2023) em que o género tem impacto significativo na SM e BEP, com as professoras a apresentar pontuações médias mais elevadas para ambos.

Em termos globais ter uma atividade de lazer ou praticar uma atividade física, não tem impacto nos níveis de SMP nem BEP na nossa amostra. Há já vários estudos sobre a importância da atividade física quer para a saúde física como para a saúde mental e bem-estar psicológico, tal como o estudo de Tamminen et al., (2020) que realça a importância da atividade física em relação à SMP entre os adultos. Segundo os mesmos autores, a inatividade física está fortemente associada ao baixo nível de SMP.

Na nossa amostra, ser ou não fumador não interfere com os níveis de SMP nem BEP.

Correlação

A capacidade de resolução de problemas diminui ao longo dos anos de serviço. Esta capacidade, segundo Lluch (2020) poderá ser interpretada como a capacidade para se adaptar à mudança. Este resultado leva-nos a interpelar a relação entre estes e o desgaste de mudanças e falta de estabilidade que se faz diminuir ao longo dos anos. Terem de mudar constantemente de escola, de cidade, e readaptar toda a sua vida e dinâmicas familiares pode ser o motivo deste desgaste, cansaço.

Não há relação entre a idade, o tempo de serviço e os níveis de SMP e BEP. Ao contrário do que nos diz Violago et al., (2023), nos resultados do seu estudo no qual existe

uma diferença significativa entre os níveis de SMP dos professores inquiridos com base na idade.

Verificamos que os professores apresentam maior dificuldade em adormecer, que pode ser interpretado com um indicador de diminuição dos níveis de SMP e BEP, em relação aos não docentes (apresenta relação estatística de fraca magnitude nos docentes, e moderada-forte nos não docentes, com orientação negativa). Vários estudos exploraram a relação entre qualidade do sono, os fatores de stress psicossociais e os resultados de saúde em docentes. Freitas, et al., (2020) investigaram a associação entre os aspetos psicossociais no trabalho e a qualidade do sono de docentes universitários. Concluíram que os aspetos psicossociais adversos no trabalho foram associados à perceção de má qualidade do sono. Crepaldi & Carvalhais (2020) constataram que a má qualidade do sono em professores contribui para sua baixa qualidade de vida no trabalho e pode levar à fadiga ocupacional e à baixa capacidade de trabalho.

Os docentes apresentam maior satisfação com a profissão do que os não docentes, esta correlação tem orientação positiva, confirmando que o aumento da satisfação com a profissão aumenta os níveis de SMP e BEP.

A desmotivação e os baixos níveis de SMP e BEP sentidos eram tao elevados que conduziram à baixa adesão ao estudo.

2.6 CONCLUSÕES

Apresentam-se as conclusões em articulação com os objetivos do estudo.

Relativamente aos objetivos inicialmente apresentados neste trabalho, considera-se que os mesmos estão atingidos, ao demonstrar a sua conformidade com o conhecimento ético, as normas e procedimentos legais da profissão de enfermagem tal como exposto e comprovado com este relatório; pela ação e reflexão informada na mais recente evidência científica, que permitiu ao autor consolidar conhecimentos e contributos para a profissão.

Avaliar o nível de Saúde Mental Positiva e suas determinantes sociodemográficas – Docentes e não docentes apresentam níveis elevados de SMP, que é igualmente elevada em mulheres e homens. Os indivíduos com menores dificuldades em adormecer apresentam melhores níveis de SMP, e maior satisfação com a profissão também aumenta os níveis de SMP.

Avaliar o nível de Bem-estar Psicológico e suas determinantes sociodemográficas – Constatou-se que os docentes apresentam níveis de BEP intermédio e este aumenta com a

diminuição da dificuldade em adormecer e com o aumento da satisfação com a profissão; no entanto 15.9% apresenta níveis baixos de BEP, o que vem reforçar a necessidade da nossa intervenção.

Correlacionar a Saúde Mental Positiva e o Bem-Estar Psicológico, verificou-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre os docentes e os não docentes, no tempo de serviço no agrupamento e nas habilidades de relação interpessoal. Nas restantes variáveis não se verificam diferenças estatisticamente significativas, o que sugere uma reduzida implicação prática das variáveis em docentes e não-docentes, nos domínios da SMP e do BEP. À medida que a idade e os anos de serviço aumentam, a capacidade de resolução de problemas diminui, o que pode apontar para o benefício de atividade de *team building* ou de natureza semelhante. Desta forma serão fortalecidos os laços e as relações entre os elementos mais jovens e mais velhos da equipa favorecendo um compromisso de entreajuda.

Identificar os aspetos transversais, mas também singulares no âmbito da Saúde Mental Positiva e do Bem-estar Psicológico inerentes a cada Agrupamento de Escola – Este objetivo não foi possível de alcançar, pois além da baixa adesão ao estudo, um dos agrupamentos também acabou por não aderir que fez com que os resultados não fossem estatisticamente significativos entre as amostras de docentes e não docentes.

Sugere-se a prossecução do estudo no sentido de maior sustentabilidade da informação de suporte à tomada de decisão e, assim rentabilizar o interesse e disponibilidade da colega enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, da UCC ALT, para desenvolver um programa de intervenção em parceria.

A progressiva exigência e os desafios dirigidos aos enfermeiros, dada a evolução e a modernização dos cuidados de saúde, as variações demográficas, a crescente disponibilidade a meios tecnológicos e as factuais expectativas dos cidadãos, impulsionam-nos para a ocupação de um lugar fulcral nas organizações de saúde. Os desenvolvimentos da ciência de enfermagem, da disciplina e da profissão acompanham estes desafios, pela aquisição de competências através da formação profissional avançada, criando uma prática diferenciada e de excelência.

O contributo do EEEEC para a melhoria das respostas aos problemas de saúde das populações constitui um valor inegável, comportando importantes contributos para a prestação de cuidados, para a formação, para a gestão e para a investigação. Complementarmente, a realização deste estudo, que emergiu de uma

problemática identificada no contexto do estágio clínico, permitiu-me adquirir competências no âmbito da especialização, da investigação e do mestrado, obtendo uma perspetiva idónea sobre importantes aspetos da SE, com a legítima aspiração de contribuir para o crescente prestígio da profissão e para a defesa da saúde da população pela melhoria da intervenção na equipa de saúde comunitária.

No contexto da SE, o contributo e valor da intervenção do enfermeiro especialista, ao identificar algumas representativas funções deste profissional, tal como a importância na recolha de dados, no diagnóstico das necessidades, a conceção de planos de intervenção adaptados à natureza da população, a capacidade na deteção precoce de riscos, prevenindo complicações, orientando a intervenção com base no resultado das respostas individualizadas de cada comunidade. Sempre com base nos conceitos One Health, One School em que a saúde e a escola são para todos, e que é na escola que tudo começa, tal como dizia Kant (1900), citado por Kornilav (2023, p.3) “O ser humano é aquilo que a educação faz dele”. O EEEC é um elemento essencial para, em parceria com todos os envolvidos (professores, alunos, terapeutas, psicólogos, assistentes operacionais, enfermeiros de outras especialidades, entre outros) criar ambientes favoráveis ao melhor desenvolvimento e humanização das nossas crianças e jovens.

2.7 CONTRIBUTOS E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA, INVESTIGAÇÃO, FORMAÇÃO E GESTÃO EM ENFERMAGEM

A escola é uma unidade organizativa extremamente significativa em todos os países, por ser a base do sistema educativo. Esta base em parceria com a saúde, numa lógica de promoção de saúde, contribui para que o futuro do país seja mais promissor com adultos com elevados níveis de literacia, sentido crítico e de responsabilidade e hábitos de vida saudáveis e conscientes.

Neste sentido, o estudo contribui para a identificação das necessidades expressas por docentes e não-docentes, sendo incluídos na equipa de cuidados, promovendo metodologias participativas de planeamento em saúde numa lógica *bottom-up*, e conferindo sustentabilidade aos projetos que se pretendam implementar com os resultados obtidos, em parceria com o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. Com estes projetos pretende dar-se resposta às necessidades sentidas por esta comunidade e assim contribuir para um ambiente escolar mais saudável e favorecer o desenvolvimento das nossas crianças e jovens na sua plenitude.

A implicação para a prática que resulta deste relatório, passa pela divulgação em ações de formação às equipas de saúde comunitária e pela redação de um artigo a submeter a uma revista indexada.

No epílogo desta jornada ficam os contributos para a prática clínica, a investigação, formação e gestão em Enfermagem, tornando o trabalho do EEEEC visível, valorizando as suas competências específicas e o trabalho que este pode e deve desempenhar.

2.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação do estudo deve-se ao tamanho da amostra. A dimensão da amostra obtida constitui uma percentagem muito pequena relativamente ao universo considerado dos docentes e não docentes. Apesar da solicitação aos diretores dos agrupamentos de escolas para reenviarem o link com o formulário dos instrumentos de colheita de dados, o estudo manteve uma baixa adesão. Esta facto pode estar relacionado com o período em que foi aplicado o questionário, por coincidir com o final do ano letivo e o aumento da carga de trabalho, talvez se tivesse sido aplicado antes da pausa da Páscoa o resultado tivesse sido diferente. Este estudo com a uma amostra maior, poderá trazer mais segurança e potenciar generalizações que os resultados possam permitir.

A baixa adesão ao estudo não permitiu a comparação dos resultados obtidos entre os agrupamentos no sentido de analisarmos se as suas características específicas contribuem favorável ou desfavoravelmente para a SMP e o BEP dos docentes e não docentes.

Outra das limitações foi a não adesão ao estudo por parte do Agrupamento de Escolas Dr. Francisco Sanches, mesmo depois de terem reforçado que participariam do mesmo e de terem sido reenviados os instrumentos de colheita de dados e respetivas autorizações por parte da comissão de ética da ARS Norte.

Ainda assim, pensamos que é importante trabalhar com as populações, envolvendo-as desde o início.

3 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista são: “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas (...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745).

São agrupadas em quatro domínios de competências que se apresentam a seguir, e sobre os quais se fará uma reflexão crítica, e demonstrará de que forma foram adquiridas ao longo dos estágios.

3.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, é esperado que este desenvolva uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, tendo como base da sua atuação as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Ao longo dos estágios, todas as atividades desenvolvidas tiveram por base os princípios da ética e da deontologia, nomeadamente no processo de integração nas equipas da USP de Barcelos/Esposende, da UCC Barcelos Norte e da UCC Assucena Lopes Teixeira, nas quais o respeito pelos valores, crenças e princípios de todos os elementos foram a base de toda a minha atuação e modo de estar nos serviços; na auscultação das equipas relativamente às necessidades dos serviços, de forma a que os meus estágios fossem uma mais valia e um contributo positivo no desenvolvimento das atividades; na auscultação da comunidade, integrando as suas preferências na elaboração dos programas a estas dirigidos, bem como no estudo de investigação que foi desenvolvido no ENP.

Todas as atividades desenvolvidas foram alvo de uma supervisão criteriosa, pelas orientadoras do contexto e pedagógicas, de forma a garantir e validar as intervenções antes de serem realizadas, e assegurar o compromisso de respeito pela segurança, privacidade e dignidade do cliente, que, inconscientemente, a minha inexperiência no contexto dos CSP poderia originar. A utilização de dados produzidos nos cuidados de Enfermagem às comunidades e populações implica dilemas diários nos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária (Melo, 2020).

O respeito pela segurança, privacidade e dignidade do cliente foi transversal a todas as atividades e programas em que participei durante os estágios, pois “os princípios éticos gerais se aplicam - ainda assim, mercê do posicionamento da Enfermagem como ciência humana, os enfermeiros têm preocupações adicionais com o bem-estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pela dignidade, direitos e integralidade das pessoas.” (Nunes, 2020, p.5), realçando o cuidado extremo na confidencialidade dos dados recolhidos para a elaboração do estudo de investigação, quer no estágio de SP quer no ENP, garantindo o completo anonimato dos participantes e a possibilidade de desistência sem prejuízo para o próprio a qualquer altura do estudo.

“Ao longo dos anos, é inegável que na relação terapêutica entre o enfermeiro e o seu cliente o pensamento ético é o molde das tomadas de decisão” (Melo, 2020).

3.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Neste domínio de competências espera-se que o enfermeiro especialista desempenhe um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolva práticas de qualidade, e faça gestão, colaborando em programas de melhoria contínua e garantindo um ambiente terapêutico e seguro.

A Governação Clínica e de saúde é, então, um sistema vincadamente participativo e apontado para a melhoria contínua da qualidade da prática clínica (SNS, 2017). Neste sentido a UCC baseia a sua gestão numa prática mais colaborativa, realizando reuniões trimestrais com todos os profissionais da unidade, dando-lhes uma voz ativa na formulação de políticas e nas estratégias de trabalho.

A UCC ALT está desperta para as sequelas deixadas pela pandemia, e para a urgência de as monitorizar. Nesse sentido de melhoria das condições das suas comunidades surgiu o tema para o estudo de investigação deste relatório.

Entendo que, como futura EEEEC, a minha atuação se deve basear em lógicas participativas, pois só assim, tendo em consideração as necessidades da equipa de trabalho e da comunidade, é possível desenvolver projetos de intervenção sustentáveis e que produzam ganhos em saúde.

Os enfermeiros são um parceiro fundamental, nomeadamente os EEEEC, pelas competências no planeamento em saúde, no estabelecimento e implementação de políticas de saúde, e ter a sua perspetiva no debate atual e no ambiente político local, nacional e

internacional, aumentará a possibilidade de soluções robustas e práticas necessárias para enfrentar os desafios globais de saúde [International Council of Nurses, (ICN), 2022]. Assim são de extrema importância as sessões de capacitação nas quais tive oportunidade de participar, com o objetivo de empoderar a comunidade, e de garantir ambientes seguros e inclusivos para todos os intervenientes de uma comunidade.

As atividades que tive a oportunidade de desenvolver ao longo dos estágios tiveram como pressuposto a qualidade dos cuidados que foram prestados como base fundamental para a prática especializada da Enfermagem Comunitária, sendo por isso realizados registros das mesmas promovendo o conhecimento de Enfermagem baseado em dados para orientar as intervenções e otimizar os resultados nos clientes, apoiar decisões para a gestão de recursos de cuidados de saúde e para modelar a Enfermagem e as políticas dos cuidados de saúde, levando à melhoria de serviços prestados à comunidade [Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), 2010].

O desenvolvimento de estudos de investigação, permitiram, ao incluir a comunidade escolar, a equipa da unidade, o Conselho Executivo e Conselho Clínico do ACeS, uma comunicação com todos, de forma transparente, e a partilha de resultados que espero que contribua para a obtenção de ganhos em saúde.

3.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

Dentro deste domínio de competências é esperado que o enfermeiro especialista faça uma gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adapte a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Como menciona Melo (2020) a gestão de programas e projetos exige o desenvolvimento de competências de liderança e trabalho em equipa para responder às necessidades de saúde da população e potenciar o alcance das metas propostas.

No contexto da Saúde Comunitária e da Saúde Pública o trabalho em equipa é fundamental, e a participação em vários programas da USP e das UCC, tanto na elaboração, avaliação, monitorização e levantamento de dados em programas, onde não só está presente o enfermeiro especialista na gestão e nas equipas, mas também outros profissionais de saúde, deu-me a possibilidade de trabalhar com uma equipa multidisciplinar e de desenvolver competências de uma liderança orientada para o bem comum, como refere Melo (2020).

Após este processo ficou ainda mais evidente que como é imperioso trabalhar em parceria; na minha experiência em particular no estágio da UCC ALT esta parceria ocorreu com os intervenientes da saúde escolar, incluindo a comunidade escolar, psicólogas, assistentes sociais, PSP, entre outros.

O facto de existirem vários programas a decorrer na unidade, foi também um elemento enriquecedor pois permitiu uma gestão adequada de prioridades e de tempo para obter o máximo conhecimento ao participar em cada uma delas.

Com o sentido de obtermos os melhores resultados, a forma como trabalhamos tem de ser, muitas vezes, adaptada aos contextos e situações. Os estágios realizados, e as atividades desenvolvidas durante os mesmos (estudos de investigação, planeamento e implementação de projetos de intervenção, participação em reuniões, dinamização de sessões de capacitação, etc.) permitiram adquirir competências de coordenação, negociação, motivação, estilos de liderança e processos de mudança, participando e percebendo a forma como o trabalho em equipa é desenvolvido nas unidades por onde passei. Para isso é de extrema importância conhecer as necessidades da população e comunidade em que estamos profissionalmente inseridos e colaborar com outros profissionais nos programas que respondam às necessidades da comunidade (Melo, 2020).

3.1.4 Domínio das Aprendizagens Profissionais

Neste domínio de competências espera-se que o enfermeiro especialista desenvolva o autoconhecimento e assertividade, e baseie a sua prática clínica especializada em evidência científica.

A capacidade de reconhecer limites - no meu caso, mais evidente, pelo facto de sempre ter trabalhado num contexto hospitalar, e estar há 16 anos num serviço tão específico como a unidade de cuidados intensivos – permitiu ter a capacidade e maturidade suficientes para parar e pedir ajuda sempre que as dúvidas foram surgindo ao longo deste processo.

O fator tempo foi um determinante grande de pressão, pela necessidade de desenvolver todas as atividades, realizar também um estudo de investigação, estudo esse que foi também um fator adicional de pressão pela morosidade dos processos inerentes a qualquer estudo de investigação, nomeadamente no que à autorização da comissão de ética diz respeito. A capacidade de gerir essa pressão, foi um enorme desafio, mas permitiu desenvolver o trabalho de uma forma mais eficiente.

No decorrer de todos os estágios, a evidência científica suportou todas as minhas ações. Assim, e pela minha inexperiência em CSP, procurei realizar uma pesquisa bibliográfica robusta e atual, para melhor acompanhar as atividades que foram realizadas, e perceber mais aprofundadamente os motivos e a forma da sua realização. Na elaboração deste relatório, que se construiu com base nas atividades e realizadas e aprendizagens adquiridas ao longo dos estágios, e na elaboração do estudo de investigação, procurei sustentar todas elas na mais recente evidência produzida em estreita articulação com as competências comuns do EEEC. A prática baseada na evidência vai ao encontro da obrigação social da enfermagem enquanto profissão e ciência, alicerçando a sua credibilidade entre as áreas de conhecimento no contexto da saúde, é suportada pela experiência dos profissionais que a implementam, com os recursos que têm à sua disposição e tendo em conta as preferências do cliente.

Durante o curso de mestrado, além do desafio de conciliação entre os estudos, a família e o trabalho, tentei aproveitar as oportunidades de formação que foram surgindo e que senti que me enriqueceriam ainda mais neste percurso, tanto na minha prática profissional como na de futura enfermeira especialista.

A defesa pública deste relatório possibilitará também a argumentação do trabalho desenvolvido nos estágios e as aprendizagens e competências adquiridas ao longo de todo o curso.

Após a defesa pública, pretende-se devolver a todos os intervenientes no estudo de investigação os resultados obtidos, com o sentido de partilha de conhecimentos e de alavancagem de projetos de intervenção comunitária baseados nesses mesmos resultados, bem como a sua divulgação na comunidade científica de forma a incrementar a investigação em Enfermagem Comunitária, favorecendo o seu valor social e económico enquanto disciplina e profissão, e potenciando o reconhecimento de todos os enfermeiros no impacto que os cuidados especializados têm na saúde do indivíduo, família, grupo, comunidade e população (Melo, 2020)

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE COMUNITÁRIA

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista são: “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4745).

Em particular, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

3.2.1 Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

Planeamento implica planear, organizar, dirigir e controlar. Nesse sentido a metodologia do planeamento em saúde surge como uma ferramenta fundamental para atingir o propósito da Enfermagem Comunitária e define-se como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes de vários sectores socioeconómicos” (Imperator & Giraldes, 1993, p.6). De acordo com os mesmos autores, a metodologia do planeamento é essencial devido à escassez de recursos, aos custos de intervenções mal planeadas, à importância de intervir na causa dos problemas e de priorizar de forma a otimizar os recursos existente, sendo custo-efetivos (Imperator & Giraldes, 1993).

No primeiro estágio na USP Barcelos e Esposende, tive a oportunidade de, em conjunto com as demais mestrandas do grupo de estágio, elaborar um diagnóstico de situação. Foi realizado um estudo de investigação sobre os conhecimentos dos encarregados

de educação, docentes e não docentes na gestão dos cuidados a crianças e jovens com DM tipo 1, inscritas nos agrupamentos de escolas da área de abrangência da UCC Barcelos Norte.

O diagnóstico de situação, é a primeira etapa do planeamento em saúde, e deve corresponder às necessidades de saúde da população e só após a sua definição é possível realizar a intervenção necessária ((Imperatori & Giraldes, 1993). Tem como intuito traçar o perfil de saúde de uma população, identificar e priorizar os seus problemas e necessidades de saúde, assim como priorizar quais as intervenções mais adequadas para potenciar ganhos em saúde.

Apurou-se que a população estudada apresentava um nível de conhecimento sobre a diabetes considerado mediano, contudo, quando analisado em profundidade, os encarregados de educação destacavam-se por apresentar um conhecimento ligeiramente superior, levantando a necessidade de intervenção para empoderar a comunidade escolar. Relativamente às necessidades sentidas e expressas pelos cuidadores destas crianças, através de questões abertas que fizeram parte do instrumento de colheita de dados, verificou-se que existiam algumas lacunas merecedoras de intervenção.

Os objetivos do estudo e do estágio foram alcançados, bem como diagnosticadas necessidades de intervenção que tiveram continuidade no estágio de Enfermagem Comunitária.

No ENP foi também efetuado o diagnóstico de situação, com a realização do estudo de investigação sobre a Saúde Mental Positiva e o Bem-estar Psicológico de docentes e não docentes em três agrupamentos de escola da área de abrangência da UCC ALT. O estudo desenvolveu-se no sentido de apurar as necessidades sentidas pela comunidade, uma vez que “ O Diagnóstico de Enfermagem de Saúde Comunitária exige a identificação do entrecruzamento entre as necessidades sentidas pela comunidade, aquelas que por ela são expressas (...) e as reais, fazendo a sua articulação com as necessidades identificadas no contexto do Diagnóstico em Saúde Pública” (Melo, 2020, p.11).

Após o diagnóstico de saúde é necessário definir prioridades com base nas necessidades da comunidade. Nem todas as necessidades podem ser satisfeitas ao mesmo tempo ou ao nível desejado, pelos constrangimentos muitas vezes existentes nos sistemas de saúde, como por exemplo no que se refere aos financiamentos, sendo de extrema importância determinar as prioridades para orientar as escolhas e decisões (Pineault, 2016).

“A etapa da priorização merece um destaque nas etapas do Planeamento em Saúde pela sua relevância, nomeadamente na boa gestão dos escassos recursos para responder às

necessidades das populações ou das comunidades” (Melo, 2020, p.19). A definição das prioridades conduz-nos muitas vezes à reestruturação e redefinição das atividades que pretendemos desenvolver, por forma a incluir a comunidade e dar assim resposta as suas necessidades mais prementes.

Após a realização do diagnóstico de situação (primeiro estágio), no segundo estágio foram definidas prioridades de intervenção, tendo em conta nomeadamente o pico pandémico que se verificou na altura da intervenção, pelo que foi necessário seleccionar o agrupamento de escolas que seria alvo da intervenção, tendo sido utilizado como critério, o agrupamento que tinha mais alunos com o diagnóstico de DM tipo 1.

No segundo estágio, após a definição de prioridades foi necessário definir objetivos muito claros do que era pretendido para resolver os problemas e as necessidades identificadas, pois como refere Melo (2020) só através de uma adequada definição dos objetivos é possível traçar o caminho das estratégias de intervenção para ser possível, no final do projeto, medir a existência de ganhos em saúde para os seus intervenientes. Foi uma etapa complexa, pelo rigor metodológico que implicou, tendo sido necessário, além de outras questões, perceber os recursos disponíveis, ouvir e envolver os intervenientes na sua elaboração, nomeadamente através de reuniões com os diretores dos agrupamentos de escolas e com os professores responsáveis pela promoção e EpS na escola. Foram também elaborados indicadores que permitiram posteriormente fazer a avaliação deste projeto.

O estabelecimento de programas e projetos de intervenção, com vista à resolução dos problemas identificados é também uma das unidades de competência das competências específicas do EEEC. A implementação das estratégias pretende providenciar informações, recursos e serviços que melhorem a saúde, permitindo que as pessoas tenham mais controlo sobre as suas vidas (Laverack, 2022).

O projeto de intervenção comunitária, baseado na mais recente evidência científica - “Crescer com DM tipo 1” – que foi elaborado com a participação de docentes e não docentes dos Agrupamentos de Escolas da área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende, permitiu pensar criteriosamente em todas as etapas do planeamento em saúde. A sua implementação permitiu contactar diretamente com docentes e não docentes dos alunos com diagnóstico de DM tipo 1, perceber as suas maiores dificuldades e ir de encontro àquelas que foram as suas expectativas criadas inicialmente. A avaliação da intervenção permitiu-nos ter noção do seu impacto na nossa população alvo.

3.2.2 Contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Os Cuidados de Saúde Primários são potenciadores do empoderamento das comunidades, com investimento na prevenção da doença e na promoção da saúde (Melo, 2020).

A reforma dos CSP veio colocar em destaque a sua função de promoção da saúde, prevenção da doença e de cuidados de proximidade, centrados no utente e orientados para a comunidade (Firmino-Machado et al., 2017).

A saúde deixa de ser vista como um fim a alcançar, mas como um recurso que nos acompanha ao longo da vida (OMS, 1986). A ideia de que os CSP devem empoderar as pessoas e as comunidades para que sejam autoras da sua própria saúde, defensoras das políticas que a promovem e a protegem e, ainda, corresponsáveis pela construção da saúde e dos serviços sociais que para ela contribuem, é reforçada em Astana (OMS, 2018).

A capacitação pretende assim, fortalecer e complementar capacidades existentes, sustentando e amplificando os ganhos alcançados com a promoção em saúde. Pode incluir o aumento da consciencialização sobre os fatores de risco para a saúde, estratégias para promover a identidade e a coesão comunitária, educação para aumentar a literacia em saúde, facilitar o acesso a recursos externos e desenvolver estruturas para a tomada de decisão comunitária e a ação coletiva. A competência individual dos profissionais de saúde é uma condição necessária, mas não é suficiente para uma efetiva promoção da saúde. Segundo a WHO (2021b) o apoio das organizações onde e com quem trabalham é também crucial para a implementação efetiva de estratégias de promoção da saúde, bem como o desenvolvimento da coesão e de parcerias comunitárias.

Neste sentido, como referido em WHO (2021b) o empoderamento resulta de processos sociais, culturais, psicológicos e políticos através dos quais os indivíduos e as comunidades são capazes de expressar as suas necessidades, apresentar as suas preocupações, elaborar estratégias para o envolvimento na tomada de decisão e realizar ações políticas, sociais e culturais para satisfazer essas necessidades inclusivamente cocriando as políticas e serviços que afetam e servem as suas comunidades. O empoderamento comunitário só é possível com um trabalho conjunto de todos os intervenientes.

Os dois conceitos são utilizados muitas vezes na literatura com o mesmo significado, mas tendo em conta as definições da OMS e seguindo a linha de pensamento de Melo (2020), entende-se a capacitação como uma fase importante do empoderamento comunitário; a

primeira, centrada no desenvolvimento de capacidades, monitorizada pelo agente capacitador (neste caso, o enfermeiro), e a segunda, referente à delegação de autoridade na comunidade para tomar decisões sobre a resolução dos seus próprios problemas, sendo a comunidade completamente independente do enfermeiro. São ambas fundamentais e a segunda advém da primeira. Apesar do trabalho desenvolvido nos estágios estar mais direta e objetivamente relacionado com a primeira, inevitavelmente ao capacitarmos uma comunidade, estamos a dar-lhe ferramentas para se empoderar e tomar ela própria, as suas decisões para a obtenção de ganhos em saúde e por isso o objetivo de todas as atividades de capacitação realizadas em todos os estágios, foram o empoderamento comunitário.

Desde logo no primeiro estágio, ao ser realizado o diagnóstico de situação com o desenvolvimento de um estudo de investigação sobre a DM tipo 1 em contexto escolar, e ao serem incluídas no questionário aplicado, perguntas abertas em que os participantes podiam relatar as suas maiores dificuldades, preocupações e necessidades relativamente ao cuidado de crianças e jovens com DM tipo 1 em contexto escolar, assim como os temas que gostariam de ver abordados numa possível intervenção, deu a possibilidade aos mesmos de uma primeira tomada de consciência acerca do tema e dos conhecimentos que possuíam ou precisavam de adquirir, sendo esta já uma forma de intervenção, assim como de participação na elaboração do programa de intervenção comunitária. Neste sentido, baseado na 2ª base da Lei de Bases da Saúde, aplicou-se o direito de todas as pessoas a intervir nos processos de tomada de decisão em saúde e na gestão participada das instituições do SNS.

Além deste direito consagrado na lei, são já bastante estudados os benefícios da participação em saúde, havendo maior garantia de sucesso e sustentabilidade em programas de promoção da saúde que incluem as necessidades das pessoas, nomeadamente através de abordagens *bottom-up*, em que as comunidades são conscientemente envolvidas no programa e nas decisões de planeamento (Laverack, 2022), sendo também ela uma forma de capacitação dos cidadãos (Serapioni & Matos, 2013).

A participação pública em saúde deverá ocorrer em todos os níveis do sistema de saúde, contribuindo para maior transparência nas decisões, maior confiança nas instituições, coresponsabilização na implementação de políticas e outras intervenções, e ainda para a melhoria da qualidade dos cuidados, das políticas e da investigação. Desempenha também um papel fundamental na equidade em saúde, ao escutar e envolver as perspetivas dos cidadãos, em particular os que se encontram em situação de maior vulnerabilidade (CNS, 2020).

Em Portugal, embora o direito a participar esteja adequadamente previsto na lei e sejam identificados mecanismos formais de participação pública em saúde ao nível nacional, regional, local e institucional, a participação ainda é baixa (CNS, 2020), sendo ainda necessário passar da hierarquização das políticas públicas para a sua harmonização, privilegiando a centralidade do cidadão.

Ao longo do segundo estágio, realizado na UCC Barcelos Norte foi possível elaborar e implementar um projeto de intervenção comunitária que já foi referido neste documento, onde, através das atividades delineadas para fazer face aos objetivos definidos, foi possível capacitar a comunidade docente e não docente do Agrupamento de Escolas Alcaldes de Faria relativamente à DM tipo 1 e inclusão em meio escolar, operacionalizada através de uma sessão de EpS, inicialmente prevista realizar-se presencialmente e posteriormente adaptada para o formato online, devido aos constrangimentos provocados pela pandemia Covid-19. Foi um momento de partilha de conhecimentos e dúvidas, onde foi possível, através da avaliação da atividade, perceber ganhos através do aumento do nível de conhecimentos inicial e final dos participantes.

No ENP foi possível participar na implementação dos vários Programas e projetos para capacitação da comunidade escolar, como forma de dar resposta aos eixos estratégicos e áreas de intervenção do PNSE, nomeadamente nos eixos da capacitação e do ambiente escolar e saúde.

O eixo da capacitação apresenta como áreas de intervenção saúde mental e competências socioemocionais, educação para os afetos e a sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas e comportamentos aditivos sem substância.

No eixo do ambiente escolar e saúde as áreas de intervenção são o desenvolvimento sustentável, ambiente escolar seguro e saudável, avaliação dos riscos ambientais para a saúde e prevenção de acidentes e primeiros socorros.

As atividades realizadas foram adaptadas às diferentes realidades de cada escola e às capacidades cognitivas da comunidade em questão. Assim, para os alunos do jardim de infância desenvolvemos atividades do PASSEzinho (programa de alimentação saudável em saúde escolar adaptado ao jardim de infância) “Comboio da saúde” capacitando sobre os alimentos e hábitos de vida saudáveis; e também capacitação para a escovagem dos dentes com a adesão de alguns jardins de infância ao projeto SOBE+ (saúde oral bibliotecas

escolares); com a adesão a este projeto são fornecidos kits de escovagem compostos por uma escova, pasta de dentes e uma ampulheta com o tempo ideal para a escovagem, e assume-se o compromisso de proporcionar um ambiente favorável à escovagem dos dentes em meio escolar após o almoço.

No ensino básico, do primeiro ao quarto ano, desenvolveram-se sessões de capacitação sobre educação postural, *bullying* – no âmbito do projeto “Escola sem *bullying*, escola sem violência”, alimentação saudável com recurso a uma atividade do PASSE (programa de alimentação saudável em saúde escolar) “À roda da roda”; e também uma atividade do PRESSE (programa regional de educação sexual em saúde escolar - um programa exclusivo da região norte), “Capuchinho ao pé coquinho” para capacitar as crianças sobre os adultos de confiança e comportamentos seguros a ter em relação a pessoas estranhas, quer presencialmente ou nas redes sociais.

Com os alunos do 5º ano as sessões assentaram nos temas da higiene corporal (onde são reforçados os ensinamentos sobre as alterações hormonais e corporais que ocorrem nesta fase do ciclo vital e salientando a importância do reforço da higiene) e pediculose. Nos 6º e 9º anos, foram realizadas sessões de capacitação de suporte básico de vida, sendo que em idades mais precoces também se fala do suporte básico de vida, mas com uma abordagem diferente, incidindo sobre a importância de saber pedir ajuda. Para o 7º ano foi abordada a temática dos comportamentos aditivos com substância – “Consumo de tabaco – Tu decides”, inserida no PELT (projeto escolas livres de tabaco). Nos alunos do 8º ano a intervenção incidiu sobre a temática da saúde mental recorrendo a uma atividade “Elogios na palma da mão” do programa mais contigo, que tem por objetivo mostrar a importância da rede de recursos para ultrapassar dificuldades.

No ensino secundário a sexualidade e a saúde mental foram as necessidades merecedoras de intervenção, para isso realizaram-se as atividades “Obter preservativos” e “Verdade ou consequência” do PRESSE; e “Jogo dos conjuntos” do programa + Contigo. Este programa nasceu em 2009, tendo como promotores a ARS Centro, através do departamento de Saúde Pública, e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo como população alvo os alunos do 3º ciclo do ensino básico e alunos do ensino secundário. A finalidade deste programa é a prevenção do suicídio, promovendo a autoestima e resiliência psicossocial, e a prevenção de comportamentos de risco associados.

Realizaram-se ainda sessões de capacitação sobre “Doença celíaca” e “Alergias alimentares na escola”, direcionadas a docentes e não docentes, no sentido de aumentar a

literacia para prevenir complicações, promover a inclusão das crianças com necessidades de saúde especiais, um ambiente seguro e saudável e a prevenção de acidentes.

Foi também efetuada uma sessão sobre “*Bullying*, prevenir para agir”, de forma a promover um ambiente escolar seguro, saudável e inclusivo.

No eixo das condições de saúde, cujas áreas de intervenção se referem à saúde de crianças e jovens, necessidades de saúde especiais e saúde de docentes e não docentes, foi efetuado o acompanhamento da implementação dos planos de saúde individuais das crianças com necessidades de saúde especiais.

O desenvolvimento de todas estas atividades permitiu-me aprofundar conhecimentos científicos sobre as várias temáticas abordadas nas sessões de capacitação, sempre baseada na mais recente evidência científica. Desenvolver capacidades de comunicação para melhor me expressar e fazer entender, por forma a alcançar melhores resultados nas sessões e promover um ambiente mais seguro para todos/as. As sessões de educação para a saúde requerem o exercício de trabalho em equipa, dado que esta eleva as competências comunicacionais, mas também de articulação de recursos. É necessário fazer também uma adaptação constante do que pretendemos para o que efetivamente temos. Outro recurso que tive de gerir com maior perspicácia foi o tempo, muitas vezes em contrarrelógio para conseguir dar resposta o mais rápido possível as situações de crianças e jovens com NSE. Todas as atividades e capacidades desenvolvidas tiveram sempre como objetivo primordial o bem-estar e desenvolvimento saudável da criança/ adolescente, baseada na tríade saúde/ escola/ casa. O cumprimento deste pressuposto exige e estimula o domínio das competências descritas anteriormente.

3.2.3 Integração e Coordenação nos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

Um dos fundamentos da Lei de Bases da Saúde, define como, a melhoria do estado de saúde da população, através de uma abordagem de saúde pública, da monitorização e vigilância epidemiológica e da implementação de planos de saúde nacionais, regionais e locais (Lei nº 95/2019, 2019).

Como refere o documento do PNS 2021-2030, este é um processo participativo, cocriativo, estruturado e integrador que, partindo da identificação conjunta das principais necessidades e expectativas de saúde da população residente em Portugal, seleciona as estratégias de intervenção mais adequadas, tendo em vista o alcance de objetivos de saúde

sustentável para Portugal, visando, entre outros, a redução das iniquidades em saúde (Portugal, 2021).

É esperado do EEEEC, que na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades que constam dos diferentes programas de saúde, tudo faça, para atingir os objetivos do PNS (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Imperator e Giraldes (1993, p.83) definem “plano” como “um instrumento de implementação de uma política”, “programa” como “um conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos materiais e financeiros que são geridos por um mesmo organismo” e “projeto” como sendo “uma atividade que decorre num período de tempo delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa.”

Durante os estágios tive oportunidade de desenvolver competências de coordenação com os vários parceiros, de forma a dar resposta ao PNS. Esse desenvolvimento foi mais evidente durante o ENP, através de reuniões com a equipa do projeto de educação para a saúde, no sentido de dar uma melhor resposta ao PNSE; articulação com a PSP, psicólogos dos agrupamentos, representantes da autarquia, equipa multidisciplinar de apoio infantil nas quais foram debatidas quais as melhores estratégias e programas mais adequados para se atingirem as metas propostas.

Considerando a relevância dos diferentes Programas de saúde e os objetivos estratégicos do PNS, o exercício desta competência, visa “Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2011), para a maximização das atividades de âmbito comunitário, que são fundamentais para a obtenção de ganhos em saúde.

“A gestão de programas e projetos exige um complexo desenvolvimento de competências de liderança e trabalho em equipa para potenciar o alcance das metas que respondem às necessidades de saúde da população” (Melo, 2020, p.89).

O trabalho em rede e as parcerias têm sido identificados como fundamentais tanto para o sucesso como para a sustentabilidade dos programas e projetos fomentando sinergias entre as instituições e os recursos limitados (Alves et al., 2020).

O EEEEC tem, por excelência, mais proximidade com a comunidade. Este facto facilita a sua participação ativa na promoção da coesão e da construção de objetivos comuns e na promoção de parcerias comunitárias eficazes com base no empoderamento da comunidade (Melo & Alves, 2019), enfatizando o seu papel fundamental na equipa de saúde.

3.2.4 Realização e Cooperação na Vigilância Epidemiológica de âmbito Geodemográfico

O Observatório Local de Saúde da USP Barcelos e Esposende, insere-se na área funcional do planeamento e administração em saúde e tem como funções monitorizar o estado de saúde da população - identificando as suas necessidades de saúde, efetuar a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, não transmissíveis e no âmbito da saúde ambiental e avaliar e rever os programas de saúde.

São várias as monitorizações em curso, mas a que teve mais contacto foi com a DM tipo 1 em crianças e jovens, tendo sido o tema do trabalho realizado aquando do primeiro estágio. Sendo o levantamento dos dados realizado através da plataforma SCLínico e posteriormente confirmado com os pais das crianças e jovens com critérios de inclusão no estudo.

“A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos saúde-doença” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19357).

É importante que a vigilância epidemiológica não envolva apenas a colheita de dados, mas que permita, através da sua análise, a implementação de ações efetivas de prevenção da doença, de atuação nos determinantes de saúde, traduzindo-se em políticas de saúde (Bonita et al., 2010).

No que diz respeito aos estudos de investigação realizados, tanto no primeiro estágio como no ENP foram elaborados instrumentos de colheita de dados que incluíram naturalmente escalas validadas - depois de devidamente autorizada a sua utilização pelos autores - tendo sido feito o tratamento dos dados recolhidos com recurso ao programa informático SPSS, na sua versão 28.0 e utilizados os testes estatísticos adequados à análise que se pretendeu fazer, tendo em conta os objetivos delineados e a revisão de literatura.

3.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Para obter o grau de mestre é necessário:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
- ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Decreto-Lei nº 74/2006, 2006, p.2246).

A decisão de ingressar no Mestrado em Enfermagem Comunitária surgiu após dezasseis anos de experiência clínica em cuidados diferenciados hospitalares. Os primeiros dois anos e meio num serviço de internamento de cirurgia geral, e os restantes no serviço de cuidados intensivos; mas sempre com o objetivo da especialização na área comunitária com vista ao paradigma da promoção da saúde.

Durante estes anos foram várias as formações e aprendizagens adquiridas, mas foi a primeira vez, após concluir a licenciatura, que me envolvi novamente em um ambiente académico para obter o grau de mestre. Apesar do cansaço dos anos de trabalho, resolvi que era o momento de abraçar novos projetos e seguir pelo campo de especialização que sempre me atraiu. Foi um começo desafiador, porém muito estimulante.

A componente teórica do curso permitiu lembrar e aprofundar os conhecimentos adquiridos durante a licenciatura; assim como os trabalhos realizados, quer em grupo ou individuais, que permitiram atualizar e aprofundar conhecimentos de pesquisa bibliográfica, estruturação, síntese e desenvolvimento de trabalhos.

A vertente prática, com a participação em vários programas na USP e na UCC, quer na elaboração, avaliação, monitorização e levantamento de dados, muitas vezes em equipa multidisciplinar e parcerias, permitiu, além do aprofundamento e aquisição de conhecimentos, um alargamento de perspetivas, tornando-me assim uma profissional mais completa e preparada para os novos desafios.

Em última análise, estas duas componentes, teórica e prática, desde o início do curso, em muito contribuíram para a aquisição dos conhecimentos, capacidades e competências de Mestre em Enfermagem Comunitária.

SÍNTESE FINAL

A escola é um contexto privilegiado para a promoção da saúde, que deverá ser estruturada através do desenvolvimento de parcerias entre os serviços de saúde, a comunidade educativa e comunidade em geral.

Sabemos que “é necessário investir mais recursos no SNS. Mas é igualmente importante transformar – descentralizar, integrar, inovar, democratizar – situar, sem excessos de retórica, as pessoas no centro do sistema de saúde” (Sakellarides, 2020, p.140)

Neste sentido o ENP e o estudo de investigação realizado, contribuíram para integrar a comunidade docente e não-docente, dando-lhes voz e atribuindo-lhes um papel principal na equipa de cuidados. Ao serem incluídos, pretende-se promover metodologias participativas de planeamento em saúde numa lógica *bottom-up*, e conferir sustentabilidade aos projetos que se pretendam implementar a partir daqui com os resultados obtidos em parceria com o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

Para isso foram colocados em prática e aprofundados os conhecimentos; e adquiridos as competências específicas do EEEEC assim como de mestre, durante o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. As competências comuns do enfermeiro especialista nomeadamente na procura constante da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, da formação, gestão e investigação em enfermagem foram também adquiridas durante este percurso.

É imprescindível e emergente que se dê visibilidade à excelência da profissão de Enfermagem através da produção de indicadores que permitam demonstrar os ganhos em saúde ao nível da prevenção e promoção, transformando-nos deste modo em vetores de mudança, e assim contribuir para uma melhor qualidade de vida da população.

Conclui-se o cumprimento dos objetivos inicialmente propostos, apesar do caminho percorrido se apresentar muitas vezes sinuoso. Os obstáculos foram ultrapassados e permitiram solidificar ainda mais as competências adquiridas, e uma nova perspetiva de futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. P., Novo, A.F., Lluch-Canut, M.T., Ferré, C. & Sequeira, C.A. (2023). COVID-19 infection: Positive mental health, psychological vulnerability and sex: Cross-sectional study. *Journal of Nursing Scholarship*. 55(1). p. 123-130. <https://doi.org/10.1111/jnu.12826>
- Almeida, J. (2018). A Saúde Mental dos Portugueses. Guidedesign. Alves, O., Moreira, J. & Santos, P. (2020). Developing community partnerships for primary healthcare: An integrative review on management challenges. *International Journal of Healthcare Management*. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1723882>
- Alves, S., Ribeiro, I. & Sequeira, C. (2020). Criação e validação de um programa promotor de saúde. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*. 43 (1). p. 432-439. <http://hdl.handle.net/10400.26/25777>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 11 (1) p. 11-18.
- Arriaga, M.T., Santos, B., Costa, A., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Mata, F., Chaves, N., Lopatina, M., Sorensen, K., Dietscher, C. & Freitas, G. (2021). *Níveis de literacia em saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>
- Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia básica*. (2ªed.). Livraria
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Artmed. ISBN 9788536326153
- CIPE <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Colilishaw, S. (2015). Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health. *J. Child Psychol. Psychiatry*. 56 (3), p 370-393. doi: 10.1111/jcpp.12372
- Comissão das Comunidades Europeias (2007). *Melhorar a qualidade e produtividade do trabalho: estratégia comunitária para a saúde e a segurança no trabalho 2007-2012*. Bruxelas. <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0062:FIN:pt:PDF>

- Conselho Nacional de Saúde (2020). *Participação pública em saúde: todas as vozes contam*. CNS. https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/Estudo-CNS_Participacao-Publica-em-Saude_2020-site.pdf
- Crepaldi, T., & Carvalhais, J. (2020). A Contribuição da má qualidade do sono na qualidade de vida no trabalho de professores: Uma revisão. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-070>
- Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de março de 2006 que aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior.
- Decreto-Lei n.º 137/2013. Procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, que estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sedeados a nível nacional, regional e local. *Diário da República*. I Série, nº 193 de 2013-10-07. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071>
- Department for Education. (2016). *Longitudinal Study of Young People in England cohort 2: health and wellbeing at wave 2*. ISBN 978-1-78105-561-8
- Despacho nº2598/2021 de 8 de março de 2021 que aprova as alterações ao ciclo de estudos conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo
- Ferreira, A. M. N. (2013). *Estudo Psicométrico do Índice de Bem-Estar Pessoal em Pessoas Portadoras de Deficiência Mental (PWI- ID)*. [Tese de Mestrado, Instituto Superior De Ciências Educativas]. Repositório Aberto do Instituto Superior De Ciências Educativas
- Figueira, A. [et al.] (2018). Ações de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. p. 1-8.
- Firmino-Machado, J., Magalhães, I., Rodrigues, J., Ramos, V., Baptista, S. & Vilas-Boas, B. (2017). Governação de saúde e gestão de proximidade: A necessidade de autonomia

- de gestão nos agrupamentos de centros de saúde. *Acta Médica Portuguesa*.30 (6) p. 431-433. <https://doi.org/10.20344/amp.8274>
- Frank-Stromborg. M. (1998). *Saúde, Doença e Cuidados de Saúde*. Enfermagem Fundamental Abordagem Psicofisiológica. 1ª ed, Lusodidata.
- Freitas, A. M. C., Araújo, T. M. de, & Fischer, F. M. (2019). Psychosocial Aspects at work and the Quality of Sleep of Professors in Higher Education. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 75(5), 297–306. <https://doi.org/10.1080/19338244.2019.1657378>
- Fritz, C.O.; Morris, P.E. & Richler, J.J. (2012). Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141 (1): 2-18
- Gakinya, G. W. & Wasanga, C. (2022). Analysis of Psychological Well-Being of Secondary School Teachers: A Review of Literature. *International Journal of Psychology*. (7), p 1-8. ISSN 2599-9045.
- Galinha, I. (2008). *Bem-Estar Subjectivo: Factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto. ISBN: 978-989-558-108-5.
- Gandra, E. & Silva, K. (2019). Advocacia para a promoção da saúde: sentidos e abordagens na formação do enfermeiro. *REME – Rev Min Enferm*. 23 (e-1247). p.1-8. <http://doi.10.5935/1415-2762.20190095>
- Gonçalves, F. R., Moura, C. & Festas, C. (2018). *Evolução da assistência da criança nas escolas Portuguesas*. In M. Vieira, J. Neves-Amado & S. Deodato. 12th International Seminar on Nursing Research Proceedings. Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa. ISBN: 978-989-97041-8-3. p. 76-77.
- Hair, Jr., J.F.; Page, M. & Brunsveld, N. (2020). *Essentials of Business Research Methods*. Fourth Edition, Routledge, Taylor and Francis Group.

- Harding, S; Morris, R; Gunnell, D; Ford, T; Hollingworth, W; Tilling, K; Evans, R; Bell, S; Grey, J; Brockman, R; Campbell, R; Araya, R; Murphy, S; & Kidger, J. (2019). Is teachers' mental health and wellbeing associated with students' mental health and wellbeing?. *Journal of Affective Disorders*. 253, p 460-466.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.046>
- Imperatori, E., & Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ªed.). Escola Nacional de Saúde Pública.
- International Council of Nurses. (2022). *Nurse advocacy & influence in global health policy: ICN Report, 75th World Health Assembly*. ICN.
<https://indd.adobe.com/view/11a5cd21-9e3a-4525-a069-8f24b43b67fd>
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Keyes C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as Sourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2),95-108.
- Kornilaev, L. (2023) Kant's Pedagogical Thought And Current Problems Of Education. Publicado online DOI: 10.1051/shsconf/202316106008
https://www.shsconferences.org/articles/shsconf/pdf/2023/10/shsconf_kr2023_06008.pdf
- Laverack, G. (2022). *Guia de bolso para a promoção da saúde*. Universidade Católica Editora. <http://doi.org/10.34632/9789725408155>
- Lei nº 95/2019. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*. I Série, nº169 de 2019-09-04.
<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Lei nº 113/2021. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*. I Série, nº229 de 2011-11-29.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/113-2011-146061>
- Lima de Almeida Costa, C. & Borchardt, M. (2018). The Role of the Patient as Coprodutor in Health Services: A Systematic Literature Review. *Interciencia*. vol. 43, nº 9. p. 648-654.

- Lluch, M. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*. 25(4). p. 42-55.
http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/914
- Lluch, M. (2003). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología Conductual*. 11(1). p. 61-78.
<http://hdl.handle.net/10803/2366>
- Lluch, M. (2020). *Cuida la Salud Mental Positiva: un abordaje para afrontar con más fuerza mental la situación generada por la pandemia de Coronavirus Covid-19*. Depósito Digital de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/155397>
- Lluch, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* (Tese de Doutoramento Não Publicada). Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Lluch, M. T. (2008). Concepto de salud mental positiva: Factores relacionados. In J. Fornes, y J. Gómez (coord.), Recursos y programas para la salud mental. *Enfermería Psicosocial II* (pp. 37-69). Madrid: Fuden, Colección líneas de especialización en enfermería.
- Lluch-Canut, T., Llobet-Puig, M., Ortega-Sánchez, A., Merino-Roldán, J., Férre-Grau, C. & Positive Mental Health Research Group. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: Correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*. 13(928). p. 1-11. <https://www.biomedicalcenter.com/1471-2458/13/928>
- Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista saúde publica*. 1. <URL:10.1016/j.rpsp.2015.05.001
- Melo, P. & Alves, O. (2019). Community empowerment and community partnerships in nursing decision-making. *Healthcare*. 7 (76). p. 1-8.
<https://doi.org/10.3390/healthcare7020076>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel.

- Morais, C. Brito, I. & Tomás, C. (2018). Pesquisa: acção participativa na (co) construção de percursos de literatura em saúde. In Brito, Irma da Silva, ed. lit. – Pesquisa ação participativa na cocriação de instituições de ensino superior promotoras de saúde. Palimage, 2018. ISBN 978-989-703-215-8
- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Novo, R. F. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliação Psicológica*. 2(20), pp.183-203
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro, 8667-8669.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem. Deontologia profissional de enfermagem*. ISBN 97-989-8444-30-1.
- Organização Mundial da Saúde. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial [Internet]. 60a Assembleia Mundial da Saúde; de 14 a 23 de maio de 2007; Genebra, Suíça. Genebra: 2007 (resolução WHA60.26) [consultado em 15 de fevereiro de 2015]. Disponível em espanhol: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/S/reso-60-sp.pdf
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da Saúde: 1ª Conferência internacional sobre promoção da saúde*. OMS.
https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf

- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018). *Declaração de Astana: Conferencia mundial sobre cuidados de saúde primários*. OMS. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. OMS
- Ortega, M. (2015). *Efectividad de un programa de intervención psicosocial enfermeira para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Barcelona]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/101363>
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2011) - *Health Promotion in Nursing Practice*. 6ªed. Pearson Education. ISBN 978-0-13-509721-2.
- Pender, N., Murdaugh, C. and Parsons, M.A. (2015) *Health Promotion in Nursing Practice*. 7th Edition, Pearson Education Inc., London
- Pender, N.J. (2011). *The health promotion model manual*
- Pépin, J., Ducharme, F. & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4ª ed.). TC MédiaLivres Inc.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (6ª ed). Edições Sílabo.
- Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão*. LEIASS.
- Pombal, F. Moura, C. e Festas, C. (2017). As Crianças com Necessidades de Saúde Especiais na Escola – a realidade dos números. *XI Encontro Luso Brasileiro de Enfermagem*.
- Portugal. Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem Mais Tempo a Perder: Saúde Mental em Portugal- Um desafio para a próxima década*. CNS. <https://www.cns.min-saude.pt/2019/12/16/sem-mais-tempo-a-perder-saude-mental-em-portugal-um-desafio-para-a-proxima-decada/>

- Portugal. Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. (2022). *Observatório Escolar: Monitorização e Ação/ Saúde Psicológica e Bem-estar*. DGEEC. <https://www.dgeec.mec.pt/np4/1357.html/>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano nacional de saúde 2021-2030 saúde sustentável: de tod@s para tod@s*. DGS. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2015) *Programa Nacional de Saúde Escolar*. DGS. ISBN: 978-972-675-227-1. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/10/ProgramaNacionaldeSaúdeEscolar.pdf>
- Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. *Diário da República*. II Série, n.º 135 de 2018-07-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-11923619>
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*. II Série, n.º 140 de 2019-02-06. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Recuperado de: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Ryff, C. (1989) Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and Social Psychology*. 57 (6), pp. 1069-1081.
- Ryff, C., & Singer, B. (2006). Best news yet in the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35 (4), 1103-1119.
- Sá, A., Dias, J. & Norelho, O. (2020). Sistemas de informação em enfermagem: Diversidade e interoperacionalidade. *Nursing*. <https://www.nursing.pt/sistemas-de-informacao-em-enfermagem-desafios-e-oportunidades>

- Sakellarides, C. (2020). Serviço nacional de saúde: dos desafios da atualidade às transformações necessárias. *Acta Médica Portuguesa*.33 (2). p.133-142. <https://doi.org/10.20344/amp.12626>
- Sequeira, C., Carvalho, J., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T. & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 11. p. 45-53. <http://hdl.handle.net/10400.14/19775>
- Serapioni, M., Matos, A.R. (2013). Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 31 (1). p.11-22. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.008>
- Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. (2014). p.13. ISSN1647-9440
- Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. (2024) *Sobre o Conceito de Literacia em Saúde* (SPLS). <https://splsportugal.com/sobre/>
- Srivastava, A.K. (2017). Percieved work environment and employees' health. *Psychological Studies*, 52 (4), p 345-347.
- Tamminen, N., Reinikainen, J., Appelqvist-Schmidlechner, K., Borodulin, K., Mäki-Opas, T. & Solin, P. (2020). Associations of physical activity with positive mental health: A population-based study. *Mental Health and Physical Activity*, 18. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2020.100319>
- Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, T. (2020). Programa de promoção de saúde mental positiva em adultos (Mentis Plus⁺): Manual de apoio. Porto: A sociedade portuguesa de enfermagem de saúde mental. https://issuu.com/spesm/docs/programa_de_promo_o_de_sa_de_mental_manual_mentis
- Ungar, M., Ghazinour, M., Richter, J. (2013). Annual Research Review: What is resilience within the social ecology of human development? *J Child Psychol Psychiatry*. (54), p 348-366. doi: 10.1111/jcpp.12025.

- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. (3ªed.). Edições Sílabo.
- Violago, A.S. et.al. (2023). Psychological Well-Being of Junior High School Teachers. *Cognizance Journal of Multidisciplinary Studies*. (3), p 103-129. ISSN: 0976-7797
- White, P. (2015). Clinical governance within specialist services. *Gastrointestinal Nursing*, S12–S15. 4p.
- World Health Organization (1991). *Declaração de Sundsvall. Promoção da saúde e Ambientes Favoráveis à saúde*. Suécia.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_sundsvall.pdf
- World Health Organization (2009) *Improving health systems and services for mental health*. World Health Organization. ISBN 978 92 4 159877 4
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44219/9789241598774_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization (2021a). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. WHO.
- World Health Organization (2021b). *Health promotion glossary of terms 2021*. WHO.
- World Health Organization (2022a) *Guidelines on mental health at work*. ISBN 978-92-4-005305-2. WHO
- World Health Organization (2022b) *The impact of COVID-19 on mental health cannot be made light of*. WHO Newsletters
- World Health Organization (2024) *Health topics*. https://www.who.int/health-topics/child-health#tab=tab_1
- World Health Organization. (2013) *Health literacy: The solid facts*. WHO.
- World Health Organization. (2015). *Mental health atlas 2014*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/178879>
- Xavier, M. R. L. (2008). Porque necessitamos de um modelo bioecológico-transacional para pensar no futuro?. *Cadernos da Pedagogia Social*. (2), p. 117-123.

ANEXOS

ANEXO I: QUESTIONÁRIO SAÚDE MENTAL POSITIVA (Sequeira et al.,2014)



55932



QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA

(Sequeira, Carvalho, Sampaio, Sá, Luch-Canut, Roldán-Merino, 2014)

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um.
Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta:

1 «Sempre ou quase sempre»; 2 «Na maioria das vezes»; 3 «Algumas vezes»; 4 «Raramente ou nunca».

Código		ID			
Ítem		1	2	3	4
1	Para mim, é difícil aceitar os outros quando tem atitudes diferentes das minhas	☐	☐	☐	☐
2	Os problemas bloqueiam-me facilmente	☐	☐	☐	☐
3	Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas	☐	☐	☐	☐
4	Gosto de mim como sou	☐	☐	☐	☐
5	Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas	☐	☐	☐	☐
6	Sinto-me capaz de explodir	☐	☐	☐	☐
7	Para mim a vida é aborrecida e monótona	☐	☐	☐	☐
8	Para mim é difícil dar apoio emocional	☐	☐	☐	☐
9	Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas	☐	☐	☐	☐
10	Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim	☐	☐	☐	☐
11	Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas	☐	☐	☐	☐
12	Vejo o meu futuro com pessimismo	☐	☐	☐	☐
13	As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões	☐	☐	☐	☐
14	Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam	☐	☐	☐	☐
15	Sou capaz de tomar as decisões por mim mesmo	☐	☐	☐	☐
16	Procuro retirar os aspetos positivos das coisas "más" que me acontecem	☐	☐	☐	☐
17	Procuro melhorar como pessoa	☐	☐	☐	☐
18	Considero-me um(a) bom/boa conselheiro(a)	☐	☐	☐	☐
19	Preocupa-me que as pessoas me critiquem	☐	☐	☐	☐
20	Considero-me uma pessoa sociável	☐	☐	☐	☐
21	Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos	☐	☐	☐	☐
22	Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida	☐	☐	☐	☐
23	Penso que sou uma pessoa digna de confiança	☐	☐	☐	☐
24	Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros	☐	☐	☐	☐
25	Penso nas necessidades dos outros	☐	☐	☐	☐
26	Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio pessoal	☐	☐	☐	☐
27	Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me	☐	☐	☐	☐
28	Perante um problema sou capaz de solicitar informação	☐	☐	☐	☐
29	As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me	☐	☐	☐	☐
30	Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes	☐	☐	☐	☐
31	Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada	☐	☐	☐	☐
32	Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes	☐	☐	☐	☐
33	Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais	☐	☐	☐	☐
34	Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a)	☐	☐	☐	☐
35	Sou capaz de dizer não quando o quero dizer	☐	☐	☐	☐
36	Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis	☐	☐	☐	☐
37	Gosto de ajudar os outros	☐	☐	☐	☐
38	Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)	☐	☐	☐	☐
39	Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspeto físico	☐	☐	☐	☐

Desenvolvido por:
ESEP | CIT | C102123P-V2

1 / 1

ANEXO II: AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE SAÚDE
MENTAL POSITIVA

21/10/24, 12:58

Gmail - Autorização



Patrícia Silva <patriciafmsilva@gmail.com>

Autorização

2 mensagens

Patrícia Silva <patriciafmsilva@gmail.com>
Para: "carlossequeira@esenf.pt" <carlossequeira@esenf.pt>

21 de outubro de 2022 às 15:49

Boa tarde Prf. Dr. Carlos Sequeira

Sou aluna do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária do IPVC, e venho por este meio solicitar a sua autorização para utilização do Questionário de Saúde Mental Positiva; assim como as indicações para a sua utilização.

O estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria da Saúde Mental e do Bem-Estar psicológico na comunidade escolar, com base na evidência produzida; e será realizado em agrupamentos escolares da área de abrangência geográfica da UCC Assucena Lopes Teixeira em Braga sob orientação da prof. Dra Carminda Morais.

Saudações académicas
Patrícia Silva

Carlos Sequeira <carlossequeira@esenf.pt>
Para: Patrícia Silva <patriciafmsilva@gmail.com>

23 de outubro de 2022 às 00:38

Estimada Patrícia Silva

Informa-se que poderá utilizar o Índice de Questionário de Saúde mental Positiva traduzido e validado para a população Portuguesa, no seu trabalho.

Mais se informa que os instrumentos devem ser utilizados na íntegra, podendo apenas ser alterados na forma de apresentação, e, não podendo ser utilizados para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

Se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

Seguem em anexo o instrumento.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, Agregado, PhD, MSc, - Universidade do Porto

Professor Coordenador com agregação

CINTESIS@RISE and Nursing School of Porto (ESEP), Porto, Portugal

Coordenador da UNIESEP

https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2

[Citação ocultada]

2 anexos

 Questionário saúde mental positiva (I).docx

24K

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=bd232838f6&view=pt&search=all&permthid=thread-a:r1182853050847525188&simpl=msg-a:r44348189306...> 1/2

ANEXO III: ESCALA DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO (Novo, Silva & Peralta, 1997,
2004)

Escalas de Bem-Estar Psicológico

(Ryff-18, Ryff, 1989; Ryff & Keys, 1995; versão portuguesa de Novo, Silva & Peralta, 1997, 2004)

Por favor, leia as instruções.

As afirmações abaixo referem-se ao modo como lida consigo próprio e com a sua vida. Não há respostas certas ou erradas. Por favor, indique o seu grau de concordância com cada uma das afirmações apresentadas sendo: 1 - Discordo completamente, 2 - Discordo em grande parte, 3 - Discordo parcialmente, 4 - Concordo parcialmente, 5 - Concordo em grande parte, 6 - Concordo completamente.

	1	2	3	4	5	6
1. Não tenho medo de expressar as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.						
2. Frequentemente sinto-me 'esmagado(a)' pelo peso das responsabilidades.						
3. Penso que é importante ter novas experiências que questionem a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.						
4. Para mim, manter relacionamentos sinceros com os outros tem sido difícil e frustrante.						
5. Não tenho a noção do que pretendo alcançar na vida.						
6. Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas aconteceram.						
7. Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.						
8. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo para conseguir fazer tudo o que preciso fazer.						
9. Sinto que no decorrer do tempo consegui desenvolver-me bastante como pessoa.						
10. Sinto que aproveito muito as minhas amizades.						
11. Sinto prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.						
12. Gosto da maioria dos aspetos da minha personalidade.						
13. Tenho tendência para ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.						
14. Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma que me satisfaça.						
15. Há muito tempo que desisti de fazer grandes modificações ou melhorias na minha vida.						
16. Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.						
17. Em última análise, olhando para trás, não tenho bem certeza de que a minha vida tenha valido muito.						
18. Em muitos aspetos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na minha vida.						

ANEXO IV: PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO ACeS CÁVADO I –
BRAGA

Requerimento de Submissão de projectos de investigação

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO/ESTUDOS

Identificação do(s) investigador(es) do estudo

Nome Completo: Patrícia Filipa Machado da Silva

Contacto telefónico: 965125330

E-Mail: patriciafmsilva@gmail.com

Qualificação Académica: Licenciatura

Funções que desempenha: Enfermeira

Instituição: Hospital de Braga

Designação do Estudo: Saúde Mental Positiva e Bem-estar Psicológico em Agrupamentos de Escolas do Norte do País

Área científica em que se enquadra o estudo: Enfermagem

Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim): dezembro de 2022 a março 2023

Tipo de análise (quantitativa, qualitativa): Quantitativa

Palavras – chave: Saúde Mental Positiva; Bem-estar Psicológico

Co-Investigador(es) (quando aplicável)

Nome(s) Completo(s):

OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

(Exemplo: Orientador)

Nome(s) Completo(s): Maria Carminda Soares Morais

Instituição: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO

Objetivo Geral: contribuir para a melhoria a Saúde Mental Positiva e o Bem-estar Psicológico através da implementação de programas numa lógica participada, neste âmbito, tendo por base a evidência produzida na comunidade escolar da área de abrangência da UCC Assucena Lopes Teixeira

Metodologia: Quantitativa, observacional, transversal, descritivo-correlacional.

População alvo – Docentes e não docentes dos Agrupamentos de Escolas da área de abrangência da UCC Assucena Lopes Teixeira.

Critérios de inclusão – Ser docente ou não docente a exercer funções nos agrupamentos abrangidos pelo estudo.

Método de recolha dados (anexar instrumento recolha) – Os instrumentos de colheita de dados são de autopreenchimento, enviados pelos Diretores de Agrupamento para o email dos docentes e não docentes, com um link do Google Forms. Instrumentos de recolha de dados encontram-se em anexo no desenho de estudo.

Descrição do que consiste a colaboração do ACeS: Autorização para a realização do estudo. O estudo não implica custos, nem pesquisa nos processos dos utentes.

Termo de Responsabilidade

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

Data: 23 de novembro de 2022

Assinatura: Patrícia Filipa Machado da Silva

PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE

Nada a opor, dada a natureza pautada e a importância da intervenção da Comissão de Acesso à Saúde do ACeS I - Braga.

Data: 30/11/2022

Assinaturas: 

PARECER DO RESPONSÁVEL ACESSO INFORMAÇÃO

Favorável, cumpre com as condições exigidas quanto à confidencialidade, anonimato e consentimento informado.

Data: 6/12/2022

Assinaturas: 

ANEXO V: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS NORTE



DATA: 2023-03-20

COMUNICAÇÃO

INFORMAÇÃO

PARECER

REFERÊNCIA: CE/2023/41

PARA CONSELHO DIRETIVO

DE COMISSÃO DE ÉTICA

ASSUNTO ...: PI 20220169 - Saúde Mental Positiva e Bem-estar Psicológico em Agrupamentos de Escolas do Norte do País

EXARADO NA ATA Nº 2023_14
REUNIÃO DE 2023-03-29

DELIBERADO AUTORIZAR
2023-03-29

Carlos Nunes
Presidente do CD

Maria Clara Castro

Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD

Paula Duarte
Vogal do CD

A- Apresentação do pedido em apreciação

A Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte (CES da ARSN, I.P.) recebeu 20 de fevereiro de 2023 o pedido de parecer sobre o projeto intitulado "Saúde Mental Positiva e Bem-estar Psicológico em Agrupamentos de Escolas do Norte do País" que será desenvolvido por Patrícia Filipa Machado da Silva, enquadrado no Estágio de Natureza Profissional que decorre na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Assucena Lopes Teixeira (ALT) do Agrupamento de Centros de Saúde (Aces) Cávado I - Braga, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária/Enfermagem de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob Orientação da Professora Doutora Caminda Morais da EES e da Enfermeira Alexandra Coutinho da referida UCC. O estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria da Saúde Mental Positiva e do Bem-estar Psicológico através da implementação de programas de enfermagem numa lógica participada com a comunidade escolar da área de abrangência da UCC Assucena Lopes Teixeira.

O pedido de parecer foi instruído com os documentos obrigatórios para a sua submissão

A- Identificação das questões com eventuais implicações éticas

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, observacional, transversal, descritivo-correlacional, com os seguintes objetivos específicos: avaliar o nível de Saúde Mental Positiva e suas determinantes sociodemográficas; avaliar o nível de Bem-estar Psicológico e suas determinantes sociodemográficas; correlacionar a Saúde Mental Positiva e o Bem-Estar Psicológico; analisar as regularidades e especificidades da Saúde Mental Positiva e o Bem-estar Psicológico por Agrupamento de Escola.

A população alvo de estudo é o pessoal docente e não docente do Agrupamento de Escolas Alberto Sampaio, Agrupamento de Escolas Dr. Francisco Sanches e Escola Artística do Conservatório de Música Calouste Gulbenkian que integram a área geográfica da UCC ATL. Para dar respostas aos objetivos do estudo serão utilizados três instrumentos de colheita de dados: Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica; Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+) desenvolvido por Lluch (2003) e traduzido para a população portuguesa por Sequeira e Carvalho (2009); Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) validada para a população portuguesa por Novo (1997).

Será enviado um email, através do endereço da Saúde Escolar da UCC Assucena Lopes Teixeira, para cada um dos diretores dos agrupamentos incluídos no estudo. No email constará o formulário do *google forms* com o consentimento livre e esclarecido e respetivos instrumentos para preenchimento pelos participantes. Este email será reencaminhado pelo Diretor para os docentes e não docentes de cada agrupamento. Para a análise dos dados recolhidos será criada uma matriz no programa estatístico IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS - versão 28.0) e realizada a sua análise com recurso ao mesmo programa estatístico.

A participação no estudo será voluntária, estando prevista a obtenção do consentimento legal junto dos docentes e não docentes antes da administração dos questionários, sem qualquer penalização e/ou obrigatoriedade de justificar o abandono. A investigadora declara que será garantida a confidencialidade das respostas e o anonimato das informações recolhidas. É declarado, ainda, que todo o material produzido no âmbito deste trabalho de investigação será destruído 2 meses após o término do estudo. Foram obtidas as autorizações necessárias à utilização dos instrumentos no estudo.

Os dados a recolher não parecem colocar em causa a liberdade e os direitos dos participantes, assim como são adequados aos objetivos do estudo e correspondem ao estritamente necessário para alcançar esses mesmos objetivos.

B- Conclusão

Reconhecendo a relevância do estudo e considerando que o mesmo satisfaz os requisitos éticos básicos do respeito pelos direitos e liberdades dos participantes, a Comissão de Ética deliberou, nesta data, dar parecer favorável à sua realização.

Porto, 14 de março de 2023



Maria José Ferreira Santos
Presidente da Comissão de Ética



APENDICES

APENDICE I: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E
CLÍNICA PARA DOCENTES

Questionário de caracterização sociodemográfica para docentes

Este inquérito surge no âmbito do estágio de natureza profissional do II Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária, e pretende recolher dados de carácter sociodemográfico, para identificação da amostra em estudo. Os dados recolhidos serão tratados com máxima confidencialidade e respeitando os termos de privacidade, sendo eliminados no final deste.

1. Idade _____ anos
2. Género
 - ☐ Feminino
 - ☐ Masculino
 - ☐ Outro
3. Habilitações académicas
 - ☐ Licenciatura
 - ☐ Mestrado
 - ☐ Doutoramento
4. Qual o agrupamento onde exerce funções?
 - ☐ Alberto Sampaio
 - ☐ Calouste Gulbenkian
 - ☐ Francisco Sanches
5. Qual a sua área de ensino _____ código
6. Há quantos anos exerce a sua função neste agrupamento? _____ (anos)
7. Pratica alguma atividade de lazer? Sim ____ Não ____
Se sim
 - ☐ Leitura
 - ☐ Dança
 - ☐ Participação em coletividade
 - ☐ Outra _____
8. Pratica alguma atividade física? Sim ____ Não ____
Se sim
 - ☐ Ginásio
 - ☐ Natação

- ☐ Corrida
- ☐ Caminhada
- ☐ Outra _____

9. Faz alguma das seguintes medicações?

- ☐ Antidepressivos
- ☐ Ansiolíticos (calmantes)
- ☐ Outros _____

10. Com que frequência teve dificuldade em adormecer?

- ☐ Nunca
- ☐ Vários dias
- ☐ Quase todos os dias

11. Hábitos tabágicos? Sim ____ Não____

Se respondeu sim

- ☐ Diariamente
- ☐ Ocasionalmente

Quantos cigarros por dia? ____ Número de cigarros

12. Sente-se satisfeito com a sua profissão?

- ☐ Totalmente de acordo
- ☐ Em desacordo
- ☐ Mais ou menos em acordo
- ☐ Nem de acordo nem em desacordo
- ☐ De acordo
- ☐ Totalmente de acordo

APENDICE II: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO PARA NÃO-
DOCENTES

Questionário de caracterização sociodemográfica para não docentes

Este inquérito surge no âmbito do estágio de natureza profissional do II Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária, e pretende recolher dados de carácter sociodemográfico, para identificação da amostra em estudo. Os dados recolhidos serão tratados com máxima confidencialidade e respeitando os termos de privacidade, sendo eliminados no final deste.

1. Idade_____ (anos)
2. Género
 - ☐ Feminino
 - ☐ Masculino
 - ☐ Outro
3. Habilitações académicas
 - ☐ Ensino básico
 - ☐ Ensino Secundário
 - ☐ Ensino Superior
4. Qual o agrupamento onde exerce funções?
 - ☐ Alberto Sampaio
 - ☐ Calouste Gulbenkian
 - ☐ Francisco Sanches
5. Há quantos anos exerce a sua função neste agrupamento? _____ (anos)
6. Pratica alguma atividade de lazer? Sim ____ Não ____
Se sim
 - ☐ Leitura
 - ☐ Dança
 - ☐ Participação em coletividade
 - ☐ Outra _____
7. Pratica alguma atividade física? Sim ____ Não ____
Se sim
 - ☐ Ginásio
 - ☐ Natação

- ☐ Corrida
- ☐ Caminhada
- ☐ Outra _____

8. Faz alguma das seguintes medicações?

- ☐ Antidepressivos
- ☐ Ansiolíticos (calmantes)
- ☐ Outros _____

9. Com que frequência teve dificuldade em adormecer?

- ☐ Nunca
- ☐ Vários dias
- ☐ Quase todos os dias

10. Hábitos tabágicos? Sim ____ Não____

Se respondeu sim

- ☐ Diariamente
- ☐ Ocasionalmente

Quantos cigarros por dia? ____ Número de cigarros

11. Sente-se satisfeito com a sua profissão?

- ☐ Totalmente de acordo
- ☐ Em desacordo
- ☐ Mais ou menos em acordo
- ☐ Nem de acordo nem em desacordo
- ☐ De acordo
- ☐ Totalmente de acordo

APENDICE III: CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA
PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo**

Por favor, leia a informação que se segue. Em caso de dúvida ou se considerar que algo não está correto não hesite em solicitar as informações que considere necessárias.

Designação do Estudo- “Saúde Mental Positiva e Bem-estar Psicológico em Agrupamentos de Escolas do Norte do País”

Enquadramento- Este estudo de investigação insere-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pela enfermeira Patrícia Filipa Machado da Silva sob a orientação da Professora Doutora Carminda Morais. Apresenta como principais objetivos, avaliar o nível de Saúde Mental Positiva, nível de Bem-estar Psicológico e suas determinantes sociodemográficas.

Explicação do estudo- Este estudo será realizado em docentes e não docentes de Agrupamentos de Escolas da área da UCC Assucena Lopes Teixeira. Com base nos objetivos do estudo, serão aplicados para a recolha da informação um questionário de caracterização sociodemográfico e dois instrumentos traduzidos e validados para a população portuguesa - o Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+) e a Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP)

Condições e financiamento- Este estudo mereceu, após ter sido submetido a análise, um parecer favorável da Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. A sua participação neste estudo é voluntária e sem custos associados. Poderá interromper a sua participação a qualquer momento, sem quaisquer consequências ou prejuízos futuros, nomeadamente prejuízos assistenciais.

Confidencialidade e anonimato- A recolha, processamento e utilização dos dados será sempre realizada de forma confidencial, garantindo o anonimato dos participantes e a destruição do material dois meses após a conclusão do estudo. Os dados serão utilizados apenas e só para os fins acima indicados.

Investigadores- Em meu nome- Patrícia Filipa Machado da Silva (Mestranda) e da Professora Doutora Carmina Morais (Orientadora)- agradeço antecipadamente a atenção por si disponibilizada a este estudo. Qualquer dúvida poderá esclarecer através do email: patriciafmsilva@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 pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

APENDICE IV: DADOS ADICIONAIS DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Se é docente, qual o grupo disciplinar?

Grupo disciplinar	<i>n</i>	%
1º ciclo	1	1.4
1º ciclo do ensino básico	6	8.7
2º ciclo	1	1.4
Biologia e Geologia	2	2.9
Economia e Contabilidade	1	1.4
Educação Especial	1	1.4
Educação Física	2	2.9
Educação Moral e Religiosa Católica	1	1.4
Educação Pré-Escolar	1	1.4
Educação Visual e Tecnológica	1	1.4
Filosofia	3	4.3
Física e Química	3	4.3
Geografia	2	2.9
História	2	2.9
Informática	3	4.3
Inglês	3	4.3
Matemática	1	1.4
Matemática e Ciências da Natureza	2	2.9
Música	26	37.7
Português	3	4.3
Português e Estudos Sociais / História	2	2.9
Português e Inglês	1	1.4
Secundário	1	1.4

Caracterização das amostras de docentes: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item da SMP, com orientação positiva

Itens	DOCENTES							
	Raramente ou nunca		Algumas vezes		Na maioria das vezes		Sempre ou quase sempre	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
SMP4	0	0	10	14.5	32	46.4	27	39.1
SMP5	0	0	16	23.2	37	53.6	16	23.2
SMP11	1	1.4	13	18.8	35	50.7	20	29.0
SMP15	0	0	1	1.4	22	31.9	46	66.7
SMP16	0	0	14	20.3	31	44.9	24	34.8
SMP17	0	0	2	2.9	15	21.7	52	75.4
SMP18	0	0	15	21.7	34	49.3	20	29.0

SMP20	3	4.3	9	13.0	30	43.5	27	39.1
SMP21	1	1.4	9	13.0	44	63.8	15	21.7
SMP22	1	1.4	11	15.9	41	59.4	16	23.2
SMP23	0	0	0	0	11	15.9	58	84.1
SMP25	0	0	1	1.4	28	40.6	40	58.0
SMP26	0	0	16	23.2	37	53.6	16	23.2
SMP27	1	1.4	3	4.3	23	33.3	42	60.9
SMP28	0	0	2	2.9	36	52.2	31	44.9
SMP29	1	1.4	24	34.8	33	47.8	11	15.9
SMP32	0	0	1	1.4	20	29.0	48	69.6
SMP35	3	4.3	12	17.4	31	44.9	23	33.3
SMP36	0	0	1	1.4	22	31.9	46	66.7
SMP37	0	0	1	1.4	12	17.4	56	81.2

Caracterização das amostras de não-docentes: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item da SMP, com orientação positiva

Itens	NÃO-DOCENTES							
	Raramente ou nunca		Algumas vezes		Na maioria das vezes		Sempre ou quase sempre	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
SMP4	0	0.0	3	17.6	6	35.3	8	47.1
SMP5	1	5.9	2	11.8	11	64.7	3	17.6
SMP11	0	0.0	1	5.9	12	70.6	4	23.5
SMP15	0	0	1	5.9	5	29.4	11	64.7
SMP16	1	5.9	4	23.5	8	47.1	4	23.5
SMP17	0	0.0	0	0.0	3	17.6	14	82.4
SMP18	0	0.0	1	5.9	9	52.9	7	41.2
SMP20	0	0.0	0	0.0	4	23.5	13	76.5
SMP21	0	0.0	4	23.5	7	41.2	6	35.3
SMP22	1	5.9	2	11.8	12	70.6	2	11.8
SMP23	0	0.0	0	0.0	1	5.9	16	94.1
SMP25	0	0.0	2	11.8	10	58.8	5	29.4
SMP26	0	0.0	4	23.5	8	47.1	5	29.4
SMP27	0	0	2	11.8	5	29.4	10	58.8
SMP28	0	0.0	1	5.9	6	35.3	10	58.8
SMP29	0	0.0	6	35.3	8	47.1	3	17.6
SMP32	0	0.0	1	5.9	3	17.6	13	76.5
SMP35	1	5.9	5	29.4	6	35.3	5	29.4
SMP36	0	0.0	1	5.9	4	23.5	12	70.6
SMP37	0	0.0	0	0.0	5	29.4	12	70.6

Caracterização das amostras de docentes: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item da SMP, com orientação negativa.

Itens	DOCENTES							
	Sempre ou quase sempre		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente ou nunca	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
SMP1	1	1.4	1	1.4	31	44.9	36	52.2
SMP2	0	0	5	7.2	41	59.4	23	33.3
SMP3	0	0	2	2.9	17	24.6	50	72.5
SMP6	2	2.9	2	2.9	43	62.3	22	31.9
SMP7	0	0	7	10.1	28	40.6	34	49.3

SMP8	1	1.4	4	5.8	26	37.7	38	55.1
SMP9	0	0	2	2.9	27	39.1	40	58.0
SMP10	2	2.9	12	17.4	24	34.8	31	44.9
SMP12	5	7.2	2	2.9	38	55.1	24	34.8
SMP13	0	0	5	7.2	41	59.4	23	33.3
SMP14	0	0	3	4.3	21	30.4	45	65.2
SMP19	3	4.3	12	17.4	28	40.6	26	37.7
SMP24	1	1.4	2	2.9	33	47.8	33	47.8
SMP30	5	7.2	1	1.4	28	40.6	35	50.7
SMP31	0	0	0	0	3	4.3	66	95.7
SMP33	0	0	0	0	15	21.7	54	78.3
SMP34	3	4.3	4	5.8	44	63.8	18	26.1
SMP38	2	2.9	6	8.7	42	60.9	19	27.5
SMP39	1	1.4	11	15.9	30	43.5	27	39.1

Caracterização das amostras de não-docentes: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item da SMP, com orientação negativa.

Itens	NÃO-DOCENTES							
	Sempre ou quase sempre		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente ou nunca	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
SMP1	0	0.0	1	5.9	8	47.1	8	47.1
SMP2	0	0.0	1	5.9	10	58.8	6	35.3
SMP3	0	0.0	0	0.0	3	17.6	14	82.4
SMP6	0	0.0	2	11.8	11	64.7	4	23.5
SMP7	0	0.0	3	17.6	5	29.4	9	52.9
SMP8	0	0.0	1	5.9	5	29.4	11	64.7
SMP9	0	0.0	0	0.0	6	35.3	11	64.7
SMP10	1	5.9	3	17.6	5	29.4	8	47.1
SMP12	0	0	1	5.9	7	41.2	9	52.9
SMP13	0	0.0	1	5.9	8	47.1	8	47.1
SMP14	0	0.0	1	5.9	3	17.6	13	76.5
SMP19	0	0.0	4	23.5	5	29.4	8	47.1
SMP24	0	0.0	0	0.0	6	35.3	11	64.7
SMP30	0	0.0	1	5.9	6	35.3	10	58.8
SMP31	0	0.0	0	0.0	2	11.8	15	88.2
SMP33	0	0.0	0	0.0	4	23.5	13	76.5
SMP34	0	0.0	1	5.9	11	64.7	5	29.4
SMP38	0	0.0	0	0.0	9	52.9	8	47.1
SMP39	1	5.9	2	11.8	7	41.2	7	41.2

Verificação da normalidade – teste de *Kolmogorov-Smirnov (D)* e teste de *Shapiro-Wilk (W)*

Escala e subescalas	Docentes (<i>n</i> =69)		Não-docentes (<i>n</i> =17)	
	<i>D</i>	<i>p</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Saúde Mental Positiva	0.060	0.200	0.966	0.755
Satisfação pessoal	0.101	0.075	0.887	0.042*
Atitude pró-social	0.220	<0.001* (♦)	0.845	0.009*
Autocontrole	0.138	0.002 * (♦)	0.960	0.638
Autonomia	0.128	0.007 * (♦)	0.936	0.272
Cap. de resolução problemas	0.109	0.041 * (♦)	0.936	0.272
Habilidades de relação interpessoal	0.130	0.006 * (♦)	0.870	0.022*
Bem-Estar Psicológico	0.089	0.200	0.926	0.188

Autonomia	0.108	0.046 * (♦)	0.870	0.022*
Domínio do meio	0.105	0.056	0.947	0.410
Crescimento pessoal	0.131	0.005 * (♦)	0.911	0.102
Relações positivas com os outros	0.114	0.028 * (♦)	0.900	0.068
Objetivos na vida	0.195	<0.001* (♦)	0.849	0.010*
Aceitação de si	0.185	<0.001* (♦)	0.893	0.052

* distribuição não-normal(♦) amostra com $n>30$

Verificação da homocedasticidade – Teste de *Levene*

Dimensões	Teste de Levene	
	<i>F</i>	<i>p</i>
Saúde Mental Positiva	0.411	0.523
Satisfação pessoal	1.194	0.278
Atitude pró-social	0.309	0.580
Autocontrolo	0.194	0.661
Autonomia	0.106	0.745
Cap. de resolução problemas	0.003	0.954
Habilidades de relação interpessoal	0.007	0.933
Bem-Estar Psicológico	1.624	0.206
Autonomia	0.444	0.507
Domínio do meio	0.158	0.692
Crescimento pessoal	0.013	0.909
Relações positivas com os outros	0.369	0.545
Objetivos na vida	0.094	0.760
Aceitação de si	3.794	0.055

Observação:

– Foi usado o teste de *Levene* com base na média.