



Universidades Lusíada

Estevão, Sandra Isabel Engeitado, 1994-

Saúde mental positiva e estratégias de coping em profissionais de saúde

<http://hdl.handle.net/11067/4735>

Metadados

Data de Publicação	2019
Resumo	<p>O objetivo do presente estudo prende-se essencialmente em compreender a relação entre a saúde mental positiva e as estratégias de coping utilizadas por profissionais de saúde. O estudo é descritivo, constituído por 118 participantes, sendo que 88 sujeitos são do género feminino correspondendo a 74,6% e 30 sujeitos do género masculino, que corresponde a uma percentagem de 25,4%, a exercer a sua profissão na área da saúde, em Portugal. Foi utilizado um questionário sociodemográfico com a finalidade...</p> <p>The aim of the present study is essentially to understand the relationship between positive mental health and coping strategies used by health professionals. The study is descriptive with 118 participants, 88 female subjects corresponding to 74,6% and 30 male subjects, corresponding to a 25,4% percentage, practicing their profession in the field of health in Portugal. A sociodemographic questionnaire was used to assess the characteristics of the population, followed by the Positive Mental Health...</p>
Palavras Chave	Pessoal da área da saúde - Saúde mental, Ajustamento (Psicologia), Gestão do stresse
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-10-22T03:22:06Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

Saúde mental positiva e estratégias de *coping*
em profissionais de saúde

Realizado por:
Sandra Isabel Engeitado Estevão

Orientado por:
Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Orientadora: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente: Prof.^a Doutora Elisa Kern de Castro

Dissertação aprovada em: 6 de novembro de 2019

Lisboa

2019



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Saúde mental positiva e estratégias de *coping* em profissionais de saúde

Sandra Isabel Engeitado Estevão

Lisboa

agosto 2019



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Saúde mental positiva e estratégias de *coping* em
profissionais de saúde

Sandra Isabel Engeitado Estevão

Lisboa

agosto 2019

Sandra Isabel Engeitado Estevão

Saúde mental positiva e estratégias de *coping* em profissionais de saúde

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa

agosto 2019

Ficha Técnica

Autora Sandra Isabel Engeitado Estevão
Orientadora Prof.^a Doutora Túlía Rute Maia Cabrita
Título Saúde mental positiva e estratégias de *coping* em profissionais de saúde
Local Lisboa
Ano 2019

Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

ESTEVÃO, Sandra Isabel Engeitado, 1994-

Saúde mental positiva e estratégias de *coping* em profissionais de saúde / Sandra Isabel Engeitado Estevão ; orientado por Túlía Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2019. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Túlía Rute Maia, 1972-

LCSH

1. Pessoal da área da saúde - Saúde mental
2. Ajustamento (Psicologia)
3. Gestão do stresse
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Medical personnel - Mental health

2. Adjustment (Psychology)
3. Stress management
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC451.4.M44 E88 2019

Agradecimentos

Quero expressar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que de uma forma mais ou menos direta, me ajudaram a atingir este grande objetivo. De um modo particular, quero agradecer à minha mãe pelo apoio e suporte incondicional nesta longa caminhada. Da mesma forma, embora não presencialmente, mas que o seu sonho seria ver os meus sonhos serem alcançados e o meu sonho seria poder tê-lo ao meu lado para os festejar, um agradecimento muito especial ao meu pai.

Um enorme agradecimento ao meu namorado, por toda a disponibilidade, apoio e compreensão dada, sobretudo nos momentos mais difíceis, de maior ansiedade e desânimo.

Quero ainda agradecer aos meus amigos mais próximos, principalmente à Inês Faustino e à Sara Cintra, pelo acompanhamento no decorrer do estudo e pelos momentos de descontração que me proporcionaram quando tudo se parecia desmoronar.

À Professora Doutora Túlia Cabrita um obrigada pela enorme paciência, por toda a disponibilidade, acompanhamento e orientação dada a este trabalho.

Dirigir as minhas palavras também à Professora Doutora Tânia Gaspar, pelo seu trabalho de sucesso e de grande responsabilidade, bem como, aos restantes professores que acompanharam o meu percurso académico ao longo desta caminhada.

E finalmente, a todas as restantes pessoas que não menciono de uma forma direta, mas que me ajudaram a desenvolver este estudo e a ver chegar ao fim este trabalho. A todos vós, o meu **MUITO OBRIGADA**

Resumo

O objetivo do presente estudo prende-se essencialmente em compreender a relação entre a saúde mental positiva e as estratégias de coping utilizadas por profissionais de saúde. O estudo é descritivo, constituído por 118 participantes, sendo que 88 sujeitos são do género feminino correspondendo a 74,6% e 30 sujeitos do género masculino, que corresponde a uma percentagem de 25,4%, a exercer a sua profissão na área da saúde, em Portugal. Foi utilizado um questionário sociodemográfico com a finalidade de aferir as características da população, em seguida o Questionário de Saúde Mental Positiva e, por fim, o questionário Brief Cope. As variáveis, quer demográficas quer psicológicas que melhor explicam a Saúde Mental Positiva são a idade, os anos que os profissionais de saúde exercem a sua profissão, o coping ativo, a negação e o planear. As estratégias de coping que melhor explicam a Saúde Mental Positiva são o género, suporte social emocional, planear e expressão de sentimentos.

Palavras-chave: Profissionais de saúde, Saúde Mental Positiva, Estratégias de Coping, Stress.

Abstract

The aim of the present study is essentially to understand the relationship between positive mental health and coping strategies used by health professionals. The study is descriptive with 118 participants, 88 female subjects corresponding to 74,6% and 30 male subjects, corresponding to a 25,4% percentage, practicing their profession in the field of health in Portugal. A sociodemographic questionnaire was used to assess the characteristics of the population, followed by the Positive Mental Health Questionnaire and, finally, the Brief Cope questionnaire. The demographic and psychological variables that best explain Positive Mental Health are age, years that health professionals are working, active coping, denial, and planning. The coping strategies that best explain Positive Mental Health are gender, emotional social support, planning and expression of feelings.

Keywords: Health Professionals, Positive Mental Health, Coping Strategies, Stress.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Alfa de Cronbach para o Questionário de Saúde Mental Positiva	20
Tabela 2 - Alfa de Cronbach para o Questionário Brief COPE.....	21
Tabela 3 - Estatística Descritiva referente às variáveis de saúde mental positiva	23
Tabela 4 - Estatística Descritiva referente às variáveis de estratégias de coping	24
Tabela 5 - Associações entre a saúde mental positiva e as estratégias de coping	25
Tabela 6 - ANOVA para a saúde mental positiva e o género	32
Tabela 7 - ANOVA para a saúde mental positiva e a idade	33
Tabela 8 - ANOVA para a saúde mental positiva e a parentalidade.....	34
Tabela 9 - ANOVA para a saúde mental positiva e o tempo de carreira	34
Tabela 10 - ANOVA para as estratégias de coping e o género	35
Tabela 11 - ANOVA para as estratégias de coping e idade	37
Tabela 12 - ANOVA para as estratégias de coping e a parentalidade.....	39
Tabela 13 - ANOVA para as estratégias de coping e o tempo de carreira	39
Tabela 14 - Regressão Linear da saúde mental positiva com variáveis demográficas e psicológicas (estratégias de coping).....	41
Tabela 15 - Regressão Linear das estratégias de coping com variáveis demográficas e psicológicas (saúde mental positiva).....	42

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA - American Psychological Association

OMS - Organização Mundial de Saúde

SGA - Síndrome Geral de Adaptação

Índice

Resumo	I
Abstract.....	III
Lista de Tabelas	V
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	VII
Índice.....	IX
Introdução	1
Enquadramento Teórico.....	5
Saúde Mental Positiva.....	5
<i>Coping</i>	10
Stress	10
Estratégias de <i>Coping</i>	13
Método	17
Objetivos do Estudo	17
Objetivo geral	17
Objetivos específicos	17
Participantes	18
Instrumentos.....	19
Procedimentos	21
Resultados	23
Resultados Descritivos da Saúde Mental Positiva	23
Resultados Descritivos das Estratégias de <i>Coping</i>	24
Estudo dos Preditores da Saúde Mental Positiva e das Estratégias de <i>Coping</i> com Base nas Variáveis Psicológicas Pretendidas	25
Estudo da Relação Entre Variáveis de Saúde Mental Positiva e as Variáveis Demográficas	32
Estudo da Relação Entre Variáveis de Estratégias de <i>Coping</i> e as Variáveis Demográficas	35
Resultados das Variáveis Predictoras da Saúde Mental Positiva.....	41
Resultados das Variáveis Predictoras das Estratégias de <i>Coping</i>	42
Discussão	43
Referências.....	51
Apêndices.....	57
Lista de Apêndices.....	59
Apêndice A.....	61
Apêndice B.....	65

Anexos	69
Lista de Anexos.....	71
Anexo A	73

Introdução

A saúde é um termo amplo e holístico, pois engloba o sujeito em múltiplas dimensões, sendo um estado que é caracterizado por um completo bem-estar, quer a nível físico, quer a nível social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. O termo saúde é considerado positivo quando as pessoas se sentem bem e são capazes de realizar as tarefas rotineiras, bem como, quando possuem satisfação nas necessidades básicas (Guerra, Silva, Sousa, Ferreira, Carvalho & Silva, 2017; Baptista & Souza, 2008).

O trabalho é considerado um dos principais eixos da vida do Ser Humano, sendo atualmente, o viver marcado por um enorme crescimento rodeado de incertezas e sensações de fragilidade perante fatores de risco e vulnerabilidade, que acabam por se repercutir na vida quotidiana e conseqüentemente no trabalho laboral (Santos, Vieira, Assuiti, Gomes, Meirelles & Santos, 2012).

Ao longo da procura sobre investigações científicas publicadas anteriormente, é notório o extenso trabalho realizado junto dos profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde exercem principalmente em áreas como, a psicologia, a medicina, a enfermagem, técnicos de diagnóstico e terapêutica, entre outros. Em que nas suas práticas laborais ainda estão mais presentes questões relacionadas com o risco e/ou a vulnerabilidade, pois estes profissionais expõem-se a variados riscos, como agentes químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonómicos (SNS, 2016; Santos, *et.al*, 2012).

A cada dia que passa os profissionais que exercem as suas funções laborais na área da saúde estão cada vez mais expostos a diversos fatores de stress, e conseqüentemente, dificuldades em exercer a sua função da melhor forma possível, traduzindo-se na necessidade constante de adotarem estratégias de *coping* para minimizar ou eliminar as situações de grande exigência do seu contexto laboral.

Decorrente desta ideia, surge a pertinência desta investigação, no sentido de acrescentar conhecimento à comunidade científica, visto que, maioritariamente, os estudos encontrados se centram nas variáveis de saúde mental e nas estratégias de *coping* com uma visão patológica da saúde. Neste sentido, o presente estudo pretende adotar uma visão moderna da saúde mental encarando-a não só como a ausência de doença, mas sim através da adoção de fatores positivos que a reforcem. Encontra-se então presente a base teórica e o fundamento da psicologia positiva, bem como, o seu contributo para uma melhoria dos serviços de psicologia e um maior foco de atenção nos aspetos benéficos do Ser Humano.

Apesar de ser uma população que é alvo de várias investigações, constatou-se pouco investimento e escassa literatura publicada que relacionasse e compreendesse as duas variáveis deste estudo, ou seja, a saúde mental positiva e as estratégias de *coping* . É nesta limitação encontrada que se prende a extrema pertinência do estudo em questão, podendo este dar respostas atuais à psicologia e, igualmente, um grande contributo para a melhoria nos contextos de trabalho na área da saúde.

A saúde mental positiva caracteriza-se através de fatores na ordem do bem-estar emocional, social e psicológico, trata-se da perspetiva com que os sujeitos gerem situações potencialmente stressantes e determina a forma como o indivíduo percebe os seus vários contextos, a sua qualidade de vida, bem como, a sua perceção de competência laboral.

Os profissionais que exercem na área da saúde encontram-se expostos a uma grande exigência e a um constante stress no seu trabalho diário, devido ao facto de lidarem diretamente com a vida da população. O stress define-se por um estado que faz parte da vida de um sujeito e é considerado a forma de adaptação a diversas circunstâncias na vida, quando nos referimos a profissionais de saúde, maior será este estado.

Em todo o processo de adaptação aos fatores de stress é necessário ter em conta a perceção que o sujeito têm perante a situação que o está a colocar naquela posição, os recursos, quer internos quer externos, que possui para lidar com o stress e as estratégias, que, por fim, utiliza, para minimizar ou resolver a situação/problema.

Como resposta a estes fatores stressantes surgem as estratégias de *coping*, como mencionado anteriormente, que tentam reduzir o impacto que pode surgir, a nível físico, emocional e/ou psicológico, obtendo um equilíbrio e conseqüentemente bem-estar e qualidade de vida.

Quando situações stressantes surgem em profissionais de saúde, torna-se necessária a intervenção imediata de outros profissionais, também eles a exercer na área da saúde, como o psicólogo, para que o impacto na sua atividade laboral seja o melhor possível desenvolvida e não prejudique os pacientes, a equipa multidisciplinar que trabalha em cooperação e todos os outros contextos da pessoa em si. A qualidade de vida e a saúde mental do profissional deverão estar em equilíbrio, pois, caso contrário, prejudicará a sua produtividade.

Em suma, o estudo tem como objetivo avaliar a perceção de saúde mental positiva que os profissionais de saúde possuem de si próprios, o que poderá estar relacionada com as estratégias de *coping*, que os mesmos utilizam para lidar com as adversidades a que estão expostos no dia-a-dia.

Enquadramento Teórico

Saúde Mental Positiva

A qualidade de vida, tal como saúde, é um conceito difícil de definir, frequentemente são empregues como sinónimos, apesar de possuírem diferentes conceções, contudo, possuem uma relação entre si. Deste modo, relacionam-se quando a saúde é encarada como um dos níveis fundamentais da qualidade de vida, pois o estado de saúde de um indivíduo acaba por influenciar a perceção que o mesmo possui em relação à sua qualidade de vida (Guerra, Silva, Sousa, Ferreira, Carvalho & Silva, 2017).

A saúde mental constitui-se como uma parte vital da saúde na sua generalidade, possibilitando deste modo ao sujeito o benefício pleno de todas as suas capacidades cognitivas, relacionais e afetivas e assim enfrentar as dificuldades que surgem no decorrer da sua vida, a produção laboral e a vida em sociedade (Baptista & Souza, 2008).

A Organização Mundial de Saúde declarou em 2004 que a saúde mental se definiu como um estado de bem-estar em que o indivíduo emprega as suas capacidades, em que consegue lidar com o *stress* decorrente da sua vida diária, obter produtividade na sua atividade laboral e contribuir para a comunidade (World Health Organization, 2005).

Considera-se saúde mental como a compreensão das próprias capacidades, das estratégias de enfrentar o stresse inerente a própria vida e a competência para uma vida ativa tanto profissional como cidadão ativo na sociedade. Deste modo, terá de ser compreendida também como parte integrante do conceito de saúde geral. É esperado do indivíduo que possua saúde mental capacidade de reequilibrar e de manter a sua resiliência (Ferreira, Cortez, Silve & Ferreira, 2016).

O plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020, admite que quando uma pessoa possui uma boa saúde mental consegue perceber e aumentar o seu potencial, consegue lidar

com o stress da vida diária, trabalhar produtivamente, e deste modo, ajudar no seu bem-estar social (Leite & Carvalho, 2018).

Com a evolução da Saúde Mental alguns autores sentiram a necessidade de desenvolver e instalar um lado mais positivo na saúde mental na sua generalidade. Deste modo, surgiram ideias como que a saúde mental não deveria apenas ser mensurada com base na ausência de doença e assim serem trabalhados indicadores positivos da mesma. Sendo que a saúde e a doença são distintas e não necessariamente opostas, devendo a saúde abordar quatro variáveis, considerando a principal a ausência a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a restabelecimento da saúde e, por fim, a reabilitação, estas variáveis devem ser procuradas quando falha a saúde (Vázquez-Colunga *et al.*, 2017).

Os grandes contributos para a psicologia positiva surgiram das teorias de Maslow, entre os anos 1954 e 1962, referenciou a psicologia positiva e destacava a necessidade de uma abordagem que integrasse aspetos como as competências humanas e a forma como estas se podiam desenvolver. Jahoda também propôs uma conceção de saúde mental positiva a partir de fatores como as atitudes positivas, o crescimento pessoal, a integração de si mesmo ou da personalidade, autonomia ou autodeterminação, a perceção adequada acerca da realidade e o controlo da mesma, mostrou assim que a ausência de doença não deveria ser um indicador primário que determina a saúde (Vázquez-Colunga *et al.*, 2017).

Autores, como Krentzman (2013), afirmaram, segundo pesquisas realizadas em psicologia, que estas assumiram dois lados distintos, mas que não estão desagregados, um destes é descrito pelo interesse na doença e na patologia e o outro voltado para questões que levam ao desenvolvimento saudável do sujeito, chamada de Psicologia Positiva (Oliveira, Nakano & Wechsler, 2016).

Procurando mais perspectivas sobre esta área da psicologia, é de destacar que a psicologia positiva teve origem em 1998, quando o psicólogo Martin Seligman se tornou presidente da American Psychological Association (APA). Esta prometia melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e prevenir as patologias, essencialmente (Morón, 2018; Paluto & Koller, 2007).

A psicologia positiva é caracterizada como uma área de estudos mais avançada, vindo melhorar de forma relevante a prática em psicologia, assim levou ao abandono do foco apenas no tratamento da patologia, para destacar também o desenvolvimento favorável de sujeitos e comunidades. Deste modo, serem valorizadas as aptidões e a criatividade também ser considerada (Oliveira, Nakano & Wechsler, 2016).

O desenvolvimento pleno, saudável e positivo dos aspetos psicológicos, biológicos e sociais do indivíduo seriam então os focos principais da Psicologia Positiva (Paluto & Koller, 2007).

Os objetos de estudo da psicologia positiva são então a felicidade, o bem-estar subjetivo, as emoções positivas, o sentido da vida, as forças pessoais que cada indivíduo possui, entre outros (Morón, 2018). Com esta nova perspectiva da psicologia e com contributos trazidos às ciências da saúde pela psicologia positiva, foi possível verificar que a saúde mental não era apenas a ausência de doença mental, mas teria de possuir algo mais positivo, que foi definido como a saúde mental positiva (Monte, Fonte & Alves, 2015).

A saúde mental positiva surge como fragmento da saúde global do sujeito e pretende uma promoção de ações para fortalecer e otimizar a saúde mental na sua generalidade (Leite & Carvalho, 2018).

A operacionalização de saúde mental positiva pode ocorrer através de três fatores: bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social. Estes traduzem o modo como

o sujeito lida com o stresse da vida quotidiana, toma consciência das suas capacidades e é competente na sua vida profissional. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reforça de forma sumariada que a saúde mental positiva determina o bem-estar e o funcionamento quer individual, social e comunitário do sujeito (Fonte, Ferreira & Alves, 2017; Monte, Fonte & Alves, 2015).

A saúde mental positiva é vista como influência numa série de aspetos no indivíduo, como o estilo de vida mais saudável, menos limitações na vida diária, habilitações académicas de maior grau, maior produtividade, melhores relacionamentos sociais, maior coesão social e na generalidade, melhor qualidade de vida (Fonte, Ferreira & Alves, 2017).

Estudos como o de Cower e Kilmer (2002) mostram que a saúde mental positiva não se foca apenas num único critério, assim são 60 os critérios ou variáveis que se referem ao lado positivo da saúde mental. Algumas dessas variáveis são consideradas construções, como o bem-estar, a qualidade de vida, a resiliência, o senso de coerência, o otimismo, a felicidade ou o florescimento. Na mesma linha, pesquisadores Canadianos operacionalizaram saúde mental positiva com cinco componentes, como a capacidade de aproveitar a vida, lidar com os desafios da vida, o bem-estar emocional e espiritual e por fim, conexões sociais e respeito pela cultura, justiça social e dignidade pessoal (Lluch-Cant, Puig-Llobet, Saánchez-Ortega, Roldán-Merino & Ferré-Grau, 2013).

O trabalho de Jahoda, Lluch (1999) propôs um modelo multifatorial de saúde mental positiva, composto por seis fatores, que para a autora definiam o termo saúde mental positiva, e deram origem a um questionário, sendo eles: 1) a satisfação pessoal (autoconceito, autoestima, satisfação com a vida pessoal e perspectivas otimistas sobre o futuro); 2) atitude pós-social (predisposição ativa para a sociedade, atitude social altruísta, atitude de ajudar, apoiar os outros, aceitação de outros e de características sociais diferenciais); 3) autocontrolo

(capacidade de lidar com o stress e situações de conflito, equilíbrio e controle emocional e tolerância à frustração, ansiedade e stress): 4) autonomia (capaz de ter seus próprios padrões, independência e auto-regulação do comportamento de alguém); 5) resolução de problemas e auto-atualização (senso de segurança pessoal/autoconfiança, capacidade analítica, capaz de tomar decisões, flexibilidade/capacidade de adaptação à mudança e atitude de crescimento contínuo e desenvolvimento pessoal); e, por fim, 6) habilidades de relacionamento interpessoal (empatia/capacidade de entender os sentimentos dos outros, capaz de dar apoio emocional e capacidade de estabelecer e manter relacionamentos interpessoais próximos) (Lluch-Cant, Puig-Llobet, Saánchez-Ortega, Roldán-Merino & Ferré-Grau, 2013).

Estudos de Lluch-Cant, Puig-Llobet, Saánchez-Ortega, Roldán-Merino e Ferré-Grau (2013) revelam resultados na linha dos seis fatores para diversas variáveis demográficas, tais como a idade, o género, o estado civil, o número de filhos da amostra e o nível educacional. Assim, relativamente à variável satisfação pessoal, o nível mais elevado foi relatado por participantes com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos, em oposição o nível mais baixo de satisfação pessoal correspondeu à faixa etária entre os 45 e os 55 anos de idade. Quando falamos em atitude pós-social, as pontuações foram parecidas em todos os grupos etários. No que diz respeito ao autocontrole, os níveis mais baixos foram obtidos pela amostra com idades iguais ou superiores a 76 anos, enquanto os resultados mais elevados estão compreendidos entre as idades de 45 a 55 e 65 a 75 anos. Os resultados relativos à variável autonomia foram semelhantes em todas as idades. Por fim, quando nos referimos às habilidades de relacionamentos interpessoais, estas diminuem consoante a idade do sujeito, segundo os resultados deste estudo. Resultados relativos ao género da amostra, apontam para diferenças significativas em quatro fatores, como a satisfação pessoal, em que a pontuação dos homens é superior à das mulheres. Em oposição a atitude pós-social é superior nas

mulheres em comparação com os homens. Em relação à autonomia, o escore médio dos homens foi superior ao das mulheres. Por fim, nas habilidades de relacionamento interpessoal, as mulheres obtiveram uma pontuação média mais elevada do que os homens. Em relação à variável estado civil, não existiram diferenças significativas entre as variáveis do modelo multifatorial e em nenhuma das subcategorias dessa variável. O mesmo acontece relativamente ao número de filhos que a amostra contém, não existindo nenhuma diferença significativa. No que concerne aos níveis de educação da amostra estudada pelos autores, os valores tendem a aumentar consoante níveis mais elevados de educação.

Coping

O *coping* define-se por um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que são usadas pelos sujeitos, cujo objetivo é controlar os processos internos e externos considerados como sobrecarga e/ou que excedem os recursos pessoais do indivíduo. Quando estas estratégias adotadas não são utilizadas de forma correta e não combatem as situações stressantes, pode causar o adoecimento (Morero, Bragagnollo & Santos, 2018; Antonioli, Guanilo, Rosso, Junior, Pai & Scapin, 2018).

O conceito de *coping* não pode ser dissociado do conceito de stress, sendo este uma resposta filogenética do repertório adaptativo do ser humano (Anunciação, 2010).

Stress

O stress é um estado que faz parte da vida de um indivíduo, sendo uma forma de adaptação às diversas situações que vão ocorrendo no decurso da mesma. Assim existem inúmeras respostas a diversas situações, pois cada pessoa possui diferentes formas de experienciar e aclarar os fatores que provocam o stress. Cada sujeito possui as suas próprias características o que leva o stress a provocar alterações diferentes consoante a pessoa em si (Ueno, Bobroff, Martins, Machado, Linares & Gaspar, 2017).

A Síndrome Geral de Adaptação (SGA), é considerada um processo de adaptação do indivíduo constituído por três fases diferentes: a fase de alarme, quando se iniciava um aumento de atividade que acontecia em seguimento de exposição a fontes de stress; a fase de resistência, que envolve o *coping* e as possíveis tentativas para modificar os efeitos do estado de alarme; e, por último, a fase de exaustão, na que, como o nome indica, o indivíduo após estar continuamente exposto a stressores, não possui mais resistência para tal (Anunciação, 2010).

Em seguida, surgiu Lipp em 1996, continuando a mesma linha de pensamentos, que definiu o stress como uma reação do organismo do indivíduo, que causa alterações a nível psicofisiológico, que ocorrem quando o mesmo estava exposto a situações que interferiam com o seu equilíbrio interno (Ribeiro, Rocha & Rocha, 2018).

O conceito de stress pode ser então entendido como um estado que é produzido por alterações no meio ambiente que desafia, ameaça e é lesivo, o que acaba por levar a um desequilíbrio dinâmico do indivíduo. O stress pode ser causado por fontes internas, como a forma de ser e agir do indivíduo, a sua personalidade e a forma como os que o rodeiam ou interpretam. Em oposição pode ser causado por fatores externos, como problemas no trabalho, na família, a nível financeiro, entre outros (Felix, Machado & Sousa, 2017).

O stress pode ser considerado positivo quando moderado, pois deste modo, impede à ação e motiva o sujeito. Se o stress for um estado contínuo na vida do sujeito, com o passar do tempo, o organismo acaba por se deparar com grandes dificuldades em manter o equilíbrio. Manifesta-se o desgaste, dificuldades a nível da memória, sendo capaz de provocar ansiedade, depressão e/ou envelhecimento precoce. Refere-se a um processo, que desencadeia reações no organismo do sujeito, surgindo manifestações físicas e psicológicas, a diversos níveis, como quando a pessoa vivência situações que a atormentem, importunem,

confundam ou, até mesmo, a façam feliz (Furlin, Santos, Rosa, Lazzari, Machado, Schaeffer & Dalolli, 2016).

Diversas pesquisas realizadas por autores, anteriormente, apresentam diferentes reações físicas e emocionais relativamente ao stress. Relativamente ao nível físico, essas manifestações podem ser aumento dos suores, náuseas, tensão muscular, hipertensão, ranger os dentes, taquicardia, entre outros. Quando nos referimos às reações a nível emocional podemos estar a falar de ansiedade, tensão, insónias, preocupações excessivas, entre outros sintomas (Felix, Machado & Sousa, 2017; Anunciação, 2010).

Estudos anteriores mostram que o stress é vivenciado de formas diferentes consoante o trabalho que o indivíduo desempenha. Mostrando assim, que os profissionais de saúde apresentam elevadas taxas de stress quando comparados com profissionais de outras esferas (Ferreira, Neto, Kilimnik & Santos, 2016).

As pessoas nem sempre estão preparadas para evitar o stress, mas a forma como lidam com ele faz a diferença para a sua saúde mental (Melo, Carlotto, Rodriguez e Diehl, 2016).

O stress afeta o indivíduo a diversos níveis, um deles é no contexto laboral, o que pode provocar diferentes patologias, psicológicas e físicas, assim é necessária uma ponderação sobre possíveis medidas a aplicar, com o objetivo de melhorar ou até mesmo solucionar as condições de trabalho e reduzir o stress que é vivenciado por um indivíduo (Macêdo, Sousa, Gomes, Rolim, Basto, Dantas, Batista & Leite, 2018).

Se o indivíduo for capaz de modificar os seu hábitos rotineiros, reconhecer os sinais de stress e conseguir procurar ajuda, com certeza que terá um impacto positivo para a sua saúde (Furlin, *et al.*, 2016).

Estratégias de *Coping*

Os mecanismos de *coping* surgem como formas de lidar com o stress. Pois, no processo de adaptação a situações de stress, estão envolvidas três variáveis fundamentais, sendo elas os recursos, a percepção que o sujeito tem perante a situação stressante e as estratégias de *coping* (Pereira & Branco, 2016; Silva & Gomes, 2009).

As estratégias de *coping* traduzem-se numa ação consciente e intencional, que dá resposta a um estressor percebido, no sentido de minimizar os danos causados pela situação stressante, que pode ser de cariz físico, emocional e/ou psicológico, resultando no equilíbrio psicossocial do sujeito e possível aumento na qualidade de vida do mesmo (Morero, Bragagnollo & Santos, 2018; Antonioli, Guaniolo, Rosso, Junior, Pai & Scapin, 2018).

Manter o equilíbrio a nível físico, psicológico e social é considerado o foco, para tal é necessário enfrentar os problemas que surgem, tentar superar o que causa o stress, desviando o significado atribuído aos obstáculos, encaminhar a vida do sujeito ou tentar encontrar soluções para o problema (Antonioli, *et al.*, 2018).

O *coping* é considerado um processo ativo resultante da avaliação que o sujeito realiza da relação entre si e o meio ambiente que o rodeia, passando por diversas fases: a avaliação primária, que dá significado aos sinais; a avaliação secundária, que permite avaliar os recursos pessoais e sociais que o sujeito tem disponíveis para conseguir lidar com as exigências; por fim, segundo as avaliações anteriores, a reavaliação, onde se verifica se os recursos disponíveis são superiores à ameaça ou não (Anunciação, 2010).

As estratégias de *coping* são agrupadas em duas categorias, segundo a literatura, consoante a sua função: estratégias de *coping* focadas no problema e estratégias de *coping* focadas nas emoções. Nas estratégias de *coping* com base no problema, o indivíduo tenta conhecer o problema que é desencadeador de stress, atua diretamente na resolução do mesmo

e tenta evitá-lo no futuro. Noutro sentido, surgem as estratégias de *coping* com base na emoção, que envolve energias dirigidas ao nível somático, evitando a defrontação com o stressor, com o objetivo de reduzir a sensação física e/ou emocional impertinente causada pelo estado do stress (Morero, Bragagnollo e Santos, 2018; Antonioli, Guanilo, Rosso, Junior, Pai & Scapin, 2018).

Existe uma inter-relação entre ambas as categorias das estratégias de *coping*, ocorrendo de forma dinâmica e recíproca, pois dado a existência de uma fonte geradora de stress, um sujeito pode recorrer a ambas as estratégias para a sua superação (Morero, Bragagnollo & Santos, 2018).

Baseado na categorização anterior, um modelo teórico, desenvolvido por Carver, Sheier e Weintraub (1989), que evidencia quinze tipos de estratégias de *coping*: O *coping* ativo, que consiste em estipular etapas sucessivas para mover, atenuar ou aperfeiçoar os efeitos do estressor; o planeamento, que implica o pensamento sobre as diferentes alternativas existentes para lidar com uma situação de stress através da implementação de uma ação; a supressão de atividades concomitantes, que descreve como a eliminação de atividades que desviam o indivíduo do foco representado pela situação de stress; o *coping* moderado, que corresponde ao aguardar do momento correto para tomar uma ação, ou seja, impede que o sujeito seja impulsivo; a procura de suporte social por razões instrumentais, que consiste na procura de informação e conselhos acerca do problema causador de stress; a procura de suporte social por razões emocionais, caracteriza-se pela procura de compreensão, compaixão e apoio moral; o foco na expressão de emoções, como o nome indica, é o foco na experiência que causa stress, expressando sentimentos negativos acerca da mesma; o desligamento comportamental, é caracterizado pelo abandono de tentar atingir objetivos nos quais o stressor esteja ou possa estar presente; o desligamento mental, em que o indivíduo recorre a

atividades alternativas para afastar o ponto de stress da sua mente; a reinterpretação positiva, ou seja, consiste em voltar a interpretar uma situação que tenha sido negativa ou difícil de forma positiva; a negação, consiste na recusa em acreditar que existe o stressor ou então o sujeito age como se o mesmo não fosse real; a aceitação, que consiste na percepção do stressor como real e à aceitação do mesmo como um fenómeno natural; a religiosidade, em que a tensão sentida é aliviada pela tendência do indivíduo se voltar para a religião; o humor, em que o indivíduo utiliza a graça perante a situação stressora; o uso de substâncias, consiste no afastamento da adversidade através de substâncias psicoativas, o que altera a capacidade de avaliar as situações de stress.

As estratégias de *coping* estão associadas a fatores situacionais, o indivíduo pode optar pela mudança de estratégia adotada, consoante o momento e o tipo de situação que lhe está a causar o stress. Mencionando que não existem estratégias de *coping* consideradas certas ou erradas, compete ao sujeito optar pela estratégia mais efetiva, sendo considerada a positiva, a que desvie a angústia, diminuindo os sentimentos incómodos. Em oposição as estratégias de *coping* são consideradas como negativas e inefetivas, se forem utilizadas e mesmo assim a situação stressante permanecer, continuando a causar o desequilíbrio a diversos níveis (Santos, Gomes, Rodrigues, Santos & Passos, 2016).

Estudos anteriores indicam que as estratégias de *coping* utilizadas pelos diferentes sujeitos também variam consoante o contexto cultural, o processo de socialização, o tipo de profissão de cada um e o género. Em relação ao género, os resultados demonstram que os homens possuem maior tendência para utilizar estratégias de *coping* focadas no problema e atuam diretamente sobre o mesmo, em oposição as mulheres normalmente utilizam estratégias de *coping* focadas nas emoções (Rodriguez, Carlotto & Barcinski, 2015).

Diversos estudos têm vindo a provar que existe uma associação positiva entre o uso de estratégias de *coping* inadequadas e a manifestação de diversas psicopatologias, como é o exemplo da ansiedade e da depressão. Consta-se por estratégias de *coping* desadaptadas as estratégias que não conseguem solucionar os problemas que geram ansiedade e desespero ao indivíduo face ao cenário de stress (Borges, Manso, Tomé & Matos, 2008).

O conceito de *coping* está diretamente relacionado com resiliência. O termo pode ser entendido de forma processual, entre o indivíduo e o ambiente que o rodeia, deste modo, o indivíduo deve avaliar e interpretar os fenómenos por ele percebidos. Assim, pessoas que utilizam estratégias de *coping* podem eventualmente ser consideradas resilientes (Angst, 2009).

O êxito associado às estratégias de *coping*, segundo diversos autores, é avaliado consoante a capacidade que o sujeito possui em reduzir de imediato as consequências quer a nível psicológico, físico e/ou social experienciadas, como também, a capacidade de evitar, futuramente, o dano no bem-estar ou no seu estado de saúde (Pereira & Branco, 2016).

A qualidade dos hábitos de vida está diretamente relacionada com a produtividade dos profissionais. Assim é-lhes exigida uma maior reflexão e preocupação no sentido de atingir um equilíbrio quer físico quer mental, isto é, praticar exercício físico regularmente, um bom ciclo de sono e usufruir de lazer, pois assim conseguem produzir mais e melhor, porque estão em perfeita harmonia com o seu corpo e com a sua mente (Moreno, Gil, Haddad & Vannuchi, 2011).

Método

Objetivos do Estudo

Na revisão bibliográfica que precedeu este estudo, verificámos que a associação entre as variáveis em análise tem sido muito reduzida, fator que determinou a pertinência e interesse do mesmo. Objetiva-se então:

Objetivo geral

Compreender a relação entre as estratégias de *coping* e a saúde mental positiva, em profissionais de saúde portugueses.

Objetivos específicos

- 1) Analise das relações entre as variáveis idade, género, parentalidade e anos de carreira com a saúde mental positiva e as estratégias de *coping* nos participantes;
- 2) Compreender quais as estratégias de *coping* mais utilizadas;
- 3) Compreender as dimensões significativas da saúde mental positiva;
- 4) Relacionar as estratégias de *coping* utilizadas pelos profissionais de saúde, com a saúde mental positiva que o mesmos percebem que possuem;
- 5) Analisar as variáveis, idade, género, parentalidade, anos de carreira, *coping* ativo, negação, utilizar suporte social emocional, planejar, expressão de sentimentos e autodistração, como preditoras da saúde mental positiva;
- 6) Analisar as variáveis, idade, género, parentalidade, anos de carreira, satisfação pessoal, autonomia, atitude pós-social, autocontrolo, resolução de problemas e realização pessoal e habilidades de relação interpessoal como preditoras do perfil de *coping*.

Participantes

O presente estudo foi realizado com uma amostra constituída por 118 profissionais de saúde a exercer a sua profissão em Portugal. Os dados foram obtidos no período de tempo compreendido entre os meses de fevereiro e maio de 2019.

Como critérios de inclusão na amostra consideraram-se os seguintes: 1) Ser profissional de saúde; 2) Exercer o seu trabalho laboral na área da saúde; e 3) Ser de nacionalidade portuguesa. Como critério de exclusão apenas surgem participantes que não praticam a sua atividade laboral na área da saúde.

A amostra em questão é compreendida por 118 sujeitos, sendo que 88 dos participantes são do género feminino e 30 do género masculino, correspondendo a uma percentagem de 74,6% e 25,4%, respetivamente.

As idades dos participantes estão compreendidas entre 22 e 65 anos, sendo a média das idades de 36,38 e o desvio padrão de 10,52 ($M = 36,38$; $DP = 10,52$).

Relativamente ao estado civil, 54 dos participantes são solteiros (45,8%), 54 são casados ou vivem em regime de união de facto (45,8%) e 10 sujeitos estão separados de facto ou divorciados (8,5%).

A frequência em relação ao item, ter ou não filhos, verifica-se superior naqueles que não têm filhos, sendo 63 dos participantes (53,4%) e, por outro lado, 55 têm filhos (46,6%).

O estudo contemplou diferentes profissionais de saúde, sendo 45 enfermeiros (38,1%), 27 participantes são psicólogos (22,9%), 10 nutricionistas (8,5%), 9 participantes são fisioterapeutas (7,6%), 7 médicos (5,7%), 5 técnicos de análises clínicas (4,2%), 4 cardiopneumologistas (3,4%), 3 Auxiliares de Ação Médica (2,5%), 2 terapeutas ocupacionais (1,7%), 2 técnicos de farmácia (1,7%), 1 farmacêuta hospitalar (0,8%), 1 radiologista (0,8%), 1 neuropsicólogo (0,8%) e 1 terapeuta da fala (0,8%).

Relativamente ao tempo de exercício da profissão na área da saúde, as respostas dos participantes são variadas, sendo que 41 sujeitos responderam que exercem entre 0 e 5 anos, correspondendo a uma percentagem de 34,7%, sendo que, 77 dos sujeitos exercem há mais de 5 anos, correspondendo a 65,3% da população do estudo.

No decorrer do estudo foram respeitados todos os princípios éticos de consentimento informado, do anonimato e da confidencialidade, nomeadamente na obtenção e análise dos dados.

Instrumentos

A recolha dos dados para o estudo foi efetuada através de três instrumentos, nomeadamente, um questionário sociodemográfico, o Questionário de Saúde Mental Positiva, (Lluch 2002, 2003; Sequeira, Carvalho, Sampaio, Sá, Canut & Merino, 2014) e o Brief COPE, adaptado de Brief Cope de Carver (1977), uma versão portuguesa de Pais Ribeiro e Rodrigues (2004).

O questionário sociodemográfico, construído para o efeito, procurou caracterizar e avaliar as variáveis idade, género, estado civil, nacionalidade, habilitações literárias, número de filhos, profissão, há quanto tempo está no ativo e qual o tipo de instituição onde exerce a sua profissão.

O Questionário de Saúde Mental Positiva, desenvolvido por Lluch (2002, 2003, construído a partir de critérios de Saúde Mental Positiva de Jahoda (1958), traduzido para o português através da versão espanhola, por Sequeira, *et al.* (2014). O questionário é de auto preenchimento, que contém um total de 39 questões, sobre a forma do sujeito pensar, sentir e agir relativamente a seis dimensões, a sua satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e realização pessoal e habilidades de relação interpessoal. A sua cotação é efetuada numa escala de Likert de 1 a 4 pontos, de acordo com as

probabilidades de resposta, 1) Sempre ou quase sempre (1 ponto), na maioria das vezes (2 pontos), algumas vezes (3 pontos) e raramente ou nunca (4 pontos). Em termos de propriedades psicométricas, os resultados obtidos são semelhantes ao questionário original (espanhol), apresentando uma boa consistência interna, com um Alfa de Cronbach igual a 0,92. Para este estudo, reportam-se os valores de Alfa de Cronbach apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Alfa de Cronbach para o Questionário de Saúde Mental Positiva

Variáveis psicológicas	Alfa de Cronbach
Satisfação Pessoal	,68
Atitude Pós-Social	,28
Autocontrolo	,70
Autonomia	,73
Resolução de Problemas e Realização Pessoal	,92
Habilidades de Relação Interpessoal	,18
Total	,83

O Brief COPE foi um instrumento desenvolvido por Carver em 1997 e adaptado para a população portuguesa por Pais Ribeiro e Rodrigues em 2004. O questionário é um instrumento de auto preenchimento, que contém 28 itens agrupados em 14 escalas, constituídas por dois itens cada, que representam: coping ativo, planeamento, reinterpretação positiva, aceitação, humor, religião, uso de suporte instrumental, uso de suporte emocional, auto distração, negação, expressão de sentimentos, uso de substâncias, desinvestimento comportamental e auto culpabilização. A resposta aos itens é dada numa escala ordinal de “0” a “3”, correspondente a “nunca faço isto” e “faço sempre isto”, respetivamente. Quanto às características psicométricas, o Brief Cope em termos de consistência interna apresenta valores satisfatórios, superiores a 0,60, exceto numa dimensão que o mesmo avalia. Para este estudo reportam-se os valores de Alfa de Cronbach apresentados na tabela 2.

Tabela 2 - Alfa de Cronbach para o Questionário Brief COPE

Variáveis psicológicas	Alfa de Cronbach
<i>Coping</i> ativo	,77
Planear	,76
Utilizar suporte instrumental	,79
Utilizar suporte social emocional	,81
Religião	,76
Reinterpretação positiva	-,24
Auto culpabilização	,24
Aceitação	,78
Expressão de sentimentos	,84
Negação	,55
Auto distração	,55
Desinvestimento comportamental	-,19
Uso de substâncias (medicamentos/álcool)	,67
Humor	,82
Total	,87

Procedimentos

O estudo em questão é do tipo quantitativo, baseado em questionários de auto-resposta. Deste modo, em primeiro lugar, foi efetuado um pedido de autorização para a utilização dos questionários, que implicou o contacto com os autores que os adaptaram para a população portuguesa, bem como uma breve explicação do objetivo do estudo, a fim de obter autorização para a utilização dos mesmos para a recolha de dados.

Em seguida foi elaborado um questionário sociodemográfico para a obtenção de informação que caracterize de forma geral a população.

Tanto o questionário sociodemográfico, como o questionário de saúde mental positiva e a escala Brief Cope foram colocados online, entre os meses de fevereiro e maio de 2019, com recurso à plataforma Google Forms, informando os possíveis participantes dos critérios de inclusão, da finalidade da sua colaboração e essencialmente que esta seria realizada de forma confidencial, cumprindo todos os critérios éticos e deontológicos. A técnica de amostragem utilizada no estudo foi do tipo bola de neve, privilegiando o envio para profissionais de saúde.

Posteriormente foram analisados os resultados obtidos com recurso ao programa estatístico S.P.S.S. - Statistical Package for the Social Sciences (versão 24.0 para Windows), tendo resultado numa exclusão de 12 sujeitos, pois não preenchiam os critérios de inclusão necessários para serem aceites, assim foi obtido um total de 118 sujeitos para a amostra. O respetivo tratamento estatístico iniciou-se com uma análise descritiva dos dados recolhidos, nomeadamente, das variáveis em estudo de ambos os questionários, como os valores da média, desvio padrão, máximos, mínimos, assimetrias e curtoses.

Por fim, é importante realçar, que de acordo com a dimensão dos grupos, foram utilizados tanto testes paramétricos (Correlação de Bravais-Pearson e Análise Univariada - ANOVA), como testes não-paramétricos (Regressão Linear).

Resultados

Resultados Descritivos da Saúde Mental Positiva

Tabela 3 - Estatística Descritiva referente às variáveis de saúde mental positiva

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose
Satisfação pessoal	3,29	,40	1,63	4	-1,15	2
Atitude pós-social	2,33	,36	1,40	4	,89	3,90
Autocontrole	2,41	,52	1,40	4	,56	,45
Autonomia	3,32	,53	1,60	4	-,94	,77
Resolução de problemas e realização pessoal	1,90	,68	1	4	,79	-,02
Habilidades de relação interpessoal	2,88	,31	2,14	4	,21	,72

Na variável satisfação pessoal, segundo a tabela 3, observou-se que a resposta dos participantes varia entre 1,63 e 4, a média corresponde a um valor de 3,29 e um desvio padrão de ,40.

Quanto à autonomia na população em estudo, os valores variam entre 1,60 e 4, a média é igual a 3,32 e o desvio padrão ,53.

Por fim, para a variável habilidade de relação interpessoal o valor mínimo é de 2,14 e o máximo de 4. Sendo considerada a média de 2,88 e o desvio padrão de ,31.

Assim, na caracterização das variáveis de saúde mental positiva, conforme a tabela 3, as variáveis autonomia e satisfação pessoal são os pontos fracos da população em estudo, sendo que a resolução de problemas e realização pessoal é o ponto mais forte (pois as respostas foram na maioria sempre ou quase sempre).

Resultados Descritivos das Estratégias de *Coping*Tabela 4 - Estatística Descritiva referente às variáveis de estratégias de *coping*

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose
<i>Coping</i> ativo	1,85	,78	,00	3	-,20	-,81
Planear	1,89	,82	,00	3	-,40	-,92
Utilizar suporte instrumental	1,65	,73	,00	3	,34	-,67
Utilizar suporte social e emocional	1,47	,89	,00	3	-,23	-,78
Religião	,71	,75	,00	3	1,01	,57
Reinterpretação positiva	1,16	,48	,00	3	,52	1,16
Auto culpabilização	1,27	,63	,00	3	,05	,37
Aceitação	1,70	,68	,00	3	,20	-,66
Expressão de sentimentos	1,58	,73	,00	3	,43	-,46
Negação	,58	,62	,00	2	,73	-,51
Auto distração	1,30	,59	,00	3	,12	-,11
Desinvestimento comportamental	,93	,57	,00	2,50	,16	-,48
Uso de substâncias	,08	,28	,00	1,50	3,96	15,81
Humor	1,25	,83	,00	3	,26	-,60

Na variável *coping* ativo as respostas dos participantes do estudo variam entre 0 e 3, sendo a média de 1,85 e o desvio padrão ,78.

Quando nos referimos à variável planear, os valores variam entre 0 e 3, a média é 1,89 e o desvio padrão é ,82.

Relativamente ao uso de suporte instrumental, a variável varia entre 0 e 3, tendo uma média 1,65 e um desvio padrão ,73.

Relativamente à aceitação, os valores mínimos são 0 e os máximos 3. A média obtida é 1,70 e o desvio padrão ,68.

A expressão de sentimentos varia entre 0 e 3, sendo a média 1,58 e o desvio padrão ,73.

A caracterização das variáveis relativas às estratégias de *coping*, conforme os dados obtidos, através da tabela 4, mostra que a estratégia de planear é a estratégia que a população

recorre para lidar com situações stressantes. Em oposição, surge a variável uso de substâncias como a estratégia que a população do estudo menos utiliza para lidar com o stress.

Estudo dos Preditores da Saúde Mental Positiva e das Estratégias de Coping com Base nas Variáveis Psicológicas Pretendidas

Tabela 5 - Associações entre a saúde mental positiva e as estratégias de coping

Variáveis em estudo	Satisfação pessoal	Atitude pós-social	Autocontrolo	Autonomia	Resolução de Problemas e Realização pessoal	Habilidade de relação interpessoal
Satisfação pessoal	1	,118	-,195*	,571**	-,215*	,350**
Atitude pós-social	,118	1	,482**	,101	,606**	,505**
Autocontrolo	-,195*	,482**	1	-,224*	,700**	,265**
Autonomia	-,571**	,101	-,224**	1	-,270**	,299**
Resolução de problemas e Realização pessoal	-,215*	,606**	,700**	-,270**	1	,408**
Habilidades de relação interpessoal	,350**	,505**	,265**	,299**	,408**	1
Coping ativo	,119	-,493**	-,514**	,000	-,717**	-,319**
Planear	,123	-,462**	-,499**	,062	-,769**	-,333**
Utilizar suporte instrumental	,040	-,217*	-,018	-,069	-,279**	-,225*
Utilizar suporte social emocional	-,059	-,246**	-,036	-,208*	-,333**	-,375**
Religião	,010	-,241**	-,139	-,083	-,268**	-,157
Reinterpretação positiva	-,137	-,326**	-,266**	-,094	-,495**	-,370**
Auto culpabilização	-,221*	-,169	-,046	-,330**	-,129	-,229*
Aceitação	-,025	-,334**	-,380**	-,051	-,610**	-,353**
Expressão de sentimentos	-,109	-,098	,044	-,086	-,229*	-,194*
Negação	-,382**	-,216*	,157	-,326**	,058	-,239**
Auto distração	-,071	,108	,117	-,019	,195*	-,018
Desinvestimento comportamental	-,305**	-,160	,068	-,346**	-,133	-,336**
Uso de substâncias	-,319**	,169	,078	-,211**	,268**	,044
Humor	,142	-,145	-,297**	,043	-,336**	-,201*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Varáveis em estudo	Coping ativo	Planear	Utilizar suporte instrumental	Utilizar suporte social emocional	Religião	Reinterpretação positiva	Auto culpabilização
Satisfação pessoal	,119	,123	,040	-,059	,010	-,137	-,221*
Atitude pós-social	-,493**	-,462**	-,217*	-,246**	-,241**	-,326**	-,169
Autocontrole	-,514**	-,499**	-,018	-,036	-,139	-,266**	-,046
Autonomia	,000	,062	-,069	-,208*	-,083	-,094	-,330**
Resolução de problemas e Realização pessoal	-,717**	-,769**	-,279**	-,333**	-,268**	-,495**	-,129
Habilidades de relação interpessoal	-,319**	-,333**	-,225*	-,375**	-,157	-,370**	-,229*
Coping ativo	1	,773**	,348**	,393**	,187*	,493**	,193*
Planear	,773**	1	,420**	,512**	,304**	,584**	,342**
Utilizar suporte instrumental	,348**	,420**	1	,678**	,183*	,364**	,417**
Utilizar suporte social emocional	,393**	,512**	,678**	1	,229*	,467**	,319**
Religião	,187*	,304**	,183*	,229*	1	,229*	,022
Reinterpretação positiva	,493**	,584**	,364**	,467**	,229*	1	,320**
Auto culpabilização	,193*	,342**	,417**	,319**	,022	,320**	1
Aceitação	,551**	,630**	,323**	,349**	,226*	,406**	,356**
Expressão de sentimentos	,253**	,368**	,450**	,408**	,086	,207*	,362**
Negação	,069	,096	,283**	,329**	,014	,288**	,290**
Auto distração	-,154	-,172	,200*	,089	-,171	,021	,235*
Desinvestimento comportamental	,205*	,314**	,474**	,786**	,176	,599**	,372**
Uso de substâncias	-,110	-,200*	-,049	-,107	,140	-,015	-,124
Humor	,346**	,397**	,170	,132	,191*	,338**	,084

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Variáveis em estudo	Aceitação	Expressão de sentimentos	Negação	Auto distração	Desinvestimento comportamental	Uso de substâncias	Humor
Satisfação pessoal	-,025	-,109	-,382**	-,071	-,305**	-,319**	,142
Atitude pós-social	-,334**	-,098	-,216*	,108	-,160	,169	-,145
Autocontrole	-,380**	,044	,157	,117	,068	,078	-,297**
Autonomia	-,051	-,086	-,326**	-,019	-,346**	-,211*	,043
Resolução de problemas e Realização pessoal	-,610**	-,229*	,058	,195*	-,133	,268**	-,336**
Habilidades de relação interpessoal	-,353**	-,194*	-,239**	-,018	-,336**	,044	-,201*
Coping ativo	,551**	,253**	,069	-,154	,205*	-,110	,346**
Planear	,630**	,368**	,096	-,172	,314**	-,200*	,397**
Utilizar suporte instrumental	,323**	,450**	,283**	,200*	,474**	-,049	,170
Utilizar suporte social emocional	,349**	,408**	,329**	,089	,786**	-,107	,132
Religião	,226*	,086	,014	-,171	,176	,140	,191*
Reinterpretação positiva	,406**	,207*	,288**	,021	,599**	-,015	,338**
Auto culpabilização	,356**	,362**	2,90**	,235*	,372**	-,124	,084
Aceitação	1	,421**	,072	-,127	,208*	-,118	,206*
Expressão de sentimentos	,421**	1	,216*	,107	,245**	,020	,029
Negação	,072	,216*	1	,237**	,412**	,290**	,051
Auto distração	-,127	,107	,237**	1	,139	,096	,026
Desinvestimento comportamental	,208*	,245**	,412**	,139	1	,034	,046
Uso de substâncias	-,118	,020	,290**	,096	,034	1	-,051
Humor	,206*	,029	,051	,026	,046	-,051	1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Através da tabela 5, é possível observar as associações entre as variáveis relativas à saúde mental positiva e às estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes do estudo.

Relativamente à associação entre a satisfação pessoal com as restantes variáveis, apresenta-se uma correlação negativa, baixa e significativa com o autocontrolo (CP = -,195), com a resolução de problemas e realização pessoal (CP=-,215) e com a auto culpabilização (CP=-,221). Na associação entre a satisfação pessoal e a autonomia obtém-se um valor de correlação elevado e significativo (CP = ,571). Em relação à habilidade de relação interpessoal a associação é moderada e significativa (CP=,350). Por fim, observam-se associações negativas, moderadas mas significativas com as variáveis negação (CP=-,382), desinvestimento comportamental (CP=-,305), bem como, com o uso de substâncias (CP=-,319).

Na associação entre a atitude pós-social e as variáveis é possível observar associações elevadas e significativas no que diz respeito à resolução de problemas e realização pessoal (CP=,606) e habilidade de realização interpessoal (CP=,505). Associações negativas, moderadas mas significativas apresentam-se nas variáveis coping ativo (CP=-,493), planear (CP=-,462), reinterpretação positiva (CP=-,326) e aceitação (CP=-,334). Relativamente à associação entre a atitude pós-social e o autocontrolo esta obteve um valor de correlação moderado e significativo (CP=,482). Por fim, são demonstradas associações negativas, baixas mas significativas no que diz respeito à utilização de suporte instrumental (CP=-,217), ao utilizar suporte social emocional (CP=-,246), religião (CP=-,241) e negação (CP=-,216).

Na associação entre o autocontrolo e as variáveis, apresentam-se associações negativas, baixas mas significativas nas variáveis autonomia (CP=-,224), reinterpretação positiva (CP=-,266) e humor (CP=-,297). Os valores obtidos na correlação entre o autocontrolo e a resolução de problemas e realização pessoal são elevados e significativos

(CP=,700), por outro lado, na habilidade de realização interpessoal, o valor obtido da correlação é fraca mas significativa (CP=,265). Relativamente à associação entre o autocontrolo e o *coping* ativo, o valor de correlação obtido é negativo, elevado e significativo (CP=-,514). Por fim, na variável planear e aceitação, os valores de correlação são negativos, moderados mas significativos, (CP=-,499) e (CP=-,380), respetivamente.

Na associação entre a autonomia e as variáveis, apresentam-se valores negativos, baixos mas significativos para as variáveis resolução de problemas e realização pessoal (CP=-,270), utilizar suporte social emocional (CP=-,208) e humor (CP=-,211). Apresentam-se valores negativos, moderados e significativos para a auto culpabilização (CP=-,330), para a negação (CP=-,326), e para o desinvestimento comportamental (CP=-,346). O valor de correlação obtido na associação entre a autonomia e a habilidade de realização interpessoal é baixo mas significativo (CP=,299).

Na associação entre a resolução de problemas e as variáveis, demonstram-se valores moderados e significativos para a habilidade de relação interpessoal (CP=,408). Surgem valores de associações baixos mas significativos para a auto distração (CP=,195) e para o uso de substâncias (CP=,268). O valor da correlação entre a resolução de problemas e realização pessoal e o *coping* ativo é negativo, elevado e significativo (CP=-,717), bem como, para o planear (CP=-,769) e aceitação (CP=-,610). Por fim, as associações apresentam-se negativas, baixas mas significativas para a utilização de suporte instrumental, (CP=-,279), a religião (CP=-,268) e a expressão de sentimentos (CP=-,229). Por outro lado, a utilização de suporte social emocional, realização pessoal e reinterpretação positiva e o humor apresentam valores negativos, moderados mas significativos, (CP=-,333), (CP=-,495) e (CP=-,336), respetivamente.

Na associação entre habilidades de realização pessoal e *coping* ativo apresenta um valor de correlação negativo, moderado e significativo (CP=-,319), bem como, na associação com o planejar (CP=-,333), o utilizar suporte social emocional (CP=-,375), o reinterpretação positiva (CP=-,370), a aceitação (CP=-,353) e o desinvestimento comportamental (CP=-,336). A associação entre habilidades de realização pessoal e utilizar suporte instrumental apresenta uma correlação negativa, baixa mas significativa (CP=-,225), assim como, com a auto culpabilização (CP=-,229) a expressão de sentimentos (CP=,194), a negação (CP=-,239) e o humor (CP=-,201).

Relativamente à associação entre *coping* ativo e planejar observa-se um valor de correlação elevado e significativo (CP=,773), bem como, com a auto culpabilização (CP=,551). Por outro lado, o valor de correlação é baixo mas significativo para as variáveis religião (CP=,187), expressão de sentimentos (CP=,253) e desinvestimento comportamental (CP=,205). Por fim, valores de associações moderados e significativos são evidentes nas variáveis utilizar suporte instrumental (CP=,348), utilizar suporte social emocional (CP=393), reinterpretação positiva (CP=,493) e humor (CP=,346).

Na associação entre o planejar com as restantes variáveis, é possível observar um valor baixo mas significativo com o uso de substâncias (CP=-,200). Valores de associações moderados e significativos com o utilizar suporte instrumental (CP=,420), a religião (CP=,304), a auto culpabilização (CP=,342), a expressão de sentimentos (CP=,368), o desinvestimento comportamental (CP=,314) e o humor (CP=,397). Valores elevados e significativos observam-se no uso de suporte social emocional (CP=,512) e na reinterpretação positiva (CP=,584). A correlação entre planejar e aceitação é forte e significativa (CP=,630).

Na associação entre utilizar suporte instrumental e utilizar suporte social emocional o valor da correlação obtido é elevado e significativo (CP=,678). Valores moderados e

significativos observam-se nas variáveis reinterpretação positiva (CP=,364), auto culpabilização (CP=,417), aceitação (CP=,323), expressão de sentimentos (CP=,450) e humor (CP=,474). Os valores das correlações entre utilizar suporte instrumental e negação, auto distração e religião são baixos mas significativos, (CP=,283), (CP=,200) e (CP=,183), respetivamente.

Na associação entre utilizar suporte social emocional e religião é possível observar um valor de correlação baixo mas significativo (CP=,229). Por outro lado, com o desinvestimento comportamental o valor da associação é elevado e significativo (CP=,786). Contudo, surgem valores moderados e significativos na reinterpretação positiva (CP=,467), na auto culpabilização (CP=,319), na aceitação (CP=,349), na expressão de sentimentos (CP=,408) e na negação (CP=,329).

Na associação entre religião e as restantes variáveis, todas apresentam valores de associações baixos mas significativos, isto é, na reinterpretação (CP=,229), na aceitação (CP=,226) e no humor (CP=,191).

Na associação entre reintegração positiva e auto culpabilização, aceitação e humor, surgem valores moderados e significativos, (CP=,320), (CP=,406) e (CP=,338), respetivamente. Surgem associações com valores baixos mas significativos, na expressão de sentimentos (CP=,207) e na negação (CP=,288). Em oposição, surge na associação entre reintegração positiva e desinvestimento comportamental um valor de correlação elevado e significativo (CP=,599).

Na associação entre auto culpabilização e as restantes variáveis surgem valores moderados e significativos para a aceitação (CP=,356), a expressão de sentimentos (CP=,362) e o desinvestimento comportamental (CP=,372). Valores baixos mas significativos surgem na negação (CP=,290) e na auto distração (CP=,235).

Na associação entre aceitação e expressão de sentimentos o valor da correlação é moderado e significativo ($CP=,421$). O valor da associação entre aceitação e desinvestimento comportamental é baixo mas significativo ($CP=,208$), bem como, com humor ($CP=,206$).

Na associação entre expressão de sentimentos e negação ($CP=,216$), tal como com o desinvestimento comportamental ($CP=,245$), os valores das correlações são baixos mas significativos.

Na associação entre a negação e a auto distração o valor da correlação é baixo mas significativo ($CP=,237$), igualmente, na associação com o uso de substâncias ($CP=,290$). O valor da correlação obtido para a associação entre negação e desinvestimento comportamental é moderado e significativo ($CP=,412$).

Estudo da Relação Entre Variáveis de Saúde Mental Positiva e as Variáveis Demográficas

Tabela 6 - ANOVA para a saúde mental positiva e o género

	Feminino (n=88)		Masculino (n=30)		F	p
	M	DP	M	DP		
Satisfação Pessoal	3,30	,37	3,28	,49	,036	,849
Atitude Pós-Social	2,28	,38	2,45	,26	4,779	,031*
Autocontrolo	2,32	,49	2,65	,53	9,198	,003*
Autonomia	3,33	,52	3,26	,58	18,401	,485
Resolução de problemas e realização pessoal	1,76	,60	2,33	,71	6,127	,000*
Habilidades de realização interpessoal	2,84	,30	3	,31	13,381	,015*

*valores significativos

Segundo a tabela 6, é possível observar a existência de diferenças significativas entre o género dos participantes do estudo para a variável atitude pós-social [$F(1,116)=4,779$; $p=,031$]. Assim, verifica-se que o género masculino apresenta indicadores mais elevados de atitude pós-social ($M=2,45$) do que o género feminino ($M=2,28$).

Relativamente ao autocontrolo também é possível verificar diferenças significativas entre o género [F(1,116)=9,198; p=,003]. É possível afirmar que são os homens que apresentam níveis mais elevados (M=2,65) de autocontrolo, relativamente às mulheres (M=2,32).

Para a variável resolução de problemas e realização pessoal são evidentes, igualmente, as diferenças significativas quanto ao género [F(1,116)=7,384; p=,000]. Assim sendo, são os homens que possuem maiores indicadores de resolução de problemas e realização pessoal (M=2,33) em comparação com as mulheres (M=1,76).

Por fim, quanto à habilidade de realização interpessoal, são notórias, igualmente, as diferenças significativas entre o género [F(1,116)=13,381; p=,015]. Sendo que os homens apresentam resultados superiores (M=3) em comparação com as mulheres (M=2,84).

Tabela 7 - ANOVA para a saúde mental positiva e a idade

	22-30 anos (n=42)		31-65 anos (n=76)		F	p
	M	DP	M	DP		
Satisfação Pessoal	3,22	,49	3,33	,34	2,057	,154
Atitude Pós-Social	2,28	,32	2,35	,38	1,010	,317
Autocontrolo	2,43	,52	2,39	,53	,189	,664
Autonomia	3,18	,61	3,40	,47	4,861	,029*
Resolução de problemas e realização pessoal	1,86	,70	1,93	,67	,286	,594
Habilidades de realização interpessoal	2,81	,29	2,92	,31	3,612	,060

*valores significativos

Segundo a observação da tabela 7, é possível aferir que existem diferenças significativas na autonomia relativamente à idade dos participantes do estudo [F(1,116)=4,861;p=,029]. Deste modo, é evidente que são os participantes com idades compreendidas entre 31 e 65 anos (M=3,40) que possuem maior autonomia do que a camada mais jovem, entre os 22 e os 30 anos de idade (M=3,18).

Tabela 8 - ANOVA para a saúde mental positiva e a parentalidade

	Sim (n=55)		Não (n=63)		F	p
	M	DP	M	DP		
Satisfação Pessoal	3,27	,40	3,31	,41	,219	,641
Atitude Pós-Social	2,31	,42	2,34	,30	,214	,645
Autocontrolo	2,36	,52	2,44	,52	,765	,384
Autonomia	3,35	,55	3,29	,51	,423	,516
Resolução de problemas e realização pessoal	1,87	,70	1,93	,67	,260	,611
Habilidades de realização interpessoal	2,91	,32	2,85	,29	1,461	,229

Verifica-se, segundo a tabela 8, que não existem diferenças significativas em nenhuma das variáveis em estudo, ou seja, na saúde mental positiva relativamente ao facto dos participantes do estudo serem ou não pais.

Tabela 9 - ANOVA para a saúde mental positiva e o tempo de carreira

	0-5 anos (n=41)		>5 anos (n=77)		F	p
	M	DP	M	DP		
Satisfação Pessoal	3,25	,49	3,31	,35	,662	,418
Atitude Pós-Social	2,33	,33	2,32	,37	,019	,890
Autocontrolo	2,45	,52	2,38	,53	,437	,510
Autonomia	3,19	,59	3,39	,48	4,073	,046*
Resolução de problemas e realização pessoal	1,97	,68	1,87	,68	,532	,467
Habilidades de realização interpessoal	2,83	,30	2,90	,31	1,347	,248

*valores significativos

Quando observamos a tabela 9, é possível averiguar que existem diferenças significativas na autonomia, segundo os anos em que o participante exerce na área da saúde mental [F(1,116)=4,073; p=,046]. Logo, são os participantes que exercem a profissão à mais de 5 anos (M=3,39) que obtêm maiores níveis de autonomia, ao invés daqueles que exercem a sua profissão à menos de 5 anos (M=3,19).

Estudo da Relação Entre Variáveis de Estratégias de *Coping* e as Variáveis DemográficasTabela 10 - ANOVA para as estratégias de *coping* e o género

	Feminino (n=88)		Masculino (n=30)		F	p
	M	DP	M	DP		
<i>Coping</i> ativo	2,05	,71	1,27	,68	28,075	,000*
Planear	2,13	,71	1,20	,76	37,436	,000*
Utilizar suporte instrumental	1,70	,76	1,52	,65	1,389	,241
Utilizar suporte social emocional	1,64	,80	,95	,97	15,039	,000*
Religião	,83	,77	,37	,56	9,205	,003*
Reinterpretação positiva	1,24	,47	,92	,42	10,967	,001*
Auto culpabilização	1,28	,65	1,23	,55	,146	,703
Aceitação	1,84	,66	1,32	,59	14,508	,000*
Expressão de sentimentos	1,67	,77	1,32	,55	5,397	,022*
Negação	,61	,61	,50	,64	,676	,413
Auto distração	1,25	,61	1,45	,51	2,617	,108
Desinvestimento comportamental	1,01	,49	,70	,71	7,130	,009*
Uso de substâncias	,74	,27	,10	,33	,187	,666
Humor	1,41	,85	,80	,61	13,176	,000*

*valores significativos

Segundo a tabela 10 é possível verificar a existência de diferenças significativas entre o género, do participantes do estudo, para o *coping* ativo [$F(1,116)=28,076$; $p=,000$]. As mulheres ($M=2,05$) apresentam maiores níveis quando comparadas com os homens ($M=1,27$).

Relativamente ao planear, são igualmente evidentes, diferenças significativas segundo o género [$F(1,116)=37,436$; $p=,000$]. Apresentando as mulheres níveis elevados de planeamento ($M=2,13$) em comparação com os homens ($M=1,20$).

Quando falamos do uso de suporte social emocional, apresentam-se diferenças significativas relativamente ao género [F (1,116)=15,039;p=,000]. Sendo que as mulheres apresentam maiores níveis de recurso ao suporte social emocional (M=1,64) do que os homens (M=,95).

Relativamente à religião são evidentes diferenças significativas no que diz respeito ao género [F(1,116)=9,205; p=,003]. As mulheres recorrem mais à religião para lidar com o stress (M=,83) comparativamente aos homens (M=,37).

A reinterpretação positiva apresenta diferenças significativas no que toca ao género dos participantes [F(1,116)=10,967; p=,001]. As mulheres apresentam maiores níveis (M=1,24) de reinterpretação positiva do que os homens (M=,92).

Para a variável aceitação são evidentes diferenças significativas quanto ao género [F(1,116)=14,508;p=,000]. São as mulheres que apresentam uma maior aceitação da situação stressante (M=1,84) do que os homens (M=1,32).

A expressão de sentimentos apresenta diferenças significativas no género [F(1,116)=5,397;p=,022]. As mulheres experimentem mais os seus sentimentos perante situação de stress (M=1,67) do que os homens (M=1,32).

Relativamente ao desinvestimento comportamental notam-se diferenças significativas entre o género dos participantes [F(1,116)=7,130;p=,009]. São as mulheres que desistem com maior facilidade (M=1,01) comparativamente aos homens (M=,70). Por fim, no humor são evidentes, também, diferenças significativas em relação ao género [F(1,116)=13,176;p=,000]. São as mulheres que recorrem mais ao humor perante o stress (M=1,41) do que os homens (M=,80).

Tabela 11 - ANOVA para as estratégias de *coping* e idade

	22-30 anos (n=42)		31-65 anos (n=76)		F	p
	M	DP	M	DP		
<i>Coping</i> ativo	1,87	,70	1,84	,82	,032	,858
Planear	2	,74	1,84	,87	1,079	,301
Utilizar suporte instrumental	1,89	,70	1,52	,72	7,406	,008*
Utilizar suporte social emocional	1,86	,72	1,25	,91	13,870	,000*
Religião	,62	,85	,76	,68	1,008	,317
Reinterpretação positiva	1,22	,35	1,12	,53	1,373	,244
Auto culpabilização	1,45	,62	1,17	,61	5,686	,019*
Aceitação	1,83	,61	1,63	,71	2,409	,123
Expressão de sentimentos	1,52	,73	1,61	,74	,387	,535
Negação	,76	,66	,48	,58	5,810	,018*
Auto distração	1,45	,61	1,22	,56	4,446	,037*
Desinvestimento comportamental	1,14	,51	,82	,56	9,712	,002*
Uso de substâncias	,04	,17	,11	,33	1,623	,205
Humor	1,15	,86	1,31	,82	,927	,338

*valores significativos

Ao observar a tabela 11 são evidentes diferenças significativas, segundo a idade dos participantes do estudo, no que diz respeito ao uso de suporte instrumental [F(1,116)=7,406;p=,008]. Sendo que é a faixa etária entre os 22 e os 30 anos que recorre mais ao suporte instrumental (M=1,89) em comparação com a faixa etária dos 31 aos 65 anos (M=1,52).

Relativamente ao uso de suporte social emocional também se verificam diferenças significativas segundo a idade [F(1,116)=13,870;p=,000]. É novamente a população mais nova do estudo que recorre ao suporte emocional com maior frequência (M=1,86) em comparação com os de maior idade (M=1,25).

Quanto à auto culpabilização verificam-se diferenças significativas em relação à idade do participante [F(1,116)=5,686;p=,019]. São os participantes entre as idades dos 22 aos 30

anos que se culpabilizam mais pelas situações ($M=1,45$) em comparação com os participantes que têm entre 31 e 65 anos ($M=1,17$).

Na dimensão negação verificam-se, igualmente, diferenças significativas entre os participantes do estudo, relativamente às idades [$F(1,116)=5,810;p=,018$]. Sendo que são os participantes com idades compreendidas entre 22-30 anos que apresentam maiores indicadores de negação ($M=,76$) ao invés dos participantes com idades entre os 31-65 anos ($M=,48$).

Na dimensão auto distração também se observam diferenças significativas entre as idades da população em estudo [$F(1,116)=4,446;p=,037$]. São os elementos entre os 22-30 anos que apresentam níveis mais elevados ($M=1,45$) em comparação com os restantes ($M=1,22$).

Por fim, relativamente ao desinvestimento comportamental também se verificam diferenças significativas com as idades dos participantes [$F(1,116)=9,712;p=,002$]. Sendo que é a camada mais nova que apresenta maiores níveis ($M=1,14$) em comparação com o grupo mais velho ($M=,82$).

Tabela 12 - ANOVA para as estratégias de *coping* e a parentalidade

	Sim (n=55)		Não (n=63)		F	p
	M	DP	M	DP		
<i>Coping</i> ativo	1,93	,80	1,79	,76	,974	,326
Planear	1,92	,88	1,87	,78	,088	,768
Utilizar suporte instrumental	1,58	,77	1,71	,70	,960	,329
Utilizar suporte social emocional	1,34	,96	1,60	,82	2,195	,141
Religião	,85	,71	,60	,76	3,366	,069
Reinterpretação positiva	1,15	,55	1,16	,41	,002	,962
Auto culpabilização	1,25	,64	1,30	,61	,173	,678
Aceitação	1,75	,71	1,67	,65	,392	,532
Expressão de sentimentos	1,58	,78	1,58	,70	,000	,986
Negação	,49	,56	,66	,66	2,173	,143
Auto distração	1,23	,54	1,37	,62	1,617	,206
Desinvestimento comportamental	,88	,56	,98	,57	,816	,368
Uso de substâncias	,08	,30	,08	,27	,002	,963
Humor	1,32	,84	1,20	,83	,604	,439

Verifica-se, segundo a tabela 12, que não existem valores significativos nas variáveis em estudo, isto é, não existem diferenças significativas nas estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes do estudo com o facto dos mesmos terem ou não filhos.

Tabela 13 - ANOVA para as estratégias de *coping* e o tempo de carreira

	0-5 anos (n=41)		>5 anos (n=77)		F	p
	M	DP	M	DP		
<i>Coping</i> ativo	1,78	,71	1,89	,81	,525	,470
Planear	1,85	,78	1,92	,85	,150	,699
Utilizar suporte instrumental	1,90	,74	1,52	,70	7,737	,006*
Utilizar suporte social emocional	1,71	,83	1,34	,90	4,727	,032*
Religião	,48	,68	,84	,75	6,594	,012*
Reinterpretação positiva	1,20	,39	1,14	,52	,400	,528
Auto culpabilização	1,43	,59	1,19	,63	3,986	,048*
Aceitação	1,76	,59	1,68	,72	,375	,541
Expressão de sentimentos	1,52	,70	1,61	,75	,366	,547
Negação	,73	,66	,50	,58	3,826	,053*
Auto distração	1,49	,56	1,20	,58	6,639	,011*
Desinvestimento comportamental	1,05	,53	,87	,58	2,706	,103
Uso de substâncias	,05	,19	,10	,32	,779	,379
Humor	1,12	,86	1,32	,81	1,589	,210

*valores significativos

Segundo a tabela 13, são evidentes diferenças significativas na dimensão utilizar suporte instrumental, relativamente aos anos de carreira [$F(1,116)=7,737;p=,006$]. Sendo que são os participantes com 5 ou menos anos de carreira que utilizam mais suporte instrumental ($M=1,90$) que os com mais anos de carreira ($M=1,52$).

Na dimensão utilizar suporte social emocional verificam-se diferenças significativas relativamente aos anos de carreira que os participantes do estudo exercem a sua função [$F(1,116)=4,727;p=,032$]. São os participantes entre os 0 e os 5 anos de carreira que utilizam mais suporte social emocional ($M=1,71$) em comparação com os de mais anos de carreira ($M=1,34$).

Na religião surgem diferenças significativas, igualmente, no que diz respeito aos anos de carreira [$F(1,116)=6,594;p=,012$]. São os participantes com carreiras superiores aos 5 anos ($M=,84$) que recorrem mais à religião, em relação aos participantes com carreiras inferiores a 5 anos ($M=,48$).

Em relação à auto culpabilização são verificadas diferenças significativas, segundo os anos em que o participante exerce na área da saúde [$F(1,116)=3,986;p=,048$]. Sendo que são os participantes que exercem profissão à menos de 5 anos ($M=1,43$) que obtêm maiores níveis de auto culpabilização, ao invés daqueles que exercem a sua profissão à mais de 5 anos ($M=1,19$).

Na negação também se verificam diferenças significativas relativamente aos anos de exercício de profissão [$F(1,116)=3,826;p=,053$]. Sendo os participantes com menos de 5 anos de carreira ($M=,73$) que são mais negativos em comparação com os que exercem à mais de 5 anos ($M=,50$).

Por fim, no que diz respeito à auto distração também se verificam diferenças significativas em relação aos anos de carreira [$F(1,116)=6,639;p=,011$]. Os níveis de auto

distração são superiores ($M=1,49$) em sujeitos com menos de 5 anos de carreira comparativamente com os sujeitos com mais de 5 anos de carreira ($M=1,20$).

Resultados das Variáveis Predictoras da Saúde Mental Positiva

Tabela 14 - *Regressão Linear da saúde mental positiva com variáveis demográficas e psicológicas (estratégias de coping)*

	R²	R² Ajustado	Beta	t	p
Idade			,406	2,190	,031*
Género			-,059	-,710	,479
Parentalidade			,029	,349	,728
Anos de carreira			-,390	-2,163	,033*
<i>Coping</i> ativo			-,352	-3,164	,002*
Negação	,488	,440	-,172	-2,260	,026*
Utilizar suporte social emocional			,025	,269	,788
Planear			-,336	-2,730	,007*
Expressão de sentimentos			,011	,136	,892
Autodistração			,046	,609	,544

*valores significativos

Segundo a tabela 14, os resultados obtidos mostram que apenas as variáveis idade ($B=,406;p=,031$), anos de carreira ($B=-,390;p=,033$), *coping* ativo ($B=-,358;p=,002$), negação ($B=-,172;p=,026$) e planear ($B=-,336;p=,007$) são preditores da saúde mental positiva. Assim, estas cinco variáveis explicam 44% da variância da saúde mental positiva [$F(10,107)=10,197;p<,001$], na qual o *coping* ativo e o planear demonstram ser os melhores preditores.

Resultados das Variáveis Predictoras das Estratégias de *Coping*Tabela 15 - *Regressão Linear das estratégias de coping com variáveis demográficas e psicológicas (saúde mental positiva)*

	R²	R² Ajustado	Beta	t	p
Idade			,053	,301	,764
Género			-,242	-3,267	,001*
Parentalidade			,009	,109	,914
Anos de carreira			-,079	-,456	,649
Satisfação Pessoal			-,005	-,056	,956
Autonomia			,037	,398	,612
Atitude Pós-social	,524	,480	-,327	-3,742	,000*
Autocontrolo			,231	2,431	,017*
Resolução de problemas e realização pessoal			-,714	-5,937	,000*
Habilidades de relação interpessoal			-,090	-,983	,328

*valores significativos

Segundo a tabela 15, os resultados obtidos mostram que apenas as variáveis género (B=-,242;p=,001), atitude pós-social (B=-,327;p=,000), autocontrolo (B=,231;p=,017) e resolução de problemas e realização pessoal (B=-,714;p=,000) são preditores das estratégias de *coping*. Assim estas quatro variáveis explicam 48% da variância das estratégias de *coping* [F(10,107)=11,781;p<,001], na qual utilizar suporte social emocional, expressão de sentimentos e género demonstram ser os melhores preditores.

Discussão

No primeiro objetivo específico traçado no estudo, foram tidas em conta quatro variáveis demográficas, consideradas as mais pertinentes, entre elas o género, a idade, a parentalidade e o tempo de carreira da população do estudo. Ao encontro de Rodriguez, Carlotto e Barcinski (2015), as questões demográficas possuem um papel fundamental no tipo de estratégias de *coping* adotadas.

No presente estudo os resultados mostram uma diferença significativa entre o género e as variáveis atitude pós-social, autocontrolo, resolução de problemas e realização pessoal e habilidades de relação interpessoal. Por outro lado, relativamente às estratégias de *coping*, também elas se mostram diferentes consoante o género, nomeadamente o *coping* ativo, o planejar, o utilizar suporte social emocional, a religião, a reinterpretação positiva, a aceitação, a expressão de sentimentos, o desinvestimento comportamental e o humor. Deste modo, o género masculino apresenta melhores indicadores em todas as variáveis consideradas significativas, mencionadas anteriormente, relativamente à saúde mental positiva. Por outro lado, o género feminino apresenta maior recurso às estratégias de *coping* consideradas significativas, quando comparadas com o género masculino. Ou seja, apesar dos homens do estudo parecerem possuir melhores indicadores de saúde mental positiva, são as mulheres que recorrem com maior frequência às estratégias de *coping* consideradas significativas. De acordo com estudos realizados por Lluch-Cant, *et al.* (2013) o género também influencia a variável atitude pós-social e habilidades de relacionamento interpessoal, tanto numa como noutra dimensão, foram as mulheres que apresentaram maiores níveis em comparação com os homens, estes resultados não vão ao encontro do estudo nos profissionais de saúde.

Relativamente ao uso de estratégias de *coping*, segundo estudos de Rodriguez, Carlotto e Barcinski (2015), estratégias de *coping* focadas no problema são mais usadas pelos homens,

enquanto estratégias de *coping* focadas nas emoções são maioritariamente usadas pelas mulheres. Nesta investigação, as estratégias de *coping* consideradas significativas são habitualmente utilizadas por mulheres, as quais correspondem essencialmente a estratégias de *coping* baseadas nas emoções, o que vai de encontro os estudos anteriormente citados.

Os resultados relativos às idades dos participantes mostram-se significativos em relação à autonomia, sendo que são os participantes com idades compreendidas entre os 31 e os 65 anos que demonstram ter maior independência. Segundo estudos de *Lluch-Cant, et al.* (2013), na dimensão autonomia surgiram resultados semelhantes para as diferentes idades dos participantes. Por outro lado, os resultados obtidos são claros quanto ao uso de estratégias de *coping* para lidar com situações stressantes, assim são os elementos da camada mais jovem, com idades compreendidas entre os 22 e os 30 anos que fazem maior recurso a estratégias como o uso de suporte instrumental e social emocional, a auto culpabilização, a negação, a auto distração e o desinvestimento comportamental.

No que diz respeito à variável demográfica tempo em que os participantes exercem a sua função na área da saúde, na saúde mental positiva a única variável considerada significativa foi a autonomia, apresentando melhores indicadores em carreiras superiores a 5 anos. No uso das estratégias de *coping* surgem indicadores significativos no tempo de carreira, onde se apresenta com maior recurso pela camada mais jovem, no suporte social emocional, na auto culpabilização, na negação e na auto distração. Surge em oposição, no que toca à variável religião, resultados superiores para a população com maior tempo de carreira.

No que concerne à parentalidade, isto é, se os participantes em estudo tem ou não filhos, em nada influencia quer a saúde mental positiva, quer o uso significativo de estratégias de *coping*, os mesmos resultados são encontrados por *Lluch-Cant, et al.* (2013), não existindo diferenças significativas entre os profissionais terem ou não filhos.

De acordo com as variáveis psicológicas em estudo mostram-se diversas as associações que são consideradas significativas. Foram estudadas associações entre as dimensões da saúde mental positiva entre si e do mesmo modo todas as dimensões do Brief Cope. Para além disso, foi estudada a associação entre as diferentes dimensões do questionário de Brief Cope na íntegra, com as dimensões da saúde mental positiva, na íntegra também.

A destacar apenas as associações fortes, surgindo resultados em que os participantes apresentam melhores indicadores de satisfação pessoal se possuírem maior autonomia e vice-versa. Segundo a descrição de Vázquez-Colunga *et al.*, (2017), a autonomia é considerada um indicador para o constructo de saúde mental positiva, não sendo a doença apenas um dos fatores que determina a saúde.

Quanto à atitude pós-social, associa-se de forma elevada com a resolução de problemas e realização pessoal e com a habilidade de realização interpessoal, o que significa que a população do estudo possui uma elevada predisposição ativa para o social e assim, uma boa capacidade de análise e habilidade para tomar decisões, como também, aceita os outros, os diferentes fatos sociais e possui uma boa habilidade para estabelecer relações interpessoais.

A variável autocontrolo relaciona-se fortemente com a resolução de problemas e realização pessoal, isto é, os resultados apontam que para quanto maior for os níveis de equilíbrio emocional dos participantes maior será a capacidade de análise e toma de decisões e vice-versa.

O autocontrolo também possui uma associação elevada com o *coping* ativo, embora esta seja negativa, ou seja, se existem níveis reduzidos de autocontrolo, os participantes tendem a ter maiores níveis de *coping* ativo.

A resolução de problemas e realização pessoal apresenta uma associação elevada, embora negativa, com o planear e o *coping* ativo, ou seja, se o participante possui uma maior capacidade de análise e toma de decisões, menor será a sua necessidade de planear e iniciar ações no sentido de eliminar o stressor.

O *coping* ativo associa-se fortemente com o planear e a auto culpabilização, ou seja, se os participantes planeiam os esforços de *coping* ativo, estes aceitam o facto do mesmo ser real, o que por sua vez, facilita a iniciação de uma ação para o remover ou resolver.

Relativamente às associações entre o planear e o uso de suporte social emocional, a reinterpretação positiva e a aceitação, surgem associações elevadas, isto é, os participantes do estudo quanto maior tendência têm para pensar sobre o modo como minimizar ou resolver a situação de stress, maiores níveis são esperados no conseguir o suporte social emocional de alguém, assim mais positiva será a perceção da situação, bem como, maior aceitação da realidade.

Observa-se também a associação elevada entre o uso de suporte instrumental e o uso de suporte social emocional, ou seja, os participantes tendem a procurar ajuda para resolver a situação de stress e assim aumentar os níveis de simpatia dos outros.

O suporte social emocional possui uma associação elevada com o desinvestimento comportamental, o que sugere que quanto maior a aceitação por parte dos outros, maior será a tendência para desistir de alcançar o objetivo com o qual o stress está a interferir.

Por fim, se os participantes possuem uma perceção mais favorável da situação terão mais tendência a desistir e a aumentar o seu desinvestimento comportamental, como é demonstrado através da associação forte entre as duas variáveis.

Segundo os resultados obtidos na presente investigação é possível compreender as variáveis preditores tanto da saúde mental positiva como das estratégias de *coping*. No que

diz respeito à saúde mental positiva enquadram-se neste conceito de preditores dois grupos de variáveis de extrema importância: o tipo de estratégias de *coping* e questões sociodemográficas. Relativamente às estratégias de *coping* que são consideradas mais eficazes na previsão da saúde mental positiva destacam-se o planejar, a negação e o *coping* ativo. Em relação às questões sociodemográficas, destacam-se a idade e os anos de carreira, isto é, constatou-se perante os resultados obtidos, que participantes com idades compreendidas entre os 31 e os 65 anos possuem maiores níveis de saúde mental positiva, bem como, os que possuem uma carreira mais longa. Nas variáveis predictoras das estratégias de *coping* incorporam-se, igualmente, dois grandes grupos: as dimensões da saúde mental positiva e uma questão sociodemográfica. No que diz respeito às dimensões da saúde mental positiva que se consideram melhores preditores das estratégias de *coping*, destacam-se a atitude pós-social, o autocontrolo e a resolução de problemas e realização pessoal. Para além disso, o género apresenta-se também ele como preditor das estratégias de *coping*, isto é, o género masculino recorre com maior frequência às estratégias consideradas significativas em comparação com o género feminino.

Segundo Guido, Linch, Pitthan e Umann (2011), na tentativa de minimizar os danos causados pelo stress o indivíduo utiliza estratégias de *coping*, a forma como as utiliza está determinada, em parte, pelos recursos internos e externos, que incluem a saúde, as crenças, a responsabilidade, o suporte, as habilidades sociais e os recursos materiais. Sabe-se de antemão que o stress é um fator importante para o possível risco de bem-estar psicossocial do indivíduo e conseqüentemente possui uma variável nas alterações do estado de saúde. Assim, é possível a colocação de risco na saúde dos profissionais e conseqüentemente alterar o desempenho, a moral, a rotatividade, o absentismo e a violência no local de trabalho.

Por outro lado, segundo Fernandes e Pereira (2016), é necessário ter em conta diferentes fatores na vida laboral dos profissionais de saúde, que são considerados os fatores de proteção, como a carga horária, a regulação das exigências psicológicas, aumentar o nível de controlo sobre o tempo de trabalho, um ambiente socialmente responsável, promoção de segurança e estabilidade nos postos de trabalho e o aumento do tempo de lazer.

A saúde é um dos níveis fundamentais da qualidade de vida, segundo Guerra *et al.* (2017), é consoante o estado de saúde do indivíduo que este constrói a perceção da sua qualidade de vida. Neste sentido, se um indivíduo possuir um equilíbrio psicossocial, se utilizar estratégias de *coping* que respondam às situações de stress que ocorrem no seu quotidiano, e por sua vez conseguir minimizar os dados causados por estas, a sua perceção de qualidade de vida aumenta, segundo estudos de Moreno, Bragagnollo e Santos (2018) e Antonioli, Guanilo, Rosso, Junior, Pai e Scapin (2018).

Para que o indivíduo possua um desenvolvimento saudável em condições adversas é necessário ter em conta o contexto em que está inserido, as suas relações interpessoais, o meio que o rodeia, bem como, os fatores de risco e os fatores de proteção e a sua capacidade de resiliência, segundo estudos de Ribeiro, Mattos, Antonelli, Canêo e Júnior (2011).

Indivíduos que utilizam estratégias de *coping* como resposta aos mecanismos de stress que os rodeia, podem ser considerados mais resilientes, pois o conceito de *coping* está diretamente relacionado com resiliência, segundo Angst (2009).

Segundo Santos, *et.al.*, (2012) e Cambarotto e Cardoso (2017), o cuidador formal, antes de prestar o cuidado ao outro, deve, acima de tudo, cuidar de si mesmo. Assim, a psicologia, nomeadamente o psicólogo, pode ser a chave fundamental para ajudar os profissionais de saúde, que auxiliam pessoas todos os dias, a diminuir a ansiedade gerada pelas situações da sua vida profissional.

Esta investigação permite ao psicólogo clínico compreender quais as maiores carências dos profissionais de saúde, bem como, quais as estratégias de *coping* a que os mesmos recorrem para solucionar os seus problemas diários, assim, o estudo é um ponto de partida para uma futura intervenção nesta área profissional e assim obter níveis mais elevados de saúde mental positiva, melhorando consequentemente, tanto a qualidade de vida dos profissionais como a melhoria dos serviços de saúde prestados à população portuguesa.

Inicialmente foi realizada uma procura exaustiva de revisões de literatura sobre as variáveis em estudo, onde foi possível compreender que a população da presente investigação estava devidamente estudada, no entanto, as variáveis e a associação entre as mesmas não eram analisadas. Deste modo, o descrito anteriormente surge como uma grande lacuna na comunidade científica, na psicologia e uma limitação nesta investigação. Não podendo ser este facto de lamentar, pois assim o estudo é considerado uma mais-valia para a comunidade científica, que permite mostrar uma nova perspetiva de estudo nos profissionais de saúde.

Como sugestões futuras surge a necessidade de alargar a amostra em estudo, os profissionais de saúde portugueses, que foram 118 a participar na presente investigação, com a finalidade de obter maiores explicações sobre as variáveis em estudo. Será igualmente pertinente, o estudo de variáveis como a qualidade de vida, a autoestima e a resiliência dos mesmos, relacionada com a saúde mental positiva que percebem e com o seu trabalho exaustivo e de grande importância na população portuguesa.

Em suma, os objetivos traçados para a presente investigação foram alcançados com sucesso, foi possível compreender a relação entre as variáveis em estudo, saúde mental positiva e estratégias de *coping*, foi igualmente possível a compreensão de quais as variáveis sociodemográficas que influenciam as variáveis em estudo, bem como, as dimensões significativas das mesmas. Por fim, esta investigação também foi pertinente no sentido de

relacionar as estratégias de *coping* utilizadas pelos profissionais de saúde com a saúde mental positiva que o mesmos percecionavam possuir e analisar as variáveis preditoras para ambas as variáveis.

Referências

- Angts, R. (2009). Psicologia e resiliência: Uma revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 27(58), 253-260.
- Antoniolli, L., Enchevarría-Guanilo, M.E., Roso, L.H., Fuculo Junior, P.R.B., Dal Pai, D., & Scapin, S. (2018). Estratégias de *coping* da equipe de enfermagem atuante em centro de tratamento ao queimado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, 1-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0073>
- Anuniação, C. (2010). *Coping e stress traumático em combatentes*. Lisboa: Liga dos Combatentes.
- Borges, A.I., Manso, D.S., Tomé, G., & Matos, M.G. (2008). Ansiedade e *coping* em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 4, 551-561.
- Cambarotto, D.A., & Cardoso, J.M.M. (2017). As condições de trabalho e as repercussões sobre a saúde mental dos profissionais do SAMU. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 18(1), 93-96.
- Carvalho, M.P.M., & Dias, M.L.B.R.V. (2012). Saúde mental e desenvolvimento pessoal positivo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4, 135-144.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing *coping* strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Feliz, D.B., Machado, D.Q., & Sousa, E.F. (2017). Análise dos níveis de estresse no ambiente hospitalar: um estudo com profissionais da área de enfermagem. *Revista de Carreiras Pessoais*, 7(2), 530-543.

- Fernandes, C., & Pereira, A. (2016). Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 50(24). doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006129
- Ferreira, C.A.A., Neto, M.T.R., Kilimnik, Z.M., & Santos, A.S. (2016). O contexto do estresse ocupacional dos trabalhadores da saúde: estudo bibliométrico. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 5(2), 84-99.
- Ferreira, M., Cortez, E., Silva, J., & Ferreira, M.J. (2016). Avaliação da saúde mental positiva de discentes de enfermagem [Número especial 4]. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 57-62. doi: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0142>
- Fonte, C.A.M., Ferreira, C.M.F., & Alves, S.A.P. (2017). Estudo da saúde mental positiva em jovens adultos: relações entre psicopatologia e bem-estar [Número especial 2]. *PSIQUE*, 57-74. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a14.pdf>
- Furlin, M., Santos, A.S.A., Rosa, L.G.F., Lazzari, A., Machado, V.S., Schaeffer, K.H.M., Dalolli, C.T. (2016). Estresse em profissionais de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. *Conversas Interdisciplinares*, 1, 1-13. doi: <https://doi.org/10.21115/cinter.v1i1.3960>
- Guerra, A., Silva, A., Sousa, C., Ferreira, L., Carvalho, H., & Silva, S. (2017). A componente mental: um aspeto positivo da qualidade de vida de uma população. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 5, 75-80.
- Leite, R., & Carvalho, J.C. (2018). Saúde mental positiva: conceção de um programa para docentes do ensino básico. *Revista Pró-UniverSUS*, 9(1), 12-16. Recuperado de <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1229>

- Lluch-Canut, T., Puig-Llobet, M., Sánchez-Ortega, A., Roldán-Merino, J., & Ferré-Grau, C. (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*(28). doi: 10.1186/1471-2458-13-928
- Macêdo, A.T.S., Sousa, M.T.D., Gomes, R.L.M., Rolim, M.A.B., Bastos, J.E.P., Dantas, R.S.A., ... Leite, E.S. (2018). Estress laboral em profissionais de saúde na ambiência da unidade de Terapia Intensiva. *Id on Line*, *12* (42), 524-547. doi: <https://doi.org/10.14295/idonline.v>
- Melo, L.P., Carlotto, M.S., Rodriguez, S.Y.S., & Diehl, L. (2016). Estratégias de enfrentamento (*coping*) em trabalhadores: revisão sistemática da literatura nacional. *Arquivos Brasileiros de Psicologia: Rio de Janeiro*, *68*, 125-144.
- Monte, K., Fonte, C., & Alves, S. (2015). Saúde mental numa população não clínica de jovens adultos: da psicopatologia ao bem-estar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 83-87.
- Moreno, F.N., Gil, G.P., Haddad, M.C.L., & Vannuchi, M.T.O. (2011). Estratégias e intervenções no enfrentamento da Síndrome de Burnout. *Revista Enfermagem*, *19*(1), 140-145.
- Moreno, J.A.P., Bragagnollo, G.R., & Santos, M.T.S. (2018). Estratégias de enfrentamento: uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Revista Cuidarte*, *9*(2), 2257-2268.
- Morón, D.A. (2018). Mindfulness, psicologia positiva e inteligência emocional. In M.A. Santed, & S. Segovia (Coords.), *Psicologia positiva e inteligência emocional*(pp. 185-205). Madrid: Paraninfo Universidad.

- Nunes, A.M. (2018). A recuperação do serviço nacional de saúde português: novas perspectivas para a política de saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 7(1), 16-28.
- Oliveira, K.S., Nakano, T.C., & Wechsler, S.M. (2016). Criatividade e saúde mental: uma revisão da produção científica na última década. *Criatividade e Saúde Mental*, 24(4), 1493-1506.
- Paludo, S.S., & Koller, S.H. (2007). Psicologia positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17(36), 9-20.
- Pereira, T.B., & Branco, V.L.R. (2016). As estratégias de *coping* na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(1), 24-31.
- Ribeiro, A.C., Rocha, R.P.S., & Rocha, R.A.S. (2018). Fatores de estresse ocupacional na equipe de enfermagem: uma revisão integrativa. *Connection Line*, 19, 98-105.
- Ribeiro, A.C.A., Mattos, B.M., Antonelli, C.S., Canêo, L.C., & Júnior, E.G. (2011). Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. *Psicologia em estudo*, 16(4), 623-633.
- Rodriguez, S.Y.S., Otto, M.S., & Barcinski, M. (2015). Estratégias de enfrentamento utilizadas por psicólogos: uma análise de gênero. *Salud & Sociedad*, 6, 110-119.
- Santos, J.L.G., Vierira, M., Assuiti, L.F.C., Gomes, D., Meirelles, B.H.S. & Santos, S.M.A. (2012). Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33(2), 205-212.
- Santos, N.A.R., Gomes, V.S., Rodrigues, C.M.A., Santos, J., & Passos, J.P. (2016). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros em cuidados paliativos oncológicos: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 21, 01-08.

- Silva, M.C.M., & Gomes, A.R.S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia, 14*(3), 239-248.
- Silveira, M.M., Stumm, E.M.F., & Kirchner, R.M. (2009). Estressores e *coping* : enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 11*(4), 894-903.
- Souza, M.S., & Baptista, M.N. (2008). Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicologia Argumento, 26*(54), 207-215.
- Ueno, L.G.S., Bobroff, M.C.C., Martins, J.T., Machado, R.C.B.R., Linares, P.G., & Gaspar, S.G. (2017). Estresse ocupacional: estressores referidos pela equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem, 11* (4), 1632-8. doi: 10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201710
- Vázquez-Colunga, J.C., Pando-Moreno, M., Colunga-Rodríguez, C., Preciado-Serrano, M.L., Orozco-Solís, M.G., Ángel-González, M., Vázquez-Juárez, C.L. (2017). Saúde mental positiva ocupacional: proposta de modelo teórico para abordagem positiva da saúde mental no trabalho. *Revista Saúde e Sociedade, 26*(2), 584-595. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017169061>

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Autorização para a utilização do questionário de Saúde Mental Positiva

Apêndice B - Autorização para a utilização da escala de Brief Cope

APÊNDICE A

Autorização para a utilização do questionário de Saúde Mental Positiva



sáb, 19/01/2019 02:16

Você



2 anexos (54 KB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive

Sandra Estevão

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

Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na íntegra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação e não podem ser utilizado 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,



Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coordenador do Grupo de Investigação - NuriD: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – cintesis - center for health technology and services research - FMUP

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental



APÊNDICE B

Autorização para a utilização da escala de Brief Cope



[Redacted]
qui, 17/01/2019 09:19

Você

Cara colega

Autorizo o uso da Escala de Coping Resiliente que estudámos para uso com a população portuguesa.

Cordialmente



ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Questionários utilizados na investigação

ANEXO A

Questionários utilizados na investigação

Saúde Mental Positiva e Estratégias de Coping em Profissionais de Saúde

Eu, Sandra Isabel Estevão, aluna do 2ºano de Mestrado em Psicologia Clínica, pela Universidade Lusíada de Lisboa, encontro-me a realizar a dissertação, com a finalidade da obtenção do grau de mestre, sob orientação da Professora Doutora Túlia Cabrita. Para tal, preciso da sua ajuda.

Se é considerado profissional de saúde e exerce a sua actividade laboral na área, peço o favor de preencher o questionário abaixo, com o objectivo de me ajudar na investigação.

Todos os dados são de cariz confidencial e utilizados apenas para fins académicos.

Não existem respostas consideradas certas, nem erradas, pois a sua percepção sobre o tema é o que é pertinente neste estudo.

Para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos, pode contactar-me para o seguinte e-mail:

sandraestevao@hotmail.com

*Obrigatório

1. Idade *

2. Género *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

3. Estado Civil *

Marcar apenas uma oval.

Solteiro(a)

Casado(a) ou em regime de união de facto

Separado(a) de facto ou divorciado(a)

Viúvo(a)

4. Nacionalidade *

5. Habilitações Literárias *

6. Número de filhos *

7. Idade(s) do(s) filho(s)

8. Profissão *

23/07/2019

Saúde Mental Positiva e Estratégias de Coping em Profissionais de Saúde

9. Indique o número de anos em que é profissional nesta área *

10. Qual o tipo de instituição em que trabalha *

Marcar apenas uma oval.

- Hospital
 Centro de Saúde
 Clínica Privada
 Outra

11. Se seleccionou "outra". De que tipo?

Questionário de Saúde Mental Positiva (Sequeira et al.; 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 forma mais sincera possível e de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, seleccionando, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta: "Sempre ou quase sempre", "Na maioria das vezes", "Algumas vezes" ou "Raramente ou nunca".

23/07/2019

Saúde Mental Positiva e Estratégias de Coping em Profissionais de Saúde

12. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sempre ou quase sempre	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente ou nunca
Para mim, é difícil aceitar os outros quando tem atitudes diferentes das minhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os problemas bloqueiam-me facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de mim como sou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me capaz de explodir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mim a vida é aborrecida e monótona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mim é difícil dar apoio emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldade em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vejo o meu futuro com pessimismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de tomar as decisões por mim mesmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo retirar os aspectos positivos das coisas "más" que me acontecem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo melhorar como pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero-me um (a) bom/boa conselheiro (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me que as pessoas me critiquem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero-me uma pessoa sociável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://docs.google.com/forms/d/1m039WthHC0DQ6TfcsJWJDKpBdQF5kNt0dwLKpK9IXT4/edit>

3/7

23/07/2019

Saúde Mental Positiva e Estratégias de Coping em Profissionais de Saúde

	Sempre ou quase sempre	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente ou nunca
Sou capaz de manter um bom auto-controlo nas situações de conflito que surgem na minha vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso que sou uma pessoa digna de confiança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso nas necessidades dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perante um problema sou capaz de solicitar informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso que sou um (a) inútil e que não sirvo para nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de dizer não quando o quero dizer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de ajudar os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me insatisfeito (a) comigo mesmo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me insatisfeito (a) com o meu aspecto físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BRIEF-COPE (Pais Ribeiro, J., & Rodrigues, A.; 2004)

Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como lida com o stress/situações stressantes na sua vida profissional, diariamente. Deste modo, é evidente que existem diversas formas de lidar com essas situações. Sabendo de antemão, que diferentes pessoas lidam com as situações de modo diferente, temos interesse no modo como você lida com as mesmas. Como tal, cada item expressa

<https://docs.google.com/forms/d/1m039WthHC0DQ6TfcsJWJDKpBdQF5kNt0dwLKpK9IXT4/edit>

4/7

23/07/2019

Saúde Mental Positiva e Estratégias de Coping em Profissionais de Saúde

um modo particular de lidar com os acontecimentos.

Gostaríamos de saber em que extensão faz aquilo que o item diz, quanto ou com que frequência. Não responda com base no que lhe parece ter sido mais eficaz na altura, mas sim se adopta ou não a estratégia referida em cada item para lidar com as situações difíceis no seu trabalho. Responda, com o máximo de verdade, utilizando as alternativas de resposta apresentadas.

<https://docs.google.com/forms/d/1m039WthHC0DQ6TfcsJWJDKpBdQF5kNt0dwLKpK9IXT4/edit>

5/7

23/07/2019

Saúde Mental Positiva e Estratégias de Coping em Profissionais de Saúde

13. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca faço isto	Faço isto por vezes	Em média é isto que faço	Faço sempre isto
Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dito para mim próprio (a): "isto não é verdade"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc...) para me sentir melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simplesmente desisto de tentar lidar com a situação problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fico aborrecido (a) e expresso o meu sentimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faço críticas a mim próprio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo o conforto e compreensão de alguém	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desisto de me esforçar para lidar com a situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfrento a situação levando-a para a brincadeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como, ir ao cinema, ver TV, ler ou ir às compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://docs.google.com/forms/d/1m039WthHC0DQ6TfcsJWJDKpBdQF5kNt0dwLKpK9IXT4/edit>

6/7

23/07/2019

Saúde Mental Positiva e Estratégias de Coping em Profissionais de Saúde

	Nunca faço isto	Faço isto por vezes	Em média é isto que faço	Faço sempre isto
Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tento aprender a viver com a situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Culpo-me pelo que está a acontecer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rezo ou medito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfrento a situação com sentido de humor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Obrigada pela sua participação, será fundamental no meu estudo!

Sandra Isabel Estevão
sandraestevao@hotmail.com

Powered by
 Google Forms

<https://docs.google.com/forms/d/1m039WthHC0DQ6TfcsJWJDKpBdQF5kNt0dwLKpK9IXT4/edit>

7/7