



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL  
DOUTORADO**

**ALINE RAQUEL DE SOUSA IBIAPINA**

**INTERVENÇÃO EM PACIENTES COM SINTOMAS DE ANSIEDADE: técnica de  
relaxamento muscular de Jacobson**

**TERESINA  
2020**

**ALINE RAQUEL DE SOUSA IBIAPINA**

**INTERVENÇÃO EM PACIENTES COM SINTOMAS DE ANSIEDADE: técnica de  
relaxamento muscular de Jacobson**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro  
Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro  
Linha de Pesquisa: Políticas e práticas socioeducativas em Enfermagem

**TERESINA  
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA  
Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco  
Divisão de Processos Técnicos

I12i Ibiapina, Aline Raquel de Sousa  
Intervenção em pacientes com sintomas de ansiedade: técnica de relaxamento muscular de Jacobson / Aline Raquel de Sousa Ibiapina – 2020.  
97 f.  
Tese ( Doutorado em Enfermagem ) - Universidade Federal do Piauí ,Centro da Saúde, Teresina, 2020.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. “ Claudete Ferreira de Souza Monteiro “

1. Saúde Mental. 2. Ansiedade. I. Título.

CDD 614.58

**ALINE RAQUEL DE SOUSA IBIAPINA**

**INTERVENÇÃO EM PACIENTES COM SINTOMAS DE ANSIEDADE: técnica de relaxamento muscular de Jacobson**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em: Teresina, 13 de fevereiro de 2020.

Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro – Presidente  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Angélica Martins de Souza Gonçalves – 1ª Examinadora  
Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR

Prof. Dr. Antônio Germane Alves Pinto – 2º Examinador  
Universidade Regional do Cariri-URCA/CE

Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – 3ª Examinador  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes – 4ª Examinadora  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes – Suplente  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo – Suplente  
Universidade Federal do Piauí – UFPI

A minha família, especialmente a meu esposo  
Alberto.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, meu Senhor e Salvador, pela presença constante em minha vida, por me dar força interior nos momentos mais difíceis, para superar as dificuldades e nunca desistir, e por tornar possível a concretização de mais um sonho.

A Universidade Federal do Piauí (UFPI), na pessoa do Magnífico Reitor Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes, pela oportunidade de aprender e me qualificar profissionalmente, por meio de meu ingresso no Programa de Pós-Graduação *stricto sensu*, sobretudo, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Doutorado.

A minha orientadora, a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudete Ferreira de Souza Monteiro, por acreditar em mim, que com toda sua paciência, conhecimento e disponibilidade conduziu este trabalho de forma tranquila.

Aos professores examinadores: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Angélica Martins de Souza Gonçalves, Prof. Dr. Antônio Germane Alves Pinto, Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Astrês Fernandes, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes e a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Telma Maria Evangelista de Araújo, pelas contribuições e discussões na construção desta pesquisa.

À Prof. Dra. Maria Eliete Batista Moura, pela competência e dedicação à frente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

Aos demais professores desse programa, obrigada pelo empenho, incentivo e dedicação nos seus modos de transmitir o ensino e, sobretudo, por me fazerem entender e compreender à docência.

Aos membros do Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM), da Universidade Federal do Piauí, que contribuíram no processo de coleta de dados, em especial a Ana Paula, Luana e Vanessa pela contribuição primordial no acompanhamento das intervenções.

Aos pacientes da Estratégia Saúde da Família, matriciadas por Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Teresina -PI, que tiveram a disponibilidade, a grandeza e a coragem de participar desta pesquisa, em especial, aos que participaram das intervenções. A todos minha eterna gratidão e respeito.

Ao meu amado esposo Alberto Ibiapina, que não mediu esforços para que eu pudesse concretizar esta difícil jornada, sempre esteve do meu lado me auxiliando, ouvindo e incentivando, a superar todos os desafios e momentos mais terríveis que vivi durante o curso,

enfim, é uma pessoa exemplar que me deu forças e carinho em cada instante que precisei, além de ser o melhor estatístico do universo!

A toda minha família, a qual amo muito!!! Em especial a minha mãe Maria Aparecida de Sousa por não medir esforços para me educar na vida.

Aos meus colegas do doutorado, pelo convívio agradável durante esta árdua caminhada, em especial a Lorena Uchoa, que em meio as atividades de aula, trabalhos e grupo de pesquisa, se tornou para mim uma grande amiga, obrigada pela amizade, pelas palavras de incentivo e carinho, você é muito especial!!!

A todos os meus amigos da Igreja. Enfim, a todos aqueles que torceram por mim e que de alguma forma contribuíram para minha formação pessoal e profissional.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Sintomas de ansiedade causam ruptura no funcionamento normal das atividades desenvolvidas pelos indivíduos. As técnicas de intervenção visam prevenir doenças e promover a saúde. Entre elas, destaca-se a terapia de relaxamento muscular progressivo de Jacobson. **OBJETIVO:** Avaliar a aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson na população adulta com sintomas de ansiedade assistidas na Atenção Primária à Saúde do município de Teresina-Piauí. **MATERIAL E MÉTODO:** Ensaio clínico não randomizado (quase experimental), desenvolvido com 391 usuários com sintomas de ansiedade (mínimo, leve, moderado e grave). Foram aplicados os instrumentos: Inventário de Ansiedade de Beck e questionário para dados sociodemográficos, condições de saúde e hábitos de vida. 108 participantes apresentaram sintomas leves e moderados e foram convidados para compor o grupo experimental (37,9%) e grupo controle (62,1%). Os dados foram coletados de março a agosto de 2019. No grupo experimental aplicou-se a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson e no grupo controle foram realizadas palestras. Em ambos os grupos o Inventário de Ansiedade de Beck foi aplicado em dois momentos (pré-teste/pós-teste). Para análise estatística, utilizou-se o software SPSS versão 22.0 e estatísticas descritivas (medidas de tendência central) e inferenciais (Teste *Quadrado de Pearson*, *Exato de Fisher*, *Mann-Whitney* e *Wilcoxon*). **RESULTADOS:** A prevalência de sintomas de ansiedade foi observada em toda a amostra (391), sendo 68,1% nível mínimo, 18,4% leve, 9,2% moderado e 4,3% grave. Dos 108 participantes dos grupos (experimental e controle) a predominância foi do sexo feminino (83,3%), faixa etária de 20|-39 anos, casadas (50,0%), com filhos (81,5%), cor parda (48,1%), média de 10 anos de estudo, renda mensal de até 2 salários mínimos (83,3%), sem emprego formal (60,2%), e religião (88%). Quanto às condições de saúde e hábitos de vida, frequentam os serviços de saúde uma vez ao mês (39,8%), presença de hipertensão (44,2%) e diabetes mellitus (14,0%), eventos estressores recentes (66,7%), problemas com sono (62%), consumo de substâncias ilícitas e/ou lícitas (26,9%), tratamento psiquiátrico (27,8%), tratamento alternativo (6,5%), prática de atividade física (40,7%) e histórico de violência (32,4%). No primeiro momento os grupos apresentaram homogeneidade em relação as características ( $p= 0,707$ ) e aos escores dos níveis de ansiedade ( $p$ -valor: 0,463). No segundo momento mostraram heterogeneidade e independência relacionado as características ( $p= 0,001$ ) e aos escores ( $p= 0,001$ ). A aplicação do teste *Wilcoxon* mostrou que com a aplicação da técnica houve melhoria dos sintomas ansiosos do grupo experimental ( $p= 0,001$ ), com maior efetividade nos participantes com sintomas leves ( $p= 0,010$ ), sexo feminino, adulto jovem, histórico de situação estressora recente e problemas com sono ( $p<0,001$ ). **CONCLUSÃO:** A técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson se mostrou efetiva em relação à melhoria dos sintomas ansiosos quando aplicada a pessoas com sintoma de ansiedade leve e moderada. Recomenda-se a adoção dessa estratégia interventiva como medida de prevenção e promoção da saúde em usuários com sintomas de ansiedade leve e moderado.

**Descritores:** Saúde Mental. Estratégia Saúde da Família. Ansiedade. Enfermagem. Terapia de Relaxamento.



## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Anxiety symptoms cause failure in activities' normal operation developed by the individuals. Techniques of intervention aim to avoid diseases and promote health. Among the techniques, Jacobson's progressive muscle relaxation therapy stands out. **OBJECTIVE:** Evaluate the application of Jacobson's progressive muscle relaxation therapy in the adult population with anxiety symptoms assisted in Primary Health Care in the municipality of Teresina-Piauí. **MATERIAL AND METHODS:** Non-randomized clinical trial (quasi-experimental), developed with 391 users with symptoms of anxiety (minimal, mild, moderate and severe). The following instruments were applied: Beck's Anxiety Inventory and questionnaire for sociodemographic data, health conditions and lifestyle habits. 108 participants had mild and moderate symptoms and were invited to be part of the experimental group (37.9%) and control group (62.1%). Data were collected from March to August 2019. Jacobson's progressive muscle relaxation technique was applied in the experimental group and lectures were held in the control group. In both groups, the Beck Anxiety Inventory was applied in two stages (pre-test / post-test). For statistical analysis, SPSS software version 22.0 and descriptive statistics (measures of central tendency) and inferential statistics (Pearson's Square Test, Fisher's Exact Test, Mann-Whitney and Wilcoxon) were used. **RESULTS:** Prevalence of anxiety symptoms were noted in the entire sample (391), with 68,1% in minimum level, 18,4% mild, 9,2% moderate and 4,3% severe. Among the 108 participants of both groups (experimental and control), the prevalence was in the female sex (83,3%), age rate from 20 to 39 years, married (50,0%), with children (81,5%), brownish color (48,1%), average of 10 years in school, monthly income of up two minimum wages (83,3%), without formal employment (60,2%) and religion (88%). In relation to health and lifestyle habits, attended health services once a month (39,8%), presence of hypertension (44,2%) and diabetes mellitus (14,0%), recent stressful events (66,7%), problems with sleep (62%), consumption of illicit and/or licit substances (26,9%), psychiatric treatment (27,8%), alternative treatment (6,5%), practice of physical activity (40,7%) and history of violence (32,4%). Firstly, the groups showed homogeneity in relation to the characteristics ( $p=0,707$ ) and scores of anxiety level ( $p$ -value: 0,463). Then, the groups showed heterogeneity and independence related to the characteristics ( $p=0,001$ ) and scores ( $p=0,001$ ). The application of Wilcoxon test showed improvement in the anxiety symptoms of the experimental group ( $p=0,001$ ), with greater effectiveness in the participants with mild level ( $p=0,010$ ), female sex, young adult, history of recent stressful event and problems with sleep ( $p<0,001$ ). **CONCLUSION:** Jacobson's progressive muscle relaxation technique showed efficacy in relation to the improvement of anxiety symptoms when applied to people with mild and moderate level. Furthermore, it is recommended the adoption of this interventional strategy as prevention measure and health promotion in users with mild and moderate anxiety symptoms.

**Descriptors:** Mental Health. Family Health Strategy

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los síntomas de ansiedad causan interrupción en el funcionamiento normal de las actividades realizadas por los individuos. Las técnicas de intervención tienen como objetivo prevenir enfermedades y promover la salud. Entre ellos, destaca la terapia de relajación muscular progresiva de Jacobson. **OBJETIVO:** Evaluar la aplicación de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson en la población adulta con síntomas de ansiedad asistida en Atención Primaria de Salud en la ciudad de Teresina-Piauí. **MATERIAL Y MÉTODO:** Ensayo clínico no aleatorio (cuasi-experimental), desarrollado con 391 usuarios con síntomas de ansiedad (mínimo, leve, moderado y severo). Se aplicaron los siguientes instrumentos: Inventario de ansiedad de Beck y cuestionario para datos sociodemográficos, condiciones de salud y hábitos de estilo de vida. 108 participantes tenían síntomas leves y moderados y fueron invitados a formar parte del grupo experimental (37,9%) y el grupo control (62,1%). Los datos se recopilaron de marzo a agosto de 2019. La técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson se aplicó en el grupo experimental y las conferencias se llevaron a cabo en el grupo de control. En ambos grupos, el Inventario de ansiedad de Beck se aplicó en dos etapas (pretest / posttest). Para el análisis estadístico, se utilizó el software SPSS versión 22.0 y estadísticas descriptivas (medidas de tendencia central) y estadísticas inferenciales (Prueba de Pearson Square, Prueba exacta de Fisher, Mann-Whitney y Wilcoxon). **RESULTADOS:** La prevalencia de síntomas de ansiedad se observó en toda la muestra (391), con un nivel mínimo de 68.1%, 18.4% leve, 9.2% moderado y 4.3% severo. De los 108 participantes en los grupos (experimental y control), el predominio era femenino (83.3%), de 20 | - | 39 años, casado (50.0%), con hijos (81.5%), color marrón (48.1%), promedio de 10 años de estudio, ingreso mensual de hasta 2 salarios mínimos (83.3%), sin empleo formal (60.2%) y religión (88%). En cuanto a las condiciones de salud y los hábitos de vida, asisten a los servicios de salud una vez al mes (39.8%), presencia de hipertensión (44.2%) y diabetes mellitus (14.0%), eventos estresantes recientes (66) , 7%), problemas con el sueño (62%), consumo de sustancias ilícitas y / o lícitas (26.9%), tratamiento psiquiátrico (27.8%), tratamiento alternativo (6.5%), actividad física (40,7%) e historia de violencia (32,4%). En el primer momento, los grupos mostraron homogeneidad en relación con las características ( $p = 0,707$ ) y con las puntuaciones de los niveles de ansiedad (valor de  $p$ : 0,463). En el segundo momento, mostraron heterogeneidad e independencia relacionadas con las características ( $p = 0.001$ ) y los puntajes ( $p = 0.001$ ). La aplicación de la prueba de Wilcoxon mostró que con la aplicación de la técnica hubo una mejora en los síntomas de ansiedad del grupo experimental ( $p = 0.001$ ), con mayor efectividad en participantes con síntomas leves ( $p = 0.010$ ), mujeres, adultos jóvenes, antecedentes de situaciones estresantes. y problemas de sueño ( $p < 0.001$ ). **CONCLUSIÓN:** La técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson fue efectiva para mejorar los síntomas de ansiedad cuando se aplicó a personas con síntomas de ansiedad leve y moderada. Se recomienda adoptar esta estrategia de intervención como medida de prevención y promoción de la salud en usuarios con síntomas de ansiedad leve y moderada.

**Descriptor:** Salud Mental. Estrategia de salud familiar. Ansiedad Enfermería Terapia de Relajación.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Marcos históricos e conquistas da integração da saúde mental no Brasil de 1970-2011. 26
- Figura 2:** Mapa geográfico da localização de Teresina no Piauí e no Brasil. Teresina, 2020. 41
- Figura 3:** Fluxograma da operacionalização das etapas da intervenção. 49
- Figura 4:** Fluxograma da distribuição dos participantes na composição dos grupos experimental e grupo controle. Teresina-PI, 2020. 50
- Figura 5:** Níveis de sintomas de ansiedade entre usuários selecionados para comporem os grupos controle e experimental na pré-intervenção. Teresina-PI, 2020. (n=108) 58
- Figura 6:** Níveis de sintomas de ansiedade entre usuários selecionados para comporem os grupos controle e experimental na pós-intervenção. Teresina-PI, 2020. (n=67) 59
- Figura 7:** Verificação de sintomas de ansiedade dos grupos de intervenção no pré e pós-intervenção. Teresina-PI, 2020. 60

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1:** Identificação das características sintomáticas dos diferentes tipos de transtorno de ansiedade. 35

**Quadro 2:** Descrição das sessões, grupos musculares e exercícios no relaxamento muscular. 39

**Quadro 3:** Distribuição das Equipes de Saúde da Família do município de Teresina e sua respectiva população adulta cadastrada na ESF segundo a territorialização dos NASF. Teresina, 2020. 43

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1:** Prevalência de sintomas de ansiedade segundo seus níveis. Teresina-PI, 2020. (n=391). 53

**Gráfico 2:** Sintomas de ansiedade segundo sexo. Teresina-PI, 2020. (n=391) 53

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Síntese dos resultados obtidos mediante a seleção dos usuários pré e pós-intervenção do estudo. Teresina-PI, 2020. 49
- Tabela 2:** Caracterização sociodemográfica dos usuários selecionados para comporem os grupos de intervenção. Teresina-PI, 2020. (n=391) 54
- Tabela 3:** Caracterização dos usuários selecionados para comporem os grupos de intervenção segundo dados relacionados a condição de saúde e hábitos de vida. Teresina-PI, 2020. 55
- Tabela 4:** Sintomas de ansiedade dos grupos experimental e controle, nos momentos pré e pós-intervenção. Teresina-PI, 2020. 57
- Tabela 5:** Sintomas de ansiedade leve e moderado entre os grupos de intervenção nos momentos pré e pós. Teresina-PI, 2020. 61
- Tabela 6:** Comparação dos grupos de intervenção nos momentos pré e pós segundo o sexo. Teresina-PI, 2020. 62
- Tabela 7:** Comparação dos grupos de intervenção nos momentos pré e pós segundo faixa etária. Teresina-PI, 2020. 63
- Tabela 8:** Comparação dos grupos de intervenção nos momentos pré e pós segundo eventos estressores recentes Teresina-PI, 2020. 64
- Tabela 9:** Comparação dos grupos de intervenção nos momentos pré e pós segundo problemas com sono. Teresina-PI, 2020. 65

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AB** - Atenção Básica

**ABRASME** - Associação Brasileira de Saúde Mental

**BAI** - Inventário de Ansiedade de Beck

**CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial

**CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa

**CIT** - Comissão Intergestores Tripartite

**CID-10** - Classificação Internacional de Doenças

**CONASS** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**CONASEMS** - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

**CTT** - Centro de Terapia Cognitiva

**DSM-V** - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

**ECT** - Eletroconvulsoterapia

**eSF** - Estratégia Saúde da Família

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IFB** - Instituto Franco Basaglia

**FMS** - Fundação Municipal de Saúde

**GEEVSM** - Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental

**MS** - Ministério da Saúde

**NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde

**PNSM** - Política Nacional de Saúde Mental

**RAPS** - Rede de Atenção Psicossocial

**RJ** - Rio de Janeiro

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**SPSS** - Software Statistical Package for the Social Science

**SRT** - Serviço Residencial Terapêutico

**TCC** - Terapia Cognitivo-Comportamental

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**UFPI** - Universidade Federal do Piauí

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
1.1 Contextualização do problema	16
1.2 Hipótese	21
1.3 Objetivos	21
1.3.1 Geral	21
1.3.2 Específicos	19
1.4 Justificativa e relevância do estudo	21
<b>2 REFERENCIAL TEMÁTICO E CONCEITUAL</b>	<b>24</b>
2.1 Marco histórico e conquistas da integração da saúde mental na AB	24
2.2 Atenção às pessoas com sintomas de ansiedade	32
2.3 Terapias grupais com a Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson	36
<b>3 MATERIAL E MÉTODO</b>	<b>41</b>
3.1 Tipo de estudo	41
3.2 Local do estudo	41
3.3 População e amostra estudo	42
3.4 Critérios de inclusão e exclusão	43
3.5 Instrumentos	44
3.5.1 Inventário de Ansiedade de Beck	44
3.6 Variáveis do estudo	45
3.7 Procedimento para coleta de dados	46
3.8 Análise dos dados	50
3.9 Aspectos éticos e legais	51
<b>4 RESULTADOS</b>	<b>52</b>
4.1 Análise Descritiva	52
4.1.1 Prevalência dos sintomas de ansiedade	52
4.1.2 Caracterização sociodemográfica	54
4.1.3 Levantamento das condições de saúde e hábitos de vida	55
4.2 Análise Bivariada	57
4.2.1 Comparação dos níveis de sintomas de ansiedade entre os grupos controle e experimental pré e pós-intervenção	57
4.2.2 Análise da aplicação da técnica de relaxamento muscular de Jacobson na melhoria dos sintomas de ansiedade nos grupos controle e experimental nos momentos pré e pós-intervenção	58
4.2.3 Verificação de diferenças na melhoria de sintomas de ansiedade entre os grupos controle e experimental pré e após intervenção, segundo sexo, faixa etária, evento estressor e problemas com sono	60
<b>5 DISCUSSÃO</b>	<b>66</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>85</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>91</b>



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização do problema

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, nas últimas décadas, tem contribuído com avanços importantes no processo de transformação e reformulação da atenção em saúde no país. O tratamento asilar, segregacionista e excludente não garantia uma assistência humanizada às pessoas em sofrimento psíquico. A nova abordagem de tratamento, pautado na territorialização, coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) traz a abordagem comunitária/familiar, como primeiro nível de atendimento à saúde mental, integrando a atenção básica, especificamente as unidades de Estratégia Saúde da Família com seus usuários (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

O Sistema Único de Saúde propõe em suas diretrizes a implantação de uma Rede de serviços que contemple uma assistência integral em todos os níveis de atendimento, desde as mais simples às mais complexas. A articulação e incorporação de ações de saúde mental na atenção básica têm contribuído para fortalecer maior autonomia, integração e participação social das pessoas com sofrimento psíquico (PEREIRA; REINALDO; ANDRADE, 2015). Estas, por sua vez, devem receber atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para assistência das pessoas em sofrimento psíquico, além das necessidades decorrentes do alcoolismo e outras drogas (BRASIL, 2011a).

Nessa perspectiva, tem sido pertinente a atualização contínua de políticas públicas com o escopo de garantir uma rede de assistência mais eficiente, humana e segura as pessoas em sofrimento psíquico. Diante dessa necessidade, os gestores do SUS, compostos pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Ministério da Saúde (MS), representantes dos Estados (CONASS), dos Municípios (CONASEMS) e cerca de 70 entidades, conhecedoras da realidade da saúde mental no país, se reuniram no dia 21 de dezembro de 2017 e anunciaram atualizações na Política Nacional de Saúde Mental (Res. CIT nº. 32/2017 e Port. nº. 3.588/2017), objetivando o fortalecimento do atendimento mais acessível, eficaz, resolutivo e humanizado as pessoas em sofrimento psíquico, desde os casos menos complexos aos mais graves, e que tenham acesso ao tratamento efetivo em todas as redes do SUS (BRASIL, 2017).

A nova atualização da RAPS passou a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes, de forma a oferecer uma multiplicidade de cuidados, que possam atender as diferentes necessidades dos pacientes e seus familiares. Essa rede passou a ser composta pelos seguintes serviços de atenção: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento adulto e infanto-juvenil; Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental- Unidades Ambulatoriais Especializadas. Todos os serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos (BRASIL, 2017).

Em 2019 foi publicado a nova nota técnica nº 11/2019, trazendo mudanças na PNSM, um dos pontos da nova atualização, é a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), equipamentos voltados à reinserção social dos pacientes e fundamentais para a desinstitucionalização dos que moram em hospitais psiquiátricos, também passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como por exemplo, aqueles que vivem nas ruas e também os que são egressos de unidades prisionais comuns, dentre outros incentivos (BRASIL, 2019).

Nesta perspectiva, percebe-se que a RAPS está sendo expandida e fortalecida, sem prejuízo de nenhum de seus componentes, mantendo a política de assistência comunitária, no território, com intervenções o menos invasivas possíveis e mantendo também as ações de desinstitucionalização (saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos) sem perder a essência de respeito à lei 10.216/01. Além das ações assistenciais, o MS também passa a atuar com maior vigor na esfera da prevenção, pois a atenção equilibrada é essencialmente comunitária, e os hospitais têm um importante papel de retaguarda (BRASIL, 2019).

Destaca-se a atenção básica como um dos serviços de atendimento da RAPS e configura-se como a primeira porta de entrada de todos os usuários do SUS. É na Estratégia Saúde da Família que são firmados a potencialidade, o compromisso e a corresponsabilidade de resolução dos problemas que afetam a saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2017; CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015).

Na Estratégia Saúde da Família (eSF) é possível identificar e intervir nos fatores de risco que a comunidade está exposta, por meio da articulação de diferentes segmentos sociais e institucionais. Esse serviço é regulado como um dos principais dispositivos para a realização de ações intersetoriais e práticas interdisciplinares em saúde mental no território e, assim,

poderá ser vista como a forma mais promissora da consolidação e concretização da saúde mental nos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Para facilitar a articulação de saúde mental na atenção básica, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, composta por uma equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de forma integrada com as equipes de eSF. Contribui na resolutividade de problemas, por meio da interconsulta, visitas domiciliares, discussão de casos, intervenções em grupos, atividades educativas, dentre outras, desde que o NASF não funcione como porta de entrada (BRASIL, 2011b; WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Embora, compreendendo a importância das ações multiprofissionais do NASF no âmbito da Atenção Básica dos municípios, a Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS/MS) publicou uma nota técnica nº 3/2020, sobre a revogação do custeio do NASF. A revogação da referida normativa impacta negativamente no credenciamento de novas equipes do NASF na AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter total autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, podendo estar vinculada uma eSF ou não. Nesse cenário, diante dessa responsabilidade é importante que os gestores municipais desenvolvam estratégias que favoreçam a articulação de todas as categorias profissionais que atuam na AB (BRASIL, 2020).

Retratando-se dessa técnica nº 3/2020, o Ministério da Saúde revogou o custeio do NASF, e publicou uma nova Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020 reinserindo o NASF na Atenção Primária à Saúde. No entanto, à composição das equipes, carga horária e outras que sejam necessárias ao gerenciamento das Equipes de Saúde de Atenção Primária e de Saúde Mental, passarão a ser realizadas por sistema de gestão e monitoramento sob a responsabilidade da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), e não serão mais realizadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2020a).

No ano de 2013, o MS publicou o Caderno de Atenção Básica (Saúde Mental), com o propósito de partilhar e ampliar o conhecimento acerca do cuidado em saúde mental na atenção básica, por meio da integração de projetos que vise garantir uma melhor resolutividade dessa problemática (BRASIL, 2013).

Entre os agravos mentais que merecem destaque na atenção básica, podem-se mencionar sintomas ansiosos. Esses apresentam nos dias atuais como um grave problema de saúde pública, sendo evidenciado como um dos problemas mentais mais comuns, gerando limitações na vida física, social, econômica e familiar do ser humano (COSTA *et al.*, 2017).

Os sintomas ansiosos apresentados em maior intensidade causam ruptura do funcionamento normal das atividades desenvolvidas pelos indivíduos. Podem ser diagnosticados pelos critérios formais da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatística (DSM-V) de Transtornos Mentais (COUTINHO *et al.*, 2014).

A Organização Mundial de Saúde aponta que o número de pessoas com sintomas de ansiedade tem aumentado em todas as faixas etárias da vida. Estes variam em termos de gravidade (leve, moderado e grave) e duração (de meses para anos), caracterizadas por manifestações de emoções frequentes perante uma situação desencadeante ou precipitante, acarretando sinais de palpitações no peito, tontura, taquicardia, palidez, aumento da perspiração, tensão muscular, tremor, desordens intestinais, dentre outros (WHO, 2017).

A ansiedade ocupa o 6º lugar entre os transtornos comuns da mente, atingindo 264 milhões de pessoas, correspondendo a 3,6% da população mundial. Entre os anos de 2005 e 2015, houve um aumento de 14,9% dos casos identificados, resultante pelo crescimento populacional e aumento da expectativa de vida. Especificamente no Brasil, atingiu 9,3% da população geral, tornando o país recordista nesse tipo de transtorno (WHO, 2017).

Diante das elevadas taxas e estimativas de sintomas ansiosos apresentados, percebe-se a intensidade desses sintomas em termos de dados epidemiológicos globais. Dessa forma, faz-se necessário que haja uma (re) organização dos serviços de saúde, no intuito de adotar e implementar ações interventivas adequadas para prevenção e tratamento desses problemas. Segundo Assis *et al.* (2015) os serviços de saúde necessitam se apropriar e desenvolver intervenções focalizadas nos usuários, bem como, permitindo a intersubjetividade entre profissional e usuário, para que possa garantir uma assistência com qualidade.

No entanto, para rastrear sintomas ansiosos nos serviços de saúde, existem vários instrumentos, dentre eles, destaca-se o Inventário de Ansiedade de Beck –BAI desenvolvido por Beck e seus colegas, em 1988 no Centro de Terapia Cognitiva (CTT), da Universidade de Pennsylvania, na Philadelphia, Estados Unidos. O instrumento avalia os graus de intensidade com escores que variam de leve, moderado a grave, e contribui de forma positiva para o rastreamento de sintomas ansiosos em pessoas acompanhadas pelas equipes de atenção básica, fornecendo subsídios capazes de desenvolver ações de prevenção e intervenções as necessidades específicas da realidade da população (CUNHA, 2001; FINELLI *et al.*, 2015).

A utilização de instrumentos para identificar as necessidades de saúde da comunidade é muito importante, pois, para realizar prevenção, é necessário apoio da equipe multiprofissional e intersetorial, para que a execução de ações interventivas seja efetivada de

modo que contemple todos aspectos clínicos, psicológicos, econômicos, religiosos, socioculturais e familiares (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva, as técnicas de terapias grupais são direcionadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos, por meio de grupos de acolhimento, técnicas psicoterápicas, escuta individual e familiar, terapias de resolução de problemas, dentre outras, com o objetivo de possibilitar maior acesso, vínculo e trocas de experiências (BRASIL, 2011c). Além disso, beneficia na redução de demandas para consultas individuais, promove a participação ativa do indivíduo no processo educativo e envolvimento de toda a equipe com os pacientes (MENEZES; AVELINO, 2016).

Segundo Schu (2014) as terapias grupais são fundamentais para oportunizar uma inter-relação da equipe multiprofissional, principalmente do enfermeiro. Essa atividade facilita a comunicação, permite um cuidado de forma holística, oportuniza a criatividade, estimula as emoções e motiva-o na recuperação da saúde física, mental, emocional e espiritual. Nesse sentido, essas terapias passam a ser consideradas como coadjuvantes na promoção de saúde, através da (re) orientação dos moldes de viver e de (se) cuidar perante as limitações mentais.

Dentre as várias técnicas utilizadas nas terapias grupais para pessoas com sintomas de ansiedade, destaca-se a Técnica de Relaxamento Muscular de Jacobson. Essa técnica proporciona o relaxamento muscular, maior equilíbrio, bem-estar emocional e diminuição da agressividade. Além disso, tem se mostrado como uma intervenção importante no processo integrativo entre corpo e mente (TERRA, 2014).

A Técnica de Relaxamento é utilizada como uma técnica interventiva, representa uma contribuição importante, pois repercute na melhoria da estabilidade do paciente e da sua capacidade funcional. É uma técnica acessível a todos, não invasiva, auxilia no equilíbrio mental e corporal, diminui a angústia e a emotividade (TERRA, 2014).

Intervenções em saúde pública têm sido muito utilizadas nos últimos anos. O MS da Saúde tem incentivado essa prática constante na rotina diária dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, para o enfrentamento do processo saúde-doença, tendo como caráter prioritário a prevenção de adoecimentos. As intervenções têm a finalidade de proporcionar melhores condições de vida, reduzir carga de doenças, sintomas ansiosos, depressivos, baixa autoestima, dentre outras (ANTUNES, 2015).

Considerando ansiedade como problema de saúde pública, intervenções devem ser efetivadas na atenção básica. Nessa direção, a enfermagem precisa desenvolver um cuidado eficaz, e a consulta de enfermagem, por sua vez, configura-se como um instrumento necessário para identificação do problema mental durante o atendimento ao usuário. É importante que

utilize as dimensões do acolhimento, do vínculo, e da resolução dos problemas de saúde, tanto dos usuários quanto dos familiares, sejam de forma ética e social (ASSIS *et al.*, 2015).

Para que a atenção à saúde mental da população adulta com sintomas de ansiedade seja efetiva, faz-se necessário investir em políticas públicas de saúde, por meio da (re) organização dos serviços de saúde e da implementação de estratégias interventivas que contribuam para o alcance da reabilitação psicossocial de forma ativa e saudável.

## **1.2 Hipótese**

- Aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson produz melhorias de sintomas de ansiedade na população adulta assistidas na Atenção Primária à Saúde do município de Teresina-Piauí.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Geral**

- Avaliar a aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson na população adulta com sintomas de ansiedade assistidas na Atenção Básica do município de Teresina-Piauí.

### **1.3.2 Específicos**

- Rastrear sintomas de ansiedade na população adulta assistidas na Atenção Básica.
- Comparar os níveis dos sintomas de ansiedade nos grupos controle e experimental nos momentos pré e pós-intervenção.
- Verificar diferenças dos sintomas de ansiedade entre os grupos controle e experimental pré e pós-intervenção.

## **1.4 Justificativa e relevância do estudo**

Investigar a existência de sintomas de ansiedade na população adulta assistida na atenção básica, especificamente nas unidades de eSF de Teresina-PI, mostra-se importante, por

ter sido evidenciado na literatura que nas últimas décadas esse fenômeno tem crescido de forma preocupante em nosso país, provocando sérios prejuízos na vida da população.

O interesse em realizar este estudo, também, surgiu da aproximação com a temática a partir de minha inserção como discente do curso de mestrado e participante do Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM) da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Quando mestranda, trabalhei a percepção dos profissionais de saúde mental acerca das oficinas terapêuticas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Este estudo me envolveu e me motivou a trabalhar essa problemática, para desenvolver ações interventivas as pessoas com sintomas de ansiedade na atenção básica. Na minha pesquisa foi evidenciado que a inserção dos indivíduos com transtornos psíquicos de gravidade leve e moderado em oficinas dentro do CAPS proporcionou melhorias na saúde mental, e ainda a reinserção desse na sociedade.

O desejo em realizar este estudo também emergiu da oportunidade que tive com essa temática, por meio da participação de eventos locais, regionais, nacionais e internacionais. Durante a prática de docente na atenção básica, especificamente nas eSF, observou-se a inexistência da utilização de instrumentos para rastreamento e de estratégias interventivas para as pessoas com sintomas de ansiedade no município de Teresina-PI. Motivada por esta realidade busquei, no doutorado, pesquisar esta problemática e aprofundar o conhecimento direcionado a estes fenômenos, além de contribuir com a prática da enfermagem na atenção básica.

Em razão da ausência de estratégias interventivas nas eSF especificamente para este público, foi desenvolvida uma intervenção, por meio da Técnica de Relaxamento Muscular para homens e mulheres assistidas nas eSF que apresentaram sintomas de ansiedade de intensidade (leve e moderado).

Essa pesquisa é de grande importância, pois visa contribuir com as práticas interventivas na atenção básica para usuários e profissionais inseridos nos Programas de eSF que se deparam no dia a dia com pessoas que apresentam sintomas de ansiedade.

Esse fenômeno ainda é considerado como desafiador para alguns enfermeiros (as) e demais profissionais que trabalham nestes serviços. Para tanto, faz-se necessário oportunizar a aproximação desses profissionais no que tange ao conhecimento e a utilização de escalas/instrumentos de rastreamento de sintomas de ansiedade.

O conhecimento produzido neste estudo poderá contribuir para aprimorar a atuação dos profissionais da atenção básica, em especial, o profissional enfermeiro, na implementação e desenvolvimento de técnicas interventivas, com vistas à promoção da saúde, prevenção de

doenças, tratamento e reinserção social de pessoas com sofrimento psíquico no ciclo social e familiar. Além dessas contribuições assistenciais, pretende-se, com os achados desta Tese, contribuir com a disseminação dos resultados e estimular novos estudos que contribuam para a produção de conhecimentos sobre a temática, bem como, novas discussões acerca das políticas e práticas socioeducativas para a enfermagem e áreas afins.



## **2 REFERENCIAL TEMÁTICO E CONCEITUAL**

### **2.1 Marcos históricos e conquistas da integração da saúde mental na atenção básica**

Desde os primórdios da formação social humana, os homens buscavam explicações para as manifestações dos transtornos mentais que ocorriam na sociedade. Nas primeiras décadas da idade média, as pessoas alienadas e/ou que causavam conflitos para familiares e comunidades eram enviados para instituições onde ficavam confinados (AMARANTE, 1998).

Entretanto, com a Revolução Francesa, no final da idade moderna, houve grandes e notáveis mudanças sociais na França, passando de uma sociedade regida por ideias autoritárias e soberanas para um regime guiado por contratos sociais. Nesse novo contexto, o médico francês Philippe Pinel (1745-1826), considerado o fundador da psiquiatria, revolucionou o estudo da mente, separando os desajustados dos indivíduos que apresentavam algum transtorno psíquico, que ora estavam confinados em um mesmo espaço. Este marco histórico foi de grande importância para o estudo da saúde mental, pois os indivíduos confinados poderiam ser analisados e classificados com base nos diferentes sintomas e quadros clínicos (AMARANTE, 1998; SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

O Parlamento Francês no ano de 1793 criou a primeira lei regulamentando padrões comportamentais, de como a sociedade deveria conviver com as pessoas que tinham doenças da mente. Este documento configurou-se como uma importante referência legal para a sociedade ocidental e trazia como princípio básico a necessidade do isolamento para o tratamento do paciente (AMARANTE, 1998; SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

O século XIX foi marcado inicialmente por um momento de forte entusiasmo terapêutico, com a criação e expansão de instituições psiquiátricas para o tratamento de indivíduos com transtornos psíquicos. Nos anos seguintes houve um declínio do entusiasmo inicial e o surgimento de uma nova disciplina, a psicanálise, por Sigmund Freud (1856-1939), mostrando conceitos e fundamentos sobre consciência, e derrubando as barreiras existentes entre o normal e a loucura (AMARANTE, 1994).

Amarante ainda afirma que, no século XX, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1865-1926) contrapôs as ideias da psicanálise, criando um sistema de classificação de transtornos mentais, tendo como base aspectos genéticos e biológicos para as principais doenças. Ele também desenvolveu algumas terapias físicas, como: insulino-terapia, eletroconvulsoterapia (ECT), entre outros.

Durante este mesmo período, houve predomínio de pensamentos autoritaristas, que influenciaram as práticas e saberes da psiquiatria. O uso mais extremo desse pensamento foi empregado pelo regime nazista, que usavam os pacientes psiquiátricos como cobaias em seus experimentos por considerá-los indesejáveis e inúteis para a sociedade. Com o final da segunda Guerra Mundial, os pensamentos nazistas foram trocados por pensamentos democráticos que repensavam as práticas executadas em pacientes isolados em hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1994).

As décadas de 1950 a 1960 foram períodos de mudanças, de contestações na área da saúde mental, ocorrendo diversas iniciativas de transformações institucionais da assistência psíquica, alterações que iniciaram em um contexto local e específico, mas divergiram em diferentes realidades. Nesse período, Londres estava em pleno clima de discussão sobre os limites da sanidade e poder da psiquiatria (AMARANTE, 1998).

Na Itália, Franco Basaglia (1924-1980), deparava-se com uma realidade precária de assistencialismo psiquiátrico, bem diferentes das encontradas em outras regiões da Europa. Franco Basaglia foi o principal ator da Reforma Psiquiátrica Italiana. Em sua trajetória de psiquiatra, ao assumir o cargo de diretor do hospital psiquiátrico de Gorizia, iniciou seu exercício profissional desenvolvendo ações de transformação institucional, partindo da implantação de comunidades terapêuticas nos anos 1960, para, um pouco mais à frente, negar totalmente a instituição psiquiátrica (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014).

Franco Basaglia, com o passar dos anos, percebeu que o tratamento humanizado não era suficiente para superar os maus tratos aos internos. Então, iniciou o movimento de transformação radical, no sentido de extinguir o hospital psiquiátrico, seguindo da constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental (AMARANTE, 1998).

Todos esses marcos históricos foram fundamentais para a mudança da realidade assistencial psiquiátrica brasileira a partir dos anos de 1980. O Brasil inicialmente estava mergulhado em um contexto colonial marcado pela definição e pulverização de seu território, em que a figura do louco se destinava a instituições predominantemente religiosas, conhecidas como casa de misericórdia. A vinda da Família Real e a Proclamação da República foram eventos de importância para expansão urbana e a criação dos primeiros cursos superiores, entre os quais o de medicina e a construção do primeiro Hospital Psiquiátrico (Hospício Pedro II) (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014).

No Brasil, durante um longo período, os médicos oriundos das metrópoles, assim como os recém-formados em nosso país começaram a criticar a precariedade da atenção dada às pessoas com transtornos psíquicos que eram cuidadas sobre os princípios da ordem religiosa.

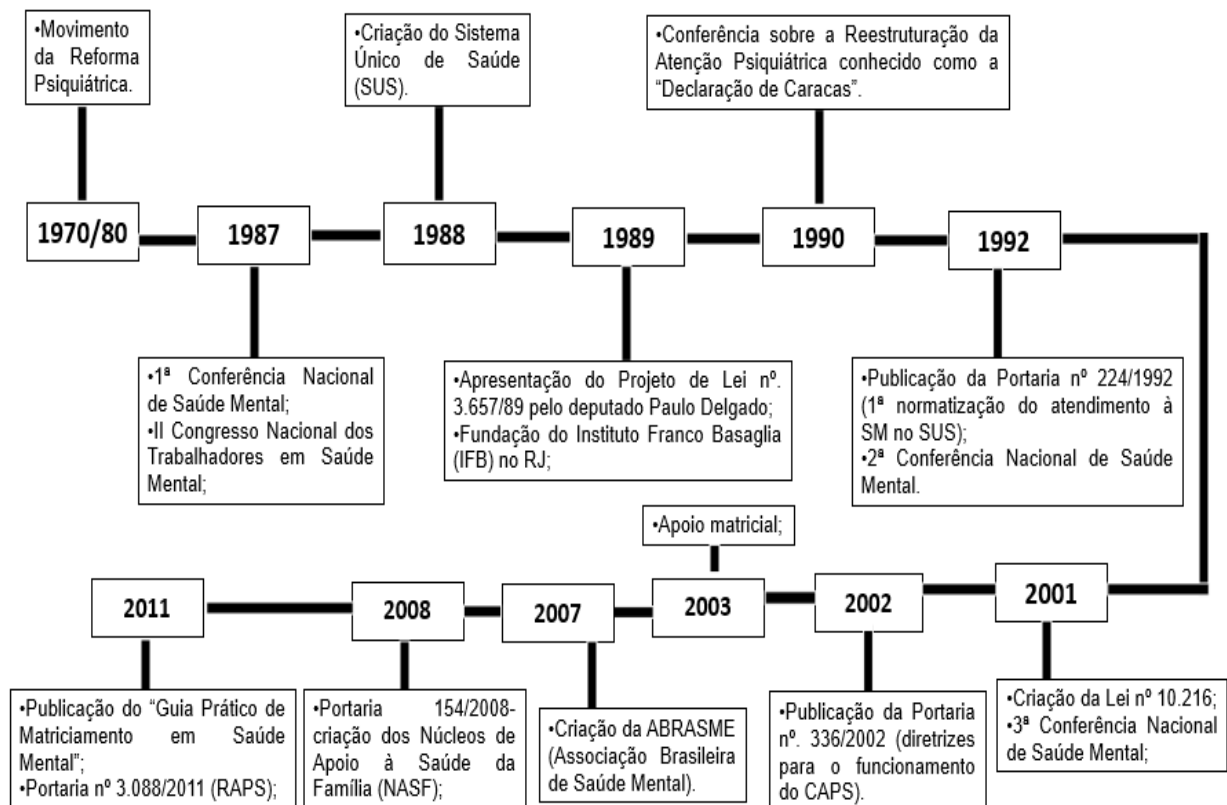
Em 1903 houve a criação da primeira Lei Assistencialista aos doentes mentais, chamados na época de psicopatas, fornecendo a base legal do exercício da medicina mental e as direções sanitárias para o cuidado deste tipo de doentes (JORGE, 2014).

Durante esse período, o médico baiano Juliano Moreira foi uma figura importante da psiquiatria brasileira nesse período, com iniciativas inovadoras denominadas assistência heterofamiliar, uma combinação de terapia laboral e reinserção familiar, que coexistiam com tratamentos moral e terapia física (contenção, duchas frias e punição física) (SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

O modelo de tratamento psiquiátrico dos hospitais brasileiros até o final da década de 1970 foi marcado por tratamentos disciplinares que envolviam repressão física, uso de psicofármacos e abandono familiar, em que só quem recebia assistência eram os assegurados pela previdência social vigente que futuramente entrou em crise financeira devido ao modelo de pagamento dos serviços prestados pelos hospitais conveniados do período (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014).

Nessa perspectiva, observou-se que os marcos históricos e conquistas da integração da saúde mental no Brasil de 1970-2011, foram marcados por conquistas (Figura 1).

**Figura 1:** Marcos históricos e conquistas da integração da saúde mental no Brasil de 1970-2011.



**Fonte:** Pesquisa direta.

Diante das condições hipotéticas dos hospitais psiquiátricos no final da década de 70 e início de 80, foram intensificadas as denúncias de más condutas e superlotação desses hospitais. No ápice das discussões impulsionadas pelo Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, compostos por familiares e doentes mentais, unidos ao Movimento de Luta Antimanicomial, ocorreu o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, cujo alicerce fundamentou-se em um novo olhar, de tratar e cuidar a pessoa com transtorno psíquico, longe das práticas manicomiais, com rumo à desinstitucionalização da pessoa com sofrimento psíquico (ESLABÃO *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2016).

O movimento da Reforma Psiquiátrica mobilizou inúmeros eventos importantes que aconteceram na década de 1980, como por exemplo: a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental veio marcar o início da desinstitucionalização hospitalar no ano de 1987; no mesmo ano, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental consagrou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Dentre as inúmeras conferências, encontros, abaixo-assinados e congressos em saúde mental, tinham a finalidade de superar o modelo antigo e repressor por um novo modelo inovador, composto por uma rede de atendimento comunitária (ROCHA, 2012; HILÁRIO, 2015).

A Reforma Psiquiátrica é um marco fundamental na política de assistência à saúde mental como um processo de reflexão e transformação nos diferentes espaços de cuidado e atenção a esta clientela. Para tanto, a proposta da Reforma não se restringe somente à desmitificação do espaço para o tratamento da loucura, mas também tem ênfase num olhar pautado na ressocialização e, sobretudo, na garantia de cidadania (MAFTUM *et al.*, 2017).

O processo de mudança da prática assistencial começou a ser incorporada a partir da promulgação da Constituição Federal do Brasil em 1988, com a criação do SUS, que define um sistema igualitário, descentralizado, universal, regionalizado, hierarquizado, com integralidade das ações e participação social, que de fato as políticas de saúde mental começaram a ser reformuladas (ROCHA, 2012).

No ano de 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei nº. 3.657/89, que propunha a extinção progressiva dos manicômios, sendo estes substituídos por recursos assistenciais extra hospitalares. Esse projeto desencadeou debates inovadores, assim como também a criação de associações de usuários dos serviços de familiares (ROCHA, 2012).

A criação dessas associações constituiu um marco fundamental, pois as famílias de indivíduos mentais passaram a participar efetivamente das discussões sobre as novas práticas de cuidados, conforme preconizado pelo SUS. No mesmo ano, foi fundado, no Rio de Janeiro (RJ), o Instituto Franco Basaglia (IFB), uma instituição civil sem fins lucrativos que reuniu

diversos profissionais, estudantes e familiares com o objetivo de desenvolver ações estratégicas de incentivo à formulação de políticas públicas que possam resgatar os direitos de cidadania (JORGE, 2014; ROCHA, 2012).

Em 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou uma Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, que ficou conhecido como a Declaração de Caracas. Nesse evento, foi apontada a responsabilidade dos diversos países em reorganizar os serviços de atendimento, bem como em estabelecer uma legislação que garantisse a dignidade e os direitos humanos e civis das pessoas que apresentavam transtornos psíquicos (MACHADO, 2004; OPAS, 1990).

Nesse sentido, o Ministério de Saúde deu o seu primeiro passo para a mudança desse cenário, por meio da publicação da Portaria nº 224/1992. Essa portaria é consolidada como a primeira normatização do atendimento à saúde mental no SUS, apresentando a Atenção Básica (AB) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços preferenciais no atendimento, garantindo diversidade de métodos e técnicas terapêuticas. No final desse mesmo ano realizou-se em Brasília a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, propondo que o processo saúde/ doença mental deve ser compreendida dentro de suas particularidades e singularidades, respeitando o exercício da cidadania (WENCESLAU; ORTEGA, 2015; BRASIL, 1994).

Outro marco importante foi a criação da Lei nº. 10.216 sancionada em 6 de abril de 2001. Essa Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, sem qualquer forma de discriminação quanto a raça, cor, sexo, orientação sexual e religião. Também garante ao indivíduo com transtorno psíquico, acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; que seja tratada com humanidade e respeito, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; receber tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, dentre outros benefícios (BRASIL, 2001a).

No final de 2001, foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília, intitulada por um tema: Cuidar sim, excluir não. Nesse evento foram debatidas questões relativas ao financiamento das ações de saúde mental, a fiscalização dos hospitais psiquiátricos, a implantação dos novos serviços extra hospitalares, a formação de recursos humanos adequados às novas estruturas de atenção em saúde mental, entre outras questões relevantes. Então, essa conferência veio consolidar a política da Reforma e dar novo impulso às várias medidas que vinham sendo adotadas (BRASIL, 2001b).

Por meio dos eventos realizados, essa política foi se fortalecendo e expandindo a criação de rede de atenção à saúde mental em todo o território. Dessa forma, o MS publicou a Portaria nº. 336/2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento do CAPS em todo o território nacional, além de garantir a articulação e organização da rede de cuidados (BRASIL, 2004).

O CAPS é um serviço que visa à reabilitação psicossocial, por meio da promoção do exercício da cidadania. Oferece diversas formas de tratamento (medicamentosa, grupos de oficinas terapêuticas, expressão musical, corporal, atividades de acolhimento, entre outras atividades). Nesse serviço, também é primordial que haja um relacionamento entre profissional e doente mental, em especial, da enfermagem, pois esse vínculo entre profissional e paciente tornando-o mais próximo na forma de melhor compreender suas necessidades e de assisti-los (IBIAPINA *et al.*, 2017).

Wenceslau e Ortega (2015) afirmam que a saúde mental deverá ser organizada de acordo com a rede de cuidados, do qual o CAPS é um dispositivo que presta essa assistência. Somado a esse serviço, existem outros serviços que são considerados fundamentais, como por exemplo, a Unidade Básica de Saúde (UBS). A UBS é apontada como estratégia de primeira linha na identificação dos problemas de saúde pública por manter uma maior proximidade com as famílias e comunidades.

Como estratégia prioritária da inclusão da saúde mental na atenção básica, é necessário que as políticas de saúde mental preconizadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, realizem capacitações para os profissionais. Essas capacitações devem estar entrelaçadas com o apoio matricial. O apoio matricial proporciona um suporte técnico e de apoio aos profissionais pelo desenvolvimento das ações de saúde. Assim, torna-se possível compartilhar casos de saúde mental com as equipes de saúde, favorecendo uma corresponsabilização com atenção básica (HILÁRIO, 2015).

Hilário (2015) ainda aponta que, embora a implementação de ações de saúde mental na atenção básica tenha sido foco de muita discussão nos serviços de saúde, ainda é possível perceber que essas ações são consideradas como algo desafiador para alguns profissionais de saúde, como por exemplo, o despreparo em compreender o usuário com transtorno psíquico. Portanto, a atenção básica é considerada como um espaço estratégico e poderoso para ser utilizado no desenvolvimento de intervenções em saúde mental. O acolhimento é um dos dispositivos que mais possibilita o profissional detectar situações relativas ao sofrimento mental da população de seu território.

Dados do MS apontam que 56% das equipes de eSF realizam ações para pessoas que apresentam problemas de doenças crônicas e mentais na comunidade. Entre os problemas mentais que mais se apresentam com frequência na atenção básica destacam-se a ansiedade e depressão (BRASIL, 2013).

Para que as ações sejam desenvolvidas de forma eficaz na comunidade, é necessário existir um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, pois a pessoa que adocece mentalmente deverá ser cuidada na sua integralidade, devido à complexidade do adoecimento mental afetar diversas outras áreas da vida como saúde, convívio familiar, social, trabalho e dentre outras. Assim, é imprescindível a união de competências disciplinares, inovações e intervenções nas práticas e saberes que contemplem toda a complexidade e singularidade do cuidado em saúde mental (MAFTUM *et al.*, 2017).

Desde 2001 o Ministério da Saúde já evidenciava um interesse na aproximação entre saúde mental e atenção básica. Em 2003 o apoio matricial já era considerado como a principal diretriz assistencial da saúde mental na atenção básica, mas somente em 2008 foi instituída a Portaria 154/2008 que formalizou a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF foram criados com os objetivos de ampliar a inclusão, o escopo e a resolutividade das ações da atenção básica (BRASIL, 2008; WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Essa portaria é determinada pelos seguintes pontos fundamentais: equipes formadas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento; contendo pelo menos um profissional da área de saúde mental, atuar de forma compartilhada com as equipes de eSF; responsabilizar pelas ações de saúde no território onde atuam; quando houver necessidade os profissionais poderão realizar encaminhamentos baseadas nos processos de referência e contra referência; oferecer serviço que contemple a integralidade do cuidado tanto físico quanto mental aos usuários do SUS e desenvolvimento de projetos terapêuticos que permitam aproximação do NASF e eSF (BRASIL, 2008).

Todavia, os NASF utilizam seus espaços para o atendimento e desenvolvimento de intervenções de forma multiprofissional. Busca fortalecer grupos vulneráveis por meio da inclusão de atividades físicas, práticas corporais e dentre outras, pois, essas ações objetivam propiciar a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2008; 2013).

Angelini e Caccia-Bava (2015) afirmam que o apoio matricial é considerado como uma das principais estratégias de atenção em saúde mental na atenção básica. Esse vínculo entre NASF e eSF são necessários para assistir o usuário na sua integralidade, bem como garante a diversificação de ações que favoreçam mudanças no estilo de vida da comunidade.

Embora compreendermos a fundamental importância do NASF, no início do ano de 2020 a Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS/MS) publicou uma nota técnica nº 3/2020, sobre a revogação do custeio do NASF. A revogação da referida normativa impacta negativamente no credenciamento de novas equipes do NASF na AB (BRASIL, 2020).

Em 2007, foi criada a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), com objetivo de lutar pela justiça social, pelos direitos humanos e pelo direito a saúde e saúde mental de todas as pessoas. Sua criação surgiu mediante muitas discussões entre militantes, pesquisadores, usuários, familiares do campo da saúde mental e das lutas sociais (ABRASME, 2018).

O apoio matricial é definido como uma nova forma de produzir saúde em duas ou mais equipes, utilizando a mesma metodologia de construção compartilhada de práticas e saberes. E para subsidiar o apoio matricial em saúde mental na atenção básica, o Ministério da Saúde publicou em 2011 o “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental”, norteando a forma de operacionalização do trabalho a ser desenvolvido em parceria com a eSF. Esse modelo de trabalho envolve: interconsulta entre NASF e eSF, visitas domiciliares, discussão e construção de projetos terapêuticos, intervenções em grupos, além de outras operações (CHIAVERINI *et al.*, 2011; BRASIL, 2011c).

Em 2020, o MS publicou uma nota técnica nº 3/2020 revogando o NASF das eSF. Entretanto, em outra Portaria, de nº 99, de 7 de fevereiro de 2020 retorna sua inserção. No entanto, o gerenciamento das Equipes de Saúde de Atenção Primária e de Saúde Mental, não serão mais realizadas pelo CNES e sim pelo sistema de gestão e monitoramento sob a responsabilidade da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020a).

Outro marco importante foi a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a finalidade de criar, ampliar, e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com serviços de base territorial e comunitária (BRASIL, 2011a).

A RAPS é constituída pelos serviços de: eSF, CAPS, NASF, serviço de urgência e emergência, leitos hospitalares psiquiátricos, serviços de residência terapêutica, programa “De volta para casa”, centros de convivência e comunidades terapêuticas. Cada um desses serviços, compreende um conjunto de ações que têm o propósito de atender às diferentes necessidades dos usuários e familiares dentro dos princípios da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2011a). No ano de 2017 o MS ampliou os componentes da RAPS através da Portaria



nº 3.588, de 21 de dezembro, integrando o Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia e Ambulatório Multiprofissional de saúde Mental- Unidades Ambulatoriais Especializadas (BRASIL, 2017).

Em 2019, o Ministério da Saúde, juntamente com a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, delineou novas diretrizes de ações propostas de forma conjunta pela União, Estados e Municípios para o fortalecimento da RAPS. Foi publicada uma nota técnica Nº 11/2019 sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, onde a assistência à Saúde Mental no SUS deverá seguir as melhores práticas clínicas, citando o exemplo da disponibilização da Eletroconvulsoterapia (ECT). Assim, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (BRASIL, 2019).

Todos estes marcos contribuíram para a reintegração da saúde mental na atenção básica, visto que tornaram esse problema mais real, viabilizando cada vez mais, uma assistência integral de base comunitária. Porém, apesar dos avanços mencionados, destaca-se ainda a existência do estigma acerca do atendimento as pessoas com transtornos psíquicos na atenção básica, pois, esse fenômeno ainda persiste até os dias atuais, e faz-se necessário colocar em prática os pressupostos da RAPS que permitem uma melhor assistência de saúde dessa clientela e garantir que essa rede funcione de forma eficaz.

## **2.2 Atenção às pessoas com sintomas de ansiedade**

Atualmente, tem-se observado na sociedade grande busca por um estereótipo perfeito, o que põe em evidência a competitividade entre os indivíduos no meio em que estão inseridos. Essa busca pelo ideal e reconhecimento na sociedade e seu bem-estar pessoal, é um traço muito comum entre homens e mulheres da atualidade, o que na maioria das vezes acaba gerando situações desagradáveis em todos os aspectos biopsicossociocultural, pois sintomas de ansiedade vem aumentando gradativamente na população mundial (SANTOS; SANDIN; SAKAE, 2010; SCHERER *et al.*, 2017).

O termo ansiedade provém do grego *Anshein*, que significa oprimir, sufocar (LOPES, 2006). A maioria das pessoas acometidas por essa sintomatologia, geralmente, apresentam elevação de seus níveis emocionais. Angústia ou ansiedade são termos correspondentes, que revelam a experiência subjetiva e sempre estão associadas a manifestações de sintomas corporais (VELOSO *et al.*, 2016).

A ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura. Geralmente vem acompanhada de sintomas relacionados à tensão muscular e vigilância em preparação para o perigo futuro. Estes

sintomas apresentados em excesso podem trazer consequências comprometedoras para a vida do indivíduo (SCHERER *et al.*, 2017; CASTAÑEDA *et al.*, 2015).

Situações que motivam a ansiedade são normalmente associados ao despreparo em lidar com situações críticas do cotidiano social. Algumas situações podem desencadear sintomas físicos com dor, cefaleia, aperto no coração, dificuldade de respirar, nervosismos, dentre outros (SANTOS, SANDIN E SAKAE, 2010).

Os sintomas de ansiedade podem se manifestar por fatores emocionais e fisiológicos. No fator emocional, a pessoa pode apresentar-se com intensa sensação de medo, anseio de insegurança, uma prematuridade de algo apreensivo, pensamento catastrófico, sensação e desejo de aumento do estágio de vigilância ou alerta. Quanto às manifestações fisiológicas a pessoa exibe sintomas ou pressentimentos neurovegetativos, tais como insônia, taquicardia, palidez, aumento da perspiração, tensão muscular, tremor, tontura, desordens intestinais, entre outros (NETO *et al.*, 2014).

Esses sintomas tem a tendência de provocar alterações de confusão e distorções da percepção, não somente do tempo e do espaço, mas também das pessoas e dos significados dos acontecimentos. Essas distorções interferem na vida do indivíduo por meio da redução do aprendizado, da concentração e da memória, sendo que variam de pessoa para pessoa (VELOSO *et al.*, 2016).

Velasco (2011) afirma que os sintomas de ansiedade são considerados como um sentimento apreensivo e totalmente desprazeroso, provocado por diversas sensações orgânicas, evidenciado por situações desagradáveis, tais como: aceleração do batimento cardíaco, compressão torácica, cefaleia, dores no estômago, repentina necessidade de evacuar, falta de ar, sudorese, inquietação, necessidade constante de movimentação, dificuldade de concentração, distúrbios de sono, fadiga e tremores.

Dados sobre ansiedade apresentados no relatório de 2017 (*Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*) apontam que entre os anos de 2005 a 2015 houve um crescimento de 14,9% dos casos de pessoas com ansiedade entre a população mundial. Estes dados ainda mostram que no ano de 2015 foi estimado que 264 milhões de pessoas, equivalente a 3,6% da população mundial, são acometidas por sintomas de ansiedade, sendo mais comum entre as mulheres, com uma prevalência de 1,58 mulheres acometidas para cada homem em níveis globais (WHO, 2017).

Estudo realizado por Guimarães *et al.* (2015) identificaram que 62% dos participantes percebiam medo excessivo e persistente na presença ou antecipação de um determinado objeto ou situação, 36% responderam que não o sentem e 2% não responderam. Destes 62% dos

participantes que sentiam medo, 47% eram mulheres. Estes dados corroboram com um estudo realizado por Lopes (2006), mostrando que os sintomas de ansiedade são mais comuns entre as mulheres (15,5%) do que em homens (11,1%).

Fernandes *et al.* (2017) apontam que o indivíduo que apresenta sintomas de ansiedade em grau elevado poderá causar prejuízo tanto na sua vida quanto nas pessoas que estão ao seu redor. Além disso, esses sintomas podem se manifestar desde a infância, adolescência até a fase adulta.

Nessa perspectiva, a ansiedade passa a ser reconhecida como patológica quando os sintomas são apresentados de forma excessiva, desproporcional que afeta a qualidade de vida das pessoas, pois, além de causar desconforto para si, também atinge para os que convivem indiretamente com a pessoa. Geralmente a pessoa apresenta-se muito insegura, tem dificuldade para se adaptar em ambientes novos, medo acelerado e persistente diante de situações sociais, familiares e profissionais (BATISTA; OLIVEIRA, 2015).

O modo mais prático de diferenciar a ansiedade normal de patológica é por meio da identificação da duração dessas reações ansiosas. Considera-se um estado de ansiedade normal quando consiste numa resposta adaptativa do organismo em relação aos elementos psicológicos e fisiológicos, ou seja, quando a frequência e a intensidade das respostas ansiosas não estão relacionadas às situações ou objetos específicos. Já a patológica, é considerada a partir do momento em que o sofrimento provocado pela ansiedade trazer prejuízo à pessoa decorrente de seus comportamentos, ou seja, deve-se avaliar intensidade, a duração, a frequência e o prejuízo gerado na vida da pessoa (CHAVES NETO *et al.*, 2014; CARVALHO, 2012).

A Organização Mundial de Saúde aponta que a gravidade dos sintomas da ansiedade varia de leve a grave e com duração de meses a anos, havendo a necessidade de se realizar um tratamento com o objetivo de alcançar a redução desses sintomas. Atualmente, o tratamento se dá por meio da utilização de medicamentos e psicoterapias educativas e comportamentais. A via medicamentosa é a ponte de primeira linha e a psicoterapia como o segundo plano, que consiste como um método complementar ao tratamento medicamentoso (WHO, 2017).

Baldwin *et al.* (2014) e Manzoni (2008) colocam que a terapia farmacológica associada à psicoterapia apresenta resultados satisfatórios no tratamento dos transtornos de ansiedade. As terapias mais utilizadas são as terapias psicológicas, terapia de exposição, terapia cognitivo-comportamental (TCC), técnicas de relaxamento e psicoterapia psicodinâmica.

Os problemas da ansiedade, também desencadeiam em diferentes subtipos de transtornos dentre eles, destaca-se as fobias (medo de coisas ou situações específicas, tais como alturas, elevadores, insetos, voar de avião), ataques de pânico (sentimentos intensos de

ansiedade, em que as pessoas sentem estar prestes a morrer ou a enlouquecer). Esse transtorno costuma ser adjunto da agorafobia por existir medo de ficar só em lugares públicos, onde seria dificultosa uma saída rápida durante o curso de um ataque de pânico, transtorno do estresse pós-traumático (lembranças repetitivas de traumas terríveis), transtorno obsessivo-compulsivo (pensar ou fazer as coisas repetidamente) e transtorno de ansiedade generalizada (é uma mistura de preocupações e sintomas de ansiedade experimentados a maior parte do tempo). Todos esses transtornos se diferenciam entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo e ansiedade (FERNANDES *et al.*, 2017; GREENBERGER; PADESKY, 2008). De acordo com o DSM-V, os transtornos de ansiedade estão divididos em:

**Quadro 1:** Identificação das características sintomáticas dos diferentes tipos de transtorno de ansiedade.

F40.0	Transtorno de Agorafobia	A ansiedade de estar em lugares ou situações em que possa ser difícil sair ou onde não há auxílio disponível, na circunstância de haver um ataque de pânico inesperado ou ocasionado pelo evento ou sintomas de pânico. Os tremores envolvem agrupamentos característicos de situações, como estar fora de casa desacompanhado, estar no meio de multidão ou permanecer em uma fila, estar em uma ponte, viajar de ônibus, trem ou automóvel.
F41.0	Transtorno de pânico	É um período distinto de intenso temor ou desconforto, no qual quatro ou mais sintomas desenvolvem-se e alcançam um pico em 10 minutos: palpitações ou taquicardia, sudorese, tremores, sensação de falta de ar e asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea, sensação de tontura, medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer, sensação de formigamento ou anestesia, calafrios ou ondas de calor.
F41.1	Transtorno de ansiedade generalizada	A ansiedade e a preocupação estão associadas a três ou mais dos sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses), como: inquietação ou sensação dos nervos à flor da pele, fatigabilidade, dificuldade de concentração ou sensações de “branco” na mente, irritabilidade, tensão muscular, alteração no padrão de sono (dificuldades em adormecer ou manter o sono, ou sono insatisfatório).
F42.0	Transtorno de obsessivo-compulsivo	Obsessões: pensamentos, impulsos ou imagens persistentes e recorrentes, experimentados como intrusivos e inadequados e que geram acentuada ansiedade. Compulsões: comportamentos repetitivos (organizar, verificar, lavar as mãos) ou atos mentais (rezar, contar ou repetir palavras em silêncio), que o indivíduo se sente compelido a realizar em resposta a uma obsessão.
F43.1	Transtorno de estresse pós-traumático	O evento traumático é persistentemente revivido em um ou mais dos seguintes modos: recordações aflitivas a eventos, com imagens, pensamentos ou percepções.

**Fonte:** Carvalho (2012).

Braga, Carvalho e Binder (2010) reconhecem que muitos desses sintomas estão relacionados as situações de vulnerabilidade que muitas pessoas vivenciam no seu cotidiano diário, como por exemplo, os trabalhadores que atuam em serviço de saúde constantemente vivenciam eventos estressores e se deparam com sofrimento, medo, conflitos, tensões, disputa pelo poder, ansiedade, estresse, convivência com a morte, longas jornadas de trabalho, ser ágil, ter capacidade de liderar, resolver situações problemáticas, pressão do tempo, dentre outros, porém, quando uma pessoa não consegue cumprir as metas diárias do trabalho, poderá causar-lhe tensão e sofrimento, pois situações como essas leva ao adoecimento da mente.

Diante dessas situações, destaca-se a fundamental importância do serviço de atenção básica a qual a eSF está inserida, identificar cada vez mais precoce os principais fatores que podem contribuir para o surgimento de ansiedade entre usuários da eSF e até mesmo os profissionais que atuam no mercado de trabalho, pois o rastreamento é primordial para o desenvolvimento de ações preventivas voltadas à saúde mental, especificamente para redução dos sintomas de ansiedade (MOURA *et al.*, 2018).

Portanto, a sintomatologia ansiosa é um problema real que compromete todo o funcionamento da saúde física e do bem-estar do indivíduo. A fim de evitar o crescimento desse fenômeno, é necessário que os profissionais sejam comprometidos com a saúde mental da população e que intensifique as ações interventivas afim de identificar, cuidar, tratar, encaminhar e monitorar os usuários que possuem essa sintomatologia (MADEIRA *et al.*, 2013).

### **2.3 Terapias grupais com a Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson**

As terapias grupais são consideradas como ferramentas integradoras da promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos. Apresentam benefícios na identificação de problemas e otimização do trabalho, por meio da redução de consultas, vínculo e fortalecimento da relação profissional, cliente e comunidade (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

A estratégia de terapia de grupo estimula o desenvolvimento de ações com o propósito de melhor atender as mudanças sociais, políticas e no campo científico. Essa estratégia passou ser incentivada por políticas e programas de saúde para ser efetivada em sua prática, principalmente nos serviços de eSF, a fim de melhor entender o indivíduo no processo saúde - doença (MOSSINI; BOING, 2016).

A utilização de intervenções nas eSF como método complementar nos tratamentos medicamentosos, em especial aos indivíduos que apresentam transtornos psíquicos, destaca-se que o emprego de terapia grupal é importante, pois além de oportunizar uma escuta qualificada,

proporciona a inclusão dessas pessoas em dinâmicas, e a sua integração na comunidade (MORELI, 2014).

A terapia grupal é marcada por um conjunto de pessoas que apresentam problemas semelhantes. Tem a finalidade de oportunizar uma resolução para os problemas dos participantes, além de possibilitar troca de experiência, favorece o compartilhamento de emoções, angústias e pensamentos (BRASIL, 2013).

A participação de indivíduos em grupos proporciona também, a elevação da autoestima e o fortalece como ser proativo em seus papéis sociais, aprende a enfrentar e a superar as resistências que tinha a mudanças. Observa-se ainda, que o acolhimento, o diálogo e o vínculo, possibilita a criação de laços afetivos entre profissional-cliente-família-comunidade (ÁVILA; SINIAK, 2017).

Nesse sentido, a técnica de relaxamento muscular é o efeito de desfazer a contração das fibras musculares. Ao longo do século XX as técnicas de relaxamento foram consolidadas como procedimentos de intervenções na prática psicológica e demais áreas da saúde, por meio de observações nas mudanças comportamentais (SERRA, 2014).

A Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo foi desenvolvida pelo médico fisiologista norte-americana Edmund Jacobson em 1920, com a finalidade de levar o paciente a um estado de intenso relaxamento muscular. Após a realização de pesquisas, assegurou que o corpo responde com tensão muscular aos pensamentos ou outros eventos relacionados ao medo e que, por sua vez, está tensão muscular pode aumentar a experiência de ansiedade e depressão (JACOBSN, 1976; FREITAS, 2015).

Jacobson destaca que o objetivo não é encerrar com as tensões, pois, estas fazem parte da vida como respirar, falar e caminhar, mas, sim de utilizar essa técnica de relaxamento como meio para controlá-las caso estejam intensas ou exageradas (DAVIS; ROBBINS; ESHELMAN, 1996).

A execução da técnica permite restaurar e/ou gerar um bem-estar psicológico, físico, emocional e corporal no indivíduo. Essa técnica consiste em contrair e relaxar os diferentes grupos musculares, de forma que o indivíduo identifique quando o músculo está tenso e relaxado (NOVAIS, 2015). Constitui um processo psicofisiológico de caráter interativo, onde o fisiológico e o psicológico interagem suas manifestações juntas, preconizadas pela respiração e a concentração, sendo partes importantes para o relaxamento (SERRA, 2014).

O relaxamento muscular é o efeito de desfazer a contração das fibras musculares, momento este em que os indivíduos são capazes de controlar diretamente, os músculos, mas não o sistema nervoso autônomo. O bem-estar trazido ao corpo acontece devido à contração

dos diferentes grupos musculares do corpo, que liberam as monoaminas (neurotransmissores), e em seguida, acontece a distensão dos mesmos, levando a produção de endorfinas, que causam a sensação de prazer e relaxamento ao corpo (FREITAS, 2015).

Para a execução da técnica é necessário treinamento. Deve-se orientar ao indivíduo que respirar, falar e caminhar são eixos que fazem parte da vida humana, mais devem ser orientados que essa técnica de relaxamento deve ser utilizada como um dos meios para controlá-las quando necessário (FREITAS, 2015).

Atualmente, a técnica de relaxamento tem sido cada vez mais utilizada, com a finalidade de obter alívio aos fatores estressantes do dia a dia. É considerada como um dos métodos que reduz dor, tensão muscular, sintomas de ansiedade, depressão e estresse, melhora a concentração, o equilíbrio, o sono, as habilidades de desempenho físico e relacionamentos com as demais pessoas. Além disso, aumenta o sentimento de controle e diminui a frequência cardiorrespiratória. Portanto, essa técnica visa promover no organismo humano, uma reversão dos efeitos negativos causados ao corpo (WILLHELM; ANDRETTA; UNGARETTI, 2015).

A técnica de relaxamento também auxilia no aumento da consciência do corpo, no trabalho, nas situações desagradáveis e estressantes. O indivíduo sabe que através da técnica de relaxamento ele conseguirá relaxar os pontos tensos de sua musculatura, bem como, saberá enfrentar as dificuldades com maior tranquilidade. Com o emprego dessa prática a pessoa tende a liberar suas emoções, tensões e medos, e alcançará manter-se mais consciente de si mesma e mais atenta ao seu interior (POSONSKI; SELOW, 2016).

Frequentemente os profissionais têm utilizado essa técnica de relaxamento no tratamento de ansiedade, como método complementar ao tratamento medicamentoso. Esse método é poderoso e eficaz para induzir o estado de relaxamento dos músculos numa sequência ordenada até que os músculos principais do corpo estejam relaxados (SERRA, 2014).

Deve ser realizada em ambiente calmo, com temperatura adequada, confortável, com recurso a dispositivos técnicos como colchonetes, cadeiras confortáveis e com roupa adequada, para que o mesmo possa se sentir confortável durante a terapia. O participante é instruído a se imaginar em ambiente agradável e não recordar dos problemas do dia a dia, sendo motivado por meio de pensamentos e palavras de elevação da autoestima (DOMINGUES, 2016).

Segundo Serra (2014) a sessão terá início quando a pessoa está totalmente relaxada (observada pelo mediador). Mediante essa observação, o profissional esclarece todos os princípios da técnica; em seguida é realizada uma demonstração dos processos de tensão-relaxamento pelos quais ele passará, explicando passo a passo, até que estabeleça uma relação de confiança entre profissional e cliente.

A Técnica de Relaxamento Muscular de Jacobson é simples de fazer e ensinar. Consiste em no mínimo de 6 a 12 sessões. O paciente é solicitado a tensionar cada grupo muscular específico por 5 a 10 segundos e depois relaxar por 20 a 30 segundos. A seguir, pede-se que se relaxe e observe a sensação do relaxamento dos músculos. Essa técnica ajuda ao paciente a identificar a diferença entre a contração e o relaxamento dos músculos. Recomenda-se ainda que essa técnica seja realizada pelo menos de 10 a 20 minutos por dia se possível, ou então pelo menos 2 vezes na semana (VASCONCELOS, 2014; KESTENBERG *et al.*, 2014; ABREU; ABREU, 2017). A sequência da descrição do exercício em cada uma das sessões de alongamento, é da seguinte forma (Quadro 2).

**Quadro 2:** Descrição das sessões, grupos musculares e exercícios no relaxamento muscular.

Sessões	Grupos Musculares	Exercícios
1	Mão, antebraço e bíceps dominantes.	Aperta-se o punho. Empurra-se o cotovelo contra o colchonete.
	Mão, antebraço e bíceps não dominantes.	Igual ao membro dominante.
2	Fronte e couro cabeludo Olhos e nariz	Levantam-se as sobrancelhas tão alto quanto possível. Apertam-se os olhos e ao mesmo tempo enrugam-se o nariz.
3	Boca e mandíbula Pescoço	Apertam-se os dentes enquanto se levam as comissuras da boca em direção às orelhas. Aperta-se a boca para fora. Abre-se a boca. Dobra-se (inclina-se) para a direita. Dobra-se para a esquerda. Dobra-se para adiante. Dobra-se para trás.
4	Ombros, peito e costas Estômago	Inspira-se profundamente, mantendo a respiração, ao mesmo tempo em que se levam os ombros para trás tentar juntar as omoplatas. Escolhe-se, contendo a respiração. Solta-se, contendo a respiração.
5	Perna e músculo direito Panturrilha Pé direito Perna, panturrilha e pé esquerdo	Tenta-se subir a perna com força sem tirar o pé do assento (ou chão). Dobra-se o pé para cima estirando os dedos, sem tirar o calcanhar do assento (ou chão). Estira-se a ponta do pé e dobram-se os dedos para dentro. Igual ao direito.
6	Sequência completa dos músculos	Somente relaxamento

**Fonte:** Vera e Vila (1996).



No final da sessão de relaxamento, deve-se incentivar as pessoas a praticarem o relaxamento e avaliar a sessão e se os objetivos da mesma foram atingidos. A Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson é bastante eficaz na redução de sintomas ansiosos. Nesse sentido, o profissional de enfermagem deve promover e reforçar mudanças na pessoa, por meio de orientações e incentivos para a realização do tratamento tanto medicamentoso quanto o complementar. Dessa forma, o indivíduo irá sentir que o profissional enfermeiro se preocupa e tem cuidado com ele. Essa aliança terapêutica entre profissional e cliente tem sido apontado como um fator de sucesso nos tratamentos de saúde (SERRA, 2014).

### 3 MATERIAL E MÉTODO

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um ensaio clínico não randomizado (quase experimental).

Neste tipo de estudo há existência de dois grupos: um grupo experimental e um grupo controle. A designação dos participantes para cada grupo é dada por conveniência do pesquisador e não de forma aleatória (NEDEL; SILVEIRA, 2016; HULLEY *et al.*, 2015).

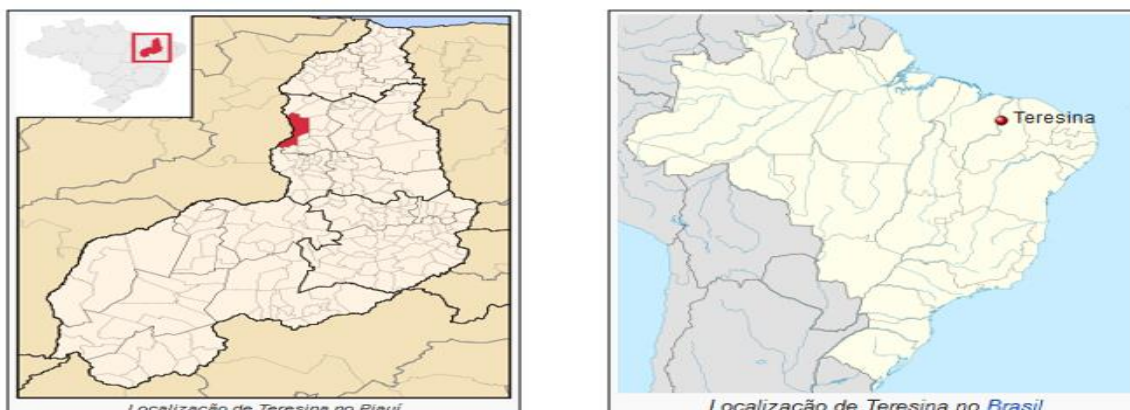
Este estudo integra o projeto intitulado “Impacto de intervenções para uso de drogas, sintomas depressivos, ansiosos e comportamento suicida na população adulta de Teresina” (Processo: 305571/2017-6 - Chamada CNPq N ° 12/2017 - Bolsas de Produtividade em Pesquisa – PQ), desenvolvido conjuntamente com o Grupo de Estudos Sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental - GEEVSM.

#### 3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), cujo modelo de atenção é a eSF compostas por 26 equipes, matriciadas por 03 equipes de Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) no município de Teresina- Piauí.

Teresina, a capital do Estado do Piauí, possui uma população estimada em 861.442 mil habitantes. Localiza-se no Centro-Norte Piauiense, divisa com a cidade de Timon no Maranhão, separada pelo Rio Parnaíba. É considerada a 21ª maior cidade do Brasil e a 17ª maior capital de Estado, sendo considerada também como a 7ª capital mais populosa e rica do Nordeste (IBGE, 2018) (Figura 2).

**Figura 2:** Mapa geográfico da localização de Teresina no Piauí e no Brasil. Teresina, 2020.



**Fonte:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019).

### 3.3 População e amostra do estudo

A população de referência constou de usuários adultos, na faixa etária de 20 a 59 anos, assistidos na eSF matricidas por NASF.

Para tanto, o tamanho da amostra (n) foi calculada pela equação de Amostragem Estratificada por Proporção para população finita:

$$\left( \frac{\sum_{h=1}^L W_h p_h (1 - p_h)}{e^2} \right) \left( \frac{N - n}{N - 1} \right)$$

De acordo com Bolfarine e Bussab (2005), a equação é entendida da seguinte forma: L= é o número de camadas ou estratos, h= é um índice que refere-se ao estrato concreto que varia de 1 a L, Wh= refere-se ao peso de cada camada ou estrato na amostra, ou seja, na amostra estratificada proporcional o Wh é igual a proporção de cada camada na população, p= é a proporção que buscamos no total da população, (1-p)= é a proporção da amostra complementar, do mesmo modo, p<sub>h</sub>= é a proporção dentro de cada uma das camadas. Por se tratar de uma população finita, é utilizado o fator de correção=  $\left( \frac{N-n}{N-1} \right)$ , onde N é o tamanho da população e n é o tamanho da amostra infinita.

No cálculo da amostra, utilizou-se a prevalência presumida de ansiedade entre a população adulta de 9,3%, conforme dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017), nível de confiança de 95% e erro máximo de 3%, na qual se obteve uma amostra mínima de 352 indivíduos. Para suprir perdas e recusas a amostra foi acrescida de 11%, totalizando 391 indivíduos entrevistados.

Após calcular o tamanho da amostra, utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional, para seleção dos participantes, no qual a proporcionalidade do tamanho de cada estrato da população é mantida na amostra, com vistas a originar resultados mais precisos que a amostragem aleatória simples (TORRES; MAGNANINI; LUIZ, 2011).

No presente estudo, a estratificação foi realizada por UBS para se alcançar a quantidade de indivíduos por UBS (Quadro 3). No momento da coleta essas pessoas foram selecionadas de forma ocasional.

**Quadro 3:** Distribuição das Equipes de Saúde da Família do município de Teresina e sua respectiva população adulta cadastrada na eSF segundo a territorialização dos NASF. Teresina, 2020.

<b>Territorialização do NASF</b>	<b>Unidades Básicas de Saúde</b>	<b>Equipes de Saúde da Família</b>	<b>População: 20 a 59 anos cadastradas no e-SUS</b>	<b>Amostra por UBS</b>
NASF Sul	Nossa Senhora da Paz	eSF 43 eSF 205	912 825	48
	Monte Castelo	eSF 122 eSF 123 eSF 124	294 600 314	34
	Portal da Alegria	eSF 213 eSF 217 eSF 70	237 527 179	26
NASF Norte	Poty Velho	eSF 188 eSF 189 eSF 237	1295 808 1146	90
	Parque Wall Ferraz	eSF 8 eSF 41 eSF 231	88 105 2	6
	Bela Vista	eSF 64	589	16
	Jacinta Andrade	eSF 201 eSF 202	769 1102	52
NASF Leste/ Sudeste	Planalto Uruguai	eSF 10 eSF 104 eSF 105 eSF 111	281 70 167 55	16
	Santa Luz	eSF 29 eSF 306	271 350	17
	Santa Isabel	eSF 45	935	26
	Cacimba Velha	eSF 65 eSF 276	784 1357	60

**Fonte:** Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI, 2018.

### 3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: população adulta, na faixa etária de 20 a 59 anos, assistidas nas eSF que apresentem sintomas de ansiedade de intensidade leve e moderado, levantadas com aplicação do instrumento - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e ter dispositivo de celular móvel, pois o pesquisador entrará em contato com os usuários que forem rastreados com sintomas de ansiedade para participar da intervenção. Além disso, é válido destacar que todos os participantes dos grupos interventivos não realizaram outro tratamento.

Por sua vez, foram excluídos do estudo usuários rastreados com sintomas de ansiedade de intensidade grave (podem necessitar, eventualmente, do uso de medicação, o que pode interferir na avaliação da intervenção), e problemas físicos que impossibilitaram a participação na intervenção (observada pelo pesquisador).

Durante a aplicação do instrumento, usuários rastreados com sintomas graves e que não se encontravam em tratamento foram encaminhados ao NASF para seguir com acompanhamento devido.

### **3.5 Instrumentos**

Para análise do levantamento de sintomas de ansiedade, utilizou-se o instrumento - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (ANEXO A). Dessa forma, é válido destacar que o instrumento utilizado neste estudo é de domínio público. Ressalta-se que esse estudo contou com a colaboração da Psicóloga do NASF Sul (UBS Nossa Senhora da Paz) na análise dos escores.

Informações sobre questões relativas aos aspectos sociodemográficos, condições de saúde e hábitos de vida foram obtidas a partir da aplicação de um questionário estruturado e multidimensional, elaborado para a pesquisa (APÊNDICE A).

#### **3.5.1 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)**

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é um questionário de auto-relato com 21 questões de múltipla escolha, empregado para medir a severidade da ansiedade do indivíduo que apresenta alterações somáticas, cognitivas e afetivas (BECK; STEER, 1993).

Esse instrumento foi validado e traduzido, no Brasil por Cunha (2001). A versão em português apresentou resultados positivos nos estudos com pacientes psiquiátricos, não psiquiátricos e na população em geral. Identificou uma boa consistência interna ( $\alpha = 0,92$ ) e boa confiabilidade teste – reteste com intervalo de uma semana  $r(58) = 0,75$ . Esse inventário fornece critérios válidos e seguros para os pesquisadores no que se concerne a diferenciação entre ansiedade e depressão.

Os itens apresentados nesse instrumento devem ser respondidos de acordo com os sintomas que o incomodara na última semana. Cada questão, o indivíduo deve escolher um entre os quatros níveis de ansiedade em uma escala Likert que contém 4 pontos que reflete os níveis de gravidade de cada sintoma, que vai variando de 0 a 3. O número 1 é absolutamente

não, o 2 é levemente: não me incomodou muito, o 3 é moderadamente: foi muito desagradável mas pude suportar e o 4 é determinado como gravemente: dificilmente pude suportar (BECK; STEER, 1993; CUNHA, 2001).

Os itens contidos no inventário de BAI, são: dormência ou formigamento, sensação de calor, tremores nas pernas, incapacidade de relaxar, medo que aconteça o pior, atordoado ou tonto, palpitação ou aceleração do coração, sem equilíbrio, aterrorizado, nervoso, sensação de sufocação, tremores nas mãos, trêmulo, medo de perder o controle, dificuldade de respirar, medo de morrer, assustado, indigestão ou desconforto no abdômen, sensação de desmaio, rosto afogueado (rubor facial) e suor (não devido ao calor) (BECK; STEER, 1993).

O nível de ansiedade é classificado de acordo com a pontuação do escore. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais, que varia de 0 a 63, sendo presumível a classificação em níveis de intensidade. O indivíduo que apresentar um escore de: 0-10 pontos - sintomas mínimos; 11-19 pontos- sintomas leves; 20-30 pontos - sintomas moderados e 31-63 pontos - sintomas graves (CUNHA, 2001).

Os dados sobre a fidedignidade e validade são estritamente satisfatórios em pesquisas já realizadas. O BAI foi selecionado para este estudo por ter sido evidenciado na literatura bons resultados e também por ser de fácil aplicação (TERRA, 2010).

### **3.6 Variáveis do estudo**

As variáveis sociodemográficas analisadas foram: sexo (masculino, feminino); idade (em anos completos); estado civil (com companheiro (a) em convívio no mesmo lar – casado (a), união estável; com companheiro (a) sem convívio - namorado, lares diferentes; sem companheiro (a) com casamento anterior - viúvas, separadas, divorciadas e sem companheiro (a) - sem casamento anterior); possui filhos; cor/raça (branca, preta, amarela, parda, indígena); anos de estudo; renda familiar (em reais); se trabalha; ocupação; possui religião e prática religiosa.

Os dados relacionados à condição de saúde analisadas incluíram: frequência com quem procura os serviços de saúde; presença de doença; evento estressor (último ano) e problemas com o sono. Os referentes aos hábitos de vida foram: uso de substâncias lícitas e ilícitas; tratamento psicológico e psiquiátrico; tratamento alternativo; prática de atividade física e histórico de violência.

A variável dependente (preditiva ou resposta) deste estudo foi a presença de sintomas ansiosos que estão incluídas no BAI. A variável independente ou explicativa foi a técnica de intervenção - Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson.

### **3.7 Procedimento para coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de março a agosto de 2019, por alunos da graduação e pós-graduação que fazem parte do GEEVSM, do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Os alunos receberam treinamento para a realização da coleta de dados.

Inicialmente, foi realizado contato prévio com a enfermeira da equipe e a coordenadora (o) da eSF, com vistas a apresentar o projeto e descrever como seria realizada a coleta de dados. A abordagem ao usuário foi firmada a partir da parceria entre a enfermeira da eSF e a equipe de coleta de dados, durante o atendimento desses usuários no serviço.

Antes de iniciar a coleta de dados, realizou-se um teste piloto, com a finalidade de aperfeiçoar o questionário e do entendimento dos instrumentos, além de estimular a adaptação dos pesquisadores no campo e feedback com os profissionais das respectivas eSF (MARCONI; LAKATOS, 2010). Esse teste foi realizado em fevereiro e março de 2019, com uma amostra de 30 usuários, atendidos em UBS que não haviam sido sorteadas a partir do processo de amostragem e, dessa forma, esses usuários não foram inclusos na amostra final do estudo. A realização do teste piloto não implicou mudanças dos instrumentos, mas permitiu a familiarização dos pesquisadores no processo de abordagem dos participantes e com os instrumentos de coleta.

Adotando como apoio o estudo de Neumann (2014), que realizou uma intervenção com 3 etapas, este estudo também realizou em 3 etapas: I (avaliação inicial - rastreamento/pré-teste), II (intervenção) e III (avaliação final/pós-teste).

#### **Etapa I (avaliação inicial- rastreamento/pré-teste)**

A primeira avaliação aconteceu quando os usuários se encontravam na UBS antes e/ou após de serem atendidos nas consultas de enfermagem e/ou dos demais profissionais. Para aqueles que atendiam os critérios de inclusão e aceitaram colaborar na pesquisa foram direcionados a uma sala privativa e silenciosa e aplicou-se o questionário com questões

sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida, e o instrumento do BAI, com duração de aproximadamente 20 minutos por participante.

Com esses dados, realizou-se a seleção dos participantes para a formação de dois grupos (controle e experimental). Todos os dois grupos foram formados por usuários com sintomas de ansiedade leve e moderado. Após essa formação, os participantes foram convocados por telefone para participar da etapa II. Esse rastreamento nas unidades de saúde ocorreu no período de três meses (março, abril e maio).

Além disso, também é válido destacar que foram rastreados usuários com sintomas graves, sendo encaminhado a médica e a psicóloga da eSF.

## **Etapa II (Intervenção)**

Foi aplicada a intervenção ao grupo experimental (com sintomas de ansiedade leve e moderado). O grupo controle recebeu palestras sobre ansiedade durante o estudo. Embora, os dois grupos apresentassem os mesmos critérios de inclusão, a escolha das UBS para composição do grupo experimental e controle, foi feita por conveniência do pesquisador.

O grupo experimental foi composto por usuários das UBS Nossa Senhora da Paz, Poty Velho e Planalto Uruguai. Essas UBS apresentavam instalações fixas do NASF, além de oferecer uma estrutura física adequada para o desenvolvimento das sessões de relaxamento.

Nesse grupo a intervenção aplicada foi a técnica de relaxamento muscular de Jacobson, conforme apresentado no roteiro de intervenção (quadro 2). Tomou-se como base o estudo de Freitas (2015), que desenvolveu uma intervenção com seis sessões.

Os participantes foram informados dos dias, horários e locais das sessões. Cada sessão teve em média duração de 30 a 40 minutos. Essas sessões aconteceram durante o mês de junho com intervalo de dois dias de cada sessão na semana, nos turnos manhã e tarde.

Antes de iniciar a aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, os participantes eram convidados a sentarem e acomodados em um ambiente silencioso e climatizado. Nesse momento, o executor falava em tom suave, solicitando que participantes fechassem os olhos e se imaginassem em ambiente agradável, longe dos problemas do dia a dia. Após alguns minutos, o executor, ao observar o participante relaxado, iniciava uma demonstração, explicando passo a passo como deveriam fazer no processo de tensão-relaxamento.

Em seguida, o participante era solicitado a tensionar cada grupo muscular por 5 a 10 segundos, e relaxar 20 a 30 segundos. O relaxamento era iniciado pelas mãos, antebraços e



bíceps. Seguido pela frente, couro cabeludo, olhos e nariz. Depois a boca, mandíbula, pescoço, ombros, peito, costas e barriga. E por último, as pernas, panturrilhas, pés direito e esquerdo. A sessão era repetida por 3 vezes, com duração em média, de 20 a 40 minutos.

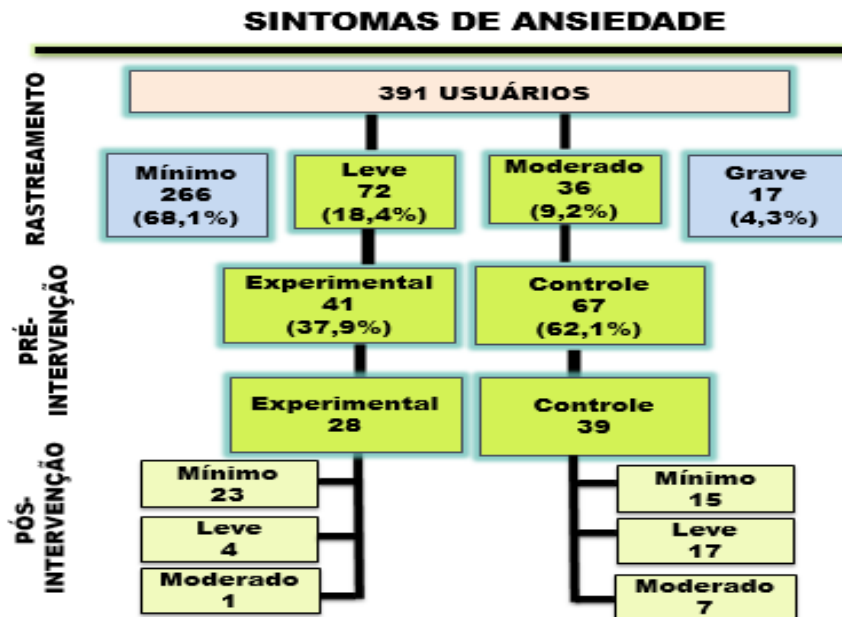
Ao final, os participantes eram convidados a dar um feedback sobre o momento de relaxamento. O profissional também orientava que eles realizassem o treinamento dessa técnica sempre antes da hora de dormir. Após isso, os monitores repassavam informações sobre data e horário da próxima sessão agendada, reforçava o contato telefônico a ser realizado um dia antes e era assinada a frequência da sessão. No último dia a intervenção, reaplicou-se o BAI.

Nesse grupo foram selecionados 20 usuários da UBS do Poty Velho, 8 do Planalto Uruguai e 13 da Nossa Senhora da Paz, totalizando 41 usuários. Nesse sentido, foram considerados os participantes que tiveram frequência de 100% nas seis sessões. Portanto, ficou definido ao final 10 usuários da UBS Poty Velho, 6 do Planalto Uruguai e 12 da Nossa Senhora da Paz. Os que não participaram foram excluídos (10- Poty Velho, 2- Planalto Uruguai e 1 na Nossa Senhora da Paz), tendo uma desistência de 13 usuários do grupo experimental. A intervenção foi aplicada com 28 usuários que participaram das seis sessões.

No grupo controle foram realizadas palestras, formado por 7 usuários da UBS Monte Castelo, 8 do Portal da alegria, 2 do Parque Wall Ferraz, 4 do Bela Vista, 16 do Jacinta Andrade, 4 da Santa Luz, 8 da Santa Isabel e 18 da Cacimba Velha, totalizando 67 usuários. Houve, portanto, uma desistência de 28 usuários do Grupo Controle: 3 - Monte Castelo, 3 – Portal da Alegria, 2 - Jacinta Andrade, 4 - Santa Luz, 2 - Santa Isabel e 14 – Cacimba Velha. Essas UBS, apesar de serem vinculadas aos NASF, e seus usuários apresentarem características semelhantes ao grupo experimental, não possuíam instalações fixas do NASF e nem estrutura adequada para a execução da técnica de relaxamento. Mediante essas características optamos pela escolha dos usuários para composição do grupo sem ação da execução das sessões de relaxamento.

Nesta perspectiva, observe-se o fluxograma da distribuição dos participantes na formação dos grupos interventivos (Figura 3).

**Figura 3:** Fluxograma da distribuição dos Grupos Experimental e Controle. Teresina-PI, 2020.



### Etapa III (avaliação final/pós-teste)

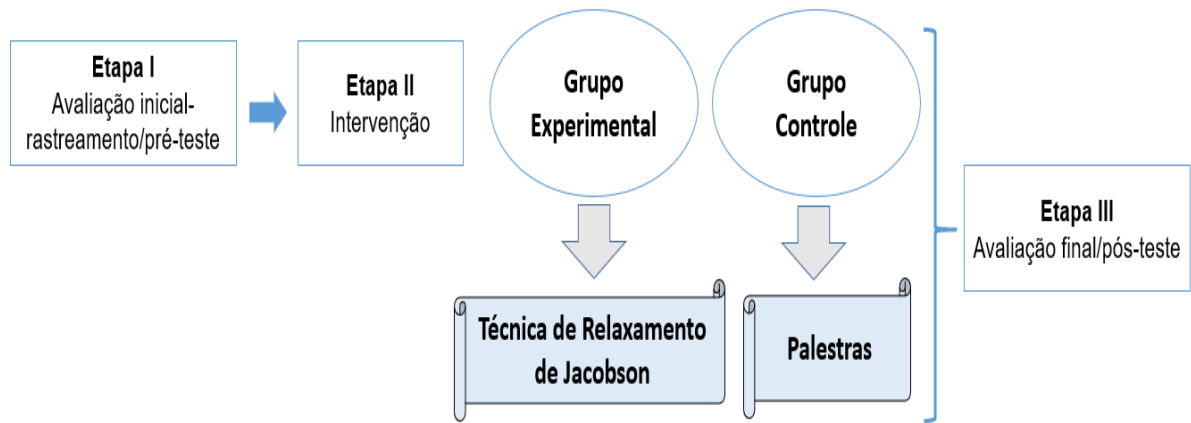
Reaplicação do instrumento utilizado no rastreamento (BAI), tanto para o grupo controle quanto para o experimental, durante o período de julho e agosto de 2019. Nessa etapa, a avaliação final foi com os 28 participantes do Grupo Experimental e 39 do Grupo Controle. Observe a descrição na Tabela 1.

**Tabela 1:** Síntese dos resultados obtidos mediante a seleção dos usuários pré e pós-intervenção do estudo. Teresina-PI, 2020.

Grupo Experimental			
UBS	Pré	Pós	Perdas
Planalto Uruguai	8	6	2
Poty Velho	20	10	10
Vila da Paz	13	12	1
TOTAL	41	28	13
Grupo Controle			
UBS	Pré	Pós	Perdas
Parque Wall Ferraz	2	2	0
Monte Castelo	7	4	3
Portal da Alegria	8	5	3
Cacimba Velha	18	4	14
Jacinta Andrade	16	14	2
Bela Vista	4	4	0
Santa Isabel	8	6	2
Santa Luz	4	0	4
TOTAL	67	39	28

Para melhor compreensão da realização das etapas da intervenção, elaborou-se um fluxograma (Figura 4).

**Figura 4:** Fluxograma da operacionalização das etapas da intervenção.



Fonte: Direta

## Cegamento

O uso do cegamento é utilizado para prevenir o viés decorrente de cointervenções, com o risco de desenvolver o desfecho de interesse (HULLEY *et al.*, 2015). Nesse sentido, foi garantido o cegamento da pesquisadora principal no momento da alocação dos participantes dos grupos (experimental e controle), bem como no desenvolvimento das sessões de relaxamento muscular progressivo de Jacobson.

Portanto, foram nomeadas três monitoras do grupo GEEVSM e uma psicóloga do NASF para formação e alocação dos participantes nos grupos interventivos. Na oportunidade, as monitoras realizavam toda a articulação das sessões, por meio da comunicação telefônica informando-os dos dias, horários e locais das sessões, além disso, elas realizavam o acompanhamento todas as sessões de relaxamento do grupo experimental. As sessões de relaxamento contaram com a colaboração de três profissionais dos NASF (uma psicóloga e dois educadores físicos) na execução da técnica de relaxamento.

## 3.8 Análise dos dados

Os dados obtidos foram codificados para formação de um dicionário de variáveis. Em seguida foram tabulados com dupla-digitação a fim de minimizar os erros, utilizando a planilha do software Microsoft Excel. Após as correções os dados foram exportados para SPSS, versão 22.0, em que ocorreu o processamento estatístico dos mesmos.

A fim de caracterizar a amostra foram realizadas estatísticas descritivas, como medidas de tendência central (frequência simples, média, mediana, intervalo mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio padrão). O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi aplicado nas variáveis numéricas contínuas para verificação do pressuposto de normalidade.

Para a comparação entre grupos categorizados em variáveis quantitativas, foram utilizados os testes Mann-Whitney e Wilcoxon (dados não paramétricos). Para as análises estatísticas de normalidade e comparação dos dados, foi adotado o nível de significância de 0,05 e intervalo de confiança (IC 95%).

### **3.9 Aspectos éticos e legais**

O projeto de tese teve autorização para sua realização pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI, e aprovação do Comitê de Ética da UFPI, sob o parecer nº. 3.152.348 (ANEXO C).

Além disso, a pesquisa atendeu todos os princípios da ética, sigilo e confidencialidade, conforme preconiza a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012). Os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos do estudo, da desvinculação a qualquer momento, se assim acharem necessário e, ao concordarem em sua participação assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

## **4 RESULTADOS**

Os resultados deste estudo são apresentados em dois itens: Análise Descritiva e Análise Bivariada.

### **4.1 Análise Descritiva**

- 4.1.1 Prevalência dos sintomas de ansiedade;
- 4.1.2 Caracterização sociodemográfica;
- 4.1.3 Caracterização das condições de saúde e hábitos de vida;

### **4.2 Análise Bivariada**

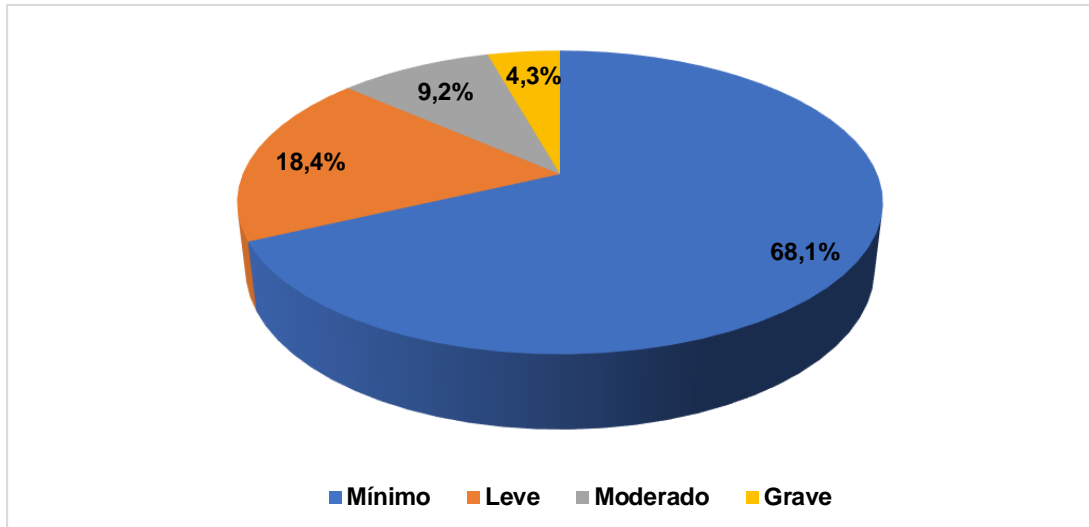
- 4.2.1 Comparação dos níveis de sintomas de ansiedade entre os grupos controle e experimental pré e pós-intervenção;
- 4.2.2 Análise da aplicação da técnica de relaxamento muscular de Jacobson na melhoria dos sintomas de ansiedade nos grupos controle e experimental nos momentos pré e pós-intervenção.
- 4.2.3 Verificação de diferenças de sintomas de ansiedade entre os grupos controle e experimental pré e pós-intervenção, segundo sexo, faixa etária, evento estressor e problemas com sono.

### **4.1 Análise Descritiva**

#### **4.1.1 Prevalência dos sintomas de ansiedade**

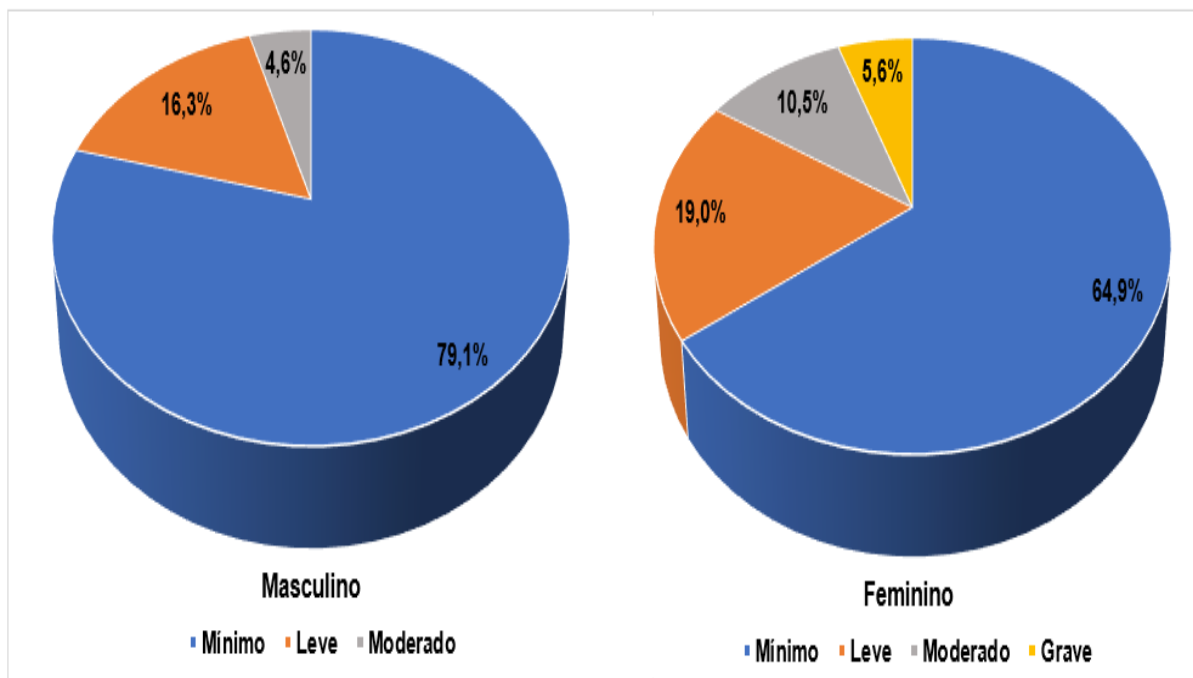
A amostra foi classificada por meio do BAI, para rastrear a presença de sintomas de ansiedade, constatou-se que 68,1% de usuários apresentaram nível mínimo de ansiedade, 18,4% leve, 9,2% moderado e 4,3% grave (Gráfico 1).

**Gráfico 1** – Prevalência de sintomas de ansiedade segundo seus níveis. Teresina-PI, 2020. (n = 391)



Tomando por base a presença de sintomas de ansiedade por sexo, os dados mostram que no sexo masculino 79,1% estão no nível mínimo, 16,3% leve e 4,6% moderado, com ausência de sintomas graves. No sexo feminino 64,9% com sintomas de ansiedade mínimo, 19,0% leve, 10,5% moderado e 5,6% grave (Gráfico 2).

**Gráfico 2** – Sintomas de ansiedade segundo sexos. Teresina-PI, 2020. (n = 391)



Partindo do universo de 391 usuários, classificados por meio do BAI, com sintomas mínimos, leve, moderado e grave, foram selecionados os 108 com sintomas leve e moderado para comporem os grupos de intervenção.

#### 4.1.2 Caracterização sociodemográfica

A tabela 2 descreve as características sociodemográficas dos participantes selecionados para intervenção. Os dados mostram predomínio do sexo feminino (83,3%), adulto jovem (64,8%), média de idade de 35 anos (Desvio padrão = 10,4), 50,0% com companheiro, em convívio no mesmo lar (casada, união estável), com filhos (81,5%) e cor parda (48,1%). Em média, possuíam 10 anos de estudo (Desvio padrão = 4), com renda mensal menor ou igual a dois salários mínimos (83,3%). Quanto à ocupação profissional (trabalho) a maioria referiu não ter emprego formal (60,2%) e possuir religião (88,0%).

**Tabela 2** – Caracterização sociodemográfica dos usuários selecionados para comporem os grupos de intervenção. Teresina-PI, 2020. (n=108)

Variáveis	n (%)	$\bar{X}$	Mín	Máx	$\pm$
(Continua)					
<b>Caracterização Sociodemográfica</b>					
<b>Sexo</b>					
Masculino	18 (16,7)				
Feminino	90 (83,3)				
<b>Faixa etária*</b>		35	20	59	10,4
Adulto jovem (20 - 39 anos)	70 (64,8)				
Adulto maduro (40 - 59 anos)	38 (35,2)				
<b>Estado Civil</b>					
Com companheiro(a), em convívio no mesmo lar	54 (50,0)				
Com companheiro(a), sem convívio	13 (12,0)				
Sem companheiro(a), com casamento anterior	15 (13,9)				
Sem companheiro(a), sem casamento anterior	26 (24,1)				
<b>Presença de Filhos</b>					
Sim	88 (81,5)				
Não	20 (18,5)				
<b>Raça</b>					
Branca	11 (10,2)				
Preta	38 (35,2)				
Amarela	6 (5,6)				
Parda	52 (48,1)				
Indígena	1 (0,9)				
<b>Escolaridade (em anos)</b>		10	0	16	4
<b>Classe econômica</b>					
10 a 20 SM	1 (0,9)				
4 a 10 SM	7 (6,5)				
2 a 4 SM	10 (9,3)				
Até 2 SM	90 (83,3)				
<b>Ocupação profissional (trabalho)</b>					
Sim	43 (39,8)				
Não	65 (60,2)				

**Tabela 2** – Caracterização sociodemográfica dos usuários selecionados para comporem os grupos de intervenção. Teresina-PI, 2020. (n=108)

Variáveis	n (%)	$\bar{X}$	Mín	Máx	$\pm$
(Conclusão)					
<b>Caracterização Sociodemográfica</b>					
<b>Religião</b>					
Sim	95 (88,0)				
Não	13 (12,0)				

**Legenda:** N= Amostra, %= percentual,  $\bar{X}$  = Média, Mín- Máx= Mínima e máxima,  $\pm$ = Desvio Padrão

(\*) Villanueva (1987).

#### 4.1.3 Caracterização das condições de saúde e hábitos de vida

Em relação a condição de saúde dos usuários, 39,8% mencionaram frequentar uma vez por mês o serviço de saúde, 34,3% possuem morbidades, entre as mais frequentes se destacam a Hipertensão Arterial 44,2%, Mentais 14,0% e Diabetes Mellitus 14,0%. Para os eventos causadores de estresse recente, a maioria declarou que houve situações em uma cronologia de um ano (66,7%), e problemas com o sono (62,0%).

Quanto aos hábitos de vida, notou-se que a maioria dos usuários não fazem consumo de substâncias ilícitas e/ou lícitas (73,1%), não realizam tratamentos psicológicos/psiquiátricos (72,2%) e tratamento alternativo para problemas emocionais (93,5%). A prática de atividade física não é realizada pela maioria dos usuários (59,3%), 67,6% não tem histórico de violência. Observa-se também que em 26,9% há referências de uso de substancias ilícitas, 27,8% fazem tratamento psicológico/psiquiátrico e 32,4% informou histórico de violência (Tabela 3).

**Tabela 3** – Caracterização dos usuários selecionados para comporem os grupos de intervenção segundo dados relacionados a condição de saúde e hábitos de vida. Teresina-PI, 2020. (n=108)

Variáveis	n (%)
(Continua)	
<b>Condições de Saúde</b>	
<b>Frequência que procura o serviço de saúde</b>	
Não costuma frequentar	6 (5,6)
1x na semana	14 (13,0)
1 x no mês	43 (39,8)
2x no mês	15 (13,9)
1 x a cada 3 meses	7 (6,5)
1x a cada 6 meses	14 (13,0)
1 x no ano	9 (8,3)



**Tabela 3** – Caracterização dos usuários selecionados para comporem os grupos de intervenção segundo dados relacionados a condição de saúde e hábitos de vida. Teresina-PI, 2020. (n=108)

(Conclusão)

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Condições de Saúde</b>	
<b>Presença de morbidade</b>	
Sim	37 (34,3)
Não	71 (65,7)
<b>Morbidades*</b>	
Hipertensão	19 (44,2)
Mentais	6 (14,0)
Diabetes Mellitus	6 (14,0)
Gastroenterite	4 (9,3)
Osteomuscular	3 (7,0)
Pulmonar	2 (4,7)
Outros	3 (7,0)
<b>Eventos estressores recentes</b>	
Sim	72 (66,7)
Não	36 (33,6)
<b>Problemas com sono</b>	
Sim	67 (62,0)
Não	41 (38,0)
<b>Hábitos de Vida</b>	
<b>Consumo de substâncias ilícitas/lícitas</b>	
Sim	29 (26,9)
Não	79 (73,1)
<b>Tratamento psicológico/psiquiátrico</b>	
Sim	30 (27,8)
Não	78 (72,2)
<b>Tratamento alternativo para problemas emocionais</b>	
Sim	7 (6,5)
Não	101 (93,5)
<b>Atividade Física</b>	
Sim	44 (40,7)
Não	64 (59,3)
<b>Histórico de violência</b>	
Sim	35 (32,4)
Não	73 (67,6)

**Legenda:** (\*) Múltipla resposta.

## 4.2 Análise Bivariada

### 4.2.1 Comparação dos níveis de sintomas de ansiedade entre os grupos controle e experimental pré e pós intervenção.

O grupo experimental durante o primeiro momento (pré) mostrou que 65,9% usuários apresentaram níveis leve e 34,1% moderado, no segundo momento (pós) houve uma alteração da classificação dos sintomas, com maior prevalência para o nível mínimo, representado por 82,1% usuários, seguido de 14,3% leve e 3,6% moderado. O grupo controle, no primeiro momento (pré), resultou em 67,2% de usuários com níveis leve e 32,8% moderado. Já no segundo momento (pós), também apresentou uma diminuição dos níveis, embora não ter participado da técnica de relaxamento muscular, 38,5% dos usuários com nível mínimo, 43,6% leve e 17,9% moderado (Tabela 4).

A análise bivariada entre os grupos de intervenção e a classificação dos níveis de ansiedade demonstrou por meio do Teste quadrado de Pearson que não há evidência significativa de independência entre os grupos no momento pré-intervenção ( $p=0,707$ ). Quanto ao comportamento dos grupos no momento pós-intervenção há evidência estatística de independência entre os grupos ( $p<0,001$ ). Desta forma, mostra que no primeiro momento os grupos eram homogêneos, e no segundo momento os usuários apresentaram heterogeneidade, independência em relação aos grupos.

**Tabela 4** – Sintomas de ansiedade dos grupos experimental e controle, nos momentos pré e pós-intervenção. Teresina-PI, 2020.

	<b>Grupo Experimental</b>	<b>Grupo Controle</b>	
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>P-valor</b>
<b>Níveis de sintomas de ansiedade (Pré)</b>			<b>0,707*</b>
Leve	27 (65,9)	45 (67,2)	
Moderado	14 (34,1)	22 (32,8)	
<b>Níveis de sintomas de ansiedade (Pós)</b>			<b>&lt;0,001<sup>†</sup></b>
Mínimo	23 (82,1)	15 (38,5)	
Leve	4 (14,3)	17 (43,6)	
Moderado	1 (3,6)	7 (17,9)	

\*Teste quadrado de Pearson

<sup>†</sup>Teste Exato de Fisher

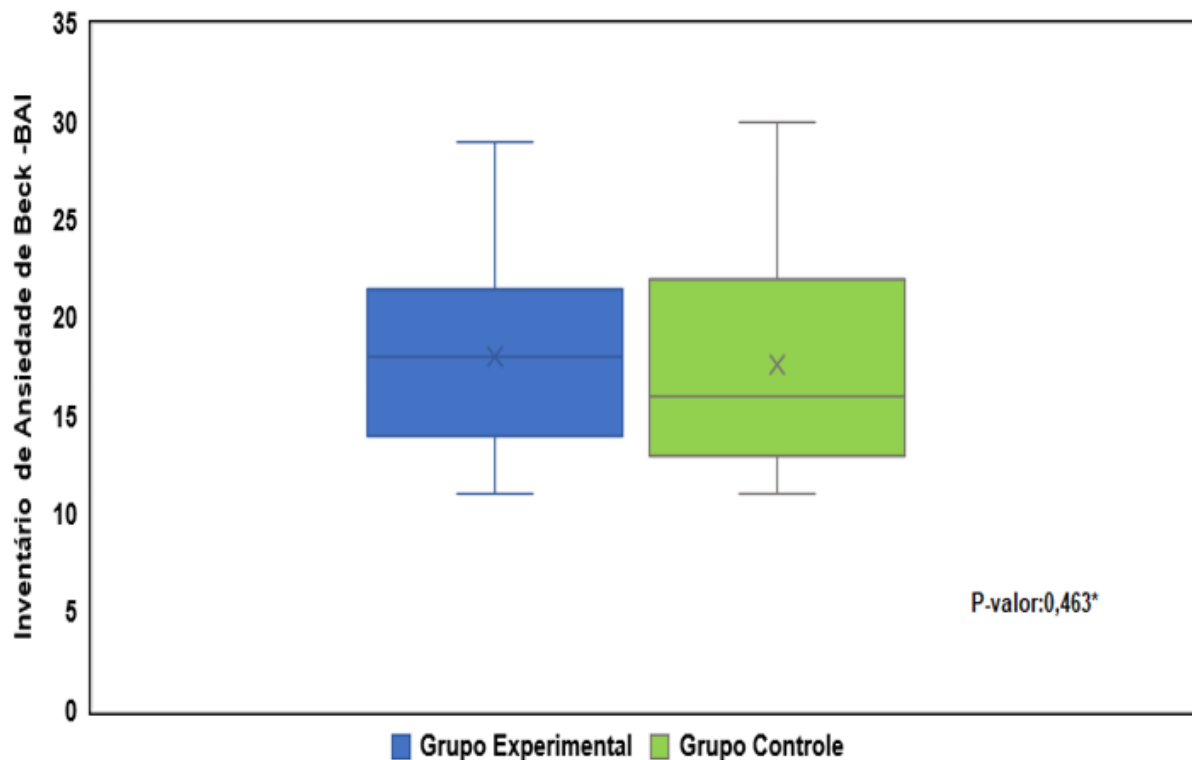
#### 4.2.2 Análise da aplicação da técnica de relaxamento muscular de Jacobson na melhoria dos sintomas de ansiedade nos grupos controle e experimental nos momentos pré e pós-intervenção.

A figura 5 mostra a comparação da média, mediana e desvio padrão do nível de ansiedade leve e moderado obtido pelo BAI durante a pré intervenção, entre os grupos experimental e controle. Tendo um total de 108 usuários, sendo 41 do grupo experimental e 67 do controle.

No grupo experimental resultou em uma média e mediana de 18,00, e desvio padrão de 4,54. No grupo controle obteve-se uma média de 17,64, mediana de 16,00 e desvio padrão de 5,39.

Por meio do Teste não paramétrico U de Mann Whitney os usuários com sintomas de ansiedade, não apresentam diferenças significativas entre os valores medianos (p-valor =0,463), o que demonstra homogeneidade entre eles.

**Figura 5** – Níveis de sintomas de ansiedade entre usuários selecionados para comporem os grupos controle e experimental na pré-intervenção. Teresina-PI, 2020. (n=108)



\*Teste U de Mann Whitney

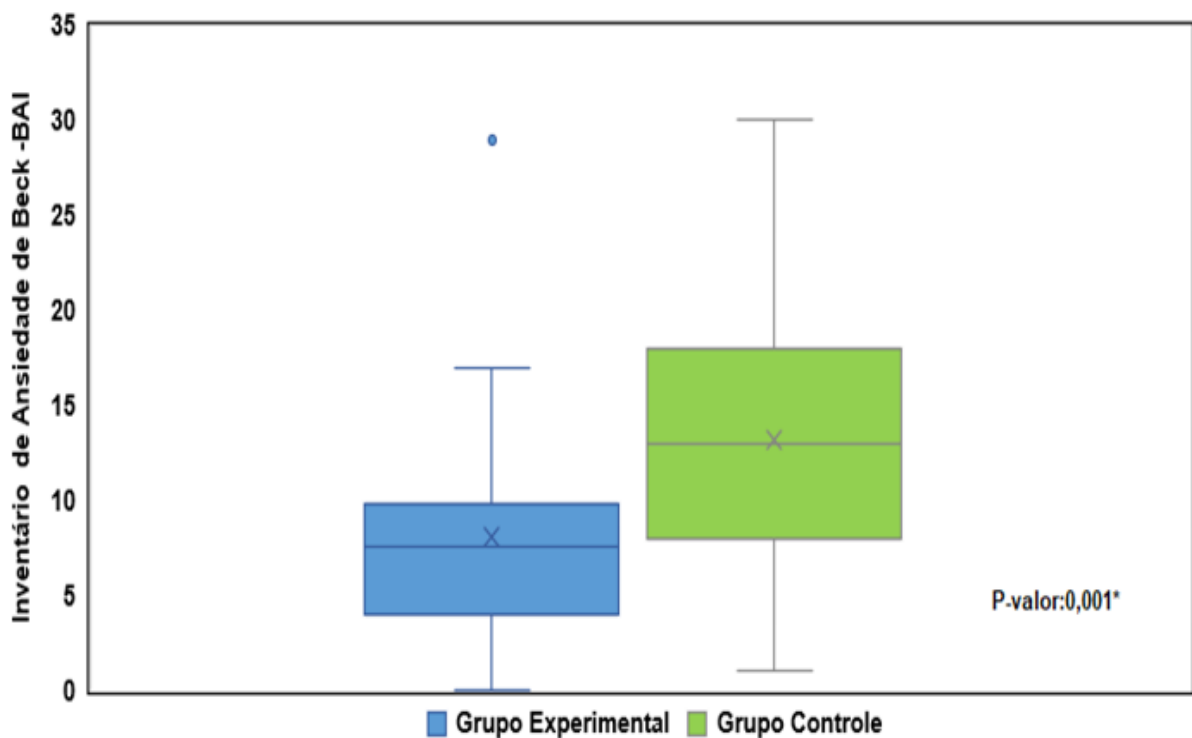
**Legenda:** Grupo experimental:  $\bar{X} = 18$ , Mediana= 18,  $\pm = 4,54$ ; Grupo Controle:  $\bar{X} : 17,64$ , Mediana= 16,  $\pm = 5,39$ ;

No grupo pós-intervenção também se comparou a média, mediana e desvio padrão do escore final do nível de ansiedade entre os grupos experimental e controle. Com um total de 67 usuários, sendo 28 do grupo experimental e 39 do controle, porém, teve-se uma perda de 41 usuários, correspondendo a 37,96% da amostra inicial.

No experimental, resultou uma média de 8,07, mediana de 7,50 e desvio padrão de 6,18. No controle, obteve-se uma média de 13,18, mediana de 13,00 e desvio padrão de 7,011.

O Teste não paramétrico U de Mann Whitney realizado confirmou que existe diferença entre os níveis medianos de sintomas de ansiedade nos grupos experimental e controle (p-valor =0,001), apresentando valores menores no grupo submetido a técnica de relaxamento (Figura 6).

**Figura 6** – Níveis de sintomas de ansiedade entre usuários selecionados para comporem os grupos controle e experimental na pós-intervenção. Teresina-PI, 2019. (n=67)



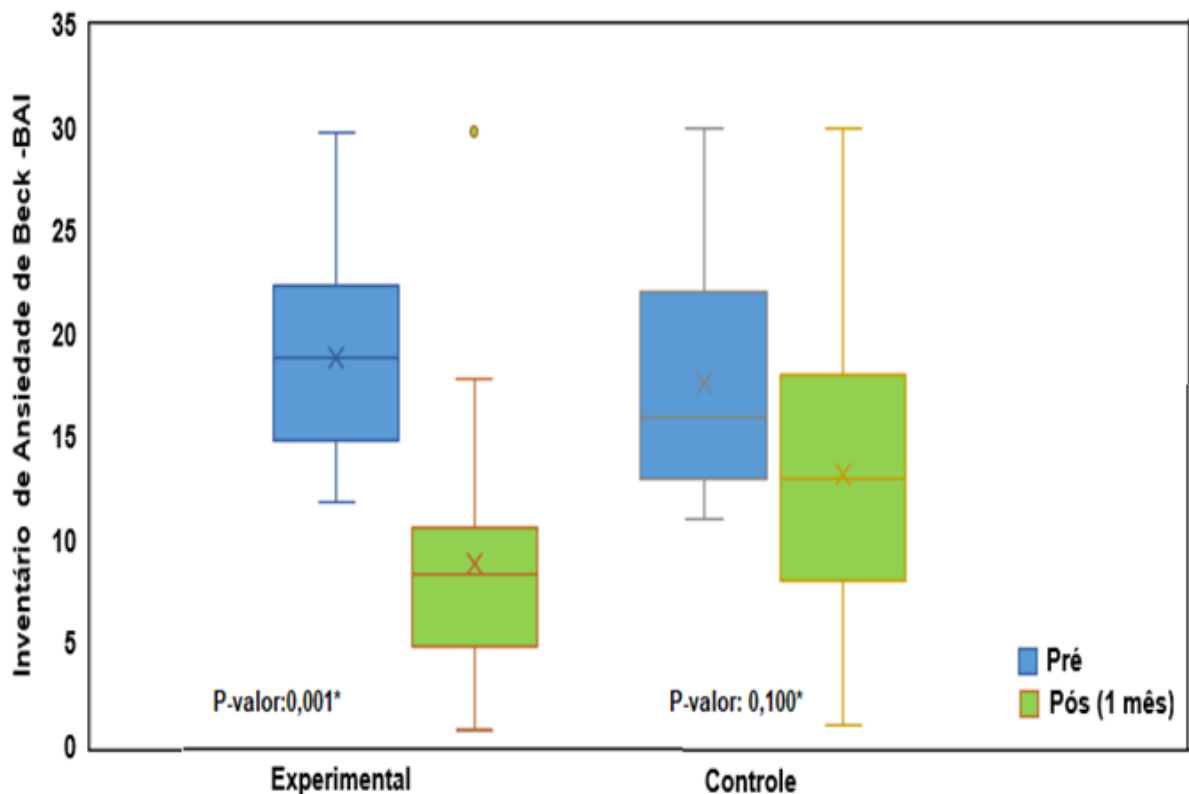
\*Teste U de Mann Whitney

**Legenda:** Grupo experimental:  $\bar{X} = 8,07$ , Mediana= 7,5,  $\pm = 6,18$ ; Grupo Controle:  $\bar{X}$ :13,18, Mediana= 13,  $\pm = 7,011$ ;

#### 4.2.3 Verificação de diferenças de sintomas de ansiedade entre os grupos controle e experimental pré e pós intervenção, segundo sexo, faixa etária, evento estressor e problemas com sono.

Observa-se na figura 7, os níveis de sintomas de ansiedade medianos entre os grupos, no pré e pós intervenção. No grupo submetido à técnica de relaxamento muscular de Jacobson apresentou uma diminuição dos seus escores, passando do nível leve (mediana=17,50) para mínimo (mediana=7,50), diferença confirmada com base no Teste não paramétrico Wilcoxon para grupos pareados ( $p$ -valor $<0,001$ ). No grupo controle observou-se uma diminuição do escore do nível mediano de ansiedade (mediana=16,00), no entanto, os usuários continuaram classificados com ansiedade leve (mediana=13,00). O Teste não paramétrico de Wilcoxon confirmou que a diferença não foi significativa ( $p$ -valor: 0,100).

**Figura 7** – Verificação da melhoria de sintomas de ansiedade dos grupos de intervenção no pré e pós-intervenção. Teresina-PI, 2020.



**Legenda:** Grupo experimental (Mediana): Pré= 17,5, Pós:7,50; Grupo Controle (Mediana):Pré:16, Pós:13,0

\*Teste de Wilcoxon

A tabela 5 mostra os grupos de intervenção nos respectivos momentos (pré e pós). Usuários do grupo experimental rastreados com sintomas leves, tiveram uma diminuição dos níveis medianos de ansiedade, de 16 para 7, de modo semelhante ocorreu com o grupo controle, os níveis medianos passaram de 14 para 12. A análise bivariada de comparação dos grupos durante os momentos mostra diferença significativa na diminuição dos níveis de ansiedade somente no grupo experimental ( $p=0,01$ ). Os rastreados com níveis moderados, apresentaram diminuição nos valores medianos de 22 para 9 no grupo experimental, e 24 para 17 no grupo controle. A análise bivariada do teste de Wilcoxon, mostra evidência estatística que há diferença significativa entre os valores medianos do grupo experimental ( $p=0,011$ ) e do controle ( $p=0,005$ ).

**Tabela 5** – Sintomas de ansiedade leve e moderado entre os grupos de intervenção nos momentos pré e pós. Teresina-PI, 2020.

Níveis de Sintomas		$\bar{X}$	Mediana	$\pm$	P-valor
Leve	<b>Grupo Experimental</b>				<b>0,01</b>
	Pré	15,4	16	2,6	
	Pós	7,5	7	6,9	
	<b>Grupo Controle</b>				0,152
	Pré	14,4	14	2,4	
	Pós	12,0	12	6,6	
Moderado	<b>Grupo Experimental</b>				<b>0,011</b>
	Pré	23,0	22	2,9	
	Pós	9,5	9	4,0	
	<b>Grupo Controle</b>				<b>0,005</b>
	Pré	24,3	24	3,1	
	Pós	15,8	17	7,6	

- Teste de Wilcoxon

Em relação ao sexo, na tabela 6 observou-se que houve uma maior participação do sexo feminino, 90 (83,3%) no momento pré e 58 (86,6%) no momento pós, em contrapartida o masculino, apresentou 18 (16,7%) no pré e 9 (13,4%) no pós. Também constatou uma diminuição dos valores medianos em ambos sexos inseridos em cada grupo. No grupo experimental, o sexo masculino foi representado por 4 (22,2%) usuários no momento pré e somente 1 (11,1%) no pós, havendo uma diminuição do nível mediano de ansiedade, de 17 para 9. No grupo controle, a participação foi de 14 (77,8%) usuários no momento pré e 8 (88,9%) no pós, com redução de 14,5 para 13,5 dos níveis de sintomas de ansiedade. O teste de Wilcoxon demonstrou que não há evidência estatística significativa para a diminuição dos níveis de

ansiedade no grupo controle ( $p=0,271$ ), devido a participação unitária masculina no grupo experimental pós intervenção, não foi possível calcular de maneira confiável a estatística do teste.

Quanto ao sexo feminino, integrados ao grupo experimental, registou 37 (41,1%) usuários no momento pré e 27 (46,6%) no pós, havendo uma diminuição dos níveis medianos de ansiedade de 18,0 para 7,0. No grupo controle tiveram a participação de 53 (58,9%) mulheres no primeiro momento e 31 (53,4%) no segundo. Também se verificou uma diminuição nos níveis ansiosos de 17,0 para 12,0. O resultado do teste Wilcoxon mostra a existência de evidência significativa na diminuição dos níveis medianos de ansiedade somente no grupo experimental ( $p<0,001$ ).

**Tabela 6** – Comparação dos grupos de intervenção nos momentos pré e pós segundo o sexo. Teresina-PI, 2020.

Sexo		$\bar{X}$	Mediana	$\pm$	P-valor
Masculino	<b>Grupo Experimental</b>				-
	N (%)				
	Pré: 04 (22,2)	17,0	17,0	4,4	
	Pós: 01(11,1)	9,0	9,0	-	
	<b>Grupo Controle</b>				0,271
	Pré: 14 (77,8)	16,5	14,5	6,0	
	Pós: 08 (88,9)	15,0	13,5	7,7	
Feminino	<b>Grupo Experimental</b>				<0,001
	Pré: 37 (41,1)	18,1	18,0	4,6	
	Pós: 27 (46,6)	8,0	7,0	6,3	
	<b>Grupo Controle</b>				0,375
	Pré: 53 (58,9)	17,9	17,0	5,2	
	Pós: 31 (53,4)	12,7	12,0	6,9	

- Teste de Wilcoxon

A tabela 7 apresenta a distribuição da faixa etária nos momentos pré e pós dos grupos experimental e controle. Entre a classificação da faixa etária, observou-se uma maior participação dos adultos jovens, 70 (64,8%) no pré e 42 (62,7%) no pós, em relação aos adultos, 38 (35,2%) no pré e 25 (37,3%) no pós, havendo uma diminuição mediana dos níveis de ansiedade em ambos os grupos.

Entre os adultos jovens, o grupo experimental, formado por 27 (38,6%) usuários no pré e 18 (42,8%) no pós, apresentou diminuição significativa ( $p<0,001$ ) entre os escores medianos, de 17 (nível leve) para 7 (nível mínimo).

Comportamento semelhante ocorreu no grupo controle ( $p=0,025$ ), 43 (61,4%) do pré e 24 (57,2%) do pós, com diminuição dos níveis medianos de 18 para 12, no entanto sem alteração da classificação leve de ansiedade.

Nos usuários classificados como adulto maduro, o grupo experimental composto por 14 (36,8%) no pré e 10 (40,0%) no pós, registrou uma diminuição significativa ( $p=0,016$ ) de 10 pontos dos níveis medianos de ansiedade entre os momentos, de 19 (nível leve) para 9 (nível mínimo). No grupo controle, 24 (63,2%) no pré e 15 (60,0%), houve uma diminuição de 15 para 13, diferença significativa ( $p=0,035$ ), mas sem alteração da classificação leve de ansiedade.

**Tabela 7** – Comparação dos grupos de intervenção nos momentos pré e pós segundo a faixa etária. Teresina-PI, 2020.

<b>Faixa Etária</b>		<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Mediana</b>	<b><math>\pm</math></b>	<b>P-valor</b>
<b>Adulto jovem (20 - 39 anos)</b>	<b>Grupo Experimental</b>				<b>&lt;0,001</b>
	<b>N (%)</b>				
	Pré: 27 (38,6)	17,6	17	4	
	Pós: 18 (42,8)	7,2	7	4	
	<b>Grupo Controle</b>				<b>0,025</b>
	Pré: 43 (61,4)	18,4	18	6	
	Pós: 24 (57,2)	13,2	12	8	
<b>Adulto maduro (40 - 59 anos)</b>	<b>Grupo Experimental</b>				<b>0,016</b>
	Pré: 14 (36,8)	18,9	19	5	
	Pós: 10 (40,0)	9,7	9	9	
	<b>Grupo Controle</b>				<b>0,035</b>
	Pré: 24 (63,2)	16,2	15	5	
	Pós: 15 (60,0)	13,2	13	5	

- Teste de Wilcoxon

Quanto aos eventos estressores recentes, maior número de participantes vivenciou essa situação, em ambos momentos. No grupo experimental, 26 (36,1%) participantes no pré e 18 (42,8%) no pós; no controle, 46 (63,9%) no pré e 24 (57,2%) no pós. Entre os usuários que não vivenciaram situação estressora, o grupo experimental totaliza 15 (41,7%) no pré e 10 (40,0%) no pós; no controle, 21 (58,3%) no pré e 15 (60,0%) no pós.

Independentemente da vivência ou do grupo analisado, observou-se uma diminuição descritiva dos valores medianos de sintomas de ansiedade. No grupo experimental os usuários que vivenciaram situação estressora recente os valores medianos diminuiram de 18 (nível leve) para 8 (nível mínimo); no controle de 18 para 14, sem alteração na classificação dos níveis (nível leve).



Entre os participantes que não vivenciaram situação estressora, houve uma diminuição de níveis medianos de ansiedade, de 18 (nível leve) para 6 (nível mínimo) no grupo experimental, e 14 (nível leve) para 12 (nível leve) no controle.

O Teste de Wilcoxon demonstra diferença estatística entre os momentos do grupo experimental ( $p < 0,001$ ) e controle ( $p = 0,03$ ) nos participantes que sofreram situação estressora recente. No grupo que não vivenciou situação estressora recente, somente houve diferença estatisticamente significativa no grupo experimental ( $p = 0,019$ ).

**Tabela 8** – Comparação dos grupos de intervenção nos momentos pré e pós segundo eventos estressores recentes. Teresina-PI, 2020.

<b>Eventos Estressores Recentes</b>		<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Mediana</b>	<b><math>\pm</math></b>	<b>P-valor</b>
<b>Grupo Experimental</b>					<b>&lt;0,001</b>
<b>Sim</b>	<b>N (%)</b>				
	Pré: 26 (36,1)	18,5	18	4	
	Pós: 18 (42,8)	8,3	8	4	
	<b>Grupo Controle</b>				<b>0,03</b>
Pré: 46 (63,9)	18,9	18	6		
Pós: 24 (57,2)	13,8	14	8		
<b>Grupo Experimental</b>					<b>0,019</b>
<b>Não</b>	Pré: 15 (41,7)	17,2	18	5	
	Pós: 10 (40,0)	7,7	6	9	
	<b>Grupo Controle</b>				<b>0,067</b>
	Pré: 21 (58,3)	15	14	4	
Pós: 15 (60,0)	12,2	12	5		

- Teste de Wilcoxon

A tabela 09, descreve os problemas com sono entre os participantes. Aos que afirmaram apresentar problemas, observou-se que no grupo experimental, 24 (35,8%) participaram da pré-intervenção e 19 (47,5%) da pós. No grupo controle, 43 (64,2%) no pré e 21 (52,5%) no pós. Entre os pacientes que não apresentam problemas com sono, o grupo experimental, é formado por 17 (41,5%) participantes no pré e 9 (33,3%) no pós; no controle, 24 (58,5%) no pré e 18 (66,7%) no pós. Em ambos os grupos e momentos, houve uma diminuição descritiva medianos de sintomas de ansiedade.

Aos que afirmaram apresentar problemas com sono, houve uma diminuição dos valores medianos de ansiedade de 19 para 8 no grupo experimental e 18 para 13 no grupo controle, ocorrendo alteração da classificação dos níveis de sintomas de ansiedade somente no grupo experimental. No grupo que afirmaram não apresentar problemas com sono, houve um comportamento semelhante, os valores medianos de sintomas ansiosos diminuíram de 15 para

7 no grupo experimental e 15 para 11 no grupo controle, ocorrendo melhoria na qualidade dos sintomas de ansiedade somente do grupo experimental, passando de leve para mínimo.

O teste de Wilcoxon, mostrou diferença estatística somente no grupo experimental ( $p < 0,001$ ) dos usuários que apresentavam problemas com sono. Nos que negaram apresentar problemas com sono, ambos os grupos, experimental ( $p = 0,012$ ) e Controle ( $p = 0,034$ ), apresentaram diminuição dos níveis medianos significativos.

**Tabela 9** – Comparação dos grupos de intervenção nos momentos pré e pós segundo problemas com sono. Teresina-PI, 2020.

<b>Problemas com sono</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Mediana</b>	<b><math>\pm</math></b>	<b>P-valor</b>
<b>Sim</b>				
	<b>Grupo Experimental</b>			<b>&lt;0,001</b>
	<b>N (%)</b>			
	Pré: 24 (35,8)	19	19	5
	Pós: 19 (47,5)	9,2	8	6
	<b>Grupo Controle</b>			<b>0,058</b>
	Pré: 43 (64,2)	18,4	18	5
	Pós: 21 (52,5)	14,9	13	7
<b>Não</b>				
	<b>Grupo Experimental</b>			<b>0,012</b>
	Pré: 17 (41,5)	16,5	15	4
	Pós: 09 (33,3)	5,7	7	6
	<b>Grupo Controle</b>			<b>0,034</b>
	Pré: 24 (58,5)	16,2	15	5
	Pós: 18 (66,7)	11,2	11	7

- Teste de Wilcoxon

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados levantados neste estudo mostram que todos os pesquisados apresentaram sintomas de ansiedade. Quando se analisou a distribuição por nível constatou-se que 68,1% apresentaram nível mínimo, 18,4% leve, 9,2% moderado e 4,3% grave. Levando em consideração a prevalência por sexo, tanto o masculino quanto o feminino tiveram maior percentual de sintomas mínimos. Entretanto, as mulheres apresentaram maior percentual de sintomas de ansiedade nos níveis, leve, moderado e grave.

Para comporem os grupos (controle/intervenção), levou-se em consideração somente a presença de sintomatologia leve e moderada, sendo, portanto, preponderante a presença das mulheres nos grupos. O perfil sociodemográfico mostrou mulheres com média de 35 anos de idade, casadas, com filhos, cor parda, média de 10 anos de estudo, renda mensal de até dois salários mínimos, mas sem trabalho formal e seguidoras e/ou praticantes de religião. Esses dados corroboram com outros estudos realizados na atenção primária (MOURA *et al.*, 2018; FERNANDES *et al.*, 2018; PEDROSA; COUTO; LUCESSE, 2017; CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016).

Dados globais da Organização Mundial de Saúde (OMS), levantados em 2015, constataam que 264 milhões de pessoas em todo o mundo apresentavam algum transtorno de ansiedade, sendo mais comum entre mulheres. No Brasil cerca de 9,3% da população é afetada pela ansiedade (WHO, 2017).

A ansiedade é uma das formas mais frequentes do adoecimento mental associada a trajetória de vida, condições sociais e ambientais (VELOSO *et al.*, 2016). Nesse sentido, vários estudos têm demonstrado estreita relação da ansiedade com baixo nível socioeconômico, poucos anos de estudo, desempregados, uso de substâncias e com histórico de doenças crônicas (COSTA *et al.*, 2019; MERAKOU *et al.*, 2019; HAJEBI *et al.*, 2018).

Quanto às condições de saúde e hábitos de vida dos participantes dos grupos, o estudo mostrou que a frequência ao serviço de saúde é baixa, muito embora relatem morbidades, como hipertensão arterial, problemas mentais e diabetes mellitus. Condições essas consideradas crônicas, muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e que vem sendo um grande desafio para as equipes da atenção básica, pois envolve além dos profissionais, o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

Para os eventos causadores de estresse recente, a maioria declarou que houve situações em uma cronologia de um ano (66,7%), e problemas com o sono (62,0%). Identificou-se

também que a maioria dos participantes não executava atividades físicas regulares. Stănescu (2014) coloca que a prática de atividade física regular tem um papel importante no gerenciamento da intensidade dos níveis de ansiedade, pois podem experimentar sinais sugestivos de melhora do quadro clínico por meio de treinamento físico, meditação e relaxamento.

Nos grupos estudados constatou-se um histórico de violência. Muitos atos de violência ocorrem no interior dos lares domésticos, geralmente associados a diversos fatores, como o uso e abuso de substâncias ilícitas e/ou lícitas, em efeito do estresse, situações de desemprego, ciúmes, dentre outros. Estes fatores interferem negativamente na saúde mental do ser humano, na sua integridade física, moral e social, além de desencadear sintomas de ansiedade (COSTA *et al.*, 2019; BITTAR; KOHLSDORF, 2013).

Problemas com a saúde mental requer altos custos econômicos para atenuar os problemas. Essa condição de saúde pode proporcionar diversas situações onerosas desde problemas relacionados a relacionamento interpessoal no âmbito social, no trabalho, isolamento social até o agravamento da situação de saúde. As repercussões que impactam negativamente envolvem a dificuldade de manutenção do emprego, absenteísmo do trabalho e um aumento no custo dos serviços sociais e de saúde (CORBETT; EGAN; PILCH, 2019).

Estimar intervenção para sanar problemas e atender às necessidades de saúde mental da população requer uma abordagem inovadora, flexível, econômica e abrangente e a técnica de relaxamento, além de financeiramente viável, tem apresentado um nível de evidência elevado para mitigar esse impasse.

Para a aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson neste estudo comparou-se os níveis de ansiedade entre os grupos. Inicialmente os grupos pré-intervenção apresentaram homogeneidade em relação as características, fator necessário para ensaios clínicos. No segundo momento, houve predomínios de níveis baixos de ansiedade em ambos os grupos interventivos. No entanto, em uma análise mais profunda, foi observado uma heterogeneidade e independência entre os resultados apresentados nos grupos submetidos ou não a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson. Portanto, os grupos na pré-intervenção apresentam características semelhantes, em contrapartida, os grupos no momento pós-intervenção mostraram comportamentos diferentes em relação aos níveis de ansiedade, com maior predomínio para o nível mínimo no grupo experimental, e nível mínimo e leve no grupo controle.

Nos estudos de ensaios clínicos, a uniformização para os grupos interventivos, nos permite eliminar possíveis vieses, garantido um padrão de excelência na avaliação do efeito

interventivo, deste modo, a única diferença entre eles seja a intervenção em si, podendo-se, assim, avaliar o impacto na ocorrência do desfecho em um grupo sobre o outro (NEDEL; SILVEIRA, 2016).

Em relação aos escores dos níveis de ansiedade no momento pré intervenção, o grupo controle e experimental, apresentaram a uniformidade esperada. Enquanto no momento pós-intervenção, observou disparidade entre os grupos, com valores medianos de ansiedade menores no grupo submetido a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson. Hulley *et al.* (2015) reforçam a importância da homogeneidade inicial em estudos clínicos, fortalecendo a validade interna.

No âmbito brasileiro, estudos realizados com o intuito de averiguar a efetividade da técnica do relaxamento muscular progressivo de Jacobson como intervenção para minimizar níveis de ansiedade, estresse e qualidade de vida, identificou que esse método foi eficaz, pois com a utilização desses constructos foi possível identificar diminuição dos sintomas no momento pós-intervenção (FREITAS; CALAIS; CARDOSO, 2018; NOVAIS *et al.*, 2016; FREITAS, 2015; ARAÚJO, 2013).

Nesta perspectiva, os resultados deste estudo também mostraram a melhoria efetiva dos sintomas de ansiedade nos participantes submetidos a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, enquanto os participantes do grupo controle, mesmo com variação dos níveis de ansiedade entre os momentos, não apresentaram diferença expressiva.

A intervenção por meio de técnicas de relaxamento tem se mostrado eficiente para melhora dos problemas que afetam a saúde mental. Na atenção primária à saúde essa intervenção pode ser utilizada como estratégia de enfrentamento melhorando as interfaces dos efeitos fisiológicos atrelados a ansiedade, aumentando a atividade do sistema nervoso parassimpático e diminuindo a do sistema nervoso simpático (CORBETT; EGAN; PILCH, 2019; TSITSI *et al.*, 2017; TORABIZADEH; BOSTANI; SHAHRZAD, 2016; CHAVES *et al.*, 2015).

Estudo realizado em países desenvolvidos como a Grécia e Portugal apontaram resultados semelhantes, no qual o relaxamento muscular de Jacobson foi efetivo para minimizar os níveis de ansiedade. Nestes países esta técnica é utilizada dentro dos serviços de saúde, em programas intitulados de gerenciamento de estresse e ansiedade (MERAKOU *et al.*, 2019; MENDES, 2017). De forma similar, pesquisa realizada em país em desenvolvimento como a Índia identificou que a aplicação da técnica de relaxamento em pacientes com problemas psicopatológicos, como ansiedade e depressão, apresentou declínio nos seus níveis após sessões (SURI; MANJU, 2018).

Nesse sentido, os sentimentos imbuídos na prática dessa técnica, envolve a sensação de bem-estar com diminuição da excitação neurológica, aguça sentimentos e emoções positivas proporcionando o relaxamento, alegria, otimismo, revigoração e amorosidade, interferindo nos sistemas comportamentais, afetivos, sensoriais e cognitivos, mitigando os sintomas de ansiedade e a tensão psicológica (PIYANEE *et al.*, 2015).

Observou-se ainda que os participantes do grupo experimental tiveram uma diminuição significativa dos níveis medianos de ansiedade quanto aos que apresentaram sintomas leves ( $p=0,01$ ), sexo feminino ( $p<0,001$ ) e adultos jovens ( $p<0,001$ ), além dos que vivenciaram situações estressantes no último ano ( $p=0,019$ ) e que apresentavam problemas com sono ( $p<0,001$ ).

Em relação aos sintomas iniciais dos participantes no momento pré intervenção, mostrou que a técnica de relaxamento de Jacobson é mais efetiva nos usuários que iniciaram o estudo com sintomas leves de ansiedade, visto que somente o grupo submetido a técnica (experimental) apresenta diminuição efetiva do nível de ansiedade no momento pós-intervenção ( $p=0,01$ ). Por outro lado, os usuários que iniciaram o estudo com sintomas moderados, ambos os grupos (experimental e controle) apresentaram melhoria significativa dos níveis no momento pós-intervenção, porém, este resultado, pode não está relacionado a técnica.

Estudos realizados corroboram com estes achados, apontando a efetividade da técnica de relaxamento muscular em participantes com sintomas leves de ansiedade, enquanto pacientes com níveis mais elevados, a técnica não contribuiu de maneira significativa na melhoria dos níveis ansiosos (PEDROSA; COUTO; LUCHESSA, 2017; LUFIEGO, 2017; MULLER; HAMMILL; HERMANN, 2016; NOVAIS, 2015; ARAÚJO, 2013).

Pinheiro (2018) e Townsend (2011) afirmam que pacientes com sintomas leves de ansiedade apresentam um aumento da concentração, refletindo no grau de motivação, por outro lado, indivíduos com níveis moderados e graves, vivenciam sensação de insatisfação, podendo manifestar a incapacidade de relações interpessoais, medo e repugnância.

Quanto ao sexo dos participantes, este estudo mostrou uma maior participação feminina durante a pesquisa. A aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson se mostrou eficaz na melhoria dos sintomas ansiosos no sexo feminino, visto que somente as participantes do grupo experimental obtiveram uma diminuição estatisticamente significativo. Entre os participantes do sexo masculino, devido à pouca participação desse sexo, não foi possível avaliar a efetividade da técnica, resultado este, que reflete a resistência dos homens na busca pelos cuidados nos serviços de saúde.

Estudos realizados com sessões da técnica de relaxamento muscular progressivo para sintomas de ansiedade em mulheres também apontou diferenças significativas entre os grupos de intervenção e controle, com diminuição dos escores de ansiedade após a técnica (ESSA; ISMAIL; HASSAN, 2017; ASTUTI; ANGGOROWATI; JOHAN, 2017)

De acordo com Adam, Ramli e Shahar (2016) as mulheres exibem maior prevalência de sintomas de ansiedade, quando comparada aos homens, pois estas apresentam uma carga de responsabilidade maior nos diversos aspectos biopsicossociocultural, além de assumir a responsabilidade do cuidado, deixando-a mais vulnerável ao adoecimento mental. Além de serem mais assídua no serviço de saúde, as mulheres são mais susceptíveis a intervenções disponíveis no serviço quando equiparada ao sexo masculino.

A importância cultural do papel da mulher na sociedade tem reflexos até os dias atuais, a implementação do cuidado é inerente ao sexo feminino, as raízes culturais atreladas a importância do cuidar está imbricada nos preceitos da mulher deixando-as mais susceptíveis a intervenção farmacológicas e não farmacológicas, existe uma sensibilização da importância de realizar prevenção, tratamento e reabilitação.

No que tange à idade dos participantes, identificou-se uma diminuição significativa em ambas faixas etárias nos grupos interventivos. Evidenciou-se redução mais efetiva nos grupos submetidos a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, com alteração da classificação dos sintomas de ansiedade de leve para mínimo.

Estudos corroboram os resultados encontrados nesta pesquisa, ao mostrarem que a faixa etária adulta alcança benefícios maiores com a introdução de técnicas de relaxamento, quando comparado a idades mais avançadas (idosos). Conjectura-se que com o passar do tempo as pessoas tem dificuldade de estabelecer estratégias de coping, dificultando o bom funcionamento do corpo (WILCZYŃSKA *et al.*, 2019; CORBETT; EGAN; PILCH, 2019).

De acordo com Wilczyńska *et al.* (2019) o corpo diminui o mecanismo fisiológico de auto-regulação desencadeando distúrbios no seu funcionamento normal. Esses distúrbios envolvem dificuldade de relaxamento, elevação da tensão muscular, deterioração da circulação sanguínea, surgimento de alterações fisiológicas, como presença de formigamento, frio, fadiga mais rápida e lentidão, falta de ar, diminuição dos processos de pensamento e até o desenvolvimento de doenças psicossomáticas.

No que concerne aos eventos estressores recentes, a maioria dos participantes do presente estudo vivenciaram situações estressantes no último ano. Para estes, os participantes submetidos ao relaxamento muscular, apresentaram melhoria significativa da classificação dos sintomas de ansiedade, situação que não ocorreu com o grupo controle, mesmo com uma

diminuição significativa dos níveis de ansiedade, não houve alteração na classificação de ansiedade dos participantes. Em contrapartida, os participantes que não sofreram evento estressores recentes, a técnica se mostrou efetiva no grupo experimental, com diminuição dos níveis e classificação dos sintomas ansiosos.

Neste sentido, estudos semelhantes comprovam que a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson tem assegurado resultados mais consistentes em pacientes com sintomas de ansiedade não associadas a situações estressoras (FELIX *et al.*, 2018; FREITAS, 2015). Os estudos de Novais *et al.* (2016) e Kestenberg *et al.* (2014) reforçam que os sintomas de ansiedade, associados aos eventos estressores, potencializam o quadro clínico dos pacientes, sendo necessário um tratamento combinado com técnicas farmacológicas.

Segundo Fernandes *et al.* (2017) e Novais *et al.* (2016) o estresse é um dos problemas que mais acomete a vida do ser humano, interferindo no seu organismo por conta das tensões diárias do ciclo social, familiar e profissional.

Nessa pesquisa também foi possível identificar que a maioria dos participantes apresentaram problema com sono. Aos que afirmaram vivenciar problemas com sono, somente os participantes submetidos à técnica de relaxamento obtiveram melhoria significativa dos níveis de sintomas de ansiedade entre os momentos. Nos participantes que afirmaram não possuir problemas com sono, ambos os grupos apresentaram diminuição significativa dos níveis de ansiedade, mas, somente os participantes submetidos a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, obteve redução da classificação dos níveis de ansiedade.

Corroborando o presente estudo, Sarraf *et al.* (2014) colocam que os sintomas de ansiedade interferem negativamente na qualidade do sono. Novais (2015) mostrou que a técnica de relaxamento muscular é eficaz na melhoria da qualidade do sono e conseqüentemente na diminuição dos sintomas ansiosos no grupo experimental, quando comparado com o grupo controle.

Estudos realizados por İbrahimoglu e Kanan (2017), Oliveira *et al.* (2018), Devmurari e Nagrale (2018) afirmam que a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson garante uma melhora do sono permitindo que um descanso profundo forneça mais energia e disposição para o desenvolvimento das atividades da vida diária e uma sensação de renovação. O relaxamento muscular reduz a tensão fisiológica bloqueando o surgimento de respostas ansiosas, oportunizando sentimentos de paz, alívio e melhor qualidade (HARORANIA *et al.*, 2019; DOMINGUES, 2016; NOVAIS, 2015).



## 6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, constatou-se que a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson mostrou-se eficaz, pois esta garantiu a redução dos níveis de ansiedade em adultos rastreados inicialmente com sintomas leves e moderados, em mulheres e em ambas as faixas etária (adultos jovens e maduros). A técnica se mostrou efetiva para indivíduos que vivenciaram ou não eventos estressores recentes, como também problemas com o sono.

Essa técnica é uma estratégia interventiva simples, de fácil acessibilidade, de baixo custo, podendo ser realizada durante os atendimentos nas UBS ou realizada pelo próprio paciente em seu domicílio, proporcionando maior autonomia e contribuindo para a melhoria da SM.

A hipótese levantada nesta tese foi confirmada, pois a aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson produz melhorias de sintomas de ansiedade no grupo pesquisado.

Diante desse resultado, recomenda-se que os profissionais da eSF, em especial o enfermeiro, adotem essa estratégia interventiva como medida de promoção da saúde dentro de seu território, uma vez que esses problemas de ansiedade são comuns e presentes nesse serviço, além disso é importante a utilização de instrumentos recomendados pela literatura que realizem a mensuração dessa sintomatologia, como por exemplo o BAI, além do que esta prática fortalece o exercício profissional do enfermeiro na atenção básica.

Apesar de todo rigor na condução desse estudo, algumas limitações podem ser apontadas, como a participação dos indivíduos na intervenção, haja a vista evasão tanto do grupo experimental, quanto do controle. Alguns fatores podem ter contribuído para isso, como duração, local e horário das sessões.

Há ainda também a limitação que se refere aos profissionais que realizaram a intervenção, embora a técnica ser descrita detalhadamente, podem ter sido realizadas de forma diferente. Então, apesar de algumas limitações, o presente estudo contribuiu para o rastreamento dos sintomas de ansiedade e mostrou que a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson foi eficaz para a melhoria dos usuários com sintomas ansiedade.

Desse modo, acredita-se que os resultados desta tese contribuam na produção de conhecimentos para os alunos da graduação, pós-graduação e profissionais da UBS envolvidos com a temática sobre a importância de utilizar na prática profissional a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, como forma de colaborar no enfrentamento dessa problemática.

## REFERÊNCIAS

- ABRASME. **Associação Brasileira de Saúde Mental**. 2018. Disponível em: <<http://www.abrasme.org.br/filiacao>>. Acesso em: 16 Ago. 2018.
- ABREU, P. R.; ABREU, J. H. S. S. Ativação comportamental: Apresentando um protocolo integrador no tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 12, n. 3, p. 238-259, 2017. Disponível em: <<http://usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/1065>>. Acesso em: 04 fev. 2018.
- ADAM, D.; RAMLI, A.; SHAHAR, S.; Effectiveness of a Combined Dance and Relaxation Intervention on Reducing Anxiety and Depression and Improving Quality of Life among the Cognitively Impaired Elderly. **Sultan Qaboos Univ Med J**. v. 16, n. 1, p. 47-53, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26909213>>. Acesso em: 18 dez. 2019.
- ARAÚJO, W. S. de. **Efeitos da intervenção de enfermagem-relaxamento nos níveis de ansiedade e de depressão em gestantes de alto risco**. 2013. Dissertação (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. Disponível em: <[http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_6024 DISSERTACAO%20WANDA.pdf](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_6024 DISSERTACAO%20WANDA.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2019.
- ASTUTI, A.; ANGGOROWATI.; JOHAN, A. Effect of progressive muscular relaxation on anxiety Levels in patients with chronic kidney disease Undergoing hemodialysis in the general hospital of Tugurejo semarang, indonesia. **Belitung Nursing Journal**. v. 3, n. 4, p. 383-389, 2017. Disponível em: <[file:///c:/users/aline/downloads/effect\\_of\\_progressive\\_muscular\\_relaxation\\_on\\_anxie.pdf](file:///c:/users/aline/downloads/effect_of_progressive_muscular_relaxation_on_anxie.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2019.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- ANGELINI, C. R.; CACCIA-BAVA, M. C. G. A gente sente que precisa e pode: os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. **Rev Bras Med Fam. Comunidade**, v. 10, n. 36, p. 1-9, 2015. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1033/733>>. Acesso em: 21 mar. 2018.
- ANTUNES, J. L. F. Intervenções em saúde pública e seu impacto nas desigualdades sociais em saúde. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 27, n. 1, p. 161-175, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v27n1/0103-2070-ts-27-01-00161.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2018.
- ASSIS, M. M. A. et al. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 68, n. 2, p. 333-8, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0333.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

ÁVILA, M. B.; SINIAK, D. S. Ações de saúde mental desenvolvidas em uma estratégia saúde da família. **Rev Enferm UFSM**, v. 7, n. 3, p. 388-397, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-8145201100040015.pdf](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8145201100040015.pdf)>. Acesso em: 23 nov. 2017.

BALDWIN, D. S. et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association of Psychopharmacology. **J Psychopharmacol**. v. 28, n. 5, p:403-39, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24713617>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

BATISTA, J. I.; OLIVEIRA, A. Efeitos psicofisiológicos do exercício físico em pacientes com transtorno de ansiedade e depressão. **Corpo consciência**. v.19, n.3, p. 01-10, 2015. Disponível em: <<http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/corpoconsciencia/article/view/3974/2886>>. Acesso em: 21 fev. 2018.

BECK, A. T.; STEER, R. A. **Beck Anxiety Inventory**. Manual. San Antonio: Psychological Corporation, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v26n2/10.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

BITTAR, D.; KOHLSDORF, M. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. **Psicol. Argum.** v. 31, n. 74, p. 447-456, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20447/19707>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRAGA, L. C. D., CARVALHO, L. R. D., E BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência e Saúde coletiva**, v. 15 (suppl.1), p. 1585-1596, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/070.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humano. **Resolução 466 /2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 12 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, 2011c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 3/2020**. Dispõe sobre Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020**. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, 2020. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079>>. Acesso em: 26 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar, sim. Excluir, não.** 1. ed. Brasília, 2001b. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf)>. Acesso em: 22 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001a. Disponível em: <<http://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N° 154, de 24 de janeiro de 2008.** Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)>. Acesso em: 22 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/downloads/PNAB.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 26 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso em: 16 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Nota Técnica N° 11/2019.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 1994. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf)>. Acesso em: 27 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental.** Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab34>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_saude\\_mental\\_1990\\_2004\\_5ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf)>. Acesso em: 17 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab3\\_5.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab3_5.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2020.

CABRAL, T. M. N.; ALBUQUERQUE, P. C. de. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 159-171, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00159.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

CARVALHO, M. B. Transtornos de ansiedade e assistência de enfermagem. In **Psiquiatria para a enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2012.

CARVALHO, D. B.; ARAÚJO, T. M.; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Rev. bras. saúde ocup.** v. 41, n. 17, p. 1-13, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e17.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

CHAVES, E. C. L. et al. Ansiedade e espiritualidade em estudantes universitários: um estudo transversal. **Rev. Bras. Enferm.** v. 68, n. 3, p. 504-509, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0504.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

CORBETT, C.; EGAN, J.; PILCH, M. A randomised comparison of two ‘Stress Control’ programmes: Progressive Muscle Relaxation versus Mindfulness Body Scan. **Mental Health & Prevention**. v.15, n. 9, p. 163-200, 2019. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212657018300618?via%3Dihub>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

COSTA, C. O. da. et al. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **J Bras. Psiquiatr.** v. 68, n. 2, p. 92-100, 2019. Disponível em:<<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20447/19707>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

CASTAÑEDA, C. et al. Factores sociodemográficos y hospitalarios relacionados con el nivel de ansiedad en familiares con pacientes pediátricos. **Enfermería Universitaria**, v.12, n. 3. p. 102-109, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000391>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

CHAVES NETO, G. C. et al. Avaliação da ansiedade em enfermeiros da atenção básica. **Rev enferm UFPE online**, v. 8, n. 12, p. 4345-52, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10182/10729>>. Acesso em: 16 set. 2017.

CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2017.

COSTA, T. S. et al. Intensidade e sintomas depressivos em usuários da estratégia saúde da família. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 5, n. 3, p. 47-56, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/3521>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

COUTINHO, L. M. S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 9, p. 1875-83, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1875.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DAVIS, M.; ROBBINS, E.; ESHELMAN, M. C. K. A. **Manual de relaxamento e redução do stress**. São Paulo: Summus, 1996.

DEVMURARI, D.; NAGRALE, S. Maternal and fetal outcomes in pregnancy complicated by fibroid uterus. **Indian Journal of Obstetrics and Gynecology Research**. v. 6, n. 4, p. 435-439, 2018. Disponível em: <<https://www.innovativepublication.com/journal/IJOGR>>. Acesso em: 18 dez. 2019.

DOMINGUES, H. E. D. **Reabilitação Psicossocial do Doente com Depressão**. 2016. Dissertação (Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria) – Universidade de Évora, Portugal. Disponível em: <<https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/18838>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

ESLABÃO, A. D. et al. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 1, p. 1-8, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170160973.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

ESSA, R. M.; ISMAIL, N. I. A. A.; HASSAN, N. I. Effect of progressive muscle relaxation techniques on stress, anxiety, and depression after hysterectomy. **Journal of Nursing Education and Practice**, v. 7, n. 7, p. 77-86, 2017. Disponível em: <<http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/9987/6783>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

FELIX, M. M. S. et al. Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: a randomized clinical trial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 26, n. e3101, p. 1-10, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e3101.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3101.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2020.

FERNANDES, M. A. et al. Prevalence of anxious and depressive symptoms in college students of a public institution. **Rev. Bras. Enferm**. v. 71, suppl. 5, p. 2169-75, 2018.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/0034-7167-reben-71-s5-2169.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

FERNANDES, G. B. **O relaxamento como terapia complementar em portadores de hanseníase e seu efeito na percepção da dor e na variabilidade da frequência cardíaca.** 2015. Dissertação (Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo. Disponível em: <<http://bdtd.famerp.br/handle/tede/261>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

FINELLI, L. A. C. Nível de ansiedade e depressão em servidores públicos da área da educação na cidade de Montes Claros/MG. **Revista Bionorte**, v. 4, n. 2, p. 85-96, 2015. Disponível em: <[http://www.revistabionorte.com.br/arquivos\\_up/artigos/a62.pdf](http://www.revistabionorte.com.br/arquivos_up/artigos/a62.pdf)>. Acesso em: 14 fev. 2018.

FERNANDES, M. A. et al. Transtornos de ansiedade: vivências de usuários de um ambulatório especializado em saúde mental. **Rev. Enferm UFPE**, v. 11, n. 10, p. 3836-44, 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/Aline/Downloads/25366-69610-1-PB.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

FREITAS, G. R. **Estresse, ansiedade e qualidade de vida em professores: efeitos do relaxamento progressivo.** 2015. Dissertação (Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/135941/000858348.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

FREITAS, G. R.; CALAIS, S. L.; CARDOSO, H. F. Estresse, ansiedade e qualidade de vida em professores: efeitos do relaxamento progressivo. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 22, n. 2, p. 319-326, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v22n2/2175-3539-pee-22-02-319.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. **A mente vencendo o humor:** mude como você se sente, mudando o modo como você pensa. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GUIMARÃES, A. M. V. et al. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência sobre as fobias específicas e a importância da ajuda psicológica. **Ciências Biológicas e da Saúde**. V. 3, n. 1, p. 115-128, 2015.

HILÁRIO, L. D. **Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) - Centro Universitário Univates de Lajeado, Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/1185/1/2015LetíciaDiasHilario.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

HAJEBI, A. et al. Major Anxiety Disorders in Iran: prevalence, sociodemographic correlates and service utilization. **BMC Psychiatry**, v. 1, n. 8, p. 261-266, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30126386>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

HARORANIA, M. et al. The effect of progressive muscle relaxation on anxiety and sleep quality in burn patients: A randomized clinical trial. **JBUR. Burns**. v.18, n. 7, p. 5994-7, 2019. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305417919306333>>. Acesso em: 14 jan. 2020.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a Pesquisa Clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Piauí: dados sociodemográficos e econômicos**. Brasília, 2018. Disponível em: <[https://ww2.ibge.gov.br/home/disseminacao/locaisdeatendimento/locais\\_atendimento.php?uf=pi](https://ww2.ibge.gov.br/home/disseminacao/locaisdeatendimento/locais_atendimento.php?uf=pi)>. Acesso em: 26 dez. 2018.

IBIAPINA, A. R. S. Oficinas Terapêuticas e as mudanças sociais em portadores de transtorno mental. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 3, p. 1-8, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0375.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0375.pdf)>. Acesso em: 16 set. 2017.

İBRAHIMOĞLU, Ö.; KANAN, N. The Effect of Progressive Muscle Relaxation Exercises After Endotracheal Extubation on Vital Signs and Anxiety Level in Open Heart Surgery Patients. **Turk J Intense Care**. v. 15, n. 1, p. 98-106, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/321169954>>. Acesso em: 18 dez. 2019.

JACOBSON, E. **You must to relax**. 5 ed. Unwin Paperbacks, 1976.

JORGE, M. A. S. Introdução à Psicopatologia e aos Transtornos Mentais. In **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014.

JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014.

KESTENBERG, C. C. F. et al. Estresse em graduando de enfermagem: técnicas de relaxamento para lidar com fatores estressores. **Interagir: pensando a extensão**, n. 17-19, p. 37-43, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/13565/10375>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

LOPES, A. C. **Diagnóstico e tratamento**. Barueri, SP: Manole, 2006.

LUFIEGO, C. A. F. **Avaliação da eficácia da técnica de relaxamento com imagem guiada em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico**. 2017. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <[http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/7580/2/lufiego\\_claudia\\_%20adriana\\_%20facco\\_%20tese.pdf](http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/7580/2/lufiego_claudia_%20adriana_%20facco_%20tese.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2020.

MACHADO, A. L. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 2, p. 483-491, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000200024&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000200024&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 16 nov. 2017.

MACHADO, F. R. S.; FONSECA, A.F.; BORGES, C. F. In **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014.



MADEIRA T.C.S. et al. Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da Atenção Primária em Saúde. **Rev. APS**, v.16, n.4, p.393-398, 2013. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1895/762>>. Acesso em: 16 set. 2017.

MAFTUM, M. A. et al. Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem. **Rev Fund Care Online**, v.9, n. 2, p. 309-314, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3626>>. Acesso em: 16 set. 2017.

MANZONI, G. M. Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. **BMC Psychiatry**, v. 8, n. 41, p. 1-15, 2008. Disponível em: <<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-41>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na atenção primária à saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad. Saúde Colet.**, v.24, n. 1, p. 124-130, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-124.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

MORELI, L. **Efeito da música sobre o estresse em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico**: um estudo quase- experimental. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07012015-144838/pt-br.php>>. Acesso em: 16 set. 2017.

MOSSINI, c.; BOING, A. C. Promoção à saúde do idoso através de grupo educativo, uma experiência na atenção básica de saúde. **Sau. & Transf. Soc.**, v.6, n.1, p.143-155, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Aline/Downloads/22714-69489-1-PB.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

MOURA, A. et al. Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [online]**. n.19, p.17-26, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n19/n19a03.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

MEUMANN, S. M. F. **Doença de Alzheimer**: intervenção psicoeducativa para familiares cuidadores. 2014. Doutorado (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife. Disponível em: <[http://www.unicap.br/tede/tde\\_arquivos/12/TDE-2015-03-26T191501Z-732/Publico/solange\\_maria\\_freire\\_neumann.pdf](http://www.unicap.br/tede/tde_arquivos/12/TDE-2015-03-26T191501Z-732/Publico/solange_maria_freire_neumann.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2019.

MENDES, M. J. V.P. S. **Estudo sobre o papel da função cognitiva nos resultados de um treino de relaxamento progressivo de Jacobson em pacientes com esquizofrenia com sintomas de ansiedade**. 2017. Dissertação (Dissertação de Mestrado em Psicologia) – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Lisboa. Disponível

em:<<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/8304/Versao%20-%20Final.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

MERAKOU K., et al. The Effect of Progressive Muscle Relaxation on Emotional Competence: Depression–Anxiety–Stress, Sense of Coherence, Health-Related Quality of Life, and Well-Being of Unemployed People in Greece: An Intervention Study. *Explore*. v. 15, n. 1, p. 38-46, 2019. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30228090>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

MULLHER, M.; HAMMILL, H. V.; HERMANN, C. The Effects of Pilates and Progressive Muscle Relaxation Therapy on Maternal. Stress and Anxiety: a Literature Review. *International Journal of Humanities and Social Science*. v. 6, n. 6, p. 195-203, 2016. Disponível em:<<https://pdfs.semanticscholar.org/6a0b/aca9719fbd34e13d16fb7627aadd3ae08.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

NEDEL, W. L.; SILVEIRA, F. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, v. 28, n. 3, p. 256-260, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507X-rbti-28-03-0256.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

NOGUEIRA, A. L. G. et al. Leads for potentializing groups in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm [Internet]*. v. 69, n. 5, p. 907-14, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0964.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2017.

NOVAIS, P. G. N. **Efeito do relaxamento muscular progressivo como intervenção de enfermagem na qualidade do sono, depressão e estresse em pessoas com esclerose múltipla**. 2015. Dissertação (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. Disponível em:<<http://repositorio.ufes.br/handle/10/5275>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

NOVAIS, P. G. N. et al. The effects of progressive muscular relaxation as a nursing procedure used for those who suffer from stress due to multiple sclerosis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 24, n. e2789, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5016008/>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

OLIVEIRA, E. C. et al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. *Esc. Anna Nery*, v. 21, n. 3, p.1-7, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eann/v21n3/pt\\_1414-8145-eann-2177-9465-EAN-2017-0040.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eann/v21n3/pt_1414-8145-eann-2177-9465-EAN-2017-0040.pdf)>. Acesso em: 26 mai. 2018.

OLIVEIRA, C. L. et al. Audição musical para alívio da ansiedade do acompanhante pediátrico. *Rev. Baiana Enferm*. v. 32, n. e28159, p. 1-12, 2018. Disponível em: <<file:///C:/Users/Aline/Downloads/28159-102759-2-PB.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Caracas**. Caracas, 1990. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2018.

PEREIRA, A. A.; REINALDO, A. M. S.; ANDRADE, D. C. L. Proposta educativa em saúde mental para enfermeiros da atenção primária à saúde. **Sanare-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, p.17-26, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users//Downloads/820-1791-1-SM.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

POSONSKI, J.; SELOW, M. L. C. Estresse nos profissionais que trabalham na área de saúde. **Vitrine Prod. Acad.**, v.4, n.1, p.285-302, 2016. Disponível em: <<http://www.vitrineacademica.dombosco.sebsa.com.br/index.php/vitrine/article/viewFile/166/167>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

PEDROSA, K. M.; COUTO, G.; LUCHESSA, R. Intervenção cognitivo-comportamental em grupo para ansiedade: avaliação de resultados na atenção primária. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 19, n. 3, p. 43-56, 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v19n3/v19n3a03.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

PINHEIRO, A. L. P. **Intervenções não-farmacológicas na redução da ansiedade em enfermagem de saúde mental**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29985>>. Acesso em: 14 jan. 2020.

PIYANEE K. et al. L. Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. **Aging & Mental Health**, v. 19, n. 12, p. 1043-1055, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25574576>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed., atual. e ampli. 12. reimpr. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2012.

RODRIGUES, O. M. P. R. et al. Estresse e zumbido: o relaxamento como possibilidade de intervenção. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 16, n. 1, p. 43- 56, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v16n1/04.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

SANTOS, L. A. S.; SANDIN, G. R.; SAKAE, T. M. Associação de cefaleia e ansiedade em estudantes de Medicina de uma universidade do sul de Santa Catarina. **Revista da Amrigrs**, v. 54, n. 3, p. 288-293, 2010.

SCHECHTMAN, A.; ALVES, D. S. A organização da Política de Saúde Mental. In **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014.

SCHERER, Z. A. P. et al. Cuidados de enfermagem nos transtornos de ansiedade. **Cuidar em enfermagem e saúde mental: volume 2- saúde mental na atenção primária à saúde, envelhecimento, finitude e necessidades de cuidados em diferentes situações**. 1 ed. Curitiba: Appris, 2017.

SCHU, F. C. **A musicoterapia em saúde mental: uma estratégia de promoção e educação em saúde**. 2014. Monografia de Conclusão de Curso (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem em Atenção Psicossocial) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167307>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

SERRA, S. **Intervenções de Enfermagem na Pessoa com sintomatologia depressiva: o uso do relaxamento**. 2014. Dissertação (Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Saúde Mental e Psiquiatria) - Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal. Disponível em:

<<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6745/1/Tese%20mestrado%20Sandra%20Serra%2C%20SETEMBRO%202014%2C%20Final%21.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2017.

SILVA, G. R. da. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: percepções da equipe de saúde da família. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 2, p. 01-08, 2016. Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43861>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

SARRAF, P. et al. Relationship between Sleep Quality and Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis. **Int J Prev Med** v. 5, n. 12. p. 1582-6, 2014. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4336989/>>. Acesso em: 14 jan. 2020.

STĂNESCU, M. Usando exercícios físicos para melhorar a saúde mental. **Procedia -**

**Ciências Sociais e Comportamentais**. v. 149, n.9, p. 921-926, 2014. Disponível

em:<<file:///C:/Users/Aline/Downloads/2340-9719-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

SURI, K.; MANJU, P. Effect of Jacobson Progressive Muscle Relaxation (JPMR) on

psychopathological problems in chronic non-malignant pain patients. **Indian Journal of**

**Health and Well-being**. v. 9, n. 4, p. 630-633, 2018. Disponível em: <<http://www.ij-scholar.in/index.php/ijhw/article/view/181443>>.

Acesso em: 12 dez. 2019.

TORABIZADEH, C.; BOSTANI, S.; SHAHRZAD, Y. Comparison between the effects of muscle relaxation and support groups on the anxiety of nursing students: A randomized

controlled trial. **Complementary Therapies in Clinical Practice**. v. 25, n. 9, p. 106-113,

2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27863599>>. Acesso em: 15

dez. 2019.

TERRA, F. S. **Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de**

**Enfermagem de universidades pública e privada**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem)

- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Disponível em: <[http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-16052011-](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-16052011-160607/en.php)

[160607/en.php](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-16052011-160607/en.php)>. Acesso em: 03 fev. 2018.

TORRES, T. Z. G.; MAGNANINI, M. M. F.; LUIZ, R. R. **Amostragem**. In: MEDRONHO,

A. R. et al. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2011.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado**

na Prática Baseada na Evidência. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2011.

TSITSI, A. C. et al. Effectiveness of a relaxation intervention (progressive muscle relaxation and guided imagery techniques) to reduce anxiety and improve mood of parents of

hospitalized children with malignancies: A randomized controlled trial in Republic of Cyprus

and Greece. **European Journal of Oncology Nursing**. v. 26, n. 2, p. 9-18, 2017. Disponível

em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28069156>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

VASCONCELOS, L. H. S. **Avaliação da eficácia da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson na redução de fadiga em uma trabalhadora de enfermagem**.

2014. Dissertação (Dissertação de Mestrado em Gerenciamento em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-05112014-124513/pt-br.php>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

VELASCO, P. M. **Depressão e transtornos mentais: tudo o que você precisar saber**. 3.ed. Rio de Janeiro: Wak, 2011.

VELOSO, L. U. P et al. Prevalência de ansiedade em profissionais de enfermagem de urgência e emergência. **Rev enferm UFPE online**, v.10, n. 11, p. 3969-76, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

VILLANUEVA, P. **La educación de adultos hoy. Necesidad y perspectiva de cambio**. Valencia: Promolibro, 1987.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. **Interface (Botucatu)**, v.19, n. 55, p. 1121-1132, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220141152.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

WHO. World Health Organization. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva, 2017. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/prevalence\\_global\\_healthestimates/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_healthestimates/en/)>. Acesso em: 23 mar. 2018.

WILLHELM, A. R.; ANDRETTA, I.; UNGARETTI, M. S. Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. **Contextos Clínicos**, v. 8, n. 1, p. 79-86, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v8n1/v8n1a09.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2018.

WILCZYŃSKA D., et al. Evaluation of the effectiveness of relaxation in lowering the level of anxiety in young adults – a pilot study. **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**. v. 32, n. 6, p. 1-10, 2019. Disponível em: <<http://ijomeh.eu/Instructions-for-Authors,120.html>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### Formulário sociodemográfica, condições de saúde e hábitos de vida

Formulário nº \_\_\_\_\_ Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Nome do Entrevistador(a): \_\_\_\_\_ NASF: \_\_\_\_\_ UBS: \_\_\_\_\_  
 EQUIPE: \_\_\_\_\_ MICROÁREA: \_\_\_\_\_  
 Código de Identificação do participante: \_\_\_\_\_  
 Telefone fixo e/ou celular para contato em participação na Intervenção:  
 \_\_\_\_\_

<b>PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA</b>	
<b>1. Sexo:</b> 0. Masculino 1. Feminino	
<b>2. Idade</b> (Anos completos):	
<b>3. Qual o seu estado civil?</b> 0. Com companheiro (a), em convívio no mesmo lar (casada, união estável) 1. Com companheiro (a), sem convívio (namorado, lares diferentes) 2. Sem companheiro (a), com casamento anterior (viúvas, separadas, divorciadas) 3. Sem companheiro (a), sem casamento anterior	
<b>4. Possui filhos?</b> 0. Não 1. Sim	
<b>5. Como você considera a sua cor/raça?</b> 0. Branca 1. Preta 2. Amarela 3. Parda 4. Indígena	
<b>6. Anos de estudo?</b>	
<b>7. Classe econômica segundo renda familiar</b> 0. A- Acima 20 SM (R\$ 15.760,01 ou mais) 1. B- 10 a 20 SM (De R\$ 7.880,01 a R\$ 15.760,00) 2- C- 4 a 10 SM (De R\$ 3.152,01 a R\$ 7.880,00) 3- D- 2 a 4 SM (De R\$ 1.576,01 a R\$ 3.152,00) 4- E- Até 2 SM (Até R\$ 1.576,00)	
<b>8. você trabalha?</b> 0. Não 1. Sim	
<b>9. Se sim, qual a sua ocupação:</b> _____	
<b>10. Possui religião</b> 0. Não 1. Sim	

<b>11. Prática religiosa</b> 0. Não 1. Sim	
<b>PARTE II – CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>	
<b>1. Com que frequência procura os serviços de saúde?</b> 0. Não costuma procurar 1. 1x na semana 2. 1x no mês 3. 2 x no mês 4. 1x a cada 3 meses 5. 1 x a cada 6 meses 6. 1x no ano	
<b>2. Você tem alguma doença? Qual?</b> 0. Hipertensão 1. Diabetes 2. Obesidade 3. Problema gastrointestinal 4. Problema osteomuscular 5. Problemas pulmonares 6. Transtornos mentais 7. Outra: especificar _____ 8. Não <b>Se NÃO, pule para a pergunta de nº 5.</b>	
<b>3. Há quanto tempo está com esse problema de saúde:</b> _____	
<b>4. Faz uso de medicação para tratar os referidos agravos? Quantas?</b> _____	
<b>5. Evento estressor recente, último ano? (Perda de emprego, luto, problemas financeiros, doença terminal, problemas familiares.)</b> 0. Não 1. Sim	
<b>6. Possui problemas com o sono?</b> 0. Não 1. Sim	
<b>PARTE III – HÁBITOS DE VIDA</b>	
<b>1. Faz uso de substâncias ilícitas/licitas? (Crack, maconha, cocaína, solventes, cigarro...)</b> 0. Não 1. Sim	
<b>2. Você já fez tratamento psicológico/ psiquiátrico?</b> 0. Não 1. Sim	
<b>3. Você faz tratamento alternativo para problemas emocionais? Se SIM, qual? _____</b> 0. Não 1. Sim	
<b>4. Refere prática de atividade física?</b> 0. Não 1. Sim	
<b>5. Já sofreu algum tipo de violência? Qual tipo? _____</b> 0. Não 1. Sim	
<b>6. Já sofreu algum tipo de discriminação? Qual?</b> 0. Não 1. Sim	



## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do projeto:** Intervenção em pacientes com sintomas de ansiedade: técnica de relaxamento muscular de Jacobson

**Pesquisador responsável:** Prof. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro.

**Instituição executora:** UFPI / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**Telefone para contato (inclusive a cobrar):** (86)3215- 5558

**Pesquisadora participante:** Aline Raquel de Sousa Ibiapina.

**Telefones para contato:** (86) 999263313.

**Local da coleta de dados:** UBSs da cidade Teresina- Piauí.

**Prezado (a) Sr. (a),**

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. O (a) senhor (a) precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que o (a) senhor (a) tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que é apresentado em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa o (a) senhor (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Este trabalho de pesquisa está vinculado ao Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí – UFPI cujo tema a ser desenvolvido é Intervenção em pacientes com sintomas de ansiedade: técnica de relaxamento muscular de Jacobson que tem como objetivo geral: Avaliar a intervenção, por meio da técnica de relaxamento muscular de Jacobson na população adulta com sintomas de ansiedade assistidas na Atenção Primária à Saúde do município de Teresina-Piauí.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas sobre seus dados sociodemográficos, condições de saúde e hábitos de vida. O (a) senhor (a) será convidado (a) a responder o seguinte instrumento: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Esse instrumento será aplicado em 2 momentos com intervalo de tempo de 2 meses. O (a) Sr (a) poderá ainda ser convidado a participar de atividade de intervenção, a será realizada pelo grupo de estudo.

Quantos aos riscos e benefícios, a presente pesquisa oferece riscos classificados como de mínimo risco, a exemplo de: constrangimento, medo e desconforto em revelar conteúdos pessoais e mentais; riscos estes que serão evitados ou minimizados por meio de intervenções

como: a garantia de sigilo e confidencialidade das informações, aplicação dos instrumentos de coleta de dados em local que assegure conforto e segurança ao participante, e com tempo de duração mínimo de forma a não provocar a exaustão do participante. Contudo, em havendo intercorrências, será assegurada a atenção ao participante por intermédio do Serviço de Atenção Básica do município de Teresina, Piauí.

Quanto aos benefícios do estudo, estes consistem em benefícios diretos e indiretos. Entre os benefícios diretos destacamos a oportunidade de identificar, entre os participantes, situações ou vivências de sintomas de ansiedade, pois alguns participantes poderão evoluir com redução dos sintomas ansiosos por meio da participação nas intervenções. Quanto aos benefícios indiretos citamos a oportunidade de contribuir com a instituição para o conhecimento da situação apresentada pelos participantes sobre questão tão relevante e preocupante na atualidade, bem como, a pesquisa fornecerá informações importantes que poderão subsidiar a implementação de ações interventivas na rede de Atenção Básica do município de Teresina-PI voltadas para população pesquisada.

Todas as informações que o(a) senhor (a) conceder serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá na divulgação dos dados e nem quando os resultados forem apresentados. A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Caso o(a) senhor(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista. Estão garantidas todas as informações que o (a) senhor (a) queira, antes, durante e depois do estudo.

### Consentimento do (a) participante

Eu, \_\_\_\_\_,

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_, abaixo-

assinado(a), estou ciente e de acordo com o que foi exposto. Afirmo que li o texto acima e compreendi o estudo no qual fui convidado (a) a participar. Entendi que sou livre para interromper a minha participação a qualquer momento, independentemente de justificativa e sem penalidades. Concordo voluntariamente em participar deste estudo. Desta forma, assino este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

---

Assinatura do Participante

Declaramos que obtivemos de forma voluntária e apropriada o consentimento livre e esclarecido dos participantes deste estudo.

Teresina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura da pesquisadora responsável

---

Assinatura da pesquisadora participante

---

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga. Pró-Reitoria de Pesquisa – PROPESQ. CEP: 64.049-550 – Teresina – PI. Telefone: (86) 3237-2332 – E-mail: [cep.ufpi@ufpi.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.br) – Web: [90R90.ufpi.br](http://90R90.ufpi.br)

## **ANEXOS**

## ANEXO A- INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

**Código de Identificação:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

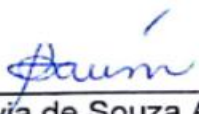
	Absoluta mente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pode suportar	Gravemente Difícil pode suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

**ANEXO B- CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa **“IMPACTO DAS INTERVENÇÕES PARA USO DE DROGAS, SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIOSOS E COMPORTAMENTO SUICIDA NA POPULAÇÃO ADULTA DE TERESINA”** e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo os pesquisadores: **CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO, LORENA UCHOA PORTEL VELOSO, FERNANDO JOSE GUEDES DA SILVA SOUSA, ALINE RAQUEL DE SUSANA IBIAPINA, LORRAINE DE ALMEIDA GONÇALVES, DANILO FERNANDO SALES PEREIRA MELO, LUANA RUTH BRAGA CAMPOS** acesso às UBSs para entrevistar os usuários participantes da pesquisa.

Teresina, 25 de outubro de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
Adriana Sávia de Souza Araújo  
Comissão de Ética em Pesquisa da  
Fundação Municipal de Saúde

Adriana Sávia de Souza Araújo  
Gerente de Ações Estratégicas  
GAEIFMS

## ANEXO C- APROVAÇÃO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INTERVENÇÃO EM PACIENTES COM SINTOMAS DE ANSIEDADE: TÉCNICA DE RELAXAMENTO MUSCULAR DE JACOBSON

**Pesquisador:** CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 05976919.0.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.152.348

#### **Apresentação do Projeto:**

As técnicas de terapias grupais são iniciativas voltadas para a valorização e produção de vida, por meio da sociabilidade, arte, criatividade e transformação dos espaços de não convivência em espaços coletivos, focando a integração social do usuário na família e na comunidade, entre elas, destaca-se a terapia de Jacobson. Objetivo: Avaliar a intervenção, por meio da técnica de relaxamento muscular de Jacobson na população adulta com sintomas de ansiedade assistidas na Atenção Primária à Saúde do município de Teresina-Piauí. Método: Estudo de ensaio clínico não randomizado, com grupo controle e experimental, a ser desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem apoio matricial por Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF). Serão incluídos 391 usuários na faixa de 20 a 59 anos de idade e a amostra será probabilística estratificada por UBS. Será utilizado o instrumento: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). A coleta de dados se fará com aplicação dos instrumentos em dois momentos (pré-teste/pósteste) e, entre os quais ocorrerá a aplicação da intervenção.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar a intervenção, por meio da técnica de relaxamento muscular de Jacobson na população adulta com sintomas de ansiedade assistidas na Atenção Primária à Saúde do município de Teresina-Piauí.

<b>Endereço:</b> Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa			
<b>Bairro:</b> Ininga		<b>CEP:</b> 64.049-550	
<b>UF:</b> PI	<b>Município:</b> TERESINA		
<b>Telefone:</b> (86)3237-2332	<b>Fax:</b> (86)3237-2332	<b>E-mail:</b> cep.ufpi@ufpi.edu.br	



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 3.152.348

**Objetivo Secundário:**

- Caracterizar a amostra quanto aos aspectos sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida.
- Rastrear a presença de sintomas ansiosos no grupo experimental e grupo controle antes e após intervenção.
- Estimar a intensidade de sintomas ansiosos no grupo experimental e grupo controle antes e após intervenção.
- Verificar a associação dos sintomas ansiosos com variáveis sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida na amostra.
- Analisar se a intervenção com a técnica de relaxamento muscular de Jacobson produz melhorias de sintomas de ansiedade.
- Verificar se existem diferenças na melhoria dos sintomas ansiosos entre o grupo experimental e o grupo controle.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

1) Riscos

A presente pesquisa oferece riscos classificados como de mínimo risco, a exemplo de: constrangimento, medo e desconforto em revelar conteúdos pessoais, além de receio de julgamentos e perda de sigilo dos conteúdos revelados; riscos estes que serão evitados ou minimizados por meio de intervenções como: a garantia de sigilo e confidencialidade das informações, aplicação dos instrumentos de coleta de dados em local que assegure conforto e segurança ao participante, e com tempo de duração mínimo de forma a não provocar a exaustão do participante. Ademais, procurar-se-á realizar uma abordagem livre de julgamentos e valores. Contudo, em havendo intercorrências, será assegurada a atenção ao participante por intermédio do Serviço de Atenção Básica do município de Teresina, Piauí.

2) Benefícios

Quanto aos benefícios do estudo, estes consistem em benefícios diretos e indiretos. Entre os benefícios diretos destacamos a oportunidade de identificar, entre os participantes, situações de riscos ou vivências de sintomas de ansiedade, pois alguns participantes poderão evoluir com redução dos sintomas ansiosos; além da possibilidade que o estudo tem de promover aos participantes o acesso às informações sobre o tema da pesquisa e prepará-los para o manejo e

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
UF: PI Município: TERESINA  
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br





UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 3.152.348

prevenção de tais sintomas. Quanto aos benefícios indiretos citamos a oportunidade de contribuir com a instituição para o conhecimento da situação apresentada pelos participantes sobre questão tão relevante e preocupante na atualidade, bem como, a pesquisa fornecerá informações importantes que poderão subsidiar a implementação de ações interventivas na rede de Atenção Básica do município de Teresina-PI voltadas para população pesquisada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os Termos de apresentação obrigatória foram anexados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado. Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://leg.ufpi.br/cep/index/pagina/id/461>.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1286286.pdf	12/02/2019 20:28:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendiceb.pdf	12/02/2019 20:26:43	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal.pdf	12/02/2019 20:25:46	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	18/01/2019 16:08:33	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	AnexoCParecerAprovadoMacro.pdf	17/01/2019 17:04:13	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	ApendiceE.pdf	17/01/2019 17:01:12	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
 UF: PI Município: TERESINA  
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: [cep.ufpi@ufpi.edu.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.edu.br)



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 3.152.348

Outros	ApendiceC.pdf	17/01/2019 16:59:25	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	ApendiceA.pdf	17/01/2019 16:57:30	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	AnexoABA1.pdf	17/01/2019 16:56:11	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	CurriculoC.pdf	17/01/2019 16:54:56	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	CurriculoA.pdf	17/01/2019 16:54:27	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	17/01/2019 16:36:56	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ApendiceD.pdf	17/01/2019 16:36:40	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnexoBCartadeAnuencia.pdf	17/01/2019 16:35:29	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	17/01/2019 16:34:39	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TERESINA, 18 de Fevereiro de 2019

Assinado por:

Maria do Socorro Ferreira dos Santos  
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550  
UF: PI Município: TERESINA  
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br